



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2019 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2018 / 2019)

Charlotte Tönsmeise¹, Maria Friedrich², Franziska Schneider³, Esther Neumeier³, Krystallia Karachaliou³ & Tim Pfeiffer-Gerschel³

¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); ² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); ³ IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL.....	5
1.1	Politik und Koordination	5
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	5
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	5
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	6
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage	8
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	9
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	11
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	12
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots.....	13
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	13
1.2.7	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung.....	14
1.3	Kerndaten	16
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	16
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten	19
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten ...	19
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	19
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung	32
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	33
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	33
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	35
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	36
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	39
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige, die online Beratung und Behandlung suchen.	46
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge.....	48
1.4.7	Soziale Integration	49

1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung	50
1.4.9	Charakteristika der Substitutionspatienten	53
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	55
1.4.11	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung.....	56
2	TRENDS	59
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung	59
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	63
3.1	Neue Entwicklungen	63
4	ZUSATZINFORMATIONEN	66
4.1	Psychiatrische Komorbidität	66
5	QUELLEN UND METHODIK	66
5.1	Quellen	67
5.2	Methodik (T5.2).....	77
6	TABELLENVERZEICHNIS	78
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	79

0 ZUSAMMENFASSUNG

Das Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige in Deutschland reicht von Beratung über Akutbehandlung und Rehabilitation bis zu Maßnahmen der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, d. h. in den meisten Suchthilfeeinrichtungen werden sowohl Konsumierende legaler als auch illegaler Suchstoffe beraten und behandelt. Die Behandlungsangebote für drogenabhängige Menschen und deren Angehörige sind personenzentriert. Daher gestalten sich die Behandlungsprozesse im Rahmen komplexer Kooperationen sehr unterschiedlich. Übergeordnetes Ziel der Kostenträger und Leistungserbringer ist die soziale und berufliche Teilhabe. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung von Beratung und Behandlung auf Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

Bei 44 % der ambulanten Klienten, die eine Behandlungsstelle aufgrund einer Drogenproblematik aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumenten (63,1 % der Erstbehandelten). Ein Viertel der ambulanten Patienten wird wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt (26,5 %). Wegen Stimulanziengebrauchs begeben sich 14 % aller ambulanten Patienten in Behandlung. Auch in die stationäre Behandlung begeben sich die meisten Patienten aufgrund einer cannabinoidbezogenen Störung (34 %). Weitere häufige Diagnosen sind ICD-10 F15 Stimulanzien (22,7 %) und F19 Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie (16,4 %).

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich gestiegen und in den vergangenen Jahren weitgehend stabil geblieben. Sie lag am Stichtag (01.07.2018) bei 79.400 Personen. 2018 haben insgesamt 2.585 Substitutionsärzte und -ärztinnen Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

Der prozentuale Anteil älterer Drogenabhängiger, die in Einrichtungen der Suchthilfe behandelt und betreut werden, ist in den vergangenen Jahren weiterhin gestiegen und setzt somit den Trend fort, der sich schon in einer Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)¹ aus dem Jahr 2009 abzeichnet.

Die Daten genderspezifischer Behandlung sowie der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind nicht systematisch aufgearbeitet und auswertbar. Festzuhalten ist jedoch, dass es spezifische Angebote für diese Zielgruppen in vielen Städten gibt und sie zum festen Repertoire der ambulanten wie stationären Suchthilfe gehören.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) sind nach Cannabis und der Gruppe der Amphetamine / Methamphetamine die am weitesten verbreiteten illegalen Drogen. Dabei

¹ Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Die dokumentierten Daten basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS). Der KDS ist ein suchthilfe-spezifisches Erhebungsinstrument, das sowohl in der ambulanten, als auch der stationären Suchthilfe weitgehend genutzt wird.

zeigen sich keine Hinweise auf regionale Unterschiede. Konsumprävalenzen für Methamphetamin sind deutlich niedriger als für NPS. Allerdings ist die regionale Verbreitung von Methamphetamin sehr unterschiedlich. Die höchsten Lebenszeitprävalenzen des Konsums bestehen in Sachsen und Thüringen. Neue Daten hinsichtlich der Behandlung von NPS- und Methamphetaminabhängigen liegen nicht vor. Die Behandlungskapazitäten wurden in den besonders betroffenen Bundesländern ausgeweitet.

Das Hilfesystem hat auf die Herausforderungen der aktuellen Migrationsproblematik reagiert und neue Angebote für Geflüchtete geschaffen. Dennoch gibt es weiterhin zahlreiche Hürden, die Migrantinnen und Migranten daran hindern, Suchthilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat sich die Möglichkeit zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln erweitert. Im Jahr 2017 wurden nach Angaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen rund 20.000 Anträge bei den Krankenkassen registriert, wovon ca. 60 % genehmigt wurden. Im Mai 2019 wurden die letzten Zuschläge für den Anbau von medizinischem Cannabis in Deutschland vergeben. Insgesamt handelt es sich um eine Vergabemenge von 10,4 Tonnen über einen Zeitraum von vier Jahren. Erste Ernten werden im Jahr 2020 erwartet.

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente für Patientinnen und Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht.

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

In Deutschland ist weiterhin die 2012 veröffentlichte Drogenstrategie gültig (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012; vgl. Piontek et al., 2017; Bartsch et al., 2017). Sie legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention, betont jedoch auch die Notwendigkeit von Beratung und Behandlungsangeboten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten u. a. durch die Förderung von Projekten und durch Forschungsaufträge spezifische Akzente im Bereich Behandlung setzen, was es auch in 2018 getan hat (vgl. 1.4.4 und 1.4.5).

Schwerpunkte der Drogenbeauftragten, Marlene Mortler, zur Unterstützung der Weiterentwicklung von Diagnostik und Behandlung, waren weiterhin Kinder aus suchtbelasteten Familien, Amphetamine, insbesondere Crystal Meth und exzessive Mediennutzung. Nach fünf Jahren im Amt wechselte Frau Mortler zum 02. Juli 2019 in das Europäische Parlament. Als ihre Nachfolgerin wurde im September 2019 Daniela Ludwig berufen. Welche Schwerpunkte und Akzente Frau Ludwig verfolgen wird, wird sich im Laufe der nächsten Monate zeigen.

Die von der Bundesregierung 2017 beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BMG, 2017) regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen neu. Die Erarbeitung einer evidenzbasierten Richtlinie zur Durchführung der Substitutionstherapie wurde in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK) überführt. Die neuen Richtlinien finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung. Sie nehmen einen wichtigen Stellenwert bei der Verbesserung und Absicherung der Substitution in der ärztlichen Praxis ein und stellen v. a. eine Anpassung an neue wissenschaftliche Evidenzen dar (vgl. Dammer et al., 2017). Im Dezember 2018 ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten, mit welchem die zuvor vorrangig abstinenzorientierten Behandlungsansätze durch einen therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst wurden. Deutlicher wird, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine schwere chronische Erkrankung handelt, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf und bei der physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind (G-BA, 2018).

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

Das Versorgungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige bezieht sehr unterschiedliche Akteure ein. Eine nationale Planung und Steuerung der Behandlung in den verschiedenen Segmenten des medizinischen und / oder sozialen Hilfesystems ist nicht mit dem föderalen System der Bundesrepublik vereinbar. Stattdessen erfolgt die Steuerung und Koordination auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder

Kommunen. Sie wird zwischen den Kostenträgern, den Leistungserbringern und anderen regionalen Steuerungsgremien auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen sowie des Bedarfs und der wirtschaftlichen Möglichkeiten abgestimmt.

Die Bundesministerien, insbesondere das BMG, nehmen auf Bundesebene eine ressort- und institutionsübergreifende koordinierende Rolle wahr. Sie erarbeiten und ändern Bundesgesetze (z. B. das Betäubungsmittelrecht und die Sozialgesetzgebung), die auch die Behandlung betreffen.

Bei der Steuerung und Koordination der Akutbehandlung und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen spielen in Deutschland die Kranken- und Rentenversicherungsträger eine bedeutende Rolle. Sie legen im Wesentlichen die Rahmenbedingungen und Reha-Therapiestandards fest. Dabei stimmen sie sich in regelmäßigen Treffen und Arbeitsgruppen mit den Suchtfachverbänden ab. Koordinierungsstelle für die in der Suchthilfe tätigen gemeinnützigen Verbände ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). Suchtrehabilitationskliniken in privater Trägerschaft sind im Fachverband Sucht e. V. (FVS) zusammengeschlossen. Darüber hinaus kooperieren sie mit weiteren beteiligten Akteuren, wie z. B. Jobcentern. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sind auch für die Übernahme der Behandlungskosten verantwortlich. Die Krankenkassen sind für die Finanzierung der Akutbehandlung (u. a. die Entgiftung), die Rentenversicherungen vorrangig für die Finanzierung der Rehabilitation zuständig.

Die Kommunen sind im Rahmen der Krankenhausplanung in die Steuerung der Akutbehandlung eingebunden. Darüber hinaus unterstützen sie die Finanzierung der Suchtberatungsstellen, die in der Regel von gemeinnützigen Verbänden unter Einbringung hoher Eigenleistungen vorgehalten werden. Bei der Substitutionsbehandlung – einer Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung – kommt der Bundesärztekammer (BÄK) eine tragende Rolle zu. Ihr obliegt die Erarbeitung und Aktualisierung der Richtlinien der substituionsgestützten Behandlung im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Standards für die bedarfsabhängige substituionsbegleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) werden von den zuständigen Leistungserbringern in den Bundesländern in Abstimmung mit den Kommunen oder Ländern vereinbart. Die Finanzierung der PSB wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt, jedoch meist von den Kommunen getragen, entweder als pauschale Förderung der Suchtberatungsstellen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge oder als Einzelfallhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)).

1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung

Die rechtliche Grundlage für die Behandlung Abhängigkeitskranker bilden in Deutschland verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB), das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sowie die kommunale Daseinsvorsorge. Letztere ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter, 2011; ausführlich in Bartsch et al., 2017). Abhängige können die Hilfen größtenteils kostenlos nutzen, allerdings

sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger erforderlich.

Im Jahr 2017 wurde erstmals der weiterentwickelte Deutsche Kerndatensatz² (KDS 3.0) zur Anwendung gebracht, der von den Suchthilfeeinrichtungen zur Dokumentation genutzt wird. Einrichtungstypen wurden zu neuen Kategorien zusammengefasst, wie z. B. ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen, sowie Fach- und Institutsambulanzen zu der neuen Kategorie „Ambulante Einrichtungen“. Aufgrund der neuen Dokumentationsweise sind die Daten ab dem Behandlungsjahr 2017 nur bedingt mit den Daten der Vorjahre vergleichbar und entsprechen auch nicht der Standardtabelle (ST) 24, die ab dem Jahr 2017 entsprechend der zu jenem Zeitpunkt gültigen Kategorien ausgefüllt wird (vgl. Tabelle 1).

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen allerdings keine systematisch ausgewerteten Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben der hausärztlichen Versorgung ca. 1.614 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen, Fach- und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 379 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie 1.013 Einrichtungen der Sozialtherapie (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (IFT, 2018). Auch den 407 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 92 ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348 Betten für Suchtkranke, kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung, sondern auch für Kriseninterventionen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten zuständig (Destatis, 2018a).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (91,1 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege (Braun et al., 2019a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 54,7 % der Hilfeinrichtungen (Braun et al., 2019b). Auch öffentlich-rechtliche sowie privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 6 % bzw. 0,9 %, stationär 12,4 % bzw. 29,9 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 2 % der ambulanten und 2,9 % der stationären Einrichtungen aus (Braun et al., 2019a & b).

Das stark differenzierte und untergliederte Hilfesystem ermöglicht eine besonders personenzentrierte Beratung und Behandlung. Die Vielzahl der Zuständigkeiten und Kostenträger erschwert jedoch die Kooperation zwischen den verschiedenen, an einer Behandlung beteiligten Einrichtungen, Behörden und Institutionen.

² Der KDS ist ein suchthilfespezifisches Erhebungsinstrument, das sowohl in der ambulanten, wie auch der stationären Suchthilfe weitgehend genutzt wird.

Viele Suchhilfeträger, v. a. in den größeren Städten, bieten verschiedene Angebote für Drogenabhängige an, von niedrighschwelligem Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosozialer Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt derzeit nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Hierbei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und sonstigen Vereinbarungen unterschieden. So gaben beispielsweise 19,7 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 13,1 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 59,9 % der Einrichtungen trafen sonstige Vereinbarungen mit Selbsthilfeverbänden (Braun et al., 2019a).

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Seit 2017 werden Beratungs- und Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen, niedrighschwellige Einrichtungen und Institutsambulanzen im KDS 3.0 in einer Kategorie zusammengefasst. Die aktuellen Daten sind daher nicht mit denen von vor 2017 vergleichbar. Nach wie vor stellen jedoch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe mit 1.614 den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung (IFT, 2018). Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrighschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Diese ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter, 2011). Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Grundsätzlich erfolgt die Beratung kostenlos.

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von ärztlichen Praxen durchgeführt. Sie stellen bei der Behandlung von Opioidabhängigen einen wichtigen Faktor dar. Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen dabei die medizinische Behandlung, einschließlich der Verschreibung des Substituts (Vgl. Kap. 1.4.8). An die medizinische Behandlung ist meist eine psychosoziale Betreuung geknüpft, die von Trägern der Beratungs- und Behandlungsstellen in enger Kooperation mit den Praxen, z. T. unter demselben Dach, übernommen wird.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Zentren sind neben vielen anderen Aufgaben auch für suchtkranke Menschen zuständig. Sie werden in der Regel öffentlich-rechtlich finanziert. In einigen Bundesländern sind Wohlfahrtsorganisationen Träger dieser Einrichtungen.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungsart Bezeichnungsart gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.614	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	k.A.
Low-Threshold agencies	Keine Angabe (k.A.)	Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.
General primary health care (e.g. GPs)	>2.585**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>79.400**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach of transferred)	71	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

* Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt und damit die Datenerhebung geändert. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene ambulante Einrichtungsarten zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Aktuelle Zahlen über spezialisierte Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen sowie ganztägig ambulante Soziotherapie, ambulantes betreutes Wohnen und Beschäftigungsprojekte liegen derzeit nicht vor.

** Es gibt aktuell weder Daten über die Anzahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen, die Suchtkranke behandeln oder behandelt haben, noch über die Anzahl der wegen Sucht in ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen behandelten Patienten. Die hier abgebildeten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Anzahl der substituierenden Ärzte und der Substitutionspatienten zum Stichtag 2018. Da ärztliche Praxen zu den ersten Anlaufstellen gehören, ist in beiden Fällen von einer deutlich höheren Zahl auszugehen (BOPST, 2019).

(IFT, 2018; Bundesopiumstelle [BOPST], 2019)

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und der Bereitstellung einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern Unterschiede. Gerade in ländlichen Regionen bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten, z. B. mit Substitutionswunsch, zu gewährleisten. Aufgrund des erhöhten Methamphetaminkonsums in einigen Bundesländern sind dort die Beratungs- und Behandlungskompetenzen und -kapazitäten bezüglich (Meth-)Amphetamin ausgebaut worden. In der Antwort auf eine „Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen,

Drs. 6/11188“ bestätigt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die Aufstockung der Mittel für die crystalspezifische Suchthilfe und entsprechende Wohnprojekte, um der gesteigerten Nachfrage nach Beratung und Betreuung nachzukommen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2018).

Insgesamt hat sich die Situation der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren nicht grundsätzlich geändert. Jedoch geht die kommunale Finanzierung in einigen Gemeinden zurück, während sich gleichzeitig das Anforderungsprofil erweitert. Vermittlungen aus den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen machen weiterhin den größten Anteil aller Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation aus.

Eine neue Studie des Robert Koch-Instituts (RKI, 2018)³ untersucht die Behandlung von Infektionskrankheiten bei Inhaftierten. In Deutschland ist ein systematisches Screening auf Infektionskrankheiten bei Haftinsassen nicht flächendeckend eingeführt. Teststrategien auf HIV und HCV unterscheiden sich in den Bundesländern und teilweise von Justizvollzugsanstalt (JVA) zu JVA und reichen von einem Zwangstest bei Antritt der Haft bis hin zu einem Testangebot nur auf eigenen Wunsch oder bei klinischen Symptomen. Auch das TB-Screening ist heterogen, vom systematischen Röntgenthorax-Screening bei allen Personen, die in Berlin inhaftiert werden, bis hin zu einem diagnostischen Screening nur bei Symptomen in den meisten Bundesländern.

Ziel der Untersuchung war

- die Einschätzung der Verfügbarkeit und Art von Arzneimitteln zur Behandlung der genannten Krankheiten bei Inhaftierten in Deutschland und
- eine Schätzung des Anteils behandelter Personen unter den Inhaftierten je Bundesland und für die gesamte Studienpopulation im untersuchten Zeitraum Januar 2012 bis März 2013.

Während dieses Untersuchungszeitraums waren 67.607 Menschen in 186 Gefängnissen in Deutschland inhaftiert. Die Studie wertete keine patientenbezogenen Daten aus, sondern es wurde eine Sekundärdatenanalyse von Apothekenverkaufsdaten der Arzneimittel zur Behandlung von Opioidabhängigkeit, TB, HIV-Infektionen und HCV-Infektionen an JVAen und Justizvollzugskrankenhäusern (JVKen) in ausgewählten Bundesländern zwischen Januar 2012 und März 2013 durchgeführt.

Das „Defined Daily Dose-(DDD-)Konzept“ bildete die Grundlage für die Sekundärdatenanalyse. Substanzen, die für die Behandlung der Krankheit typischerweise verwendet werden, wurden als Markersubstanzen für die jeweilige Krankheit definiert. Es wurden definierte Tagesdosen (DDD) der Markersubstanzen verwendet, um die Anzahl der täglich behandelten Personen zu berechnen. Die DDD wurde auf Basis der aktuellen nationalen Behandlungsrichtlinien, Fachinformationen und einer Literaturrecherche festgelegt.

³ Alle in diesem Abschnitt folgenden Daten und Informationen beruhen auf der zitierten RKI-Studie.

Im Untersuchungszeitraum stellten die 11 teilnehmenden Bundesländer mit 34.191 Inhaftierten in 97 JVAen fast die Hälfte aller Inhaftierten in Deutschland dar. Insgesamt wurden 41 % der in die Studie eingeschlossenen JVAen mit Arzneimitteln gegen TB, 71 % der JVAen mit HIV-Arzneimitteln und 58 % mit HCV-Arzneimitteln versorgt. Darüber hinaus erhielten 58 % der teilnehmenden JVAen Arzneimitteln zur opioidgestützten Behandlung (OST).

Die medizinische Behandlung der untersuchten Krankheiten fand im Untersuchungszeitraum in den JVAen der teilnehmenden Bundesländer statt. Es zeigten sich jedoch teils große Unterschiede im Ausmaß der Behandlung, insbesondere bei der opioidgestützten Behandlung (OST) und der HCV-Therapie.

Die große Spanne der Behandlungsprävalenzen für OST (0 % im Saarland bis 7,9 % in Bremen) deutet auf eine sehr unterschiedliche Handhabung der Behandlungsmöglichkeiten hin. Insbesondere die nördlichen Bundesländer zeigten hohe OST-Raten, was deren liberalere und auf Schadensminimierung ausgerichtete Politik unterstreicht, wohingegen im Saarland, Bayern und in den östlichen Bundesländern nur einige wenige JVAen mit OST-Mitteln beliefert wurden. Die fehlende und niedrige Behandlungsprävalenz im Saarland und in Bayern weist auf eine reine Entzugsbehandlung statt Substitution und eine stark an Abstinenz orientierte Politik im dortigen Justizvollzug hin.

Die Gesamt-OST-Behandlungsprävalenz von 2,18 % in der Studie entspricht ungefähr den OST-Behandlungsprävalenzen, die in anderen Studien für das Setting Haft festgestellt wurden (Schulte et al., 2009; Reimer et al., 2009). Injizierender Drogenkonsum, meist Opioidkonsum, liegt jedoch bei 22 - 30 % der Inhaftierten vor, d. h. nur etwa 10 % von diesen erhalten eine angemessene Substitution, in manchen Bundesländern weitaus weniger. OST ist, insbesondere in Kombination mit anderen Strategien zur Schadensminimierung, eine evidenzbasierte Maßnahme für die HIV- und HCV-Prävention. In der regulierten Gefängnisumgebung, mit überwachter Anwendung, Regelmäßigkeit der Aufnahme und strukturiertem täglichen Leben, ist OST gut durchführbar. Substituierte zeigen zudem häufig eine höhere Compliance in Bezug auf eine antivirale und antiretrovirale Behandlung.

Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass die Behandlung von chronischen Infektionen und OST bei Inhaftierten von strukturellen und individuellen Faktoren abhängig zu sein scheint, z. B. der Struktur der Gesundheitsversorgung in der jeweiligen JVA, aber auch von der politischen Haltung gegenüber Drogenkonsum und der Verteilung des Finanzbudgets für die medizinische Behandlung in der jeweiligen JVA und im Bundesland. Die Unterschiede spiegeln das dezentrale föderale System in Deutschland wider, in dem die Bundesländer unterschiedliche Ansätze in Bezug auf das Management der medizinischen Versorgung verfolgen (vgl. das diesjährige Workbook „Gefängnis“, Schneider et al., 2018).

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

Weitere aktuelle Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsangebote siehe Kapitel 1.4.4. Zielgruppenspezifische Interventionen.

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine in der Öffentlichkeit häufig unterschätzte Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führen jährlich insgesamt über 106.000⁴ Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betreffen (Destatis, 2018b). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbidität zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch privaten Krankenversicherungen, übernommen oder müssen vom Behandelten selbst bezahlt werden.

