



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2017 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2016 / 2017)

Behandlung

Workbook Treatment

Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Maria Friedrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Loretta Schulte, Esther Dammer & Tim Pfeiffer-Gerschel
IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG	4
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	6
1.1.3	Weitere Aspekte der Behandlungssteuerung	7
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	7
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage.....	9
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	10
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	11
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	11
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots.....	12
1.2.6	Weitere Informationen zur verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	12
1.3	Kerndaten	13
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	13
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten.....	17
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogen Kerndaten	18
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	18
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung.....	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	20
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	20
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	22
1.4.4	Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten	24
1.4.5	Behandlungsergebnisse und -erfolge	24
1.4.6	Soziale Reintegrationsangebote	27

1.4.7	Anbieter von Substitutionsbehandlung	28
1.4.8	Charakteristika der Substitutionspatienten	29
1.4.9	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	29
1.5	Qualitätssicherung	31
1.5.1	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	31
2	TRENDS	33
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Substitutionspatienten	33
2.2	Zusätzliche Informationen zu Trends in der Drogenbehandlung	38
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	38
3.1	Neue Entwicklungen	38
4	ZUSATZINFORMATIONEN	43
4.1	Zusätzliche Informationsquellen	43
4.2	Weitere Aspekte	43
4.3	Psychiatrische Komorbidität	43
5	QUELLEN UND METHODIK	46
5.1	Quellen	47
5.2	Methodik	55
6	TABELLENVERZEICHNIS	57
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	57

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 41,5 % der ambulanten Klienten, die eine Suchtberatungsstelle aufgrund einer Drogenproblematik aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumenten (54,6 % der Erstbehandelten). Ein Drittel der ambulanten Patienten wird wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt (32,2 %). Wegen Stimulanzien Gebrauchs begeben sich 16 % aller Patienten in Behandlung.

Auch unter Klienten in stationärer Behandlung steigt der Anteil der Cannabis- und Stimulanzienkonsumenten weiterhin an. In den letzten 5 Jahren stieg die Anzahl derer, die sich wegen Stimulanzien in Stationäre Krankenhausbehandlung gaben, um 264 % an, gefolgt von Kokain und Cannabiskonsumierenden deren Krankenhausaufenthalte sich jeweils mehr als verdoppelt haben. Der Anteil derjenigen die sich wegen Opioidkonsum in stationäre Behandlung begeben, sinkt dafür kontinuierlich.

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich gestiegen und ist in den vergangenen Jahren weitgehend stabil. Sie lag am Stichtag (01.07.2016) bei 78.500 Personen. 2016 haben insgesamt 2.590 Substitutionsärzte Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet.

Aufgrund des in den vergangenen Jahren regional gestiegenen Konsums von Methamphetamin erhöhte sich der Bedarf an qualifizierter spezifischer Behandlung. Aus diesem Grund haben die Bundesärztekammer und die Suchtfachgesellschaften mit Unterstützung des BMG und der Bundesdrogenbeauftragten eine S-3 Behandlungsleitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ veröffentlicht.

Vor dem Hintergrund der Migrations- und Flüchtlingsthematik stellt sich auch weiterhin die Frage nach Prävalenzen des Suchtmittelkonsums und des Hilfebedarfs Flüchtender sowie passenden Behandlungsoptionen für Menschen mit Migrationshintergrund. Trotz vieler neuer Maßnahmen gibt es noch zahlreiche Hürden, die Migrantinnen und Migranten daran hindern, Suchthilfe in Anspruch zu nehmen.

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

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften erweitern sich die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln. Wie sich die Behandlung, z. B. von Schmerzpatienten, durch Cannabis als Medizin verändern wird, untersucht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das beauftragt ist, eine nicht-interventionelle Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln durchzuführen.

Sinkende Antragszahlen für medizinische Entwöhnungsbehandlungen haben Leistungserbringer und Leistungsträger veranlasst, gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten, die das Vermittlungsverfahren in stationäre Behandlung vereinfachen und somit Klientinnen und Klienten die Aufnahme einer Therapie erleichtern sollen.

Nationale und internationale Studien zeigen eine hohe Verbreitung psychiatrischer Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. Nur ca. 37 % der in Deutschland wegen Drogenabhängigkeit Behandelten und 33 % derjenigen mit multiplem Substanzgebrauch wiesen laut Daten der Krankenversicherungen keine weitere psychiatrische Komorbidität auf.

1 Nationales Profil

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

Die 2012 von der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung veröffentlichte und noch wirksame Nationale Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention, betont jedoch auch die Notwendigkeit von Beratung und Behandlungsangeboten in Deutschland (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012).

Die aktuelle Drogenbeauftragte benennt im Drogen- und Suchtbericht 2016 Crystal Meth und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) als Schwerpunkte für ihre Arbeit in der laufenden Legislaturperiode (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016). Einen hohen Stellenwert nimmt darüber hinaus das Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ ein. Die Bundesärztekammer (BÄK), Suchtfachverbände und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) haben 2016 mit Unterstützung der Drogenbeauftragten und des BMG eine S3 Leitlinie zur Behandlung Methamphetamin-bezogener Störungen erarbeitet (Die Drogenbeauftragte et al. 2016). Sie trat im September 2016 in Kraft. Darüber hinaus hat das Bundeskabinett die Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung beschlossen (BMG 2017). Sie regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Menschen, die durch den Missbrauch von Opioiden abhängig

geworden sind. Die Erarbeitung einer evidenzbasierten Richtlinie zur Durchführung der Substitutionstherapie wurde in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt. Die Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und die neuen Richtlinien finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung (vgl. Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen). Am 26. November 2016 ist das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft getreten (BMJV 21.11.2016). Das NpSG sieht ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) und eine Strafbewehrung der Weitergabe von NPS vor (vgl. Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen).

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 freier Trägerschaft sind im Fachverband Sucht (FVS e.V.) 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 Krankenversicherungen sind für die Akutbehandlung (u.a. die Entgiftung), die Rentenversicherungen vorrangig für die 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. Sie entwickelt durch den Auftrag der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) die Richtlinien der

substitutionsgestützten Behandlung. Die Standards für die bedarfsabhängige substitutionsbegleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) werden von den zuständigen Leistungserbringern in den Bundesländern in Abstimmung mit den Kommunen oder Ländern erarbeitet. 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 (SGB XII).

1.1.3 Weitere Aspekte der Behandlungssteuerung

Informationen zur Organisation und Steuerung von Behandlung im Rahmen des Strafvollzugs finden sich im Workbook „Gefängnis“. Die politischen Grundlagen und Organisation schadensmindernder Maßnahmen wird im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ erläutert.

Eine ausführliche Beschreibung des Suchtversorgungssystems in Deutschland, seiner gesetzlichen Grundlagen, Qualitäten und seiner Herausforderungen, findet sich im Jahrbuch Sucht 2017 der DHS (Bartsch 2017).

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). Versorgungsrechtlich sind für die Behandlung von Abhängigkeiten folgende Sozialgesetzbücher maßgeblich:

- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende – Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhaltes
- SGB III: Arbeitsförderung
- SGB V und VI: Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung – Behandlung von Krankheit; Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- SGB VIII: Kinder und Jugendhilfe
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe
- SGB XII: Sozialhilfe – Führung eines menschenwürdigen Lebens

Abhängige können diese Hilfen größtenteils kostenlos nutzen, allerdings sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger erforderlich. Hausärztinnen und Hausärzten kommt 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 die 1.500

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in über 320 ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen, in 84 psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in über 1.000 Einrichtungen der Eingliederungshilfe statt (IFT 2016). Auch den 409 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 97 ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.487 Betten für Suchtkranke (Destatis 2015) kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung, sondern auch bei Kriseninterventionen und der Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten zuständig.

Die Mehrzahl der Hilfeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Das stark differenzierte und zergliederte 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. Das Management der zahlreichen Schnittstellen erfordert ein hohes Maß an Kooperationswillen der beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger sowie erhebliche Managementfähigkeiten (DHS 2010; Bartsch 2017a).