Zur stationären Behandlung zählt ebenfalls die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind vorrangig die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig. Mit dem Flexirentengesetz, welches 2017 in Kraft trat, wurde zusätzlich die Kinderreha (auch ambulant) zur Pflichtleistung der gesetzlichen Rentenversicherung. Nachrangig sind die Krankenversicherungen zuständig.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach geschädigte Patientinnen und Patienten richten, häufig solche mit psychiatrischer Komorbidität (vgl. 4.1). Die Kosten für diese Behandlung übernehmen in der Regel die Sozialämter der Kommunen auf Basis des SGB XII.

⁴ Die hier abgebildete Zahl wurde mit Hilfe der tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten des Statistischen Bundesamtes [Destatis] (2018) errechnet. Sie umfasst alle Behandlungen mit den Hauptdiagnosen ICD-10-GM-2017 F11 bis F16 sowie F18 und F19 (Destatis, 2018b).

Tabelle 2 Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)⁵

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	224**	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	106.194*
Residential drug treatment (non-hospital based)	379**	Stationäre Rehabilitations- einrichtungen	28.778***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	Ca. 71**	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	1.013**	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

(*Destatis, 2018b; **IFT, 2018; *** DRV, 2019c)

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Ca. 10 % der Einrichtungen, die stationäre Entwöhnungen durchführen, haben Konzepte entwickelt, die Entwöhnungen auch für Patientinnen und Patienten unter Substitution anbieten. Die Voraussetzungen dafür wurden in der Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen geschaffen (Kuhlmann, 2015; Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger, 2001).

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen 2018 um weitere 2,2 % auf 77.116 Anträge gesunken (DRV, 2019a). Zusätzlich verstärkt die Höhe der Nicht-Antrittsraten zur Entwöhnungsbehandlung den wirtschaftlichen Druck auf viele stationäre Einrichtungen. Für das 2017 in Kraft getretene „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ geben die deutsche Rentenversicherung (DRV), die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Handlungsempfehlungen, die den Zugang zur medizinischen Rehabilitation nach dem qualifizierten Entzug verbessern sollen. Dabei wird spätestens sieben

⁵ Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt und damit die Datenerhebung geändert. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene stationäre Einrichtungsarten (teilstationär / ganztätig, stationäre Rehabilitation, Adaption) zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Ähnliches gilt für Soziotherapeutische Einrichtungen. Es werden teilstationäre, ganztätig-ambulante und stationäre Einrichtungen zusammengefasst. Die Daten können nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

Tage vor Beendigung der Entgiftung durch das Krankenhaus und den behandelnden Arzt sowie der Zustimmung der Patientin/ des Patienten der nahtlose Übergang in die Rehabilitation beantragt. Diese kann sowohl eine stationäre oder auch ganztägig ambulante Rehabilitation sowie eine Kombinationsbehandlung sein. Den Krankenhäusern wird hierfür eine Liste von Ansprechpartnern der Rehabilitationsträger zur Verfügung gestellt. Rehabilitationsträger sollen Bescheide innerhalb von fünf Arbeitstagen bearbeiten. Zudem sollen Patientinnen und Patienten aus dem qualifizierten Entzug bei der Vergabe von Plätzen bevorzugt aufgenommen werden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die vereinfachten Zugangswege vom Qualifizierten Entzug in die Rehabilitation die Situation verbessern (DRV, GKV & DKG, 2017; Ueberschär et al., 2017).

1.2.7 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

Träger der ambulanten Beratung und Behandlung sind in Deutschland weitestgehend die Wohlfahrtsorganisationen. Ein kleinerer Teil ist jedoch in öffentlich-rechtlicher Hand, meist kommunale Einrichtungen. Die ambulante Substitutionsbehandlung wiederum wird in der Regel von Arztpraxen übernommen, die privatwirtschaftlich ausgerichtet sind. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist über die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren in die Betreuung Suchtkranker eingebunden. Sie betreuen häufig Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Suchterkrankung. Daten werden nicht bundesweit, sondern nur in den Ländern, ggf. sogar nur in den Gemeinden erhoben. Daher sind detaillierte Aussagen zur Anzahl der Dienste wie auch der Fälle nicht möglich.

Tabelle 3 Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent (%)

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (Umfasst spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	6,0 %	91,1 %	0,9 %	2,0 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	Keine Information (k.l.)	k.l.	k.l.	k.l.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutions-behandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrische Dienste)**	k.l.	k.l.	k.l.	k.l.
Einrichtungen im Strafvollzug	k.l.	k.l.	k.l.	k.l.

* Die Substitutionsbehandlung wird in Deutschland mehrheitlich in ärztlichen Praxen bzw. Substitutionsambulanzen durchgeführt, die privat-rechtlich wirtschaften und kassenärztlich zugelassen sind. In der Minderheit sind kommunale, öffentlich-rechtliche Träger.

(Braun et al., 2019a)

Über die Trägerarten der stationären Behandlung liegen ebenfalls keine vollständigen Angaben vor. Während Einrichtungen der (teil)stationären Soziotherapie sich hauptsächlich in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände befinden, haben an der stationären Rehabilitation auch private Träger einen wesentlichen Anteil (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent (%)

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	12,4 %	54,7 %	29,9 %	2,9 %
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	Annähernd 0	81	4	15

(Braun et al., 2019b)

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Tabelle 5 Erst- und Wiederbehandelte nach Hauptdiagnose in Prozent (%)

	Wiederaufnahmen		Erstbehandelte	
	Stationär	Ambulant	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	17,2 %	35,9 %	9,9 %	10,4 %
F12 Cannabinoide	33,2 %	31,4 %	43,1 %	63,1 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	2,8 %	1,7 %	2,0 %	1,6 %
F14 Kokain	7,8 %	7,7 %	9,7 %	7,2 %
F15 Stimulanzien	22,9 %	14,8 %	35,2 %	13,4 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
F18 Flüssige Lösungsmittel	0,03 %	0,02 %	-	0,03 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	16,0 %	8,5 %	0,005 %	4,1 %
Anzahl Gesamt (N)	6.963	32.899	694	22.778

Quelle: Braun et al., 2019a & b, T2.02

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2018 insgesamt 325.052 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 861 ambulanten Einrichtungen erfasst. Diese Zahlen beinhalten jedoch auch Behandlungen aufgrund von Tabak und Alkohol. Für die folgenden Erläuterungen wurden nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2018 48,5 % aller Hauptdiagnosen im ambulanten Suchtbereich aus). Für das Jahr 2018 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 65.225 Behandlungen aus 861 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (Braun, Dauber, Künzel & Specht, 2019a).

Mittlerweile handelt es sich nur noch in 26,5 % der Fälle von Behandlung/ Beratung mit einer Hauptdiagnose im Bereich illegaler Drogen um Klientinnen und Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In fast der Hälfte der Fälle (44,0 %) handelte es sich um Klienten mit einer psychischen Verhaltensstörung aufgrund von Cannabinoiden (Vgl. Tabelle 8). Bei Personen, die erstmalig aufgrund illegaler Substanzen in suchtspezifischer Behandlung waren, standen Cannabinoide mit 63,1 % zudem an erster Stelle. Mit deutlichem Abstand stehen an zweiter Stelle erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (13,4 %) vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (10,4 %) (Braun et al., 2019a). Wiederbehandelt wurden überwiegend Klientinnen und Klienten mit Opioid- (35,9 %) und Cannabinoid bezogenen Störungen (31,4 %) (Vgl. Tabelle 5).

Stationäre Behandlung

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da sich die Standards der Dokumentation an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit den Hauptdiagnosen F11-F16 und F18-F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Darüber hinaus existieren Daten aus der DSHS, die für einen Ausschnitt der Fachkliniken und -einrichtungen Daten entsprechend des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS; siehe auch 5.2) zur Verfügung stellen. Im Jahr 2018 wurden von insgesamt 31.188 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 137 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 9.398 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa / Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Braun et al. 2019b). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen liegt der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden bei 34,0 %, der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden bei 15,6 %. In Bezug auf sämtliche erfasste Hauptdiagnosen im Suchtbereich stellen Behandlungen

aufgrund von Cannabinoiden mit 10,7%, nach Behandlungen aufgrund von Alkohol (64,3 %) die größte Diagnosegruppe in stationärer Behandlung dar. Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (22,7 % aller stationären Behandlungen aufgrund illegaler Drogen, 7,1 % aller stationären Suchtbehandlungen insgesamt) stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an und überholte 2015 diejenigen die sich primär wegen Opioidkonsum in Behandlung begeben (Braun et al., 2019b).

Tabelle 6 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%)

ICD-10 GM	Krankenhaus- Statistik*	DRV**		DSHS			
		2017	2018	2017***	2018****		
	Insgesamt	Insgesamt	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	
F11 Opioide	29,6 %	96,1 % (Drogen)	16,40 %	15,6 %	15,7 %	15,6 %	
F12 Cannabinoide	17,6 %		31,6 %	35,2 %	29,2 %	34,0 %	
F13 Sedativa/Hypnotika	9,0 %		3,1 %	1,5 %	8,0 %	2,8 %	
F14 Kokain	3,7 %		6,8 %	9,4 %	4,3 %	8,4 %	
F15 Stimulantien	9,4 %		22,6 %	21,8 %	25,9 %	22,7 %	
F16 Halluzinogene	0,6 %		3,9 % (Medikamente)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		0,1 %	0,01 %	0,1 %	0,03 %	
F19 Andere / Polytoxikomanie	30,0 %		19,3 %	16,3 %	16,5 %	16,4 %	
Anzahl Gesamt (N)	31.828		9.550	9.159	7.462	1.936	9.398

Quelle: * Destatis, 2018b; ** DRV 2019b; DRV 2019c; *** Braun et al., 2018, ****Braun et al., 2019b

Tabelle 7 Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung

	Zahl der Patienten
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS mit HD illegale Drogen
	ambulant: 65.225
	stationär: 9.398
Alle Patienten in OST	79.400
Gesamt	Keine Angabe

* Die vorliegenden Datensätze sind nicht additiv zu verstehen, sondern überschneiden sich z. T. mit demselben Personenkreis der ambulanten und/oder stationären Versorgung. Daher ist es unmöglich aus den Routinedaten Gesamtschätzungen abzuleiten, insbesondere unter Berücksichtigung der Hausärztlichen Versorgung.

Quelle: Braun et al., 2019a, b; BOPST, 2019.

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten

Tabelle 8 Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent (%) im ambulanten und stationären Setting

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	15,6 %	26,5 %
F12 Cannabinoide	34,0 %	44,0 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	2,8 %	1,6 %
F14 Kokain	8,4 %	7,5 %
F15 Stimulanzien	22,7 %	14,0 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,03 %	0,0 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	16,4 %	6,3 %
Anzahl Gesamt (N)	9.398	65.225

Quelle: Braun et al., 2019a & b, T3.01

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Die DSHS erfasst neben den hier genutzten Daten zu illegalen Drogen auch Daten zu legalen Drogen wie Alkohol und Tabak sowie nicht stoffgebundenen Süchten. Während der Erstellung dieses Workbooks wurde daher teilweise mit den vorhandenen Daten weitergerechnet, um legale Drogen oder nicht stoffbezogene Süchte für die Darstellungen ausschließen zu können.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

Über die Erfassung des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) der Deutschen Suchthilfestatistik werden eine Vielfalt an Informationen zu soziodemografischen Daten der Klienten und Betreuungen erfasst, welche im Folgenden dargestellt werden sollen.

Insgesamt sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen die drei häufigsten Hauptdiagnosen (in abnehmender Reihenfolge) F12 – Cannabinoide, F11 – Opioide und F15 – Stimulanzien.

Tabelle 9 Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptdiagnose	Ambulant		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt
F11 Opioide	25,8%	29,4%	8,3%
F12 Cannabinoide	46,4%	34,7%	75,0%
F13 Sedativa / Hypnotika	0,9%	4,4%	-
F14 Kokain	8,1%	5,0%	-
F15 Stimulanzien	12,3%	20,3%	-
F16 Halluzinogene	0,1%	0,2%	-
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,02%	0,0%	-
F19 Andere / Polytoxikomanie	6,3%	6,0%	16,7%
Anzahl Gesamt (N)	51.974	13.227	24

Quelle: Braun et al., 2019a & b, T3.01

In fast allen Hauptdiagnosegruppen sind die Klienten deutlich häufiger männlich. Lediglich bei den aufgrund von Sedativa/Hypnotika behandelten Patienten sind anteilig etwas mehr Frauen als Männer (54,9 % vs. 45,1 %) ambulant behandelt worden.

Das Durchschnittsalter für die Diagnosegruppen der illegalen Drogen liegt bei einem Mittelwert von 32,2 Jahren, wobei die weiblichen Klientinnen mit 31,5 Jahren durchschnittlich etwas jünger sind als die männlichen Klienten mit 32,5 Jahren. Menschen mit der Hauptdiagnose F13 – Sedativa/ Hypnotika sind mit 44 Jahren die durchschnittlich Älteste Diagnosegruppe, F18 – Flüchtige Lösungsmittel mit 23,5 Jahren und Cannabinoide mit 25,1 Jahren die jüngste (Vgl. Abbildung 1). Differenziert man bei diesen Daten nach dem Geschlecht, sind bei den Männern Klienten mit der Hauptdiagnose F18 – Flüchtige Lösungsmittel (24,2 Jahre) am jüngsten und F13 – Sedativa/ Hypnotika (41,1 Jahre) am ältesten; bei den weiblichen Klienten liegt das niedrigste Durchschnittsalter ebenfalls bei den Klientinnen der Diagnosegruppe F18 – Flüchtige Lösungsmittel (22,3 Jahre) und das höchste bei F13 – Sedativa/ Hypnotika (46,4 Jahre).

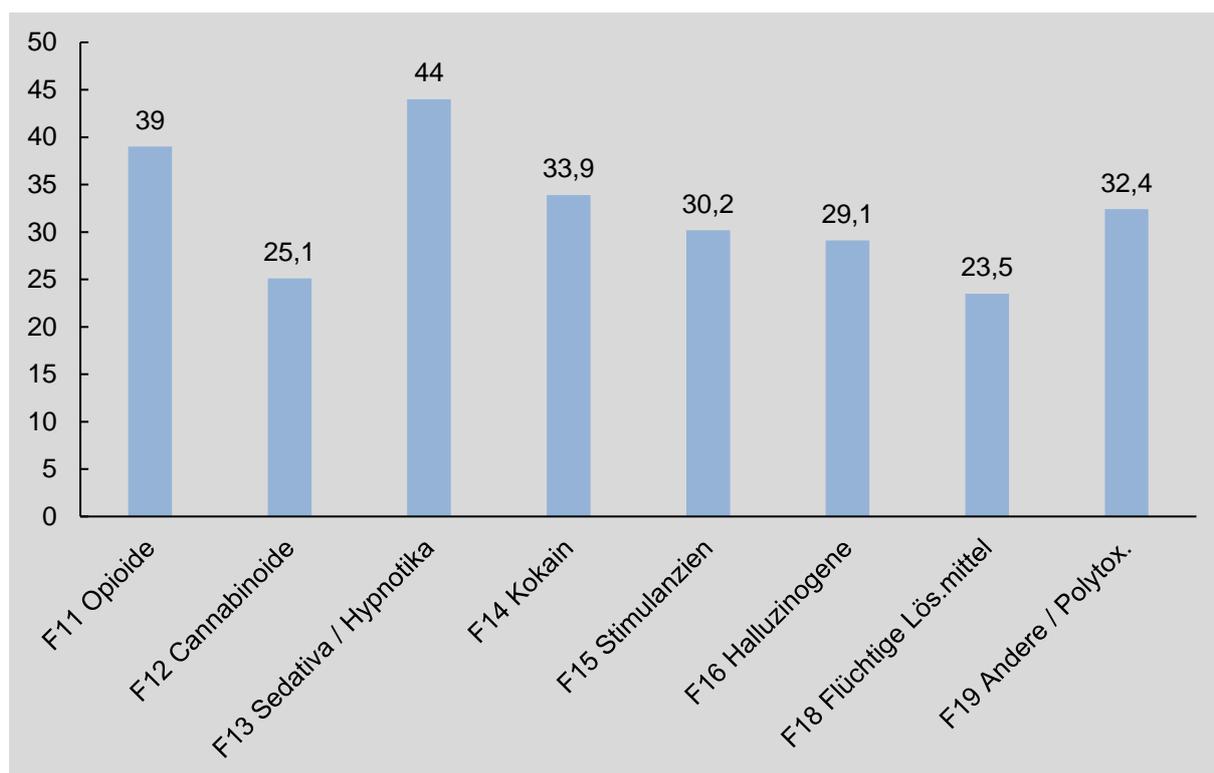


Abbildung 1 Durchschnittsalter der ambulant behandelten Patienten bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose in Jahren

Braun et al., 2019a, T3.02

Tabelle 10 Lebenssituation der ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Allein-lebend	Zusammenlebend mit *				
		Partner/in	Kind(ern)	Eltern(teil)	sonstiger/n Bezugs-person/en	sonstiger/n Person/en
F11 Opiode	46,0%	45,7%	24,5%	18,5%	8,3%	26,7%
F12 Cannabinoide	30,0%	21,2%	12,3%	54,4%	14,8%	17,5%
F13 Sedativa/ Hypnotika	41,8%	60,4%	33,0%	19,1%	3,9%	9,0%
F14 Kokain	37,2%	47,7%	26,9%	19,6%	7,5%	24,6%
F15 Stimulanzien	39,4%	39,6%	28,5%	28,0%	9,6%	20,0%
F16 Halluzinogene	38,8%	25,0%	7,5%	42,5%	10,0%	30,0%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	28,6%	20,0%	10,0%	60,0%	10,0%	10,0%
F19 Andere / Polytoxikomanie	43,5%	36,1%	19,3%	30,0%	12,0%	26,0%

Quelle: Braun et al., 2019a, T3.04

Zwischen 21,4 % und 51,0 % aller ambulant betreuten Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Partnerschaft, zwischen 20 % und 60,4 % leben mit ihrem Partner in einem Haushalt (Vgl. Tabelle 10). Im Durchschnitt haben die behandelten Frauen 1,46 Kinder, was in etwa dem generellen Bundesdurchschnitt von 1,57 Kindern entspricht (Max Planck Institute for Demographic Research & Vienna Institute of Demography, 2019; Braun et al., 2019a).

Zwischen 10,2 % und 42,3 % aller ambulant behandelten Klientinnen und Klienten haben einen Migrationshintergrund. Hierbei wird zwischen der eigenen Migration, der Migration der Eltern oder einer Migration in dritter Generation unterschieden (Vgl. Tabelle 11). Bei einer näheren Betrachtung nach Geschlecht werden keine großen Unterschiede deutlich.

Die Hauptdiagnosen mit dem größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind F14 – Kokain, F11 – Opioide und F12 – Cannabinoide (Vgl. Tabelle 11). Bei den Kokainabhängigen sind 33,4 % der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund ursprünglich aus der Türkei. Bei den Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind 21,1 % der Betroffenen mit Migrationshintergrund aus Russland und 15,1 % aus Kasachstan. Den größten Anteil der Migrantinnen und Migranten mit der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide stellen mit 23,6 % Menschen aus der Türkei.

Tabelle 11 Migrationshintergrund der ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Migrationshintergrund			
	kein Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migranten geboren	Migration in 3. Generation
F11 Opioide	62,6%	28,1%	9,2%	0,2%
F12 Cannabinoide	77,6%	9,6%	12,2%	0,5%
F13 Sedativa/ Hypnotika	84,6%	10,1%	4,9%	0,4%
F14 Kokain	57,9%	22,0%	19,7%	0,4%
F15 Stimulanzien	89,3%	6,0%	4,6%	0,2%
F16 Halluzinogene	91,8%	4,9%	3,3%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	81,8%	9,1%	9,1%	
F19 Andere / Polytoxikomanie	79,8%	10,6%	9,2%	0,4%

Quelle: Braun et al., 2019a, T3.12

Bei der Analyse dieser Daten sollte jedoch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei lediglich um die tatsächlich im Suchthilfesystem angekommenen Klientinnen und Klienten handelt. Sie dürfen nicht mit dem tatsächlichen Bedarf verwechselt werden. Da der DSHS ebenfalls zu entnehmen ist, dass in durchschnittlich nur ca. 5,5 % der Fälle die Beratung in einer anderen Sprache als deutsch stattfindet, ist davon auszugehen dass für Menschen mit unzureichenden

Deutschkenntnissen der Zugang zum Suchthilfesystem deutlich höherschwellig ist und deutlich seltener gelingt.

Tabelle 12 Höchster Ausbildungsabschluss bei ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Höchster Ausbildungsabschluss						
	Nie eine Ausbildung begonnen	In Ausbildung	Ausbildung abgebrochen	Betrieblicher Berufsabschluss	Meister / Techniker	Akademischer Abschluss	Anderer Berufsabschluss
F11 Opioide	15,5%	1,9%	39,2%	38,3%	0,9%	2,0%	2,3%
F12 Cannabinoide	32,9%	15,9%	21,2%	26,2%	0,8%	1,6%	1,4%
F13 Sedativa/ Hypnotika	9,8%	4,3%	14,9%	53,8%	2,1%	11,6 %	3,5 %
F14 Kokain	13,4%	4,7%	29,3%	43,0%	1,8%	5,2%	2,5%
F15 Stimulanzien	17,7%	6,3%	28,5%	42,8%	1,2%	1,7%	1,9%
F16 Halluzinogene	28,8%	11,9%	10,2%	33,9%	1,7%	8,5%	5,1%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	58,3%	16,7%		16,7%		8,3%	
F19 Andere / Polytoxikomanie	20,1%	4,7%	33,0%	37,6%	1,0%	1,9%	1,7%

Quelle: Braun et al., 2019a, T3.16

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt bei ca. der Hälfte der Hauptdiagnosen unter 20 % (vgl. Tabelle 12). Drei verhältnismäßig eher hohen Anteile finden sich bei den Hauptdiagnosen Cannabinoide (32,9 %), Halluzinogene (28,8 %) und Flüchtige Lösungsmittel (58,3 %), diese haben jedoch verglichen mit anderen Gruppen deutlich höhere Prozentanteile bei Klientinnen und Klienten die sich derzeit in einer Hochschul- oder Berufsausbildung befinden. Da es sich zugleich auch um die drei durchschnittlich jüngsten Diagnosegruppen handelt (Vgl. Abbildung 1), erscheint ein Zusammenhang naheliegend.