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, haben sich Träger verschiedener Leistungsangebote zu Verbundsystemen zusammengeschlossen. Sie stimmen ihre Behandlungs- und Hilfekonzepte aufeinander ab, bieten ergänzende oder alternative Leistungen aus einer Hand an, ermöglichen eine passgenaue Planung und Durchführung der Behandlung und können flexibel auf unvorhergesehene Krisen und andere Problematiken reagieren. Dabei verpflichten sie sich auch auf gemeinsame Qualitätsstandards und verbindliche Kommunikationsregeln (Bartsch 2017).

In einigen Bundesländern, wie z. B. Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen, ist die Suchthilfe kommunalisiert worden: Alle Akteure einer Kommune, die in die Betreuung und Behandlung Abhängigkeitskranker einbezogen sind, vereinbaren verbindliche Steuerungsprozesse; Finanz- und Gestaltungsverantwortung sowie suchtspezifische Kompetenz werden zusammengeführt. Darin stecken sowohl Chancen als auch Risiken für die Suchthilfe. Prozesse können effektiver organisiert werden und verbessern so das Schnittstellenmanagement. Allerdings ist das Leistungsspektrum für Menschen mit substanzbezogenen Störungen meist umfangreicher als angenommen und seine Wirksamkeit und die Bedeutung auch für die soziale Gemeinschaft werden häufig unterschätzt. So kann mangelnde Fachkenntnis bei Verantwortlichen der Kommunen dazu führen, dass die Suchthilfe als Einsparpotenzial gesehen wird (Bürkle 2015).

Viele Suchthilfeträger, v. a. in den größeren Städten, halten verschiedene Angebote für Drogenabhängige vor, von niedrighwelligen Angeboten über Beratung und Behandlung, Psychosoziale Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation und Wohnprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt derzeit jedoch nicht vor.

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Beratung, Motivationsförderung und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachambulanzen angeboten. Sie sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrigschwellige 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.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)*

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß DBDD	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Klienten
Specialised drug treatment centres	Beratungs-und Behandlungsstelle	1.500	> 500.000
Low-threshold agencies	Niederschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc)	268	k. A.
General primary health care (e.g.GPs)	Substitutionsärzte	2.590**/8.416***	78.500
General mental health care	Psychiatrische Praxis	k. A.	k. A.
Other outpatient units	Psychiatrische Institutsambulanzen	84	91.800
Prisons (in-reach or transferred)	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	84	k. A.
Other outpatient units	(Ganztags) Ambulante Rehabilitation	88	> 1.000
Other outpatient units	Ambulant betreutes Wohnen	571	> 12.000
Other outpatientunits	Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	102	> 4.800
Other outpatient units	Selbsthilfegruppen	8.700	k. A.

Quelle: Standard table 24.

* Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, sind in der Minderheit. Überwiegend werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

** 2015 haben 2.613 Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet (BOPST 2016).

*** Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2012 wurden 8.416 suchtherapeutisch qualifizierte Ärzte gemeldet (BOPST 2013). Diese Zahl wird nicht weiter fortgeschrieben.

IFT 2016; BOPST 2017;

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, insbesondere in den östlichen Bundesländern, bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten (mit Substitutionswunsch) zu gewährleisten. Insgesamt hat sich die Angebotssituation in den letzten Jahren nicht grundsätzlich geändert, doch eher verschlechtert. Während die kommunale Finanzierung zurückgeht, erweitert sich gleichzeitig das Anforderungsprofil. Für das Einbringen von

Eigenleistungen fehlt den gemeinnützigen Verbänden zunehmend die finanzielle Basis. Sie gründet meist auf Kirchensteuern, welche jedoch von Jahr zu Jahr abnehmen. Dies hat bis jetzt nicht dazu geführt, dass die Beratungs- und Behandlungsleistungen gesenkt wurden. Vermittlungen aus den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen machen weiterhin den größten Anteil aller Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation aus. Die Aufrechterhaltung der Angebote gestaltet sich jedoch zunehmend schwieriger (Bürkle 2015, GVS 2017).

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

Hierzu liegen derzeit keine weiteren Informationen vor.

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine in der Öffentlichkeit häufig unterschätzte Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führen jährlich insgesamt knapp 440.000 Suchtbehandlungen durch. Darunter ist zu verstehen: Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbidität. Die Kosten für diese Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Zur stationären Behandlung zählt ebenfalls die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind vorrangig die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig, für junge Menschen die Kinder- und Jugendhilfe. Nachrangig sind die Krankenversicherungen zuständig.

Valide Daten zum Qualifizierten Entzug sind derzeit nicht veröffentlicht, da das Abrechnungssystem der Kliniken umgestellt wird. Ein Teil der Kliniken nutzt ein neues System, der andere das alte System. Aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsweisen kann eine eindeutige Zuordnung der Behandlungsarten nicht erfolgen.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach geschädigte Patienten richten, häufig Patienten und Patientinnen mit psychiatrischer Komorbidität (vgl. 4.3). Die Kosten für diese Behandlung übernehmen in der Regel die Sozialämter der Kommunen auf Basis des SGB XII.

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

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EBDD	Einrichtungsart nationale Bezeichnung	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Behandelten
Hospital-based residential drug treatment **	Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser **	274 Kliniken/ 4.478 Betten	ca. 440.000
	davon Abteilungen, die ausschließlich Konsumierende psychotroper Substanzen behandeln (ohne Alkohol, Tabak, Sedativa)		> 100.000
Residential drug treatment (non- hospital based)	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	241 ***	32.132****
	davon Einrichtungen für Konsumierende illegaler Drogen		12.703 ****
Therapeutic communities*****	Therapeutische Gemeinschaften*****	k. A.	k. A.
Prisons	Maßregelvollzug	31 ***	k. A.
Other inpatient units	Adaptionseinrichtungen	102 ***	k. A.
Other inpatient units	Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	414 ***	k. A.
Other inpatient units	Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	81 ***	k. A.

Quelle: Standard table 24.

* Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, sind in der Minderheit. Überwiegend werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

** Destatis 2016, 2016a.

*** IFT 2016.

**** DRV 2017.

*****Es gibt in Deutschland keine statistischen Daten zu therapeutischen Gemeinschaften, wie sie auf EU-Ebene verstanden werden. In Deutschland gibt es nur vereinzelt Einrichtungen, die nach diesem Konzept arbeiten. Es ist noch schwieriger, die Klienten- oder Platzzahl zu identifizieren, da manche Klientinnen und Klienten ihr Leben lang in einer Einrichtung bleiben (z. B. Synanon, www.synanon.de [letzter Zugriff: 28.08.2017]). Das Problem wurde bereits im REITOX-Bericht 2012 behandelt.

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Hierzu liegen derzeit keine weiteren Informationen vor.

1.2.6 Weitere Informationen zur verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Rehabilitation

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.

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

Ähnlich wie die ambulanten Beratungsstellen und Fachambulanzen kämpfen auch die stationären Suchthilfeeinrichtungen um ihren Erhalt. Obwohl der Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, mussten in den vergangenen Jahren viele stationäre Entwöhnungseinrichtungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit schließen. Zwischen 2013 und 2016 hat beispielsweise der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) 15 Mitgliedseinrichtungen mit rund 7.000 Behandlungsplätzen verloren (entspricht ca. zehn Prozent). Der Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) ist ebenfalls in den vergangenen drei Jahren durch Klinikschließungen mit ca. 200 Behandlungsplätzen betroffen. Davon berührt sind insbesondere die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen (NRW) (Koch & Wessel 2016). Hintergrund dieser Entwicklung ist das Auseinanderdriften von Kosten und Vergütungsätzen bei gleichzeitigen steigenden Anforderungen an die Qualität: Fast alle strukturellen und personellen Rahmenbedingungen werden von den Leistungsträgern vorgegeben.