Ca. 11,4 % der männlichen und 10,6 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im ambulanten Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Opioide (16,5 %), Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie (14,4 %) und Kokain (13,8 %) (Braun et al., 2019a, T3.15).

Tabelle 13 Erwerbssituation ambulant behandelter Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (in %)

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn									
	Auszubildender	Arbeiter / Angestellter / Beamte	Selbständiger / Freiberufler	In berufl. Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	Schüler / Student	Hausfrau / Hausmann	Rentner / Pensionär
F11 Opioide	0,9%	18,5%	1,1%	0,2%	1,0%	4,5%	50,7%	1,0%	0,6%	4,5%
F12 Cannabinoide	11,6%	22,5%	1,2%	0,4%	1,3%	4,0%	24,6%	21,5%	0,3%	0,8%
F13 Sedativa/ Hypnotika	2,4%	29,2%	3,5%	0,4%	5,4%	3,5%	23,0%	3,6%	3,4%	19,2%
F14 Kokain	2,8%	36,6%	6,1%	0,4%	1,6%	5,8%	23,9%	2,4%	0,5%	0,9%
F15 Stimulanzien	4,7%	27,8%	1,3%	0,5%	2,2%	6,1%	38,1%	5,0%	0,5%	1,6%
F16 Halluzinogene	8,6%	27,6%	10,3%			3,4%	20,7%	15,5%	3,4%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	13,3%	13,3%			13,3%		13,3%	46,7%		
F19 Andere / Polytoxikomanie	3,3%	16,7%	1,1%	0,4%	1,8%	5,8%	44,2%	4,7%	0,4%	2,7%

Quelle: Braun et al., 2019a, T3.18

Alle Diagnosegruppen weisen einen großen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Bei den Hauptdiagnosen Cannabinoide, Sedativa/Hypnotika und Kokain sind es ca. ein Drittel, bei anderen psychotropen Substanzen / Polytoxikomanie knapp die Hälfte und bei Opioiden sogar mehr als die Hälfte (Vgl. Tabelle 13). Am wenigsten arbeitslose Menschen finden sich bei den Konsumierenden flüchtiger Lösungsmittel. In Anbetracht dieser Daten sollte jedoch das Durchschnittsalter der Diagnosegruppen berücksichtigt werden. Dieses liegt beispielsweise bei den flüchtigen Lösungsmitteln mit 23,5 Jahren (Vgl. Abbildung 1) am niedrigsten – entsprechend höher sind die Anteile bei Schüler*innen/ Studierenden (46,7 %) und Auszubildenden (13,3 %) (Vgl. Tabelle 13).

Stationäre Behandlung

Tabelle 14 Hauptdiagnose nach Geschlecht

Hauptdiagnose	Stationär		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt
F11 Opioide	15,6%	15,7%	-
F12 Cannabinoide	35,2%	29,2%	-
F13 Sedativa/ Hypnotika	1,5%	8,0%	-
F14 Kokain	9,4%	4,3%	-
F15 Stimulanzien	21,8%	25,9%	-
F16 Halluzinogene	0,1%	0,2%	-
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,01%	0,1%	-
F19 Andere / Polytoxikomanie	16,3%	16,5%	-
Gesamt (100 %)	7462	1936	-

Quelle: Braun et al., 2019a, T3.01

Der größte Anteil der stationär behandelten Menschen der Diagnosegruppe „illegale Drogen“ liegt sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Patientinnen und Patienten bei der Hauptdiagnose Cannabinoide (35,2 % bzw. 29,2 %). Zweithäufigste Diagnose ist, ebenfalls bei beiden Geschlechtern, ICD-10 F15 (Stimulanzien). Am wenigsten Behandlungen erfolgten aufgrund von Flüchtigen Lösungsmitteln (0,01 % vs. 0,1 %) (Vgl. Tabelle 14). Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter nach Diagnosegruppe fällt auf, dass in den meisten Hauptdiagnosegruppen deutlich mehr Männer als Frauen betroffen waren. Ausnahme sind die Diagnosen F13 Sedative (41,9 % männliche vs. 58,1 % weibliche Behandelte) und F18 Flüchtige Lösungsmittel (33,3 % M vs. 66,7 % F).

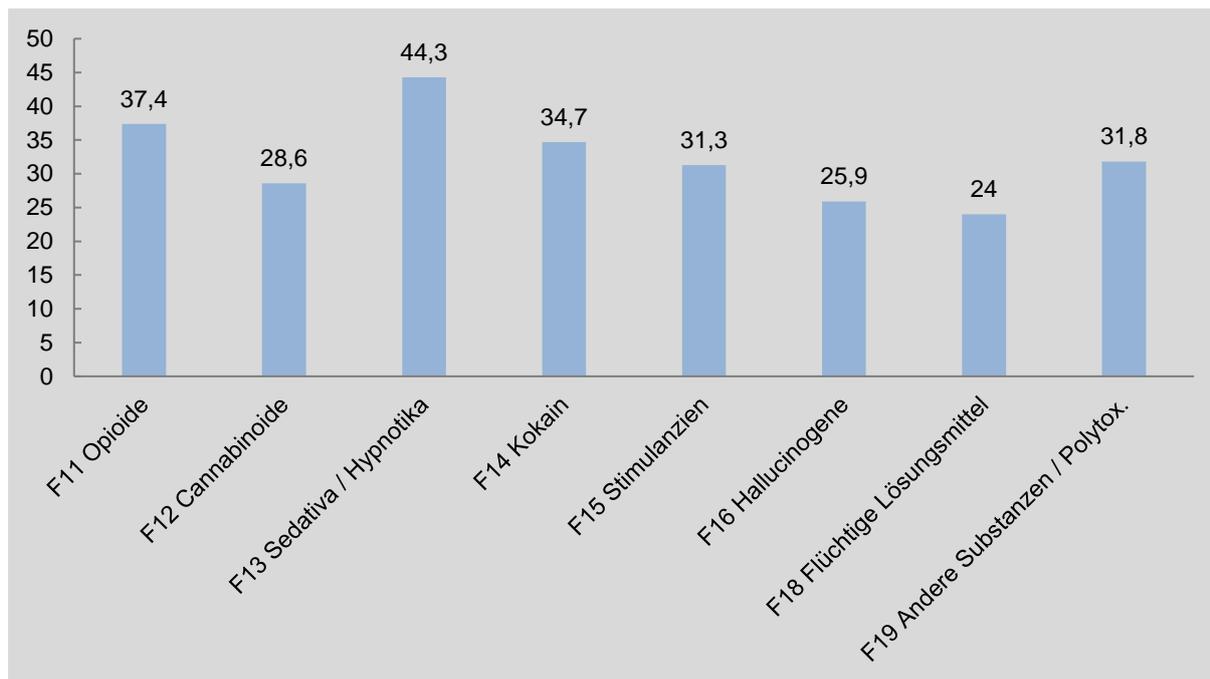


Abbildung 2 Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose stationärer Patientinnen und Patienten

Quelle: Braun et al., 2019b, T3.02

Die Behandelten von vier der acht Hauptdiagnosen haben ein durchschnittliches Alter zwischen 31 und 38 Jahren. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten werden aufgrund des Konsums von Sedativa/ Hypnotika behandelt (44,3 Jahre), die jüngsten aufgrund Flüchtiger Lösungsmittel (Vgl. Abbildung 2).

Tabelle 15 Lebenssituation der stationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose (in %)

Hauptdiagnose	Allein-lebend	Zusammenlebend mit *				
		Partner/in	Kind(ern)	Eltern(teil)	sonstiger/n Bezugs- person/en	sonstiger/n Person/en
F11 Opioide	60,2%	54,2%	23,4%	30,0%	12,5%	17,4%
F12 Cannabinoide	52,2%	31,4%	13,1%	52,9%	19,6%	21,4%
F13 Sedativa/ Hypnotika	46,6%	63,5%	26,2%	15,9%	13,5%	10,3%
F14 Kokain	52,5%	56,7%	25,9%	37,5%	20,3%	22,4%
F15 Stimulanzien	58,4%	41,0%	21,7%	36,6%	15,6%	19,3%
F16 Halluzinogene	55,6%			100,0%	25,0%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	33,3%		50,0%		50,0%	50,0%
F19 Andere / Polytoxikomanie	56,1%	38,4%	12,0%	46,8%	20,3%	29,2%

Quelle: Braun et al., 2019b, T3.04

Ausgenommen der Behandelten aufgrund von Flüchtigen Lösungsmitteln (F18) und Sedativa/ Hypnotika (F13) sind in allen Hauptdiagnosen mehr als die Hälfte der Behandelten alleinlebend.

Tabelle 16 Migrationshintergrund der stationär Behandelten nach Hauptdiagnose (in %)

Hauptdiagnose	Migrationshintergrund			
	kein Migrationshintergrund	selbst migriert	als Kind von Migranten geboren	Migration in 3. Generation
F11 Opiode	66,0%	22,7%	10,6%	0,8%
F12 Cannabinoide	78,1%	9,1%	12,4%	0,4%
F13 Sedativa/ Hypnotika	86,4%	9,5%	4,1%	
F14 Kokain	60,4%	17,2%	21,2%	1,2%
F15 Stimulanzien	89,3%	5,5%	4,5%	0,6%
F16 Halluzinogene	100,0%			
F18 Flüchtige Lösungsmittel	100,0%			
F19 Andere / Polytoxikomanie	81,0%	8,6%	9,7%	0,7%

Braun et al., 2019b, T3.12

Die meisten stationär behandelten Menschen haben keinen Migrationshintergrund. Die beiden Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Migranten sind F14 Kokain und F11 Opiode (Vgl. Tabelle 16). Von den Migrantinnen und Migranten mit einer Störung aufgrund des Konsums von Kokain kommt der Großteil der Behandelten (34 %) aus der Türkei. Migrantinnen und Migranten, die aufgrund von Opioiden behandelt wurden kommen zu 20,1 % aus Kasachstan und 19,8 % aus Russland (Braun et al., 2019b).

Tabelle 17 Höchster Ausbildungsabschluss der Behandelten nach Hauptdiagnose (in %)

Hauptdiagnose	Höchster Ausbildungsabschluss						
	Noch keine Ausbildung begonnen	Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	Betrieblicher Berufsabschluss	Meister/Techniker	Akademischer Abschluss	Anderer Berufsabschluss
F11 Opioide	12,3%	1,1%	35,5%	43,8%	1,4%	2,5%	3,4%
F12 Cannabinoide	21,7%	4,3%	35,1%	34,1%	1,2%	1,0%	2,6%
F13 Sedativa/ Hypnotika	8,4%	0,8%	13,4%	56,3%	3,4%	10,5%	7,1%
F14 Kokain	13,6%	2,0%	28,1%	48,3%	1,9%	2,9%	3,2%
F15 Stimulanzien	15,4%	2,1%	31,6%	45,1%	1,4%	2,1%	2,4%
F16 Halluzinogene			40,0%	20,0%	10,0%	10,0%	20,0%
F18 Flüchtige Lösungsmittel		33,3%		66,7%			
F19 Andere / Polytoxikomanie	15,5%	2,7%	33,6%	44,0%	1,2%	1,4%	1,6%

Quelle: Braun et al., 2019b, T3.16

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt, mit Ausnahme der Behandelten aufgrund von Cannabinoiden, bei allen Behandelten unter 20 %. Insgesamt haben die meisten Patientinnen und Patienten einen betrieblichen Berufsabschluss. Ein ebenfalls großer Anteil hat eine Hochschul- oder Berufsausbildung zwar angefangen, sie jedoch nicht abgeschlossen (Vgl. Tabelle 17).

Ca. 7,8 % der männlichen und 9,5 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im stationären Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Stimulanzien (13,3 %), Cannabinoide (12,4 %) und Kokain (11,7 %) (Braun et al., 2019a, T3.15).

Tabelle 18 Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (in %)

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn									
	Auszubildender	Arbeiter / Angestellter / Beamte	Selbständiger / Freiberufler	Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	Schüler / Student	Hausfrau / Hausmann	Rentner / Pensionär
F11 Opiode	0,7%	11,9%	0,4%	0,6%	2,3%	9,9%	56,3%	0,4%	0,4%	3,1%
F12 Cannabinoide	3,1%	13,0%	0,3%	0,9%	2,0%	15,1%	48,5%	3,0%	0,3%	1,1%
F13 Sedativa/Hypnotika	0,4%	29,4%	0,4%	1,2%	2,8%	15,9%	23,0%	1,2%	1,6%	18,7%
F14 Kokain	1,6%	19,6%	1,3%	1,3%	2,8%	13,2%	46,4%	0,8%	0,3%	1,2%
F15 Stimulanzien	1,2%	12,9%	0,6%	0,8%	2,2%	12,3%	59,0%	0,3%	0,1%	1,1%
F16 Halluzinogene	-	10,0%	-	-	10,0%	20,0%	50,0%	-	-	-
F18 Flüchtige Lösungsmittel	33,3%	66,7%	-	-	-	-	-	-	-	-
F19 Andere / Polytoxikomanie	1,6%	14,0%	0,5%	0,4%	1,7%	16,1%	48,9%	1,0%	0,2%	3,0%

Quelle: Braun et al., 2019b, T3.18

Alle Diagnosegruppen weisen einen großen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Mit Ausnahme der Diagnose Sedativa/Hypnotika sind es in allen Diagnosegruppen deutlich mehr als die Hälfte (Vgl. Tabelle 18).

Kinder und Jugendliche

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Behandelten Patientinnen und Patienten sind Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendliche (15-17 Jahre). Aufgrund ihres physischen und psychischen Entwicklungsstandes sind sie, in Anbetracht der gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums, eine besonders vulnerable Gruppe.

Behandlungsdaten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zeigen, dass sowohl im Setting der ambulanten als auch stationären Behandlung sowohl Kinder als auch Jugendliche am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden behandelt wurden (Vgl. Tabelle 19). Sämtliche andere Hauptdiagnosen liegen deutlich unter 10 %.

Ähnlich gestaltet sich die Verteilung der Behandlungen im Krankenhaus. Dort wurden Jugendliche (in absteigender Reihenfolge) am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden (52,6 %), Anderen psychotropen Substanzen/ Polytoxikomanie (29,2 %) und Stimulanzien (11,2 %) behandelt. Kinder wurden am häufigsten aufgrund von flüchtigen Lösungsmitteln (6,59 %), Cannabinoiden (2,23 %) und Stimulanzien (1,34 %) behandelt.

Tabelle 19 Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen

Hauptdiagnose	DSHS				Krankenhaus diagnosestatistik	
	Ambulant		Stationär		(Destatis)	
	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17
F11 Opioide	0,9%	1,5%	-	1,1%	1,8%	2,5%
F12 Cannabinoide	87,8%	88,1%	-	85,9%	50,2%	52,6%
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,3%	0,2%	-	1,1%	3,5%	1,9%
F14 Kokain	1,2%	1,0%	-		0,2%	0,7%
F15 Stimulanzien	7,6%	6,7%	-	5,4%	16,0%	11,2%
F16 Halluzinogene		0,2%	-	-	1,0%	1,6%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,5%	0,1%	-	-	1,3%	0,3%
F19 Andere / Polytoxikomanie	1,7%	2,3%	-	6,5%	26,0%	29,2%

Quelle: Braun et al., 2019a, 2019b, Destatis, 2018b

Insgesamt sind beinahe ein Fünftel (17,2 %) aller ambulant behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose F12 (Cannabinoiden) Kinder und Jugendliche. Bei den flüchtigen Lösungsmitteln sind es sogar ein Viertel (29,7 %). Die Substanzgruppe mit dem geringsten Anteil an ambulanten Behandlungen durch Kinder und Jugendliche sind die Opioide (0,2 %). Bezogen auf die Statistik der Krankenhausdiagnosen sind 14 % der aufgrund von Cannabinoiden behandelten Patientinnen und Patienten Kinder und Jugendliche; bei den flüchtigen Lösungsmitteln sind es sogar 15 %. Besonders gering ist hier ebenfalls der Anteil der aufgrund von Opioiden behandelten Kinder und Jugendlichen (0,4 %) (Vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Anteil der Kinder und Jugendlichen an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	DSHS				Krankenhaus diagnosestatistik	
	Ambulant		Stationär		(Destatis)	
	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17
F11 Opioide	0,0%	0,2%	-	0,1%	0,1%	0,3%
F12 Cannabinoide	1,8%	15,4%	-	2,5%	2,0%	12,0%
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,2%	0,7%	-	0,4%	0,3%	0,8%
F14 Kokain	0,1%	1,1%	-	-	0,1%	0,8%
F15 Stimulanzien	0,4%	3,2%	-	0,2%	1,3%	4,7%
F16 Halluzinogene	-	11,8%	-	-	1,3%	10,8%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	13,5%	16,2%	-	-	6,6%	8,4%
F19 Andere / Polytoxikomanie	0,2%	2,2%		0,4%	0,7%	3,8%

Quelle: Braun et al., 2019a, 2019b, Destatis, 2018b

Sucht-Selbsthilfe

Der Großteil der Sucht-Selbsthilfe Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist älter als 40 Jahre (89%). Dabei ist der Altersgruppe der 41 bis 69-jährigen mit 47 % die am meisten vertretene. Nur 10 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind zwischen 22 und 40 Jahre alt. Der Altersgruppe der bis 21-jährigen können lediglich 1 % zugeordnet werden (Naundorff, Kornwald, Bosch, Hansen & Janßen, 2018). Die Altersstruktur kann beispielsweise durch den oftmals späten Kontakt zwischen Abhängigen und dem Suchthilfesystem erklärt werden: So ist beispielsweise den Katamnesedaten des FVS zu entnehmen, dass Patientinnen und Patienten der stationären Rehabilitation im Durchschnitt dreizehn Jahre abhängig waren, bevor sie sich in Behandlung begaben (Muhl et al., 2019).

3.185 Menschen besuchten eine Selbsthilfegruppe aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, 2.959 aufgrund einer Abhängigkeit von Medikamenten.

Ca. jede/r fünfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gab an, vor dem Gruppenbesuch in Akutbehandlung (Entgiftung/ körperlicher Entzug) gewesen zu sein. 36 % wurden vor ihrer Aufnahme in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt. 10 % wurden ambulant behandelt, 11 % nahmen bislang nur beratende Maßnahmen (z.B. in einer Suchtberatungsstelle) in Anspruch. Für 19 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war die Selbsthilfegruppe der erste Kontakt zur Suchthilfe (Naundorff et al., 2018).

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2019 (Braun et al., 2019a, b & c)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2019

- Grunddaten der Krankenhäuser 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018a)
- Tiefgegliederte Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Destatis, 2018b)
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B. BADO in Hamburg (Neumann-Runde & Martens, 2018)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“.

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

Beratungs- und/ oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen

Zentrale Aufgabe dieser Einrichtungen ist die Beratung und Behandlung Abhängigkeitskranker. Die Fachkräfte motivieren Betroffene, Hilfe anzunehmen; sie erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation). Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sowie Fachambulanzen übernehmen vielfach auch die psychosoziale Begleitung Substituierter, unterstützen Selbsthilfeprojekte und sind Fachstellen für Prävention. Rechtsgrundlage ist die kommunale Daseinsvorsorge nach Art. 20 Abs. 1 GG.

Niedrigschwellige Einrichtungen (u. a. Konsumräume, Streetwork oder Kontaktläden)

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Neben Kontakt- und Gesprächsangeboten offerieren sie weitere Hilfen, wie z. B. medizinische und hygienische Grundversorgung, aufsuchende Straßensozialarbeit, Infektionsprophylaxe oder Rechtsberatung. In einigen großen Städten gibt es auch Konsumräume. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige öffentliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2018“ zu finden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen von Diagnostik und Behandlung eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Sie sollen die Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motivieren und an Beratungsstellen vermitteln. Bundesweit arbeiten ca. 157.300 niedergelassene oder angestellte Ärzte (ambulant) die ggf. erste Ansprechpartner für suchtkranke Patientinnen und Patienten sind (BÄK, 2018). Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.6 bis 1.4.9.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVAen) kooperieren regional mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Externe Sozialarbeiter beraten und vermitteln ggf. in Therapie nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafverfolgung bei Aufnahme einer Therapie). In manchen Gefängnissen ist eine Substitutionsbehandlung möglich (siehe auch Kap. 1.2.2).

Externe Suchtberaterinnen und -berater spielen darüber hinaus eine wichtige Rolle vor und nach der Entlassung, z. B. bei der Vermittlung in geeignete Wohn- und Betreuungseinrichtungen. Die Beratenden sind nicht Teil des Personals oder der Justizvollzugsanstalt und unterliegen somit der Schweigepflicht.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrischen Krankenhäusern und z. T. auch an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Mitarbeiterteams aus. Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch V (SGB V), geplant wird das Angebot durch Krankenkassen und Krankenhausträger.

Sozialpsychiatrische Dienste

Die Kommunen stellen auf der Basis des ÖGDG Gemeindepsychiatrische Zentren bzw. Sozialpsychiatrische Dienste zur Verfügung, die auch für Suchtkranke zuständig sind. Sie betreuen häufig chronisch Alkoholabhängige oder Abhängige anderer psychotroper Substanzen mit psychiatrischen Komorbiditäten. Sie beraten und vermitteln in geeignete Behandlung oder langfristige Betreuung, wie z. B. spezifische Wohneinrichtungen.

Ambulante medizinische Rehabilitation

Zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im ambulanten rehabilitativen Setting stehen Angebote in verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung: Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ganztägig ambulante Einrichtungen oder Tageskliniken. Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern unter Einbeziehung der jeweiligen Leistungsträger.

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen ermöglicht es Drogenabhängigen, die Schwierigkeiten mit der Alltagsbewältigung haben, in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft zu leben. Unterstützung bekommen sie mittels ambulanter Suchthilfedienste, die eine intensive Betreuung anbieten. Die Kosten können auf Antrag vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen werden (nach SGB XII).

Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen

Arbeitsplätze und Arbeitsprojekte bieten die Basis für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung abhängigkeitskranker Personen. Rechtsgrundlagen sind das SGB II, SGB III, SGB VI, SGB IX und SGB XII. Die Planung obliegt den Agenturen für Arbeit und Jobcentern, der Deutschen Rentenversicherung, den Sozialhilfeträgern sowie den Leistungserbringern.

1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Insgesamt sind an der ambulanten Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen 25.873 Psychotherapeuten und 5.877 spezialisierte Fachärzte beteiligt. Von den Psychotherapeuten sind 6.121 ärztliche Psychotherapeuten und 19.752 psychologische Psychotherapeuten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017; DGPPN, 2019). Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern. Wie hoch der Anteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist, die Suchtkranke behandeln, ist unbekannt.

Sucht-Selbsthilfe

Ebenfalls für die Versorgung von Suchtkranken bedeutend ist die Sucht-Selbsthilfe, deren Angebote die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Art und Weise ergänzen. Gesetzliche Grundlage ist der §20h des SGBV. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund fördern und unterstützen seit vielen Jahren die Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.

Selbsthilfegruppen bestehen aus mindestens sechs, durchschnittlich aber zwischen fünfzehn und zwanzig Mitgliedern. Das Angebot beruht auf einem freiwilligen Zusammenschluss. Charakteristisch für das Selbsthilfeprinzip ist der regelmäßige und selbstbestimmte Austausch der Teilnehmenden mit dem Ziel, die individuelle Lebensqualität zu verbessern. In der Regel nehmen sowohl direkt Betroffene (in Bezug auf die Sucht-Selbsthilfe abhängige Menschen) als auch Angehörige teil.

Die fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände in Deutschland⁶ führten im Jahr 2017 eine gemeinsame Erhebung zu unterschiedlichen Aspekten ihrer Sucht-Selbsthilfegruppen durch.

⁶ Die fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände sind: Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V., Guttempler in Deutschland e.V. und Kreuzbund e.V. – Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige.

Demnach wurden im Jahr 2017 ca. 70.000 Menschen erreicht, 30.000 Frauen und 40.000 Männer. 74 % der erreichten Menschen sind suchtkrank, 19 % Angehörige und 7 % nehmen die Angebote als sogenannte „Interessierte“ teil.

Von den insgesamt 4.110 Selbsthilfegruppen handelt es sich bei der überwiegenden Mehrheit (81 %) um gemischte Gruppen für Suchtkranke und Angehörige. Darüber hinaus gehören Sucht-Selbsthilfegruppen nur für Frauen (6 %), nur für Suchtkranke (5 %) bzw. nur für Angehörige (4 %) sowie Gruppen für Kinder und Jugendliche zu den gängigeren Angeboten. 5 % der Gruppen setzen sich aus Angeboten nur für Männer, Migranten und Spiel- oder Medikamentenabhängigen zusammen.

Die meisten Teilnehmenden von Suchtselbsthilfegruppen sind abhängig von Alkohol (46.268). 3.185 Menschen gaben an aufgrund von illegalen Drogen an den Treffen teilzunehmen, 2.959 aufgrund von Medikamentenabhängigkeit (Naundorff et al., 2018).

1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote

Entgiftung

Entgiftungen finden in der Regel in psychiatrischen Fachabteilungen statt. Falls diese nicht zur Verfügung stehen, werden Entgiftungen auch auf internistischen Fachabteilungen von Krankenhäusern durchgeführt. Im Falle einer stationären Behandlung weiterer somatischer Erkrankungen kann eine Entgiftung auch auf den entsprechenden Fachabteilungen stattfinden. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern und Kommunen sowie den Krankenhausträgern.

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

Ein „Qualifizierter Entzug“ ergänzt die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen und bereitet oftmals weitergehende rehabilitative Maßnahmen vor. Qualifizierte Entzüge finden in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die psychophysischen Besonderheiten des Entzugs von Alkohol und psychotropen Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern und Kommunen sowie den Krankenhausträgern.

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird in Fachkliniken durchgeführt und umfasst Gruppentherapien, Einzeltherapien, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder Seminaren sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). Dies wird ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indizierte Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z. B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Das Spektrum der medizinischen Rehabilitation umfasst auch soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der verschiedenen Behandlungsformen wird individuell festgelegt.

Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung erfolgt durch die Rentenversicherungsträger (DRV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ambulante und stationäre Rehabilitation sind weitestgehend abstinenorientiert (Weinbrenner & Köhler, 2015).

Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klientinnen und Klienten, ambulante und stationäre Rehabilitation miteinander zu verbinden (Kombinationsbehandlung) oder weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote wahrzunehmen.

Angebote der Nachsorge

In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot von beruflichen Hilfen und Beschäftigungsprojekten, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft offeriert, das sich an den individuellen Bedarfslagen der Abhängigen orientiert.

Tabelle 21 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen

	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	Therapeutische Gemein-schaften	Maßregel-vollzug
Psychosoziale Beratung und Behandlung	Falls erforderlich	100 %	k.A.	k.A.
Screening und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen	100 %	100 % Screening, Behandlung nur wenn im Rahmen der Rehabilitation möglich, sonst Überweisung in psychiatrische Klinik oder Fachabteilung	k.A.	100 %
Individuelles Case Management	k.A.	100 %	k.A.	k.A.
Substitutions-behandlung	In der Regel 100 %, wenn erforderlich	10 %	k.A.	k.A.
Andere	-	-	-	-

(Expertenschätzung)

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

Therapeutische Gemeinschaften im ursprünglichen Sinn gibt es in Deutschland nur noch in sehr geringer Anzahl. Dennoch arbeiten zahlreiche Fachkliniken der medizinischen

Suchtrehabilitation auch mit den Prinzipien der TGs. Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die das Prinzip der TGs in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Informationen finden sich im Sonderkapitel „Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland“ des REITOX-Berichtes 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

Behandlung im Strafvollzug

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Straftäter bzw. der Behandlung der für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie.

Psychiatrische Kliniken

Das Angebot reicht von Entgiftung und „qualifizierter“ Entzugsbehandlung über Krisenintervention bis zu Behandlungen Abhängiger mit weiteren psychischen Störungen. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern.

Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine sogenannte Adaptionsphase anschließen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt. Sie ist insbesondere für diejenigen Patienten gedacht, bei denen ein hoher Rehabilitationsbedarf gegeben ist, wie z. B. bei Abhängigen mit psychiatrischer Komorbidität (Vgl. Abschnitt 4.1). Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern. Eine ausführliche Beschreibung von Inhalten und Zielen der Adaptionsbehandlung findet sich in einer Publikation des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) (buss, 2016).

Teilstationäre (d. h. ganztägig ambulante) Einrichtung der Sozialtherapie

Darunter werden z. B. Tagesstätten nach SGB XII §§ 53ff / 67ff verstanden, aber auch ganztägig ambulant betreutes Wohnen.

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

Hierbei handelt es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII §§ 53ff. oder 67ff. sowie des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) § 35a.

1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen

Kürzlich eingereiste Migrantinnen und Migranten / Geflüchtete

In den vergangenen Jahren gab es viele Bemühungen, geeignete Beratungs- und Behandlungsangebote für geflüchtete Menschen zu schaffen, da Drogenkonsum und -abhängigkeit – im Ausland begonnen oder im Aufnahmeland bzw. während der Flucht entwickelt – ein für die Versorgung relevantes Thema darstellen. Um Umfang und Art des Substanzkonsums unter den jungen Geflüchteten zu ermitteln, förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Projekt „Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern“ (UMA). Ein weiteres Ziel war es, vorhandene Konzepte und Probleme der Fachkräfte im Umgang mit konsumierenden unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten zu identifizieren und Möglichkeiten der besseren Versorgung dieser Zielgruppe aufzuzeigen – sie gehören zu den schutzbedürftigsten Flüchtlingsgruppen. Der Schutzbedarf zeigt sich auch deutlich in Studien zur psychischen Belastung dieser Zielgruppe. Aus diesen geht hervor, dass schätzungsweise etwa die Hälfte von ihnen psychische Auffälligkeiten aufweist und unbegleitete minderjährige Geflüchtete signifikant häufiger als begleitete Minderjährige traumatische Erfahrungen gemacht haben. Mit der Anzahl an negativen oder traumatischen Lebenserfahrungen steigt auch das Risiko für eine psychische Erkrankung, zu welchen auch Suchterkrankungen zählen. Folglich ist bei Geflüchteten mit einer entsprechend hohen Inzidenz an Suchtmittelerkrankungen zu rechnen (Vgl. Roberts, Felix Ocaka, Browne, Oyok, Sondorp, 2011; Ezard, 2012; Roberts et al., 2014). Insgesamt liegen allerdings nur wenige Informationen zum Ausmaß des Substanzkonsums sowie zur Art der konsumierten Substanzen bei unbegleiteten minderjährigen Ausländern vor (Zurhold, 2017). Da der Konsum illegaler Drogen in Deutschland für Geflüchtete unter Umständen mit ausländerrechtlichen Konsequenzen verbunden sein kann, wird davon ausgegangen, dass viele aus Misstrauen gegenüber dem System und Angst vor einer Abschiebung im Suchthilfesystem überhaupt nicht vorstellig werden und folglich Angaben zur Prävalenz unmöglich sind (Leidgens, 2015; Hügel, 2016).

Eines der aufgebauten Angebote für Geflüchtete heißt „Guidance“⁷ und ist beim Notdienst Berlin e. V. angesiedelt. Die Mitarbeitenden wurden hinsichtlich rechtlicher Aspekte, insbesondere Asyl- und Sozialrecht, spezifischer Methoden der Gesprächsführung (Motivierende Gesprächsführung, kultursensible Beratung) und Präventionselementen (Grundlagen Frühintervention) geschult. Alle erforderlichen Dokumente für die Beratung (z. B. Aufklärung über die Schweigepflicht und den Datenschutz) wurden übersetzt. Das Angebot

⁷ Notdienst Berlin e.V., Guidance [online] www.guidance-berlin.de

besteht neben den Einzelberatungen zum einen in offenen Sprechstunden auf Arabisch und Persisch, zum anderen in Gruppenveranstaltungen zur Frühintervention. Alle Kurse werden durch Sprach- und Kulturmittellnde begleitet. Darüber hinaus werden Fortbildungen und Coachings für Mitarbeitende der Geflüchtetenhilfe, des Jugendamts, der Jugendhilfe, des betreuten Wohnens und von Gemeinschaftsunterkünften und Krankenhäusern durchgeführt. Eine ausführliche Beschreibung des Projektes ist im Reitoxbericht 2018 zu finden (Bartsch et al, 2018, Kap. 1.4.5).

Ältere Drogenabhängige (40+)

Relevante Daten zu älteren Drogenabhängigen stehen in Deutschland außer zu Alkohol- und Medikamentenabhängigen hauptsächlich zu Opioidabhängigen zur Verfügung. Cannabiskonsumierende sind in der Regel jünger und nicht im selben Maße gesundheitlich geschädigt wie Opioidabhängige.

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser zeigen, dass der Anteil der älteren Opioidabhängigen sehr hoch ist. 44 % der insgesamt 31.385 in Krankenhäusern behandelten Opioidabhängigen waren älter als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 37,1 % der älteren Opioidabhängigen (40+) die Spitze. Es folgen die jeweils nächst höheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 27,0 %, 18,4 % und 8,1 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 9,3 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2018a).

Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) (2018) zeigen zudem, dass das Durchschnittsalter der Drogentoten weiter gestiegen ist. Im Jahr 1982 betrug es noch 26 Jahre, seitdem ist es beinahe kontinuierlich gestiegen. 2017 lag das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Drogentodes bei 38,9 Jahren (BKA, 2018; Kraus & Seitz, 2018). Aufgrund einer Umstellung der Datenbank des Bundeskriminalamtes sind für das Jahr 2018 keine Daten bezüglich des Durchschnittsalters der Drogentoten verfügbar. Weitere Informationen zur Problematik der Drogentodesfälle sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2019“ (Dammer et al., 2019, Abschnitt 1.1) zu finden.

Die Grundaussagen des Reitoxberichts 2009 mit dem ausgewählten Thema „Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger“ sind hinsichtlich der Einflussfaktoren auf das Älterwerden von Drogenabhängigen bzw. der gestiegenen Lebenserwartung, der sozialen Situation sowie der physischen und psychischen Gesundheit noch immer gültig (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Daher wird in diesem Kapitel nur über aktuelle Daten der Behandlung berichtet sowie Entwicklungen im Bereich der Einrichtungen.

Entwicklungen in der Versorgung

Einige Träger nahmen die Anregungen der im Reitoxbericht 2009 dargestellten Diskussionen über spezialisierte Alterseinrichtungen für Drogenabhängige auf und setzen sie in neuen Einrichtungen bzw. Angeboten um. So bietet z. B. Condrobs⁸ niedrigschwellige und

⁸ Condrobs e.V. [Online:] www.condrobs.de

akzeptanzorientierte Unterstützung an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung des betreuten Wohnens und ein Arbeitsprojekt mit ein.

Bekanntestes Projekt für ältere Drogenabhängige ist LÜSA (Langzeit Übergangs- und Stützungsangebot). LÜSA bietet für über 30 schwerstabhängige und chronisch mehrfach geschädigte drogenabhängige Menschen 30 stationäre Plätze in verschiedenen konzipierten Wohnangeboten. Ziel des bis zu zwei Jahren (im Einzelfall auch länger) dauernden Aufenthalts ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Die von LÜSA aufgenommene Zielgruppe besteht seit Beginn des Projektes aus spezifischen Teilzielgruppen, die aufgrund ihrer psychischen oder / und körperlichen Störung dauerhaft behindert sind und auch langfristig nicht mehr in der Lage sein werden, selbständig zu wohnen / zu leben. Auf die Gesamtlaufzeit bezogen, gehören 31 % der aufgenommenen Personen zu dieser Teilzielgruppe der dauerhaft behinderten Menschen.

Im Folgenden werden einige Daten zu dieser spezifischen Teilzielgruppe vorgestellt:

- der Frauenanteil beträgt 34,4 %, der Männeranteil 65,6 %;
- 69,8 % der Bewohner / -innen sind über 45 Jahre alt; der Anteil der 35- bis 45-Jährigen beträgt 30,2 %;
- 52,2 % konsumieren seit über 25 Jahren Drogen;
- bei 30 % steht eine psychische Störung im Vordergrund der Erkrankung, bei 70 % eine physische Störung;
- 94,89 % der Bewohner / -innen sind HEP-C positiv;
- 34,8 % sind anerkannte Schwerbehinderte;
- 24,9 % stehen unter gesetzlicher Betreuung;
- 78 % haben Erfahrung mit einem Aufenthalt in einer Justizvollzugsanstalt (JVA);
- 8,7 % sind an den Folgen einer HIV/HEP C-Infektion verstorben;
- 17,4 % wurden disziplinarisch entlassen oder haben ihren Aufenthalt abgebrochen;
- 26,1 % wurden in andere Hilfeinrichtungen vermittelt, 8,9 % in selbständiges Wohnen (z. T. „Ambulant Betreutes Wohnen“) (LÜSA, o.J.).

Im Rahmen der Betreuung HIV-positiver Menschen sind verschiedene Wohn- und Pflegeprojekte gegründet worden, die auch suchtkranke Betroffene aufnehmen, die pflegebedürftig sind. Mittlerweile gibt es deutschlandweit einige Einrichtungen, darunter acht Wohnprojekte und ein Wohn- und Pflegeprojekt (Deutsche Aidshilfe, o.J.). Als Beispiel sei hier der Berliner Einrichtungsverband „Zu Hause im Kiez gGmbH⁹“ genannt. An zwölf unterschiedlichen Standorten bestehen Angebote, die den Betroffenen eine bedarfsgerechte

⁹ Zuhause im Kiez gGmbH [online] www.zik-ggmbh.de

Lebensweise ermöglichen. Ziel ist es, allen Betroffenen ein selbstbestimmtes und verantwortungsbewusstes Leben zu ermöglichen.

Darüber hinaus gibt es aufgrund von Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit Modellprojekte, die eine bessere Verzahnung von Sucht- und Altenhilfe bewirken und Beispiele gelungener Kooperation darstellen. Sie erreichen jedoch primär Alkohol- und Medikamentenabhängige (Reimer et al., 2014).

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und Methamphetamin

NPS sind nach Cannabis und der Gruppe der Amphetamine/Methamphetamine die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen in Deutschland (Gomes de Matos et al., 2016). Wie Methamphetamine stellen sie die notärztliche Versorgung und die Suchthilfe vor große Herausforderungen. Daher wurde erstmals in sechs Bundesländern eine Studie zur Verbreitung des Konsums durchgeführt (Gomes de Matos et al., 2018). Anhand epidemiologischer Daten aus Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen werden regionale Muster im Konsum von NPS und Methamphetamin in Deutschland beschrieben. Die Datenbasis bildet der Epidemiologische Suchtsurvey 2015 auf Grundlage einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung, die in den untersuchten Bundesländern um zusätzliche Fallzahlen erweitert wurde. Ziel war es, mögliche regionale Unterschiede des Konsums von NPS und Methamphetamin zu ermitteln.

Regionale Unterschiede im NPS-Konsum konnten nicht festgestellt werden. Der Konsum von NPS ist über die untersuchten Bundesländer hinweg gleich stark verbreitet. Methamphetamin wird selten konsumiert, wobei der Konsum in Sachsen und Thüringen vergleichsweise höher zu sein scheint. Die Analyse der Risikofaktoren muss aufgrund teils geringer Fallzahlen bezüglich des Konsums vorsichtig interpretiert werden (Gomes de Matos et al., 2018).

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin schwankte zwischen 0,3 % (Nordrhein-Westfalen) und 2,0 % (Sachsen). Thüringen und Sachsen wiesen im Vergleich zum Durchschnitt signifikant erhöhte Werte auf. Für NPS fanden sich Zahlen zwischen 2,2 % (Bayern) und 3,9 % (Hamburg), wobei eine multivariate Analyse keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigte. Höheres Alter und höherer Bildungsstand waren mit einem verringerten Konsumrisiko für NPS und Methamphetamin verbunden, Tabak- und Cannabiskonsum jeweils mit einem erhöhten Konsumrisiko (Gomes de Matos et al., 2018; Piontek et al., 2018).

Handlungsempfehlungen für die Therapie von Methamphetamin-Abhängigen sind in den „S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störung“ zu finden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2016).

Zur Evaluation der Therapie in stationärer Entwöhnung fördert das BMG die „Crystal-Studie“, ein Modellprojekt in der Bezirksklinik Hochstadt und MEDIAN Klinik Mecklenburg. Forschungsschwerpunkte sind die Erfassung psychiatrischer Komorbiditäten der

crystalabhängigen Patientinnen und Patienten, neurokognitiver Defizite, Gender-Aspekte sowie Therapieprognosen. Ziel der Studie ist es, mit Hilfe des evaluierten Therapiemanuals die Behandlung von Crystalabhängigen zu verbessern (Kampf et al., 2017). Auf diese Studie aufbauend läuft aktuell ein weiteres Forschungsprojekt, welches sich mit den Spezifika crystalabhängiger Patienten beschäftigt. Thematische Schwerpunkte des Projektes sind u. a. die Frage nach den Unterschieden bezüglich der soziodemografischen, psychosozialen, klinischen und kognitiven Charakteristika von Crystalkonsumierenden bei Aufnahme und Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung verglichen mit Konsumenten anderer Drogen. Erhebungen laufen bis ca. September 2019. Mit Hilfe der Ergebnisse sollen spezifische Therapiekonzepte für methamphetaminabhängige Patientinnen und Patienten ermöglicht werden (Schacht-Jablonowsky et al., 2019).

Frauenspezifische Angebote

Die Bedeutung des Themas „Gender in der Suchthilfe“ ist in Deutschland seit vielen Jahren bekannt und wurde in zahlreichen Publikationen bearbeitet, zunächst eher frauenspezifisch, später auch männer- bzw. genderspezifisch. Schon 2004 erarbeitete der DHS-Fachausschuss „Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ ein Grundsatzpapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“ (DHS, 2004). Weitere Diskussionen und Veröffentlichungen folgten, wie z. B. „Qualitätsmerkmale und Empfehlungen für eine frauenspezifische Suchtarbeit“ des Arbeitskreises „Frauen und Sucht“ (2006) der Region Freiburg und Südbaden oder die Frauen-Suchtberatung in Schleswig-Holstein mit ihrem Angebot „Interessenvertretung und Qualitätssicherung“¹⁰.