Nur ca. 10 % der Einrichtungen, die stationäre Entwöhnungen durchführen, haben Konzepte entwickelt, die Entwöhnungen auch für Patienten unter Substitution anbieten, obwohl die Voraussetzungen dafür in der Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen geschaffen wurden (Kuhlmann 2015; Spitzenverbände der Krankenkassen und VDR 2001) (vgl. auch Abschnitt 4.3).

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Ambulante Betreuung

Im Rahmen der DSHS¹ wurden im Jahr 2016 insgesamt 342.393 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 863 ambulanten Einrichtungen erfasst (Braun et al. 2017a). Für die folgenden Erläuterungen wurden jedoch 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 wurden, machten 2016 43,5 % aller erfassten Episoden aus. Für das Jahr 2016 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 72.433 Behandlungen aus 861 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten

¹ Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Die dokumentierten Daten basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS). Vgl. Abschnitte 1.4.5 und 5.

aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile nur noch in 32,2 % der Fälle (2015: 33,4 %; 2014: 35,3 %; 2013: 37,6 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In mehr als einem Drittel der Fälle (41,5 %; 2015: 41,2 %; 2014: 40,2 %; 2013: 38,7 %; 2012: 36,5 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen (Braun et al. 2017b).

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit 54,6 % erneut an erster Stelle (2015: 59,8 %; 2014: 60,8 %; 2013: 59,5 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle stehen wie im Vorjahr erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (17,5 %; 2015: 19 %; 2014: 19,1 %; 2013: 18,7 %; 2012: 16,6 %) vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (11,7 %; 2015: 13 %; 2014: 11,9 %; 2013: 12,7 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit kokainbezogenen Störungen (5,8 %; 2015: 5,5 %; 2014: 5,1 %; 2013: 5,5 %) sowie aller anderen Substanzgruppen (Tabelle 3). haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Tabelle 3 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2016)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	31,3	35,2	32,2	12,0	10,8	11,7
Cannabinoide	44,1	31,7	41,5	60,0	36,9	54,6
Sedativa/Hypnotika	1,1	4,9	1,9	0,9	3,8	1,6
Kokain	7,0	4,5	6,5	6,4	3,8	5,8
Stimulanzien	14,5	21,8	16,0	15,7	23,3	17,5
Halluzinogene	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Multiple/andere Substanzen	1,8	1,6	1,8	1,5	1,2	1,4
Gesamt (Anzahl)	57.207	15.185	72.433	19.754	5.933	25.694

Braun et al. 2017b; Braun et al. 2017c

Daten zu soziodemographischen Informationen im ambulanten Setting finden sich in Abschnitt 1.3.2.

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) zur Verfügung stellen.

Im Jahr 2016 wurden von insgesamt 47.777 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 211 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 11.736 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa / Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Braun et al. 2017d). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen ist der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis mit 33 % (2015: 33 %; 2014: 30,7 %; 2013: 28,3 %) im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter angestiegen, während der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden mit 19 % (2015: 22 %; 2014: 27,0 %; 2013: 27,1 %) weiter gesunken ist. Behandlungen aufgrund von Cannabis stellen somit weiterhin die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol) dar. Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (25 %) steigt weiter kontinuierlich an (2015: 23 %; 2014: 20 %; 2013: 18,3 %) und liegt seit vergangenem Jahr über dem Anteil der opioidbezogenen Behandlungen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2015 %	2016 %	2015 %	2016 %		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Opioide	31	18	22	19	19	20
Cannabinoide	15	26	33	33	35	26
Sedativa oder Hypnotika	9	3	3	3	2	9
Kokain	2	5	7	8	9	4
Stimulanzien, inkl. Koffein	9	17	23	25	23	30
Halluzinogene	1	0	0	0	0	0
Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0
Multipler Substanzgebrauch & Konsum anderer psychotroper Substanzen	32	31	12	12	12	10
Gesamt (Anzahl)	111.522	9.761	11.738	11.736	9.331	2.405

Destatis 2015; DRV 2017; Braun et al. 2017d

Gesamte Behandlung

Tabelle 5 Zusammenfassung – Patienten in Behandlung

	Zahl der Patienten
Alle Patienten in Behandlung	Laut DSHS 2015 mit HD illegale Drogen: 72.433 ambulant 11.736 stationär
Alle Patienten in OST	78.500
Gesamt	Keine Angabe*

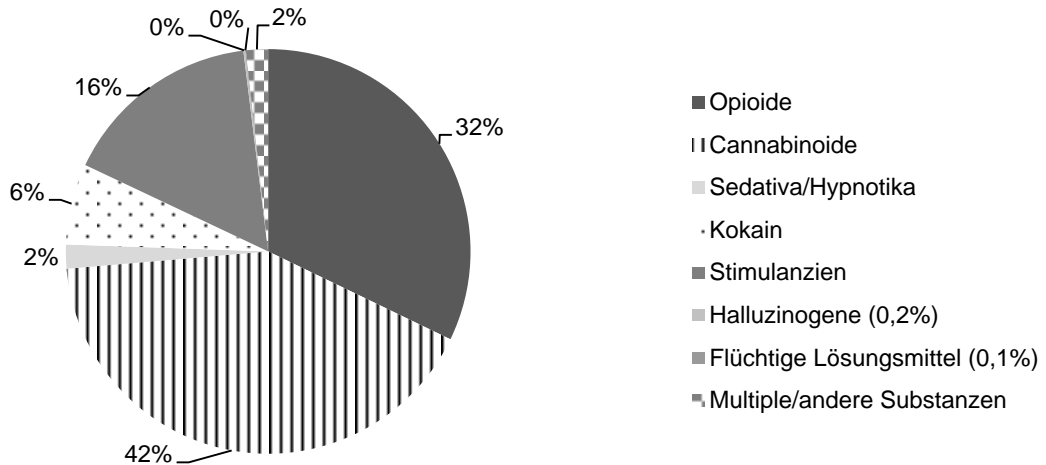
* Die vorliegenden Datensätze sind nicht additiv zu verstehen, sondern überschneiden sich z. T. mit demselben Personenkreis der ambulanten und/oder stationären Versorgung. Daher ist es unmöglich aus den Routinedaten Gesamtschätzungen abzuleiten, insbesondere unter Berücksichtigung der Hausärzte.

Braun et al. 2017b; Braun et al. 2017d; BOPST 2017.

Derzeit liegen keine bundesweiten Daten zur Verbreitung des Methamphetaminkonsums vor. Die Sächsische Landesstelle für Suchtfragen (SLS) veröffentlicht jedoch für das Bundesland Sachsen Erhebungen der dortigen Suchtberatungsstellen und Fachambulanzen zur Beratung und Vermittlung in Behandlung. Demnach ist 2015 erstmalig nach dem Höchststand in 2014 keine weitere Steigerung der prozentualen Anteile des Crystalbedingten Beratungsaufkommens feststellbar. Der Anteil liegt jedoch nach wie vor bei etwa einem Viertel aller Beratungen auf Grund von Substanzen (2015: 24,3 %; 2014: 24,9 %) (SLS 2016). Aus anderen Bundesländern wird aus der Praxis von einer vermehrten

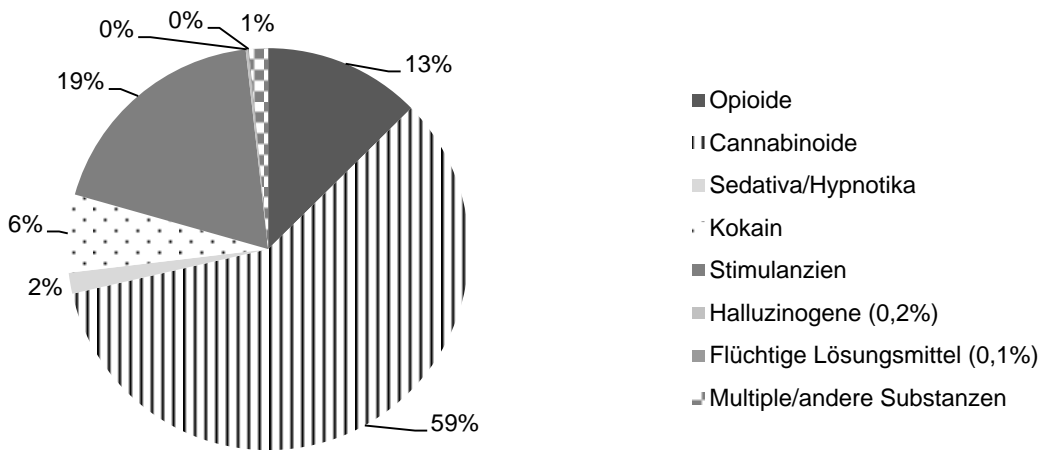
Zunahme von Mischkonsum mit Amphetaminen und NPS (Neue Psychoaktive Substanzen) bei jungen Menschen berichtet (vgl. 3.1).