Dennoch gibt es in Deutschland keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten. In die vorhandenen Datenbanken fließen ebenfalls alle Projekte und Angebote ein, die auch für Frauen oder auch für Männer sind. Sie haben jedoch nicht unbedingt einen genderspezifischen Behandlungsansatz.

In der ambulanten Suchtbehandlung gibt es jedoch in vielen Städten und Großräumen frauenspezifische Angebote, wie z. B. in Berlin, Essen, Frankfurt, Hamburg, München oder Nürnberg. Sie umfassen sowohl niedrighschwellige Angebote, wie Kontaktläden, als auch reguläre Frauensuchtberatungsstellen.

Auch stationäre Entwöhnungskliniken und therapeutische Wohngemeinschaften haben frauenspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt und nutzen sie, wie z. B. die Bernhard-

¹⁰ Frauen Sucht Gesundheit e.V. [Online]. <https://fsg-sh.de/interessenvertretung-und-qualitatssicherung/> [Letzter Zugriff: 30.10.2019].

Salzmann-Klinik in Gütersloh¹¹, der Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“¹² in Berlin oder Condrops in München. Die Träger halten spezifische Angebote für Frauen in verschiedenen Lebenslagen vor, z. B. Kontaktläden, Suchtberatungsstellen, soziotherapeutische WGs, Clean-WGs oder WGs der Nachsorge. Angebote für suchtkranke Frauen mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung und für Frauen, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, ergänzen die Palette. Hier können Frauen mit ähnlichen Lebenserfahrungen in einem Freiraum ohne Gewalt und Suchtmittel zusammenleben und neue Problemlösungsstrategien ausprobieren.

Darüber hinaus fördert das BMG zielgruppenspezifische Modellprojekte für abhängige Frauen:

Eines der Projekte war von 2015 bis Ende 2018 „GeSA (Gewalt – Sucht – Ausweg) –Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht¹³“. Ziel des Projekts war es, Fachkräften aus der Anti-Gewalt-Arbeit und der Suchtkrankenhilfe Wissen und Kompetenzen in den Bereichen Sucht, Gewalt und Trauma zu vermitteln sowie ein funktionierendes Netzwerk zu etablieren, um eine effektive und nachhaltige Versorgung von Gewalt und Suchtabhängigkeit betroffener Frauen gewährleisten zu können. Das regionale Kooperationsmodell zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit Suchtmittelkonsum war in den Regionen Rostock und Stralsund angesiedelt und sollte jeweils ein regionales Netzwerk Sucht & Gewalt aufbauen. Verantwortlich für diesen Prozess waren regionale Kooperationssteams (jeweils in Rostock und Stralsund), die sich aus max. fünf Vertretungen stationärer und ambulanter Einrichtungen beider Systeme zusammensetzten. Innerhalb des Netzwerkes ging es zunächst darum, Kenntnisse über das jeweils andere Hilfesystem zu vermitteln (Basisseminare), an der Begleitung und Behandlung Betroffener beteiligte Einrichtungen und deren Arbeitskonzepte kennenzulernen, sowie fachspezifisches Wissen zu den Themen Gewalt, Trauma und Sucht erwerben zu können (Fachforen). Ein zweiter wesentlicher Aspekt war die Entwicklung und Erprobung einzelfallbezogener Kooperationsmodelle, die die innerhalb des Netzwerkes vorhandenen Ressourcen im Einzelfall miteinander verknüpfen bzw. sinnvoll ergänzen sollten (Frauen helfen Frauen e. V. Rostock, 2017).

Aus den Erfahrungen der dreijährigen Zusammenarbeit konnten schließlich fallübergreifende und auf die spezifischen regionalen Bedingungen zugeschnittene Handlungsleitlinien erarbeitet werden. Auch an der Zusammenarbeit der im Rahmen des Projektes entstandenen

¹¹ Bernhard Salzmann Klinik. LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen. Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen [Online]. https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Letzter Zugriff: 12.08.2019].

¹² Die Zwiebel, therapeutischer Wohnverbund für Frauen. [online] <https://www.prowoberlin.de/Angebot3/die-zwiebel-therapeutischer-wohnverbund-fuer-abh%C3%A4ngigkeitserkrankte-frauen.html> [Letzter Zugriff 02.09.2019].

¹³ Frauen helfen Frauen e.V. Rostock, Modellprojekt GeSA [online] www.fhf-rostock.de/einrichtungen/gesa/ueber-gesa.html [Letzter Zugriff 30.10.2019].

Regionalverbände in Rostock und Stralsund wird über Projektende hinaus festgehalten. Weitere Erkenntnisse des Projektes sollen im Rahmen der Etablierung einer Gruppe für betroffene Frauen in Rostock, die in Kooperation von Kolleginnen aus der Suchthilfe und dem Gewaltschutz begleitet wird, sowie einer möglichen Kooperation mit der DRV genutzt werden (Frauen helfen Frauen e. V. Rostock, 2019).

Weitere Förderungen widmen sich crystalkonsumierenden Frauen. Ca. ein Drittel aller Cystalkonsumierenden ist weiblich (Roche et al., 2015). Trotzdem ist zu dem Thema Frauen und Crystal bisher kaum geforscht worden. Das Forschungsprojekt „Crystalkonsum von Frauen“ sollte diese Lücke schließen. Mittels einer qualitativen Studie zu Konsummotiven und Komorbiditäten wurde eine umfassende Erforschung frauenspezifischer Aspekte des Crystalkonsums bei einer ausgewählten Gruppe crystalkonsumierender Frauen vorgenommen. Ziel der Untersuchung war es, verschiedene Komorbiditäten, Konsummotive, -praktiken und -kontexte von crystalkonsumierenden Frauen sowie deren Wünsche an das Hilfesystem zu erheben und darüber geschlechtersensible Ansatzpunkte für Prävention und Beratungspraxis zu ermitteln. Dabei wurden auch Aspekte wie zeittypische Rollenerwartungen und der Zusammenhang zwischen erlebter sexualisierter Gewalt und späterer Abhängigkeit von Crystal Meth untersucht (Staudenmeyer et al., 2018).

Der „Dresdner Versorgungspfad Crystal“ ist ein von der TU Dresden entwickeltes und in der Praxis erprobtes Konzept, das eine sozialmedizinische Koordination einer multiprofessionellen und fachgebietsübergreifenden Betreuung von Schwangeren, Familien und Kindern nach vorgeburtlichem Methamphetamingebrauch ermöglicht. Ziel des Projekts ist die Evaluation des „Dresdner Versorgungspfads Crystal“ und Entwicklung eines Konzepts für den bundesweiten Transfer (Haarig & Mathiebe, o.J.).

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher gibt¹⁴ es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

Es gibt jedoch in vielen Städten und Gemeinden ambulante jugend- und suchtspezifische Einrichtungen. Sie werden meist von jungen Cannabiskonsumierenden in Anspruch genommen, die wegen des Konsums anderer psychotroper Substanzen aufgefallen sind. Oftmals bieten diese Einrichtungen evaluierte Programme an, die am Übergang von Prävention zu Behandlung angesiedelt sind, wie z. B. „FreD - Frühintervention bei erst auffälligem Drogenkonsum“¹⁵.

¹⁴ Unter der Bezeichnung „Kinder“ werden Menschen unter 14 Jahre verstanden, unter „Jugendliche“ Menschen zwischen 15 und 17 Jahre. Definitionen können unter Umständen je nach Studie abweichen.

¹⁵ FreD - Frühintervention bei erst auffälligem Drogenkonsum. [Online:] <https://www.lwl-fred.de/de/> [Letzter Zugriff: 17.07.2019].

Ein weiteres Cannabiskonsum fokussierendes Programm ist „Realize it“¹⁶, ein Beratungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) bundesweit mehr als 77 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten (DHS, 2019).

Gerade im Kinder- und Jugendbereich gibt es auch internetbasierte Programme (Vgl. Kap. 1.4.5), die den Zugang zu Information und Hilfen erleichtern.

Darüber hinaus fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) „IMAC-Mind“¹⁷, einen neuen Forschungsverbund, der an der Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung angesiedelt ist. Er soll erforschen, wie das Suchtverhalten von Kindern und Jugendlichen verhindert und die therapeutische Versorgung verbessert werden kann. Konkrete Forschungsziele sind die Entwicklung kindgerechter Versorgungsansätze für psychische Störungen, die Erforschung prägender Einflüsse auf die Gesundheit und die jeweilige Erkrankung, sowie die Entwicklung von risikogruppenbezogenen Präventionsansätzen (Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), 2017; Friedrich et al., 2018).

Zahlen zu den Behandlungsdaten von Kindern und Jugendlichen sind im Kapitel 1.3.4. zu finden. Der Zugang zu sowohl niedrig- als auch höherschweligen Angeboten erfolgt in dieser Altersgruppe meist über das Engagement der Erziehungsberechtigten (bei Auffälligkeiten/ Komplikationen Zuhause oder in der Schule/ Ausbildung) oder auch auf gerichtliche Anordnungen.

1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige, die online Beratung und Behandlung suchen

Bislang gibt es in Deutschland keine systematische Übersicht über E-Health bzw. Online-Angebote zur Beratung und Behandlung Drogenabhängiger. Das wohl bekannteste und älteste Projekt ist „drugcom.de“¹⁸, ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Das Internetportal informiert über legale und illegale Drogen und bietet Interessierten und Ratsuchenden die Möglichkeit, sich auszutauschen oder auf unkomplizierte Weise professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Ziel des Angebots ist es, die Kommunikation über Drogen und Sucht anzuregen und eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu fördern.

¹⁶ Realize it! Beratung bei Drogenkonsum. [Online:] <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff: 17.07.2019].

¹⁷ IMAC-Mind [Online] <https://www.imac-mind.de/> [Letzter Zugriff: 17.07.2019].

¹⁸ Drugcom [Online] www.drugcom.de [Letzter Zugriff: 17.07.2019].

Den Besuchern der Website stehen auf drugcom.de verschiedene Beratungsoptionen zur Verfügung:

- E-Mail-Beratung
- Chat-Beratung
- Suchtberatungsstelle finden

Neben der Chatberatung verfügt Drugcom.de über spezifische evaluierte Behandlungsprogramme wie z. B. „Quit the shit“¹⁹, bei dem ein Online-Konsumtagebuch das Kernelement bildet und durch anonyme online Beratungsservices ergänzt wird. Ähnlich aufgebaut, jedoch ohne feste Laufzeit, ist das Online-Suchtberatungsprojekt „KOiNTER“²⁰, ein Angebot des jhj Hamburg e. V. Seit dem 01.12.2009 bietet „KOiNTER“ die erste virtuelle Beratung Hamburgs im Suchtbereich an, 2014 wurde die Seite komplett neu gestaltet und um Features ergänzt. KOiNTER bietet aktuell folgende Online-Angebote zu Fragen und Problemen rund um die Themen Drogen und Sucht an:

- Chat
- Begleitetes Konsumtagebuch
- Einzelberatung
- Check-up für Betroffene und Angehörige / Freunde

Alle Beratungsangebote sind kostenlos, streng vertraulich und können auf Wunsch anonym erfolgen.

Das jüngste und auf Methamphetamine spezialisierte Angebot ist das Webportal „Breaking Meth“²¹. Es wird vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung [ZIS] in Hamburg betrieben und richtet sich an derzeit Konsumierende und ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten. „Breaking Meth“ bietet den Nutzern die Möglichkeit, sich anonym zu konsumbezogenen Themen auszutauschen. Schwerpunkte sind beispielsweise safer use und Konsumreflexionen. Aufgrund der Betreuung durch Fachpersonal besteht zudem die Möglichkeit einer besonders niedrighschwelligem Kontaktmöglichkeit zum Hilfesystem. Des Weiteren soll abstinenten Konsumentinnen und Konsumenten, die möglicherweise nicht die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen können oder wollen, eine Möglichkeit zum Austausch über das „clean sein“ und „clean bleiben“ geben. Als zusätzliches Angebot haben Nutzer, dank einer Kooperation mit dem Autor, zudem die Möglichkeit das Buch *Quitting Crystal Meth*²² in deutscher Fassung zu lesen (Breaking Meth, o.J.).

¹⁹ „Quit the Shit“ [Online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Last accessed: 17.07.2019].

²⁰ Online Suchtberatung KOiNTER [Online] <https://kointer.de> [Last accessed: 17.07.2019].

²¹ Breaking Meth [Online] <https://breaking-meth.de> [Last accessed: 17.07.2019].

²² Joseph Sharp (2018). *Quitting Crystal Meth: What to expect & What to do*. Createspace Independent Publishing Platform, Scotts Valley.

Neben diesen bundesweiten Angeboten bieten viele Suchtberatungsstellen regional Onlineberatungen per E-Mail oder auch über Einzel- und Gruppenchats an.

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Wie im Vorjahr stellt die „planmäßige Beendigung“ der Behandlung ein Kriterium für die Erfolgsbewertung dar. Dabei wird unterschieden zwischen

- einer regulären oder
- therapeutischen Veranlassung bzw.
- einer vorzeitigen Beendigung mit therapeutischem Einverständnis oder
- dem planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung.

Hinsichtlich dieser „planmäßigen Beendigung“ als Erfolgsindikator zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden durchschnittlich ca. 61 % (Braun et al., 2019a, T6.04) der Behandelten die Intervention planmäßig gegenüber 69 % (Braun et al., 2019b, T6.04) im stationären Bereich. In der stationären Behandlung zeigen sich über alle Hauptdiagnosen im Bereich illegale Drogen höhere Raten der planmäßigen Beendigung als im ambulanten Bereich. Bei Opioidabhängigen kommt es am häufigsten zu unplanmäßigen Beendigungen: 47,6 % der ambulant und 36,7 % der stationär Behandelten brechen die Maßnahme vorzeitig ab. In der ambulanten Behandlung finden sich die nächsthöheren Anteile an unplanmäßigen Beendigungen bei Patienten der Hauptdiagnose Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie (41,6 %) und Stimulanzen (39,5 %); in der stationären Behandlung sind es Cannabinoide (30,9 %) und Kokain (30,7 %) (Braun et al., 2019a & b).

Anfang 2019 veröffentlichte der Fachverband Sucht (FVS) die Katamnesedaten von sechs seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen²³ (DG-Sucht, 2001; DG-Sucht, 1985). Die aktuellen Ergebnisse der siebten einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2016 sind, verglichen mit den vorangegangenen Katamnesen, leicht verringert. Die katamnestische Erfolgsquote liegt bei 67,7 % (DGSS1) (2015: 75,4 %; 2014: 74,4 %; 2013: 78,2 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzenerfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 20,7 % (DGSS 4) (2015: 23,3 %; 2014: 23,8 %; 2013: 24,9 %). Differenziert nach Hauptdiagnosen lag der katamnestische Erfolg von Kokain- und

²³ Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS4 bezieht alle Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall (DG-Sucht 2001, DG-Sucht 1985). DGSS1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

Stimulanzenabhängigen (27,8 % bzw. 24,2 %) sowie der von polytoxikomanen Patientinnen und Patienten (21,6 %) über dem Erfolg der Gesamtstichprobe (DGSS 4). Weniger erfolgreich waren Cannabisabhängige (20,1 %) und vor allem Opioidabhängige (8,8 %) (Muhl et al., 2019).

Mit der dritten überarbeiteten Version des KDS, welche 2017 in Kraft trat, haben sich auch Regelungen für die Katamnesedaten geändert. Daher wird seit 2018 eine überarbeitete Version des Fragebogens zur Erhebung genutzt. Es ist daher davon auszugehen, dass zukünftige Daten nur bedingt mit denen der Vorjahre vergleichbar sein werden.

Weitere Ergebnisse zum Behandlungserfolg erhebt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) über die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden. Ziel der DRV ist es, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Laut deren Statistiken waren im Jahr 2016 drei Viertel der erwerbsfähigen Rehabilitanden in den 12 Monaten vor der Behandlung arbeitsunfähig (Frauen: 69 %, Männer: 70 %). Durch die Entwöhnungsbehandlung konnten 69 % der Frauen und 74 % der Männer als arbeitsfähig entlassen werden. Das Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt wurde bei 87 % der Frauen und 93 % der Männer für 6 Stunden und mehr angegeben (Naumann & Bonn, 2018). Im Rahmen der Qualitätssicherung führt die DRV zusätzlich Befragungen zur Zufriedenheit der Rehabilitanden durch. Den Daten einer Befragung aus den Jahren 2016/2017 ist zu entnehmen, dass sich 69 % der Befragten in der Lage sehen langfristig abstinent bleiben zu können, 72 % sehen einen Behandlungserfolg in Bezug auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf, Freizeit und Alltag. 82 % berichten von einer Verbesserung in Bezug auf ihre psychosomatischen Beschwerden (Osthold-Corsten & Kley, 2019). Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass es sich bei diesen Angaben lediglich um subjektive Angaben zu Empfindungen handelt, die im Zeitraum von acht bis zwölf Wochen nach Beendigung der Reha gemacht wurden und nicht zwangsläufig eine Aussage über den langfristigen Rehabilitationserfolg machen.

Auch die Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände erheben Daten bezüglich der Rückfallquoten ihrer Gruppenteilnehmer. Laut Befragungen wurden im Jahr 2017 13 % der Selbsthilfe Gruppenmitglieder rückfällig. 77 % dieser konnten jedoch zu einer Abstinenz zurückfinden (Naundorff et al., 2018).

1.4.7 Soziale Integration

Sowohl die soziale als auch die berufliche Integration sind in Deutschland ein zentrales Anliegen der Suchtberatung und -behandlung und in den Zielen der Suchthilfe verankert. Akteure wie die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen arbeiten daher gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe, den Arbeitsagenturen und Jobcentern daran die Standards für die soziale und berufliche Wiedereingliederung, üblicherweise im Anschluss an die medizinische Rehabilitation, zu optimieren und weiter zu entwickeln.

Hervorzuheben sind z. B. die "Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014" der

„Gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – BORA“ (2014). Diese Empfehlungen sollen dazu anregen, die Rehabilitanden noch gezielter entsprechend ihrer individuellen Teilhabebedarfe zu fördern. Zielsetzung ist es, zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Diese Zielsetzung wird als nahtstellenübergreifende Herausforderung angesehen. Wichtig ist hierbei, dass bei Bedarf eine frühzeitige Einbeziehung der Reha-Fachberatung und anderer beteiligter Institutionen stattfindet. Um den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern gab die Deutsche Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur für Arbeit, den Deutschen Landkreistag und den Deutschen Städtetag, zudem am 01. Juni 2018 eine Empfehlung zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen heraus. Ziel dieser ist es, Verwaltungsabläufe vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation abhängiger Menschen zu optimieren (DRV, 2018).

Darüber hinaus wurde im Dezember 2016 das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (BTHG), kurz Bundesteilhabegesetz, erlassen. Es tritt in vier Reformstufen zwischen 2017 und 2023 nach und nach in Kraft. Es soll Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung (dies schließt einen Teil der Abhängigen ein) nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden (Bundesgesetzblatt, 2016). Zur Unterstützung dieses Gesetzes startete das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Mai 2018 zudem das Programm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. In diesem erhalten Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen gezielt Fördermittel, welche sie Modellprojekten zur Erprobung von innovativen Ideen und Ansätze zur Verfügung stellen können (BMAS, 2018).

Neben den staatlichen Leistungen gibt es zahlreiche Projekte und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und anderer gemeinnütziger Einrichtungen, die meist in Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Suchthilfe (Vgl. BORA) durchgeführt werden. Eine zentrale Erfassung dieser Projekte und Leistungen gibt es nicht.

Einen weiteren Bereich der sozialen Integration stellen Projekte und Einrichtungen des ambulanten Betreuten Wohnens dar. Sie sind bundesweit elementarer Bestandteil der ambulanten Suchthilfe.

1.4.8 Anbieter von Substitutionsbehandlung

In Deutschland darf die opioidgestützte Behandlung (Substitution) nur durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Nach Inkrafttreten der dritten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (Vgl. Dammer et al., 2017, Kap. 3.1) ist der Kreis der zur Abgabe von Substitutionsmitteln berechtigten Personen erweitert worden (BMG,

2017). Er umfasst nun neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten und ihrem Fachpersonal z.B. auch

- Medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz²⁴,
- medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird²⁵,
- Apotheker oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal²⁶,
- Medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus²⁷ und
- das in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzte und dafür ausgebildete Personal²⁸.

Dennoch sind Ärztinnen und Ärzte die einzigen direkten Anbieter der Behandlungsform, wenn auch z. T. nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom ÖGD gestellt werden. Vor allem größere, auf die Substitution spezialisierte Praxen arbeiten in enger Kooperation mit Einrichtungen psychosozialer Betreuung (PSB), die zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. 2018 haben insgesamt 2.585 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen ist damit, nach einem Anstieg im Jahr 2017, wieder leicht rückläufig (vgl. Abbildung 3 5). 2018 nutzten 548 Ärzte – also etwa 21 % der substituierenden Ärzte – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 2.10.2017 bis zu zehn Patienten (vorher bis zu drei Patienten) gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben rund 1 % aller Substitutionspatienten behandelt (BOPST, 2019).

²⁴ Sofern der substituierende Arzt nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig ist und er mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

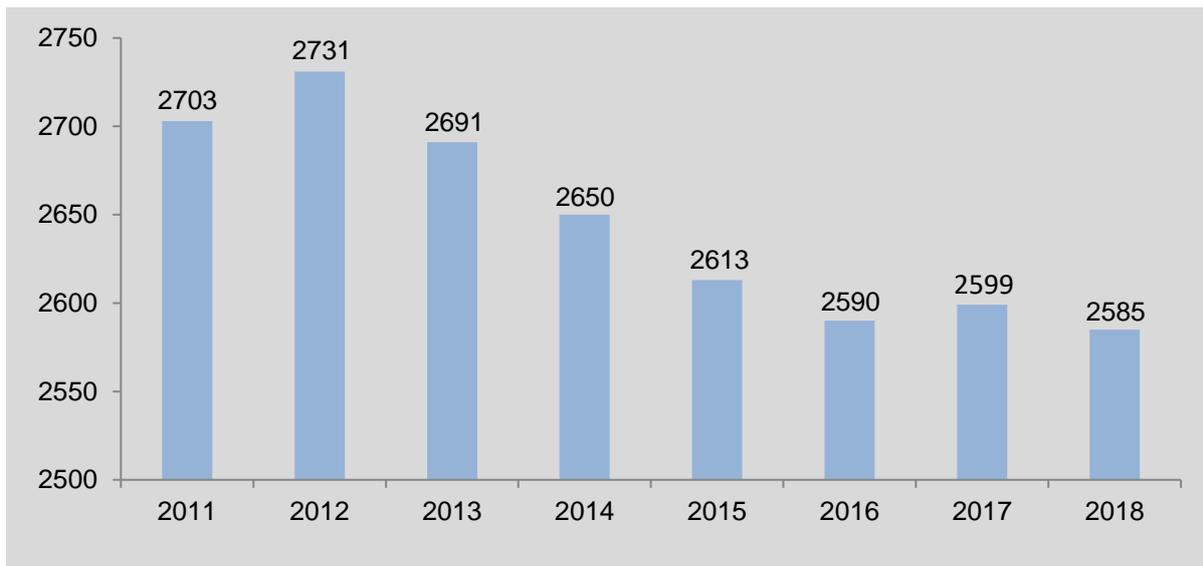
²⁵ Sofern der substituierende Arzt für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

²⁶ Sofern der substituierende Arzt mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen hat.

²⁷ Sofern der substituierende Arzt für dieses Krankenhaus nicht selber tätig ist und er mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen hat.

²⁸ Sofern der substituierende Arzt für diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

Abbildung 3 Anzahl der substituierenden Ärzte 2011 – 2018



Quelle: BOPST (2019)

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29,5, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 44; Brandenburg: 7). Rund 14 % der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet. Dies weist darauf hin, dass viele Opioidabhängige in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Es gibt jedoch auch viele Praxen (28 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen (BOPST, 2019).

Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen, Hamburg und Berlin), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen (Vgl. Abbildung 4, Abbildung 6 und Abbildung 5).

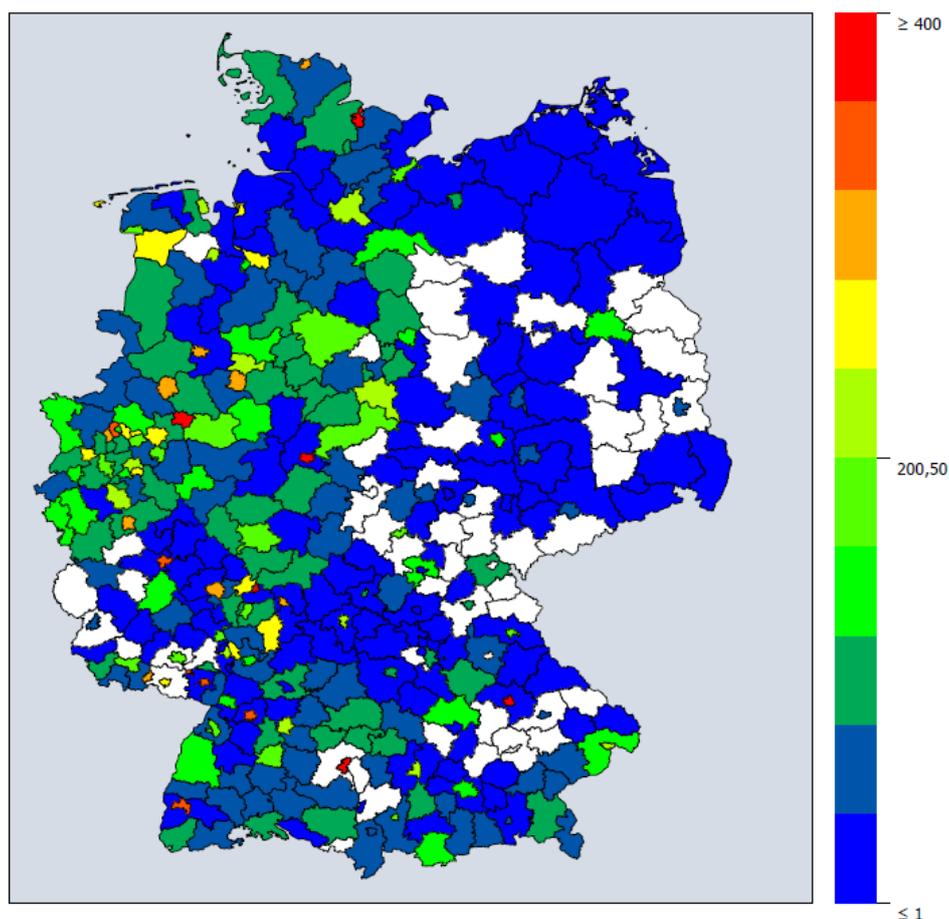


Abbildung 4 **Abbildung 6** Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 1.01.2018

Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2019), Bericht zum Substitutionsregister, S. 9.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2019).

Hinweis: In Kreisen und kreisfreien Städten mit weißen Flächen sind keine Substitutionspatienten registriert.

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar (Kuhlmann, 2015).

1.4.9 Charakteristika der Substitutionspatienten

Zum Stichtag 1. Juli 2018 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 79.400 und hat damit den höchsten Stand seit 10 Jahren erreicht (Vgl. Abbildung 5). Im Jahr 2018 wurden im Substitutionsregister rund 89.600 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Personen mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden (BOPST, 2019).

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen auf Kosten von Methadon (39,4 %) und zugunsten von Levomethadon (35,2 %) sowie Buprenorphin (23,1 %) verschoben (Vgl. Tabelle 22). Der Anteil

der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Personen ist seit 2005 von 82 % auf aktuell 74,6 % gesunken (Vgl. Abbildung 5)(BOPST, 2019).

Tabelle 22 Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2018)

	2005	2010	2015	2016	2017	2018
Methadon	66,2	57,7	44	42,5	40,9	39,4
Levomethadon	15,8	23	31,8	33	34	35,2
Buprenorphin	17,2	18,6	23	23,1	23,3	23,1
Dihydrocodein	0,7	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Codein	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Diamorphin	-	0,3	0,8	0,8	1	1
Morphin	-	-	-	-	-	1

Quelle: BOPST (2019)

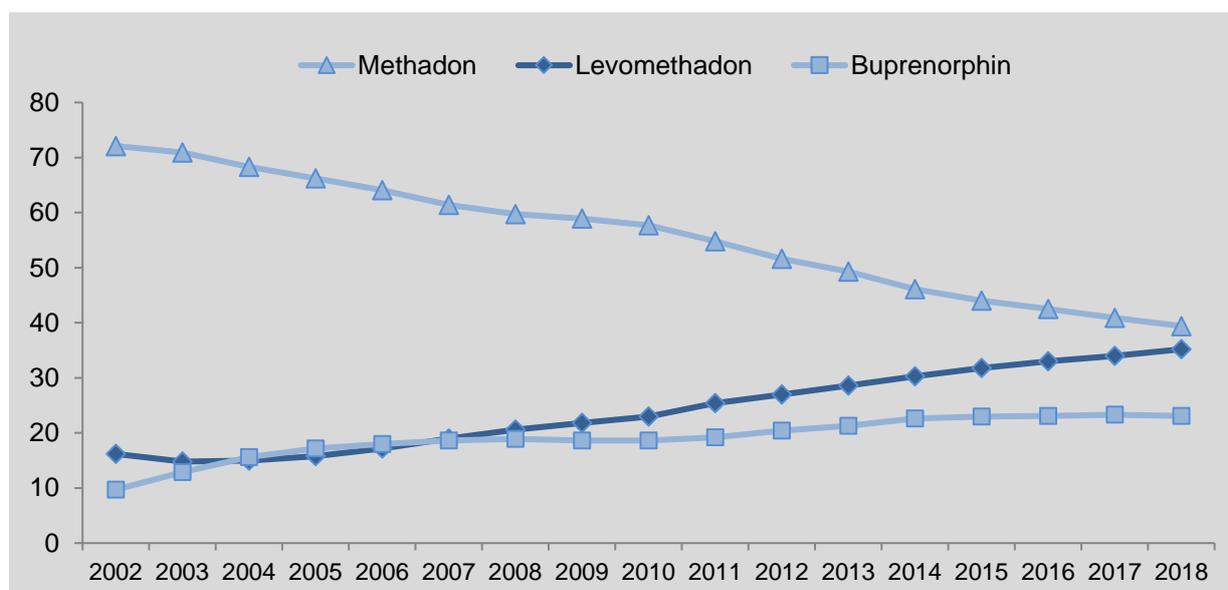


Abbildung 5 Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2018 in %

Quelle: BOPST (2019)

Es liegen derzeit keine neuen Informationen zu den Charakteristika Substituierter vor. Als Informationsquelle können Daten der PREMOS Studie genutzt werden (Wittchen et al., 2011a & 2011b).

1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Nach der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV sind in Deutschland folgende Substanzen zur Substitution zugelassen:

- ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel, das nicht den Stoff Diamorphin enthält,
- eine Zubereitung von Levomethadon, von Methadon oder von Buprenorphin oder
- in begründeten Ausnahmefällen eine Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein.

Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt in § 5a BtMVV (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al., 2009, Kapitel 1.2.2). Nach zehn Jahren gibt es deutschlandweit mittlerweile zehn Ambulanzen, in denen die Behandlung schwer kranker Opioidabhängiger mit der Substanz Diamorphin möglich ist (Ärzteblatt, 2019a).

Gemäß der BtMVV stellt die BÄK in ihrer Richtlinie für die Durchführung der Substitution den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest. Die begleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) wird in der Regel durch örtliche Sozialhilfeträger pauschal übernommen oder als Einzelfallhilfe gewährt. Die Ausgestaltung der PSB ist bzgl. der Organisation, Finanzierung und des Angebots in Ländern und Kommunen unterschiedlich. Die Suchthilfe geht von einem bio-psycho-sozialen Ursachengefüge der Entwicklung einer Suchterkrankung aus. Daraus ergibt sich, dass die Behandlung von Suchterkrankungen ebenfalls an diesen drei Dimensionen orientieren sein muss und sie in einem abgestimmten Behandlungsprogramm integriert sein müssen. Seit Beginn der Substitutionsbehandlung in Deutschland stellt die PSB einen festen Bestandteil in der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger dar. Deimel und Stöver (2015) bieten eine Bestandsaufnahme der Konzeptionen, Praktiken und Konfliktlinien in der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger und liefern basierend darauf, Anregungen für eine Weiterentwicklung der psychosozialen Suchtarbeit.

Seit mehreren Jahren bereitet die Gewährleistung von Substitution Sorge, insbesondere im ländlichen Raum (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al., 2014). Wenige Ärzte sind dort für große Landkreise zuständig und für Patientinnen und Patienten teilweise nur schwer zu erreichen (Vgl. Abbildung 6). Immer mehr ältere Ärzte gehen zudem in den Ruhestand, jüngere folgen kaum nach. So vergrößert sich die Versorgungslücke, was dazu führt, dass viele opioidabhängige Personen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich nur eingeschränkt erreicht werden. U. a. um dieser Problematik zu begegnen, die juristische Situation der Substitutionsärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (Vgl. Kapitel 1.4.8). Siehe auch Kap. 3.1 des Reitox-Berichts 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

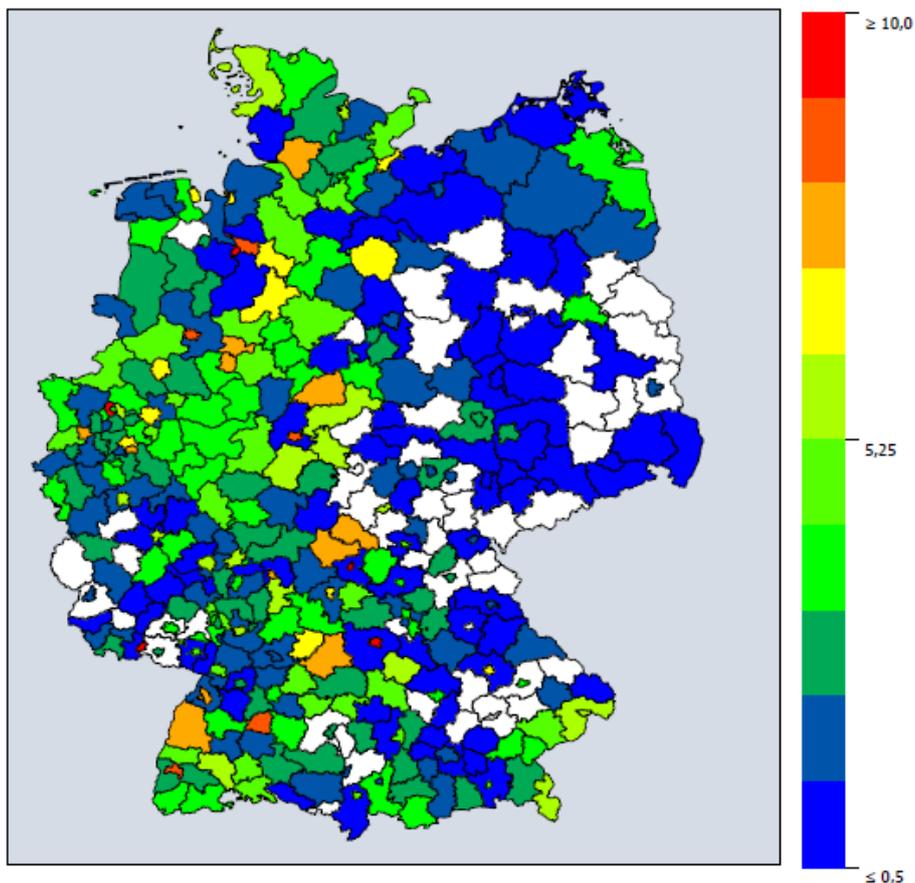


Abbildung 6 Anzahl meldender, substituierender Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2018

Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2019), Bericht zum Substitutionsregister, S. 8.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2019).

Hinweis: In Kreisen und kreisfreien Städten mit weißen Flächen sind keine substituierenden Ärzte registriert.

Zudem steht das Hilfesystem vor der Herausforderung, langjährig Substituierte bzw. älter werdende Drogenabhängige mit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu versorgen (Vgl. Kap. 1.4.4).

Ergebnisse einer Querschnittsstudie mit 2176 Substitutionspatientinnen und Patienten zeigen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser deutlich unter der Populationsnorm liegt. Insbesondere die mentale gesundheitsbezogene Lebensqualität gestalte sich negativ. Ergebnis der Studie sind Empfehlungen für integrierte Ansätze zur Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in der Substitutionsbehandlung. Dazu sollten beispielsweise psychosoziale Unterstützungsangebote, Psychotherapie, Fallmanagement aber auch Aspekte medizinischer Versorgung gehören (Strada et al., 2019).

1.4.11 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten werden stetig Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Die Übersicht wird in zeitlich absteigender Reihenfolge dargestellt:

- Mit einem Beschluss vom 6. September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Regelungen überarbeitet, nach denen Opioidabhängige zulasten der GKV eine substitions-gestützte Therapie erhalten können. Der bislang vorrangig abstinenzorientierte Behandlungsansatz wurde von einem therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst, die beispielsweise die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden als Behandlungsziele verankert. Der Beschluss trat am 07. Dezember in Kraft (G-BA, 2018).
- Ende 2017 wurde eine Arbeitshilfe der Bundesärztekammer (BÄK) zur Vereinbarung von Eckpunkten zum Überlassen von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch im Rahmen der Opioidsubstitution eingeführt (BÄK, 2017a).
- Im Rahmen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV im Jahr 2017 wurden auch die Richtlinien für die Substitutionsbehandlung entsprechend des Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften aktualisiert (BÄK, 2017b).
- Seit September 2016 ist die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen in Kraft (Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016).
- Darüber hinaus haben im Jahr 2016 die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände ein Positionspapier zu den Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt (Thomasius et al., 2016).
- Am 1. März 2015 traten die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Kraft. Sie wurden erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (Müller-Simon & Weissinger, 2015).
- Anfang 2014 verabschiedete die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) die endgültige Fassung der Leitlinie „Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung“ (Backmund et al., 2014).
- Ebenfalls 2014 erarbeitete die Deutsche Schmerzgesellschaft in Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften eine S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS“ (Deutsche Schmerzgesellschaft 2014).
- Im Jahr 2010 wurde die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al., 2010).
- Im Jahr 2006 gab die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ heraus (Lutz et al., 2006).

- Ebenfalls im Jahr 2006 wurden auf einer Konsensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e. V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet (Backmund et al., 2006).
- 2004 wurde die AWMF Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen veröffentlicht (Bonnet et al., 2004) sowie
- die Leitlinie Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (DG-Sucht & DGPPN, 2004).

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) führt jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch: Dabei werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Von erfahrenen und speziell geschulten Rehabilitationsärztinnen und -ärzten des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Sowohl stationäre als auch ambulante Entwöhnungsrehabilitationen werden in das Verfahren einbezogen und nach gleichen Maßstäben bewertet. Zudem werden die Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen / -anteilen befragt (Naumann & Bonn, 2018).

Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen für die ambulanten Angebote (v.a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. der Länder und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (GKV und RV) federführend tätig sind (vgl. auch Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

2 TRENDS

2.1 Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung

Rehabilitation

Die Gesamtzahl der von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen und seitdem rückläufig (Vgl. Abbildung 8) (DRV, 2019b). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet. Der größte Teil der Rehabilitationsleistungen (59,3 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht. Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen machen 25,1 % der Leistungen aus, Störungen aufgrund des Konsums von Medikamenten 1 %. 14,5 % der Rehabilitationsleistungen ergeben sich aus Entwöhnungsmischfällen. An dieser Verteilung hat sich seit 2015 wenig geändert (Ostholt-Corsten & Kley, 2019) (Vgl. Abbildung 9).

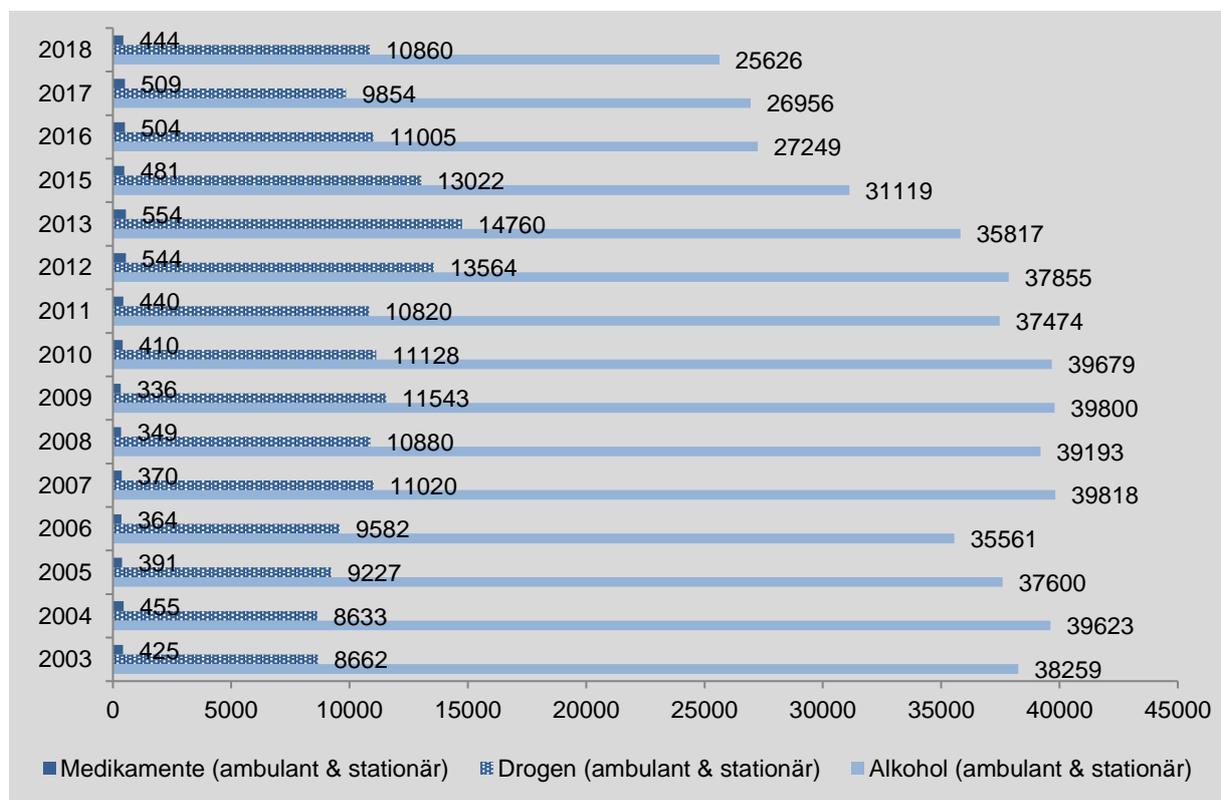


Abbildung 7 DRV Behandlungsdaten nach Jahr und Hauptdiagnose

Anmerkung: Keine Daten für 2014 verfügbar.