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten



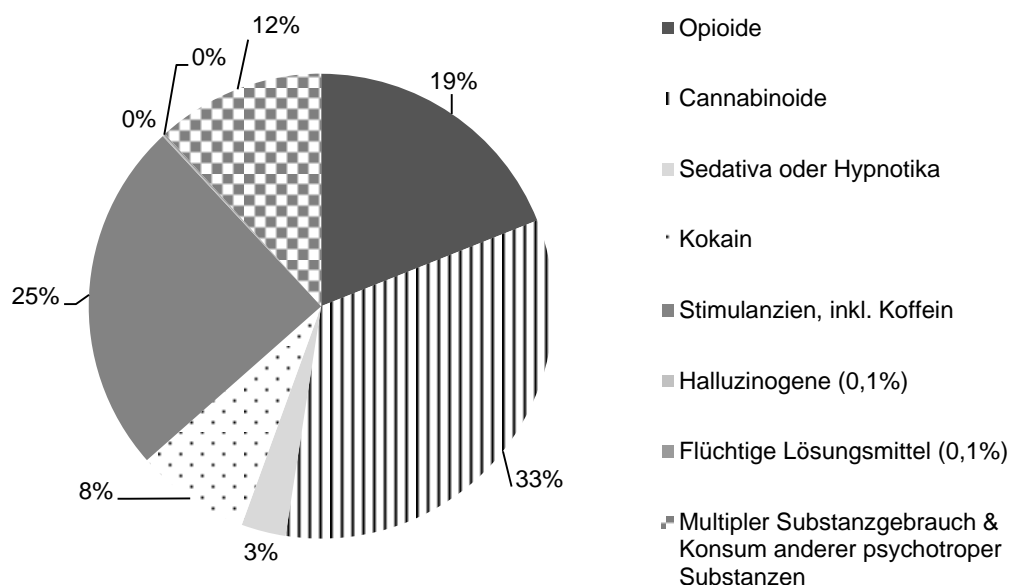
Braun et al. 2017b.

Abbildung 1 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)



Braun et al. 2017c.

Abbildung 2 Anteil aller Erstbehandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)



Braun et al. 2017d.

Abbildung 3 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Hierzu liegen keine weiteren Informationen vor.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

Tabelle 6 zeigt einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Behandelten in der ambulanten Suchthilfe.

Tabelle 6 Soziodemographische Daten nach Hauptdiagnose (DSHS ambulant 2016)

Charakteristika	Hauptdiagnose			
	Opiode	Cannabinoide	Kokain	Stimulanzien
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m)	38,5	24,9	34,3	29,1
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m)	21,5	15,4	21,9	18,8
Geschlecht (Anteil Männer)	77,0%	83,9%	85,5%	71,4%
Alleinstehend	53,3%	62,4%	45,6%	54,2%
Erwerbsstatus				
Arbeitslos	58,6%	32,4%	36,8%	48,6%
Schüler/in / In Ausbildung	2,0%	33,0%	4,9%	10,5%
Wohnungslos	3,8%	1,0%	1,6%	1,7%

Braun et al. 2017b.

werden. Verwiesen sei an dieser Stelle auf den Bericht zu Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2014). Hier werden Klienten- bzw. Patientengruppen mit unterschiedlicher Wohnsituation vor Betreuungs- /Behandlungsbeginn hinsichtlich ihrer Merkmale vor Beginn, während des Verlaufs und zum Ende der Betreuung/Behandlung betrachtet.

Die Deutsche Rentenversicherung liefert eine umfangreiche Statistik ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Art, der Dauer und dem Ergebnis der Leistung sowie eine Übersicht der Aufwendungen und Erträge und des Bettenbestands in eigenen Einrichtungen (DRV 2017).

Insgesamt erhielten 9.761 Personen (7.891 Männer, 1.870 Frauen), die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, die Diagnose „Psychische Verhaltensstörungen durch Medikamente / Drogen“. Davon waren 1.011 Personen Ausländer. Es wurden durchschnittlich 92 Pflegetage in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter nach Abschluss der Leistung betrug 33,8 Jahre und ist im Vergleich zu anderen in Anspruch genommenen Reha-Leistungen das niedrigste Alter (zum Vergleich Alkoholrehabilitation: 46,5 Jahre) (DRV 2017).

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2016
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2016
- Krankenhausdiagnosestatistik 2016 und 2017
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B. BADO in Hamburg (Martens & Neumann-Runde 2016)

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. In den Kommunen stehen darüber hinaus auf der Basis des ÖGDG sozialpsychiatrische Dienste zur Verfügung, die auch für Suchtkranke zuständig sind (vgl. 4.3).

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, Streetwork, 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 Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2017 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. 120.000 niedergelassene Ärzte (BÄK 2016) mit etwa 20 % suchtkranken Patientinnen und Patienten. Rechtsgrundlage ist das SGB V, geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.7 bis 1.4.10.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVA) 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.

Externe Suchtberater und -beraterinnen 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 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 der Mitarbeiterteams aus. Rechtsgrundlage ist das SGB V, geplant wird das Angebot durch Krankenkassen und Krankenhausträger.

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 dabei haben mit dem Alltag zurechtzukommen, trotzdem 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 und SGB XII. Die Planung obliegt den Agenturen für Arbeit, der Deutsche 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 28.631 Psychotherapeuten und 6.737 spezialisierte Fachärzte beteiligt. Von den Psychotherapeuten sind 6.084 ärztliche Psychotherapeuten und 22.547 psychologische Psychotherapeuten (DGPPN 2017). Daten der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland weisen noch höhere Zahlen aus. Demnach sind in ambulanten Einrichtungen 32.309 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten beschäftigt. Die Zahl der Therapeuten und Therapeutinnen hat seit 2009 kontinuierlich zugenommen (gbe-bund.de). Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern.

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 psycho-sozialen 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 Gruppentherapie, Einzeltherapie, 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 arbeitsbezogene Leistungen. 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 (RV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ambulante und stationäre Rehabilitation sind weitestgehend abstinentorientiert (Weinbrenner & Köhler 2015).

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 Patienten und Patientinnen. 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 für Abhängigkeitskranke mit weiteren psychischen Störungen. Bundesweit werden jährlich ca. 440.00 Suchtpatienten und -patientinnen in psychiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen behandelt. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern.

Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine so genannte 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 4.3). 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 buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (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 Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten

Es stehen keine weiteren Informationen zur Verfügung.