Quelle: DRV (2019)

Ähnliches gilt für das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Rehabilitationsbehandlungen. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) sind für Drogenpatienten im stationären Bereich bis 2013 gestiegen und dann bis 2017 gesunken. Im vergangenen Jahr (2018) stiegen sie dann wieder leicht. Im ambulanten Bereich stiegen entsprechende Fallzahlen von 2003 bis 2006, blieben dann bis 2017 (mit Ausnahme einer hohen Fallzahl in 2013) weitestgehend konstant und stiegen im Jahr 2018 wieder (Vgl. Abbildung 8).

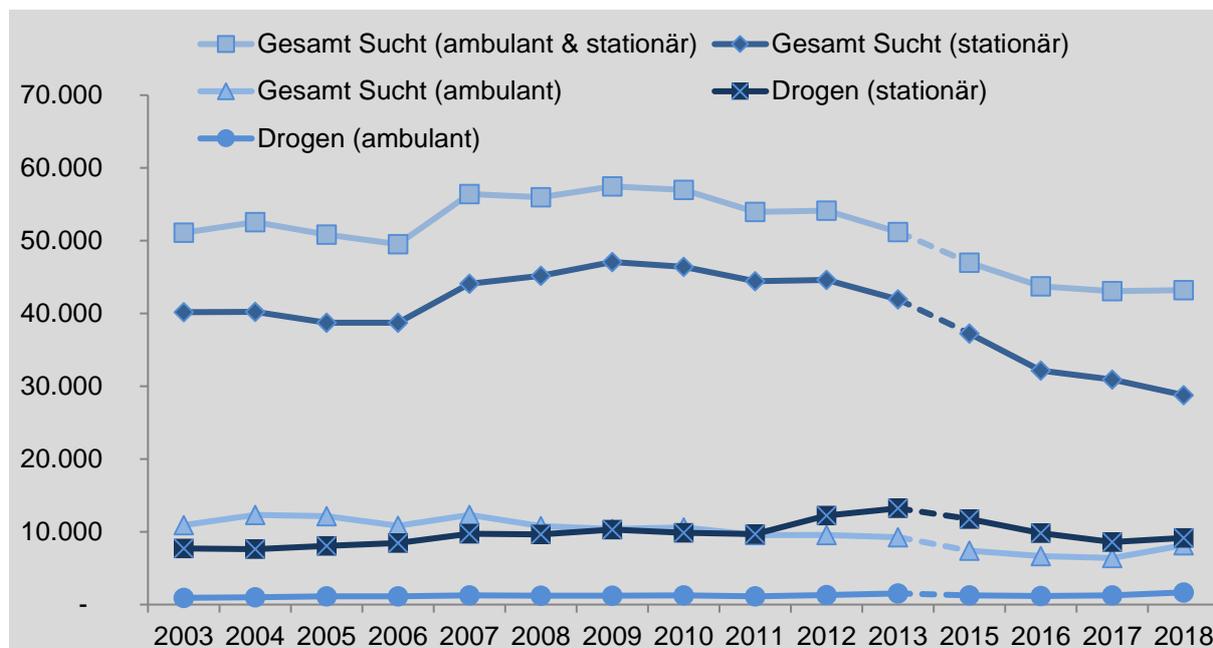


Abbildung 8 Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Anmerkung: Keine Daten für 2014 verfügbar.

In Bezug auf die Anträge und Bewilligungen für Leistungen der Sucht-Rehabilitation bei der DRV lässt sich dieser Trend nicht erklären. Beide sind seit 2010 rückläufig (Vgl. Abbildung 11).

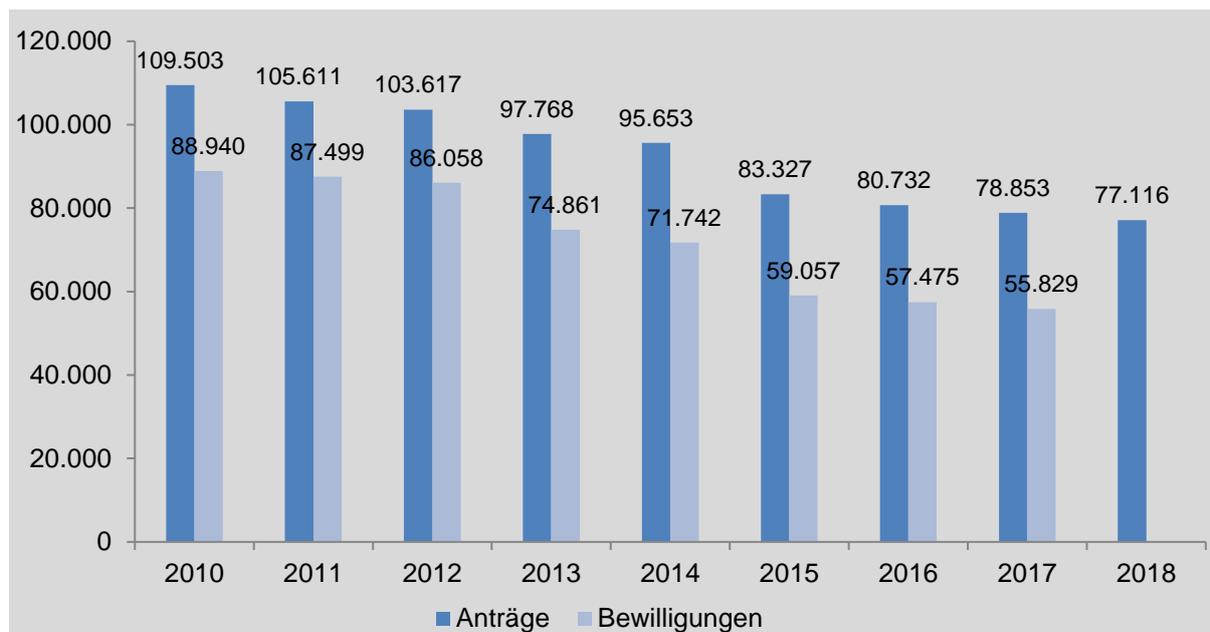


Abbildung 9 Such-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV)

Quelle: Ostholt-Corsten & Kley, 2019.

Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die verfügbaren Statistiken der DRV für die teil-stationären Behandlungen gesondert aufgeführt. Diese neue Aufschlüsselung, sowie das Wegfallen der Nachsorgefälle führt dazu, dass die Daten zu den Vorjahren nicht mehr vergleichbar sind und nun niedriger ausfallen (siehe schraffierte Linie in Abbildung 4).

(DRV, 2019)

Behandlungen im Krankenhaus

Die Gesamtzahl der akuten Suchtbehandlungen im Krankenhaus ist seit 2011 mit Schwankungen leichtgestiegen. Im letzten Jahr sind sie jedoch wieder geringfügig gesunken (Destatis, 2018b). Der größte Zuwachs ist 2017 bei den flüchtigen Lösungsmitteln (+ 27,4 %) zu verzeichnen. Es folgen Behandlungen aufgrund des Konsums von Kokain (+ 21,2 %). Im Vergleich zum Jahr 2011 ist der Anstieg bei Suchtbehandlungen aufgrund von Kokainabhängigkeit mit +220% am extremsten. Die Behandlung von Opioidabhängigkeit im Krankenhaus ging 2017 deutlich zurück (-10,3 %) (Vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2011-2017

Hauptdiagnose Substanz	Jahr							Veränderung	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2016- 2017	2011- 2017
Opiode	28.956	26.512	27.962	33.686	34.916	34.977	31.385	-10,3%	8,3%
Cannabinoide	9.094	10.142	11.708	15.153	17.148	17.495	18.710	6,9%	105,7%
Sedativa / Hypnotika	10.241	9.999	9.707	10.082	10.134	10.166	9585	-5,7%	-6,4%
Kokain	1.222	1.417	1.702	2.200	2.435	3.247	3936	21,2%	220,0%
Stimulantien	3.878	4.519	5.810	8.627	10.216	9.695	9961	2,7%	156,8%
Halluzinogene	574	472	526	610	789	724	623	-13,9%	8,5%
Flüchtige Lösungsmittel	198	155	135	159	153	131	16	27,4%	-15,6%
Multipler Gebrauch/ andere Substanzen	41.777	43.063	43.826	35.798	35.731	33.810	31827	-5,8%	-23,8%
Gesamt	95.940	96.279	101.376	106.315	111.522	110.245	106.194	-3,6%	10,6%

Quelle: Destatis (2017); Destatis (2018b).

Substitutionsbehandlungen

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht 2002 bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Nach einem stabilen Verlauf in den letzten Jahren ist die Anzahl der Substituierten im letzten Jahr wieder weitgehend gleich geblieben und nur um 0,8 % angestiegen. Sie lag am Stichtag 1. Juli 2018 bei 79.400 Personen (Vgl. Abbildung 10). Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

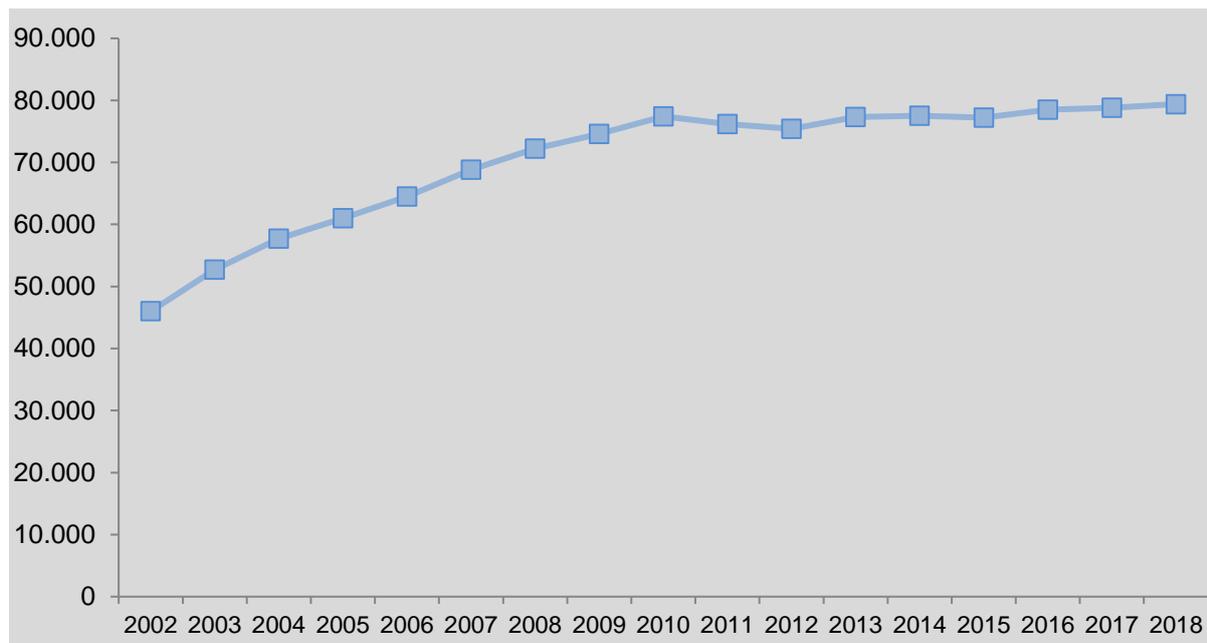


Abbildung 10 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2018 (Stichtag 1. Juli)

Quelle: BOPST (2019)

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente

Die Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Dies gab dem BMBF Anlass, ein Forschungsprojekt (ProMeKa) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung an der Universität Hamburg (ZIS) zu fördern, das Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten in sechs norddeutschen Bundesländern untersuchen soll. Vorrangiges Ziel des Projektes ist die Gewinnung neuer, umfassender und repräsentativer Erkenntnisse zur Verbreitung und zu Entwicklungstendenzen von Langzeitverordnungen sowie ggf. leitlinienabweichendem Verschreibungsverhalten bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial sowie Antidepressiva unter GKV-versicherten Patienten. Ferner geht es um die Identifizierung von Risikogruppen mit auffälligen und riskanten Verschreibungsmustern dieser Substanzen. Da das Forschungsprojekt erst 2019 abgeschlossen wird, liegen noch keine Daten vor.

Eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2016 hatte bereits dargestellt, dass sich die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente für Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen in den vergangenen Jahren stark erhöht hat. In Deutschland erhielten Patientinnen und Patienten mit chronisch nicht tumorbedingten Schmerzen, nach Daten der Barmer GEK im Jahr 2010, etwa drei Viertel aller verschriebenen Opiode, teilweise trotz bestehender Kontraindikation (Just et al., 2016). In Deutschland hat sich der Anteil der

gesetzlich Versicherten mit mindestens einer Opioidverordnung pro Jahr zwischen 2000 und 2010 von 3,3 auf 4,5 % erhöht. Dies entspricht einem Anstieg um 37 % (Schubert et al., 2013).

Glaeske (2018) stellte ebenfalls fest, dass sich die Verschreibung von Opioiden 2016 gegenüber 2015 z. T. stark erhöht hat: Oxycodon (+ 44 %), Tapentadol (+ 39 %), Fentanyl(-pflaster) (+ 6 %) und Hydromorphon (+ 5 %). Die ohnehin hohe Verschreibung der Kombination von Oxycodon und Naloxon (994.000 Packungen) stieg nochmals um 5 % an. Stark wirkende opioidhaltige Schmerzmittel werden zwar vor allem bei tumorbedingten Schmerzen verschrieben, doch nach den Erfahrungen in den USA mit einer freizügigen Verordnung dieser Medikamente und dem darauf folgenden dramatischen Anstieg des missbräuchlichen und abhängigen Konsums, ist die Verschreibung der Medikamente in Deutschland weiter zu beobachten.

Cannabis als Medikament

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“²⁹ hat sich die Möglichkeit zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln zur Versorgung schwerkranker Patientinnen und Patienten erweitert. Im Jahr 2017 wurden nach Angaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen rund 20.000 Anträge bei den Krankenkassen registriert, wovon ca. 60% genehmigt wurden. Für die Jahre 2018 und 2019 liegen diesbezüglich noch keine Angaben vor (Deutscher Bundestag, 2019).

Bislang importiert Deutschland das Cannabis aus Kanada, den Niederlanden und Israel. Ab 2020 werden erste Ernten aus deutschem Anbau erwartet (Ärzteblatt, 2019b; Deutscher Bundestag, 2019). Hierfür wurden im Mai 2019 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die letzten Zuschläge vergeben. Insgesamt handelt es sich um eine Vergabemenge von 10,4 Tonnen für vier Jahre Laufzeit, welche sich auf 13 Lose á 200 Kilogramm Jahresmenge verteilt (Ärzteblatt, 2019c; BfArM, 2019).

Um den Anbau in Deutschland zu steuern und zu kontrollieren wurde im BfArM in der Abteilung „Besondere Therapieeinrichtungen“ die Cannabisagentur als neues Fachgebiet eingerichtet. Weitere Aufgaben, wie z.B. die Importe von Cannabis, sind bei der Bundesopiumstelle angesiedelt. Sobald eine Ernte in Deutschland erfolgt, wird die Cannabisagentur dafür verantwortlich sein diese aufzukaufen und an die Hersteller von Cannabisarzneimitteln, Großhändler oder Apotheken weiterzuverkaufen. Dabei darf das BfArM keine Gewinne oder Überschüsse erzielen (BfArM, 2017).

Die Indikationen zur Verschreibung von medizinischem Cannabis sind bislang eher unklar, da der Gesetzestext die „schwerwiegenden Erkrankungen“, bei denen eine Verschreibung in Frage käme, nicht näher definiert. In diesem Anliegen soll beispielsweise über die gesetzliche Auflage zur Begleitforschung und Evaluation der Antragsdiagnosen Klarheit geschaffen

29 Anlage III BtMG, §31 SGB V.

werden. Jeder Arzt, der Cannabis verordnet, ist verpflichtet an dieser Begleitforschung teilzunehmen. Die Daten, welche ausschließlich mit wissenschaftlichen Zielen erhoben werden, müssen an das BfArM weitergeleitet werden (Müller-Vahl & Grotenhermen, 2017).

Welche Änderungen sich insgesamt aufgrund des neuen Gesetzes ergeben werden, werden ab 2022 die Ergebnisse der im Gesetz vorgesehenen Begleiterhebung zeigen. In dem 2018 erschienenen Cannabisreport, einer Kooperation der Universität Bremen und der Techniker Krankenkasse (TK), werden unter anderem erste Analysen der Verschreibungsstatistiken der TK dargestellt³⁰. Zwischen Juli 2017 und Ende Februar 2018 sind bei der TK 1.731 Anträge zur Kostenerstattung von Cannabispräparaten eingegangen. 67 % dieser Anträge wurden genehmigt, davon 61 % aufgrund der Indikation „Schmerzen“. Ebenfalls häufig auftretende Indikationen sind „Tumorleiden“ (7 %), „sonstige Neurologie“ (7 %) und „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (7 %). Die Ablehnung eines Antrages erfolgte zu 65 % aufgrund Therapiealternativen³¹, 13 % der Anträge waren unvollständig und bei 4 % wurde keine Aussicht auf einen Therapieerfolg gesehen.

Insgesamt sind ca. 53 % aller Cannabisverordnungen männlichen Versicherten zuzuordnen. Auf das Alter bezogen erhielten Menschen der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre (30,14 %) anteilig die meisten Verordnungen, wobei mit 39,08 % deutlich mehr Frauen als Männer (24,05 %) eine Verordnung erhielten. Auch bei den 60 bis 69-jährigen (15,02 % vs. 12,75 %), den 70 bis 79-jährigen (7,14 % vs. 6,47 %) und den 80 bis 89-jährigen (1,66 % vs. 1,22 %) war der Anteil der Frauen mit einer Verordnung für medizinisches Cannabis größer als der Anteil der Männer. In den Altersgruppen unter 50 Jahre dagegen war der Anteil der männlichen Versicherten, die eine Verordnung erhielten, höher: 23,62 % (vs. 19,74 %) bei den 40 bis 49-Jährigen, 19,28 % (vs. 13,0 %) bei den 30 bis 39-Jährigen, 5,54 % (vs. 3,4 %) bei den 20 bis 29-Jährigen und 3,73 % (vs. 2,58 %) bei den unter 20-Jährigen. Verordnungen wurden Größtenteils (39 %) von Neurolog*innen, Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen ausgestellt. Darauf folgen die Hausärzt*innen (21 %) und Anästhesist*innen (8 %).

Auch regionale Unterschiede bezüglich der Verordnungsprävalenz konnten festgestellt werden: So wird im Saarland (208,89 Anträge pro 100.000 Versicherte), Bayern (155,85/100.000) und Baden-Württemberg (151,77/100.000) am häufigsten Cannabis verordnet, während dies in den neuen Bundesländern, Hessen und Rheinland-Pfalz eher seltener der Fall ist (zwischen 52,18 und 95,54 Verordnungen je 100.000 TK Versicherte). Durchschnittlich beträgt die bundesweite Versordnungsprävalenz 123,43 pro 100.000 TK Versicherte (Glaeske & Sauer, 2018).

³⁰ Im Jahr 2018 waren ca. 10,3 Millionen Menschen in Deutschland bei der Techniker Krankenkasse (TK) versichert.

³¹ An dieser Stelle darf nicht vergessen werden, dass Cannabis als Medikament im Vergleich zu anderen Therapieoptionen eine eher geringe Wirksamkeit hat (Vgl. Maier, 2017; Wurglics & Ude, 2017). Auch ist die Therapie z.B. im Verhältnis zu einer Opiattherapie teurer. Ob medizinisches Cannabis eine geeignete Therapieoption darstellt muss daher individuell mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt geklärt werden (Glaeske & Sauer, 2018).

Depotspritze zur Substitutionsbehandlung

Seit April 2019 ist das Substitut Buprenorphin als Depotspritze "Buvidal" in der Substitutionsbehandlung verfügbar. Abhängig von der Dosierung kann dieses einmal wöchentlich oder monatlich injiziert werden. Bislang mussten Patientinnen und Patienten ohne Take-Home-Verschreibung ihr Substitut täglich bei ihrem Arzt oder in der Apotheke abholen und vor Ort einnehmen. Buvidal soll helfen den Betroffenen ein selbstbestimmteres Leben zu ermöglichen und die gesellschaftliche Wiedereingliederung zu verbessern.

Insbesondere für Menschen in ländlichen Räumen, die weite Wege zu ihrer Arztpraxis zurücklegen müssen, aber auch im Fall von Reisen und längeren Abwesenheiten kann Buvidal eine gute Alternative sein. Gleiches gilt für den Strafvollzug (Vgl. Schneider et al., 2019, WB Prison) (European Medicines Agency [EMA], 2018; Deutsche Aidshilfe e. V., 2019; Deutsche Apotheker-Zeitung [DAZ.online], 2019).

4 ZUSATZINFORMATIONEN

4.1 Psychiatrische Komorbidität

Es liegen keine neuen Informationen vor. Das Thema wurde detailliert im Workbook „Behandlung 2017“ (Bartsch et al., 2017) behandelt.