1.4.5 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Betreuung, Behandlung und Frühintervention

In den Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in den Fachambulanzen, die ihre Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)² zur Verfügung stellen, wird neben der Einschätzung

2 Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Die dokumentierten Daten basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS). Vgl. Abschnitte 1.3 und 5.

des beratenden und therapeutischen Personals auch die planmäßige Beendigung der Betreuung/Behandlung als Indikator für den Behandlungserfolg gewertet. Ambulant beenden etwa 60 % der Klienten und Klientinnen die Betreuung planmäßig, stationär sind es etwa 70 %. Dabei zeigen sich Unterschiede sowohl zwischen den Substanzklassen, als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Im stationären Bereich sind die Raten der planmäßigen Beendigungen der Behandlung über alle Substanzgruppen höher als im ambulanten Bereich. Dieses Ergebnis ist bei den Hauptdiagnosen "Alkohol" und "Pathologisches Glücksspielen" besonders ausgeprägt. Zu unplanmäßigen Behandlungsbeendigungen kommt es am häufigsten bei Opioidkonsumierenden (ambulant 48 %, stationär 46 %). Es folgen Personen mit einer stimulanzenbezogenen Problematik (ambulant 42 %, stationär 31 %), gefolgt von Kokain (ambulant 40 %, stationär 32 %) sowie Cannabis (ambulant 36 %, stationär 35 %). Die höchste Anzahl planmäßiger Behandlungsbeendigungen zeigt sich bei Alkoholabhängigen (ambulant 68 %, stationär 84 %). Zur Erfolgsbeurteilung wird im bislang verwendeten Deutschen Kerndatensatz aus dem Jahre 2010 unterschieden zwischen einem positiven ("erfolgreich", "gebessert") und einem negativen Ergebnis ("unverändert", "verschlechtert") (DHS 2010a). Es zeigt sich, dass über alle Hauptdiagnosen eine planmäßige Behandlungsbeendigung mit einem höheren Behandlungserfolg assoziiert ist: 80 % der ambulanten und 92 % der stationären Patienten und Patientinnen, die die Behandlung planmäßig beendeten, kamen zu einem positiven Ergebnis. Dagegen erreichten nur 34 % der ambulant und 27 % der stationär Behandelten mit unplanmäßigen Beendigungen ein positives Ergebnis (Dauber et al. 2016).

Durch die Erweiterung des Projekts FreD um die Problematik von Amphetamin-Typ-Stimulanzen (ATS) sollen Konsumenten und Konsumentinnen von ATS frühzeitig erreicht werden. Der Begriff "FreD" steht für Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. Nach Cannabis sind ATS die von den Projektteilnehmenden am häufigsten konsumierten Hauptsubstanzen, insbesondere in Einrichtungen in den neuen Bundesländern. 75 % der am Projekt Teilnehmenden nahmen mit dem FreD-Kurs erstmals eine drogenbezogene Hilfe in Anspruch, 25 % suchten bereits zuvor eine ambulante Suchtberatung oder einen Hausarzt auf oder nahmen an einem qualifizierten Entzug oder Therapieangebot teil. Im Evaluationszeitraum wurden insgesamt 77 Kontaktgespräche mit erstauffälligen Drogenkonsumierenden geführt. Davon haben insgesamt 70 Personen (90,1 %) tatsächlich an einem FreD-Kurs teilgenommen. Drei Viertel der Teilnehmenden haben das Kursangebot regulär abgeschlossen, was vor dem Hintergrund der Altersstruktur der Jugendlichen als gutes Ergebnis gewertet werden kann. Insbesondere die Erwartungen im Hinblick auf rechtliche Konsequenzen des Drogenkonsums sowie mögliche Risiken durch Drogengebrauch haben sich aus Sicht der Kursteilnehmenden weitgehend erfüllt. Wie aus anderen Untersuchungen bekannt, führt vom positiven Erleben eines Kurses jedoch kein direkter Weg zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung. Zwar gab ein Viertel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen an, in den Kursen etwas erfahren zu haben, was das eigene Verhalten zukünftig verändern wird, doch war sich ein vergleichsweise großer Anteil am Ende noch unsicher, ob das Verhalten geändert werde (FOGS 2017; LWL 2017).

Entwöhnung

Das Statistikportal der DRV weist für das Jahr 2016 insgesamt 44.452 medizinische Entwöhnungsbehandlungen auf, davon 32.132 stationäre Behandlungen (DRV 2017). Es wurden insgesamt 12.703 suchtrehabilitative Leistungen für Drogenabhängige erbracht (DRV 2017a). Derzeit stehen zu den Behandlungsergebnissen der DRV nur Daten aus dem Jahr 2014 zur Verfügung. Demnach wurde das Behandlungsergebnis bei 28 % der Entwöhnungsbehandlungen als unverändert beschrieben, bei 67 % hatte es sich gebessert, bei 0,6 % hatte sich das Ergebnis verschlechtert und bei 4,6 % war keine Aussage möglich (DRV 2015).

Katamnestiche Untersuchungen werden von den Suchtrehabilitationskliniken regelmäßig durchgeführt. Allerdings sind die Stichproben insbesondere in der Drogenrehabilitation klein. Aus diesem Grund schließen sich Rehabilitationseinrichtungen bei ihren Erhebungen zusammen, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen. Ein Beispiel dafür sind die Kliniken, die dem Qualitätszirkel des Fachverbands Sucht e.V. (FVS) angehören. Die aktuelle Katamnese für den Entlassjahrgang 2013 (Fischer et al. 2016) wertet Daten von 1.535 Patienten und Patientinnen aus. Die oben genannte 1-Jahreskatamnese orientiert sich an den "Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen" der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht 1985, 1992, 2001). Nach DGSS-Berechnungsform 4, welche die prozentualen Erfolgsangaben auf alle Patienten des Bezugszeitraumes bezieht, betrug die katamnestiche Erfolgsquote 24,9 % (Entlassjahr 2012: 21,2 %). Alle Nicht-Antworter werden pauschal als rückfällig definiert und ergeben in Folge zusammen mit den Patienten, die von ihrer Rückfälligkeit berichten, 75,1 % (Entlassjahr 2012: 78,8 %). Unter den Nicht-Antwortern finden sich weniger Patienten mit planmäßigem Behandlungsabschluss (60,9 %), eine höhere Anzahl von Therapieabbrechern (25,5 %) sowie kürzere Behandlungszeiten. Die Abstinenzraten gemäß DGSS 4 betragen für die einzelnen Hauptdiagnosen: Heroin 26,8 %, Cannabis 26,2 %, Kokain 27,3 %, Amphetamin 28,8 % und für Politoxikomanie 25,3 %. Neben dem Status des Suchtmittelkonsums (abstinent, abstinent nach Rückfall, rückfällig) wird die Einschätzung der Veränderungen in zentralen Lebensbereichen der an der Katamnestichestudie Teilnehmenden erhoben. Folgende Variablen werden berücksichtigt: Partnerbeziehung, Eltern / Geschwister / Verwandte, eigene Kinder, Bekannte / Freunde, Freizeitgestaltung, Arbeitssituation, körperliche Gesundheit, seelischer Zustand, finanzielle Situation, Wohnsituation, Straftate/Delikte, Suchtmittelgebrauch, Alltagsbewältigung. Auf einer Skala von 1 = "viel besser" bis 7 = "viel schlechter" schätzen sich die Befragten, die abstinent geblieben sind, in allen Punkten zwischen 1 und 3 ein. Besonders in Hinblick auf Straftaten und Suchtmittelgebrauch fällt die Bewertung sehr positiv aus (zwischen 1 und 2). Was die Arbeitssituation, die finanzielle Situation und die Wohnsituation angeht, liegt ihre Bewertung zwischen 2 und 3. Etwas schlechter fällt die Einschätzung bei denjenigen aus, die abstinent nach einem Rückfall sind. Jedoch wird auch hier die Situation in Hinblick auf den Suchtmittelgebrauch positiv beurteilt (zwischen 2 und 3), wie auch die Beziehungen zum Partner/Partnerin, Verwandten und Kindern (zwischen 2 und 3). Lediglich bei den Antwortenden, die sich als rückfällig eingestuft haben, ist die Zufriedenheit mit den

verschiedenen Bereichen ihres Alltags weniger positiv (mehrheitlich zwischen 3 und 4). Allerdings ist auch bei ihnen die Zufriedenheit mit dem Suchtmittelgebrauch relativ hoch (3) (Fischer et al. 2016).