5 QUELLEN UND METHODIK

Die Quellen sind der jeweiligen Information zugeordnet und finden sich im Quellenverzeichnis unter 5.1

Hauptquellen für das Kapitel Behandlung sind:

- Deutsche Suchthilfestatistik (Basis: Deutscher Kerndatensatz)
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Deutsches Krankenhausverzeichnis
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung
- Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Regionale Monitoringsysteme
- Substitutionsregister
- DHS Jahrbuch Sucht 2019

5.1 Quellen

- Aerzteblatt (2019a): Nach zehn Jahren drei weitere Ambulanzen für künstliches Heroin, [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102644/Nach-zehn-Jahren-drei-weitere-Ambulanzen-fuer-kuenstliches-Heroin> [Accessed: 05.08.2019].
- Aerzteblatt (2019b): Israel erlaubt Export von medizinischem Cannabis, [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100672/Israel-erlaubt-Export-von-medizinischem-Cannabis> [Accessed: 01.08.2019].
- Aerzteblatt (2019c): Erste Zuschläge für Cannabisanbau in Deutschland zu medizinischen Zwecken vergeben, [online:] <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=102529&s=Anbau&s=Cannabis&s=Deutschland&s=Zuschl%E4ge> [Accessed: 01.08.2019].
- Arbeitskreis Frauen und Sucht (2006): Qualitätsmerkmale und Empfehlungen für eine frauenspezifische Suchtarbeit, [online]. https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10_andere/suchtberatung/pdf/Frauenspez_Sucht.pdf . [Accessed: 14.08.2019].
- Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.
- Bartsch, G., Friedrich, F., Schulte, L., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T. (2017): Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Behandlung. Workbook Treatment, DBDD, München. [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHTE_2017/WB_05_Behandlung_Germany_DE.pdf [Accessed: 12.08.2019].
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2018): Deutsche Suchthilfestatistik 2017. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019a): Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Jahresauswertung, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1; Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019b): Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019c): Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Jahresauswertung, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1; Bezugsgruppe: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2018): Ärztstatistik zum 31.12.2017, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTabellepdf [Accessed: 15/07/2019].

- Bundesärztekammer (BÄK) (2017a): Arbeitshilfe der Bundesärztekammer. Eckpunkte für eine Vereinbarung zum Überlassen von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch (Sichtbezug) im Rahmen der Opioidsubstitution, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Sucht/Substitution_extern.pdf [Accessed: 14.08.2019].
- Bundesärztekammer (BÄK) (2017b): Richtlinie der Bundesärztekammer zur substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, [online] https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_substitution/rili_baek_substitution.pdf [Accessed: 12.08.2019].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV), [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3._BtMVVAEndV.pdf [Accessed: 23.07.2019].
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., Tossmann, P. (2004): AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen [online] https://www.researchgate.net/publication/8497592_AWMF-Leitlinie_Cannabis-bezogene_Storungen [Accessed: 12.08.2019].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2019): Bericht zum Substitutionsregister, [online]. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst-Bericht2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Accessed: 04.06.2019].
- Bundesgesetzblatt (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, [online] https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Accessed: 23.07.2019].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2017): Cannabis als Medizin: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte richtet Cannabisagentur für künftigen Cannabisanbau in Deutschland ein. Pressemitteilung Nr. 7/17 vom 03.03.2017, [online] <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/pm7-2017.html> [Accessed: 01.08.2019].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2019): Vergabeverfahren erfolgreich abgeschlossen: BfArM erteilt verbliebene vier Zuschläge für Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken. Pressemitteilung Nr. 4/19 vom 20.05.2019, [online] <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/pm4-2019.html> [Accessed: 01.08.2019].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2018): Bundeslagebild Rauschgift 2017, [online] https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildZ.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Accessed: 12.08.2019].
- Bundesministerium für Arbeit & Soziales (2018): Bekanntmachung. Erster Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben–rehapro“ zur

- Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, [online] https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Teilhabe/rehaprofoerderauf.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Accessed: 23.07.2019].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (Buss) (Hrsg.) (2016): Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, [online] <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Accessed: 12.08.2019].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011): Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe, [online] https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwioJuo_YHkAhXFY1AKHX8uBwwQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.caritas-suchthilfe.de%2Fcms%2Fcontents%2Fcaritas-suchthilfe.d%2Fmedien%2Fdokumente%2Fpositionen-und-stell%2Fambulante-regionale%2F11-03-18diskussionspapierambulantesuchthilfe.pdf%3Fd%3Da%26f%3Do&usg=AOvVaw3zFSjMQIKWMGO7L5suvGyw [Accessed: 14.08.2019].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017). Deutschland. Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Rechtliche Rahmenbedingungen, Workbook Legal Framework, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017/WB_02_Rechtliche_Rahmenbedingungen_Germany_DE.pdf [Accessed: 12.08.2019].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., Friedrich, M. (2019). Deutschland. Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). Rechtliche Rahmenbedingungen, Workbook Legal Framework.
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforchung, München. Available at: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresbericht_e/DSHS_Jahresbericht_2017.pdf [Accessed: 04.07.2019].
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015): Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (Sonderheft). 28 (1) (95).
- Deutsche Aidshilfe e.V. (2019): Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. Aktuelle Meldung, 02.04.2019, [online] <https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin> [Accessed: 05.08.2019].
- Deutsche AIDS-Hilfe (o.J.): HIV Kompass, [online] <http://www.kompass.hiv/kompass> [Accessed: 08/12/2019].
- Deutsche Apotheker-Zeitung (DAZ.online) (2019): Einfachere Opioidsubstitution mit Buvidal. Buprenorphin-Depot: nur einmal pro Woche oder Monat. Artikel, 19.02.2019, [online]

- <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/19/buprenorphin-depot-nur-einmal-pro-woche-oder-monat> [Accessed: 05.08.2019].
- Deutscher Bundestag (2019): Import, Anbau und Bedarf von medizinischem Cannabis. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 19/8733). Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Drucksache 19/9844, [online] <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/098/1909844.pdf> [Accessed: 01.08.2019].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019): Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, [online] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf [Accessed: 15.07.2019].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.) (1985): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2004): Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. AWMF Leitlinien-Register Nr. 076/007, Entwicklungsstufe 2, [online] www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231198_EN_DE04_007_AWMF [Accessed: 12.08.2019].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2004): Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ ein Grundsatzpapier “Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten, [online] http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Geschlechtsspezifische_Arbeit/Gender_mainstreaming_2003.pdf [Accessed: 14.08.2019].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2016): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0, [online] http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/Manual_KDS-E_F.pdf [Accessed: 12.08.2019].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019): Einrichtungsdatenbank der DHS. [online] <https://www.dhs.de/einrichtungssuche.html>. [Accessed: 12.08.2019].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018): Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018, [online] https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeit

suchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

[Accessed: 23.07.2019].

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2019a): Statistik über Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVwV für Januar bis Dezember 2018. Tabelle: 002.0 RV Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen sowie Veränderungen zum Vorjahr nach Antragsart (medizinische Reha-Leistungen), [online] https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/sk93_reha_antraege/tabellen_2018/201812_Reha_Antraege_Tabelle02.htm [Accessed: 25.06.2019].

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2019b): Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2018, [online] Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: <https://statistik-rente.de/drv/> [Accessed: 09.07.2019].

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2019c): Rehabilitation 2018. Band 2016, [online] https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rehabilitation_2018.pdf [Accessed: 08.08.2019].

Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017): Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 [online] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8._Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4._Nahtlosverfahren_qualifizierter_Entzug-Suchtrehabilitation/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf [Accessed: 04.07.2019].

Deutsche Schmerzgesellschaft (2014): S3 - Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen -"LONTS“, [online] http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003l_S3_LONTS_2015-01.pdf [Accessed: 12.08.2019].

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Drogenbeauftragte, Berlin.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg) (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen, [online] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf [Accessed: 07.08.2019].

European Medicines Agency (EMA) (2018): Buvidal (buprenorphine), An overview of Buvidal and why it is authorised in the EU. EMA, London, [online]

- https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview_en.pdf [Accessed: 05.08.2019].
- Ezard, N. (2012): Substance use among populations displaced by conflict: A literature review. *Disasters*, 36(3), 533–557.
- Frauen helfen Frauen e.V. Rostock (2017): Gewalt – Sucht – Ausweg (GeSA), Erfahrungen aus einem dreijährigen Bundesmodellprojekt zum Aufbau eines regionalen Kooperationsmodells zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit Suchtmittelproblematik und deren KinderoderWie kommt zusammen, was zusammen gehört?, [online] https://www.fhf-rostock.de/fileadmin/media/Dokumente_GeSA/GeSA.Handbuch.web.pdf [Accessed: 17.07.2019].
- Friedrich, M., Bartsch, G., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T. (2018): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017 / 2018). Prävention. Workbook Prevention. DBDD. München, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2018/04_WB_Praevention_2018.pdf [Accessed: 14.08.2019].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, [online] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf [Accessed: 10.08.2019].
- Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, [online] https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Accessed: 27.07.2019].
- Glaeske, G. & Sauer, K. (2018): Cannabis-Report, [online] <https://www.tk.de/resource/blob/2043668/c8107883c0a99a0648f663f49f04526a/studienband-cannabis-report-2018-data.pdf> [Accessed: 01.08.2019].
- Glaeske, G. (2018): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit missbrauchspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.),]Jahrbuch Sucht 2018, Pabst, Lengerich.
- Gomes de Matos, E., Hannemann, T.-V. Atzendorf, J., Kraus, L., Piontek, D. (2018): Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen und Methamphetamin. Auswertung der Daten aus sechs deutschen Bundesländern. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(4), 49-55.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L., Piontek, D. (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht* 62(5), 271-281.

- Haarig, F. & Mathiebe, J. (o.J.): Evaluation des bedarfsorientierten, interdisziplinären und systemübergreifenden „Dresdner Versorgungspfad Crystal“, [online] <https://tu-dresden.de/med/mf/fph/forschung/forschungsprojekte> [Accessed: 17.07.2019].
- Hügel, V.M. (2016): Flüchtlinge mit Suchtproblemen – Rechtsansprüche, Finanzierung, Hilfen. In: „Flucht – Trauma – Sucht“ – Was erwartet die Suchthilfe? Forum Sucht Band 48. LWL: Münster, 35-47.
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2018): DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2018. IFT Institut für Therapieforschung, München. [Unveröffentlichte Daten]
- Just, J., Mücke, M. Bleckwenn, M. (2016): Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden. Prävention, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 113(13), 213-220.
- Kamp, F., Proebstl, L., Koller, G., Schacht-Jablonowsky, M., Straif, M., Riebschläger, M., Neumann, S., Schreiber, A., Hoch, E., Pogarell, O. & Soyka, M. (2017): Evaluation eines stationären Modellprojekts (Matrix, Indikativgruppe ATS) bei „Crystal“-Konsumenten. Suchttherapie 2017; 18(S 01): S1-S72; DOI: 10.1055/s-0037-1604662.
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018): Analyse drogeninduzierter Todesfälle. Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhlmann, T. (2015): Indikationskriterien für eine abstinenzgestützte versus substituionsgestützte medizinische Rehabilitation aus der klinischen Praxis. Sucht Aktuell 2-2015; 39-42.
- Künzel, J., Braun, B. & Brand, H. (2014): Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Leidgens, E. (2015): Neue Flüchtlingsaufkommen in NRW, neue Aufgaben und Kooperationen für die Suchthilfe? In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), „Flucht – Trauma – Sucht“ – Was erwartet die Suchthilfe? Forum Sucht Band 48. LWL: Münster.
- Lutz G., Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. (S2-Leitlinie). Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Deutscher Ärzteverlag.
- LÜSA – Langzeit Übergangs- und Unterstützungsangebot (o.J.). Geschichte – Zahlen – Fakten [online] <http://www.luesa.de/?site=fakten> [Accessed: 17.07.2019].
- Max Planck Institute for Demographic Research & Vienna Institute of Demography (2019): Human Fertility Database, [online] www.humanfertility.org [Accessed: 11.07.2019].
- Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015): BORA-Veranstaltung. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, [online] https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/veranstaltungen/2015_04_15_bora_auftaktveranstaltung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Accessed: 14.08.2019].
- Müller-Vahl, K. & Grotenhermen, F. (2017): Medizinisches Cannabis – die wichtigsten Änderungen. Dtsch Arztebl 114(8): A352-A356.

- Muhl, C., Kemmann, D., Bachmeier, R., Domma-Reichart, J., Erben, C., Fischer, M., Funke, W., Sagel, A., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Weissinger, V. & Ziegler, M.N. (2019): Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 1; 51-60.
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Naundorff, J., Kornwald, C., Bosch, A., Hansen, B. & Janßen, H.-J. (2018): Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. [online] https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/Erhebung_der_5_S_SHV_2017.pdf [Accessed: 08.08.2019].
- Neumann-Runde, E. & Martens, M.-S. (2018): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V, Hamburg.
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019): Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Pabst, Lengerich; 180-191.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2013/2014. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009): Behandlung & Pflege älterer Drogenabhängiger. In: Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, S. 173-189, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/germany_reitox_report_2009_ger.pdf [Accessed: 17.07.2019].
- Piontek, D., Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017): Bericht des nationalen Reitox-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland (Datenjahr 2016/2017). Drogen.
- Piontek, D., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2018): Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017 / 2018). Deutschland, Workbook Drogen. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) (2017): Sucht bei Kindern und Jugendlichen. Neuer Forschungsverbund zur Prävention und Behandlung, [online]

- <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/sucht-bei-kindern-und-jugendlichen/> [Accessed: 12.08.2019].
- Reimer, J., Kuhn, S. & Farnbacher, G. (2014): Abschlussbericht Projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunktes „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZiS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Abschlussbericht_Analyse_Sucht_im_Alter.pdf [Accessed: 17.07.2019].
- Reimer, J., Schulte, B., Stöver, H. (2009): Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenenes Handeln notwendig. Deutsches Ärzteblatt, 106(45): A-2227 / B-1908 / C-1867.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2018): Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid- Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 2018/13.
- Roberts, B.; Felix Ocaka, K.; Browne, J.; Oyok, T. & Sondorp, E. (2011): Alcohol disorder amongst forcibly displaced persons in northern Uganda. Addict Behav, 36: 870-873.
- Roberts, B.; Murphy, A.; Chikovani, I.; Makhavili, N.; Patel, V. & McKee, M. (2014): Individual and community level risk-factors for alcohol use disorder among conflict-affected persons in Georgia. PLoS ONE 9: e98299. doi: 10.1371/journal.pone.0098299 PMID: 24865450.
- Roche, A., McEntee, A., Fischer, J. & Kostadinov, V. (2015): Methamphetamine Use in Australia. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), [online] nceta.flinders.edu.au/download_file/view/928/632/ [Accessed: 17.07.2019].
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2018): Antwort auf: Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Drs.-Nr.: 6/11188 Thema: Umsetzung 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums, [online] https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/Grosse_Anfragen/6_Drs_11188_Antwort.pdf [Accessed: 14.08.2019].
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010): Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Zeitschrift für Gastroenterologie 48, 289-351.
- Schacht-Jablonowsky, M., Riebschläger, M., Hamdorf, W., Proebstl, L., Kamp, F., Koller, G. & Soyka, M. (2019): Spezifika „Crystal“-abhängiger Patienten: Vorstellung eines laufenden stationären Forschungsprojektes. Sucht Aktuell, 1; 102-103.
- Schneider, F., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., Friedrich, M. (2018): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017 / 2018). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD. München, [online] https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2018/09_WB_Gefaengnis_2018.pdf [Accessed: 14.08.2019].

- Schubert, I., Ihle, P., Sabatowski, R. (2013): Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010 – a study based on insurance data. Deutsches Ärzteblatt International, 110, 45-51.
- Schulte B, Stöver H, Thane K, et al. (2009): Substitution treatment and HCV/ HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5(1), 39-44.
- Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger (VDR) (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, [online] https://www.sucht.de/tl_files/pdf/Fachinformationen/Vereinbarungen%20im%20Suchtbereich.pdf [Accessed: 14.08.2019].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. Fachserie 12, Reihe 6.2.1.. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a): Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 26), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b): Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten 2017. Statistisches Bundesamt (Destatis) [online] <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301177015.html> [Accessed: 25.06.2019].
- Staudenmeyer, B., Kaschuba, G. & Stumpp, G. (2018): „Es ging nicht mehr ohne, es ging nicht mehr mit“ Crystal Meth-Konsum von Frauen. Eberhard Karls Universität Tübingen, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Sachbericht_Crystal-Konsum_von_Frauen_2018.pdf [Accessed: 17.07.2019].
- Strada, L., Schmidt, C.S., Rosenkranz, M., Verthein, U., Scherbaum, N., Reimer, J. & Schulte, B. (2019): Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 14(1):2; [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30606188> [Accessed: 07.08.2019].
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O., Reis, O. (2016): Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. SUCHT, 62, 107-111.
- Ueberschär, I., Kampczyk, U., Schmidtke, B., Retzlaff, R. (2017): Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. Sucht aktuell, 1-2017, 11-14.
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015): Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht aktuell, 22 (2), 31-34.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. (2011a): Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. „Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome, [online]

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf [Accessed 14.08.2019].

Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T. (2011b): Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. Suchtmedizin 13_(5) 280-286.

Zurhold, H. (2017): Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA). Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Projektnummer: ZMVI1-2516DSM211, ZIS

5.2 Methodik (T5.2)

Ambulante Betreuung

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des KDS umfangreiche Daten für den Großteil der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Braun et al. 2018a, b). In den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird der KDS verwendet, der seit Anfang 2017 in einer neuen überarbeiteten Version (KDS 3.0) verfügbar ist. Auf Grund der KDS-Umstellung sind die Daten bis 2017 und ab 2017 nur bedingt miteinander vergleichbar. Abweichungen werden an der jeweiligen Textstelle diskutiert.

Seit 2010 wurden in den hier berichteten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Gegensatz zu den Vorjahren bis einschließlich 2009 keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten (> 33 %) ausgeschlossen, um eine Überschätzung der fehlenden Werte zu vermeiden und eine für jede Tabelle maximale Einrichtungsstichprobe zu erreichen. Daher ist beim Vergleich der Daten ab 2010 mit denen der Jahre 2007 bis 2009 Vorsicht geboten.

Der „Treatment Demand Indicator (TDI)“ der EMCDDA ist im KDS integriert. Unschärfen zwischen TDI und KDS ergeben sich aber nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der International Classification of Diseases (ICD-10), die Analysen auf Substanzebene z. T. erschwert oder nicht möglich macht.

Stationäre Betreuung

Im stationären Bereich beteiligten sich 2018 137 Einrichtungen (2017 waren es 152 Einrichtungen) an der Bundesauswertung der DSHS (Braun et al. 2018).

Viele größere, insbesondere psychiatrische Kliniken, die ebenfalls suchtspezifische Behandlungen anbieten, sind nicht in der DSHS vertreten. Um diese Lücken soweit wie möglich zu füllen, werden für den REITOX-Bericht auch Daten aus weiteren Quellen herangezogen.

Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen sowie behandlungsleitende Diagnosen, Alter und Geschlecht. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation, erlaubt aber eine Differenzierung der Zahl der Fälle analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Eine umfassende Statistik zur Behandlung der in Krankenhäusern behandelten Klientel wird

außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Es existieren aber z. B. für psychiatrische Kliniken und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemeine Standards zur Dokumentation, die auch Informationen zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen beinhalten. Eine systematische Analyse zur Überführung dieser Informationen in den Standard des KDS liegt bislang nicht vor.

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden. Dabei entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.

Die Verteilungen dieser beiden Statistiken nach Hauptdiagnosen entsprechen sich weitgehend, wenn man den deutlich höheren Anteil der undifferenzierten Diagnosen nach F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) in den Daten der DRV berücksichtigt.

Daten aus regionalen Monitoringsystemen dienen als wertvolle Ergänzung nationaler Statistiken.

Substitutionsbehandlung

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 01. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung wird in diesem Register nicht erfasst, sofern die Entgiftungsbehandlung maximal vier Wochen dauert und die Patienten unmittelbar anschließend keine Substitutionsmittel mehr benötigen. Seit 2010 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben wird auch die Anzahl behandelnder Ärzte erfasst. 2019 wurden erstmalig Informationen zur regionalen Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen sowie der regionalen Verteilung verfügbarer Ärzte veröffentlicht (BOPST, 2019).

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	9
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	13
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent (%).....	15
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent (%).....	16
Tabelle 5	Erst- und Wiederbehandelte nach Hauptdiagnose in Prozent (%).....	16
Tabelle 6	Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%).....	18
Tabelle 7	Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung	18

Tabelle 8	Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent (%) im ambulanten und stationären Setting	19
Tabelle 9	Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht	20
Tabelle 10	Lebenssituation der ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose	21
Tabelle 11	Migrationshintergrund der ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose	22
Tabelle 12	Höchster Ausbildungsabschluss bei ambulant behandelten Patienten nach Hauptdiagnose	23
Tabelle 13	Erwerbssituation ambulant behandelter Patienten am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (in %)	24
Tabelle 14	Hauptdiagnose nach Geschlecht	25
Tabelle 15	Lebenssituation der stationär behandelten Patienten nach Hauptdiagnose (in %)	27
Tabelle 16	Migrationshintergrund der stationär Behandelten nach Hauptdiagnose (in %)	28
Tabelle 17	Höchster Ausbildungsabschluss der Behandelten nach Hauptdiagnose (in %)	29
Tabelle 18	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (in %)	30
Tabelle 19	Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen	31
Tabelle 20	Anteil der Kinder und Jugendlichen an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose	32
Tabelle 21	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Drogeneinrichtungen	37
Tabelle 22	Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2018)	54
Tabelle 23	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2011-2017	62

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Durchschnittsalter der ambulant behandelten Patienten bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose in Jahren	21
Abbildung 2	Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose stationärer Patientinnen und Patienten	26

Abbildung 3	Anzahl der substituierenden Ärzte 2011 – 2018.....	52
Abbildung 4	Abbildung 6 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 1.01.2018	53
Abbildung 5	Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2018 in %.....	54
Abbildung 6	Anzahl meldender, substituierender Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2018	56
Abbildung 7	DRV Behandlungsdaten nach Jahr und Hauptdiagnose.....	59
Abbildung 8	Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen	60
Abbildung 9	Such-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV)	61
Abbildung 10	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2018 (Stichtag 1. Juli)	63