Zwei große Suchthilfeträger – der Deutsche Caritasverband und der Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) haben eine weitere Katamnesestudie gemeinsam durchgeführt, um die Ergebnisse der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) zu untersuchen. Bundesweit wurden die Daten zu den (Behandlungs-)Beendern der Entlassjahre 2011 bis 2014 der ARS erhoben (Walter-Hamann & Wessel 2016). Eine Sonderauswertung widmete sich den Rehabilitanden mit den Hauptdiagnosen „Illegale Drogen“. Die Katamneserücklaufquote lag bei etwa 30 %. Von den 630 erfassten ARS-Fällen „Illegale Drogen“ waren 65 % ohne und 35 % mit stationärer Beteiligung. Die Hauptdiagnose Cannabis (F 12) hatte einen Anteil von etwa 40 %, Opioide (F 11) 20 – 30 %, Kokain (F 14) 12 – 14 %. Insgesamt gab es 70 – 80 % planmäßige Beendigungen der Rehabilitationsmaßnahmen. Die Abstinenzquote nach DGSS 4 lag bei der ARS ohne stationäre Beteiligung bei 38 % und bei 30 % mit stationärer Beteiligung. Die Gruppe der nach DGSS 4 „definiert Rückfälligen“ (Nichterreichte) umfasste 34 % bzw. 37 %. Der Anteil Arbeitsloser reduzierte sich bis zum Behandlungsende im Vergleich zum Behandlungsbeginn um 7 – 12 %, der Anteil Erwerbstätiger erhöhte sich um 8 – 12 %. Zum Katamnesezeitpunkt (1 Jahr nach Beendigung ARS) reduzierte sich der Anteil Arbeitsloser nochmals um 3 % bzw. 10 % (GVS & Caritas 2016).

Die Wirksamkeit stationärer und ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ist durch zahlreiche Katamnesestudien belegt. Bisher fehlten in Deutschland jedoch spezifische Daten zur Behandlung methamphetaminabhängiger Patienten und Patientinnen. In einer 1-Jahreskatamnese wurden in einer Entwöhnungsklinik Methamphetaminabhängige mit Abhängigen anderer Drogen verglichen. Sie schnitten in der Befragung ebenso gut ab, wie die Gruppe der anderen Drogenabhängigen. Ein Vergleich der Gruppen zeigt, dass die Methamphetaminabhängigen im Schnitt 3 Jahre jünger und länger in Behandlung waren. Der Anteil der Frauen war in der Gruppe mit Hauptdiagnose „Methamphetamin“ doppelt so hoch (46,5 %) wie in der Gruppe „anderen Drogen“ (22,1 %). Beide Gruppen hatten pro Patient im Schnitt mehr als zwei Suchtdiagnosen und ca. 70 % hatten eine weitere psychiatrische Diagnose (außer Suchterkrankungen). In der Gruppe der Methamphetaminabhängigen war der Anteil derjenigen, die die Behandlung regulär beendeten, deutlich höher (66,7 %) als der Anteil in der Gruppe „andere Drogen“ (48,2 %). Nach Berechnungsform DGSS 4 ergaben sich in allen Gruppen Abstinenzraten zwischen 11 und 15 %. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben Drogenkonsum auch jeglicher Alkoholkonsum als Rückfälligkeit gewertet wurde (Hamdorf et al. 2015).

1.4.6 Soziale Reintegrationsangebote

Informationen zu sozialen Reintegrationsangeboten finden sich in den DSHS-Kurzberichten Nr. 2/2014: Klienten / Patienten aus verschiedenen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2014) und Nr. 2/2015: Klienten / Patienten in sozialtherapeutischen Einrichtungen der Suchthilfe (Künzel et al. 2015).

Opioidsubstitutionsbehandlung (OST)

1.4.7 Anbieter von Substitutionsbehandlung

2016 haben insgesamt 2.590 Substitutionsärzte und -ärztinnen Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich Substituierenden stellt erneut einen Rückgang gegenüber den Vorjahren dar und ist der niedrigste Stand in den vergangenen zehn Jahren. 2016 haben 524 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 20 % derjenigen die substituieren – die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können Ärzte und Ärztinnen ohne suchtherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten und Patientinnen gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtherapeutisch qualifizierten Arzt bzw. eine Ärztin als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen (BOPST 2017). In der “Dritten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung” wird diese Zahl auf zehn erhöht und der Katalog der Einrichtungen, in denen das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden darf, erheblich ausgeweitet (BMG 2017).

Zum Stichtag 1. Juli 2016 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 78.500.

Im Jahr 2016 wurden im Substitutionsregister rund 93.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Personen mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden. Bundesweit wurden dem Substitutionsregister 150 Doppelbehandlungen gemeldet und durch die betroffenen Ärzte und Ärztinnen entsprechend beendet. Im Jahr 2015 betrug die Zahl 120 Doppelbehandlungen (BOPST 2017).

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten und -patientinnen pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 30, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 45,9; Brandenburg: 6,9). 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.

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen auf Kosten von Methadon (42,5 %) und zugunsten von Levomethadon (33,0 %) sowie Buprenorphin, das 2016 in etwa jeder fünften Substitution (23,1 %) zum Einsatz gekommen ist, verschoben (Tabelle 8). Der Anteil der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Personen ist seit 2005 von 82,0 % auf aktuell 75,5 % gesunken.

Tabelle 8 Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2016)

Substitutionsmittel	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Methadon	66,2	57,7	54,8	51,6	49,3	46,1	44,0	42,5
Levomethadon	15,8	23,0	25,4	27,0	28,6	30,3	31,8	33,0
Burprenorphin	17,2	18,6	19,2	20,4	21,3	22,6	23,0	23,1
Dihydrocodein	0,7	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Codein	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Diamorhin		0,3	0,4	0,7	0,5	0,7	0,8	0,8

BOPST 2017.

1.4.8 Charakteristika der Substitutionspatienten

Hierzu liegen derzeit keine neuen Informationen vor. Als Informationsquelle können Daten der Premosstudie genutzt werden (Wittchen et al. 2011a). Vergleiche auch Reitoxberichte 2011 und 2012.

1.4.9 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Seit dem 15. März 2017 liegt ein Kabinettsbeschluss zur Dritten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vor. Der Bundesrat hat am 12. Mai diesem Beschluss zugestimmt (Bundesrat 2017). Die bisherige BtMVV wurde hinsichtlich der gesetzlichen Bedingungen zur Substitution und der Verschreibung von Substitutionsmitteln in weiten Teilen überarbeitet und sowohl hinsichtlich der aktuellen Erfordernisse wie auch den wissenschaftlichen Erkenntnissen fortentwickelt. Im Rahmen dieser Änderung wurde auch die Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger der BÄK neu gefasst (vgl. Rechtliche Rahmenbedingungen).

Die substitutionsgestützte Behandlung ist seit 1992 detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch anerkannt. Die Betäubungsmittelverordnung wurde seitdem mehrfach geändert, zuletzt im März 2017 (Kabinettsbeschluss) bzw. 12. Mai 2017 (Verabschiedung durch den Bundesrat) und kommt seit dem 2. Oktober 2017 zur Anwendung. Im Jahr 2002 hatte die Bundesärztekammer (BÄK) erstmals den Stand der medizinischen Wissenschaft in der Substitutionsbehandlung durch Richtlinien festgelegt. Letztere wurden im Rahmen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV auch auf der Basis neuer wissenschaftlicher Evidenz aktualisiert (Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017). 2003 hat die Gesetzliche Krankenversicherung die Substitutionsbehandlung anerkannt und übernimmt somit die Kosten für die gesetzlich Versicherten.

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

1. ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel, das nicht den Stoff Diamorphin enthält,

2. eine Zubereitung von Levomethadon, von Methadon oder von Buprenorphin oder
3. in begründeten Ausnahmefällen eine Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein.

Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt in § 5a BtMVV (vgl. Kapitel 1.2.2 im REITOX-Bericht 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009)).

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen 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).

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 und leitet daraus ab, dass sich die Behandlung von Abhängigkeiten ebenfalls an diesen drei Dimensionen orientieren muss und sie in einem abgestimmten Behandlungsprogramm integriert sein müssen. Seit Beginn der Substitutionsbehandlung in Deutschland stellt die psychosoziale Betreuung (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. REITOX-Bericht 2014, Kapitel 5.5.2). Immer mehr ältere Ärzte gehen 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 der medizinisch-therapeutische Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (vg. 1.4.7 und Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen)

Zudem steht das Hilfesystem vor der Herausforderung, langjährig Substituierte bzw. älter werdende Drogenabhängige mit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu versorgen (vgl. REITOX-Bericht 2014, Kapitel 5.5.3). Regionale Untersuchungen der Substitutionsbehandlung unterstützen die Überprüfung und Optimierung von Hilfskonzepten vor Ort. Beispielsweise bietet die Stadt Karlsruhe einen Überblick zur Lebenssituation sowie zu aktuellen und erwarteten Bedarfen der Substituierten über 50 Jahren. Die Befragten äußerten deutliche Unterstützungswünsche bei der Bewältigung von Aufgaben des Alltags, bei Sozialkontakten und im Freizeitbereich. In der Beantwortung der Frage nach einem zukünftigen Unterstützungsbedarf bei zunehmender Pflegebedürftigkeit

wird von den Befragten eine Aufnahme im Pflegeheim abgelehnt. Eine Alternative stellt eine betreute Wohneinrichtung dar (Stadt Karlsruhe 2015), siehe auch Abschnitt 4.3.

1.5 Qualitätssicherung

1.5.1 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:

- Im Rahmen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV wurden auch die Richtlinien für die Substitutionsbehandlung entsprechend der vorliegenden Evidenz aktualisiert.
- Seit September 2016 ist die S3 Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen in Kraft (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016a).
- 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: Zum einen 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 Rehabilitationsärzten und -ärztinnen 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 (DRV Homepage³). Zudem werden die Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Naumann & Bonn 2017).

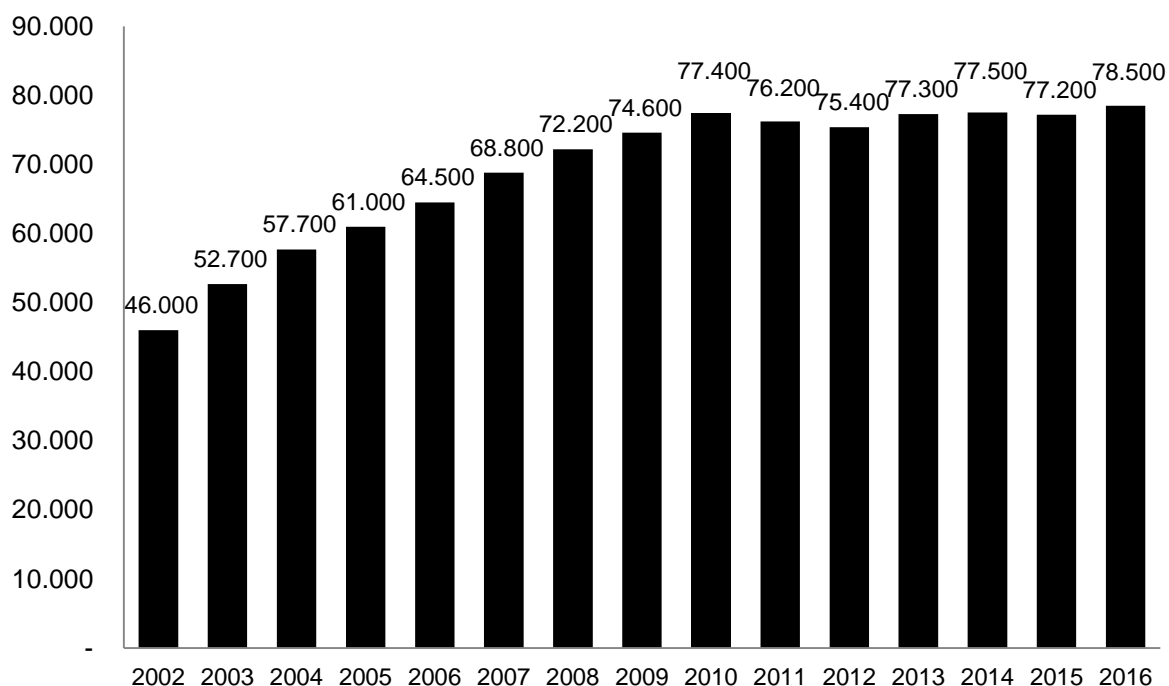
Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen 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 Kapitel 11.3 des REITOX-Berichtes 2012).

³ www.deutsche-rentenversicherung.de

2 Trends

2.1 Langzeitrends in der Anzahl der Substitutionspatienten

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 um 1,7 % angestiegen und lag am Stichtag 1. Juli 2016 bei 78.500 Personen. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.



BOPST 2017

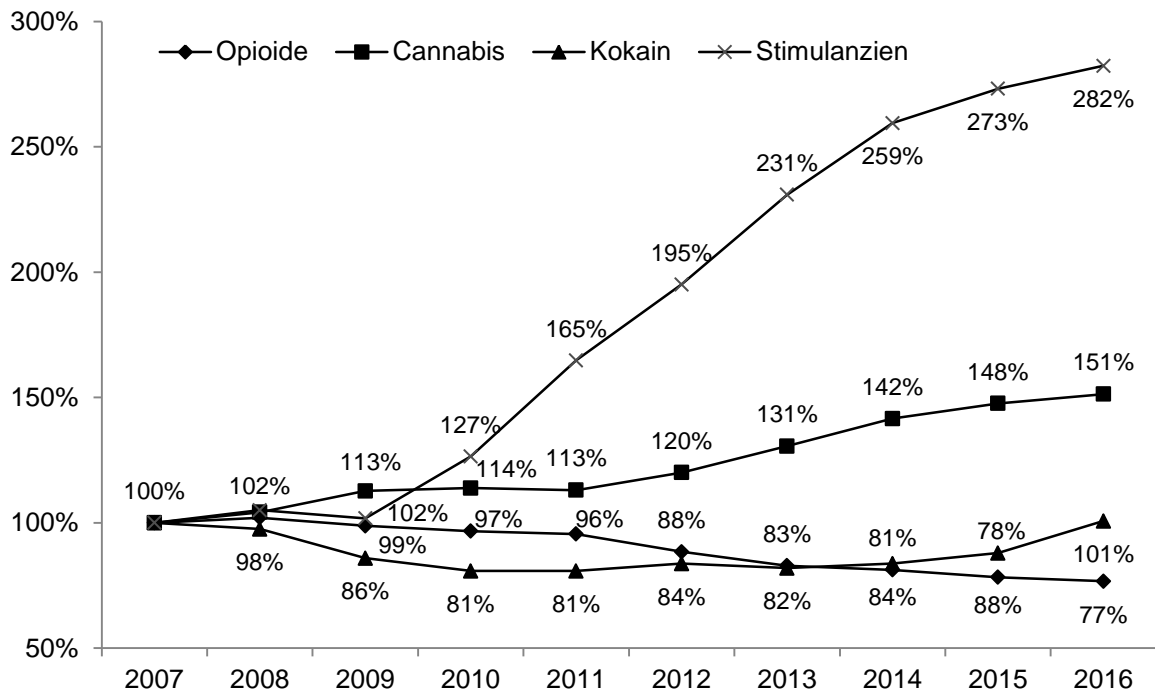
Abbildung 4 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland (Stichtag 1.Juli)

Veränderungen in Zugängen ambulanter Behandlung

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich den DSHS-Daten zufolge unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin, Cannabinoiden und Stimulanzien die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen (siehe Abschnitt 1.3.1.).

Darüber hinaus steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioide in dieser Gruppe immer seltener Grund der Kontaktaufnahme sind. In 2013 überstieg der Anteil an Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis erstmals die mit Hauptdiagnose Opioide unter den Zugängen zur ambulanten Behandlung und machte somit die größte Einzelpopulation in dieser Subgruppe aus (Braun et al. 2016). Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit

Einführung des neuen KDS im Jahr 2007 (Index = 100 %), so zeigt sich seit 2007 ein 51 % Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis, ein leichter Rückgang bei den Klienten mit Opioidproblemen (-23 %), in den letzten drei Berichtsjahren ein leichter Zuwachs der Klienten mit Kokainproblemen sowie eine fast Verdreifachung beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzen (Abbildung 5).

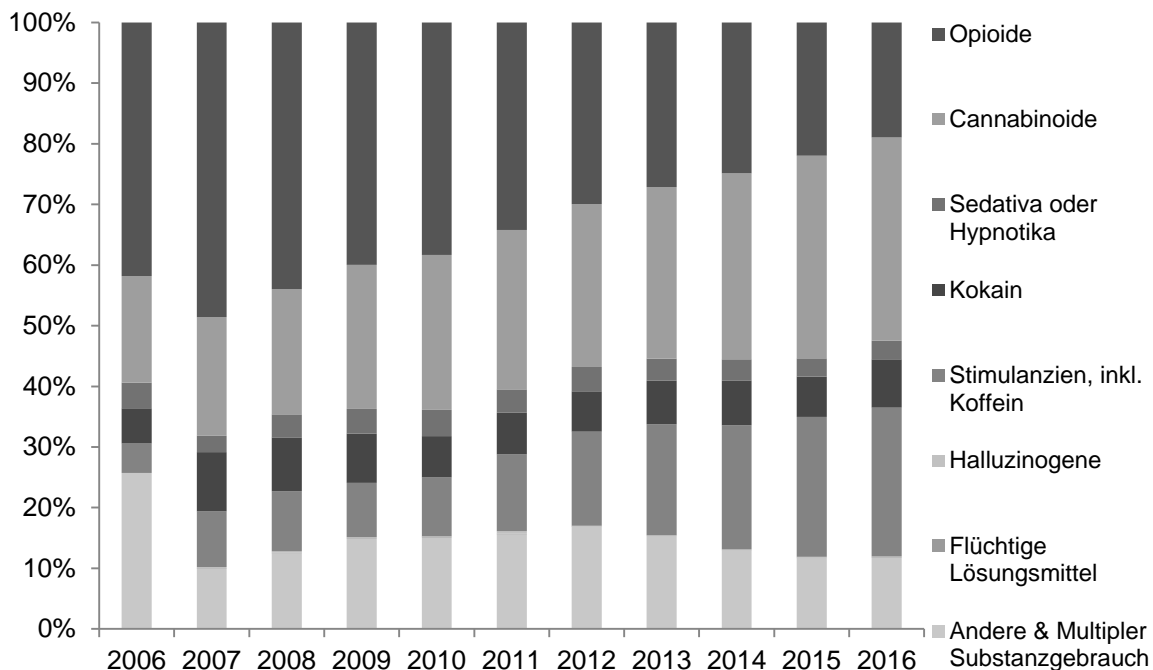


Braun et al. 2017b

Abbildung 5 Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtberatung für verschiedene Hauptdiagnosen seit 2007 (DSHS ambulant)

Veränderungen in Zugängen stationärer Behandlung

Im stationären Bereich übertrifft der Anteil derjenigen Patienten und Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (33,5 %; 2015: 33,4 %; 2014: 30,7 %; 2013: 28,3 %) seit 2013 den Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (19,0 %; 2015: 22,0 %; 2014: 24,9 %; 2013: 27,1 %) (Abbildung 6). Diejenigen Behandelten mit einer Hauptdiagnose aufgrund von Stimulanzen haben den Anteil der Behandelten wegen Opioiden letztes Jahr überholt und stehen nun mit 24,6 % (2015: 23,1 %; 2014: 20,5 %) an zweiter Stelle (Braun et al. 2017d).



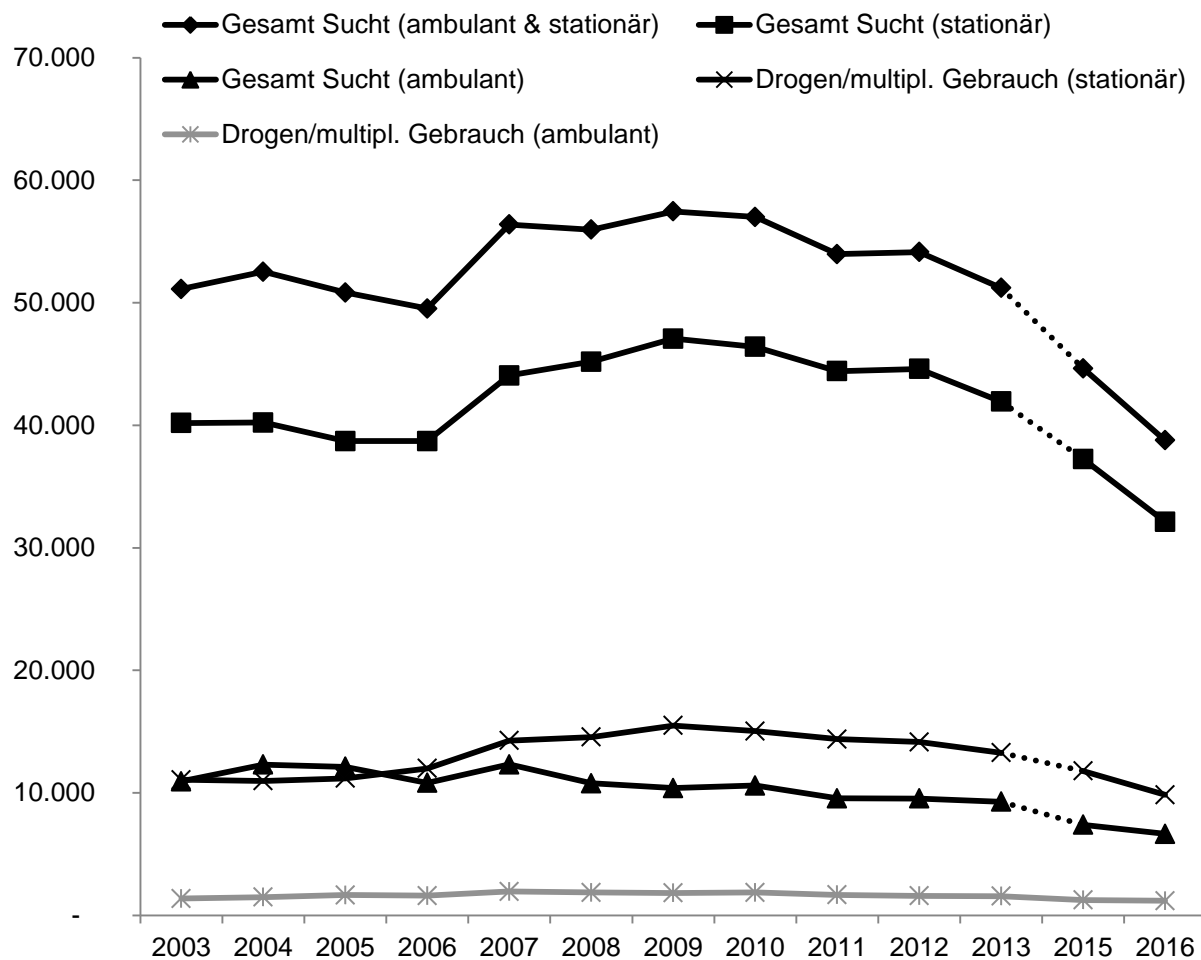
Braun et al. 2017d

Abbildung 6 Veränderung der Zugänge zu stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS stationär)

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen und sinkt seither kontinuierlich (2010: 56.997; 2016: 38.780) (Abbildung 7). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet. Der größte Teil der Rehabilitationsleistungen (70,3 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen 28,4 % der Leistungen aus (Medikamente: 1,3 %). Dieser Anteil ist seit 2003 (24,3 %) um etwa vier Prozentpunkte gestiegen. Demgegenüber ist der Anteil der Leistungen aufgrund alkoholbezogener Störungen seit 2003 (74,8 %) zwar gesunken, verändert sich jedoch seit 2007 (70,6 %) kaum mehr (DRV 2017).

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Rehabilitationsbehandlungen im Jahr 2016 beträgt (über alle Leistungen hinweg) 4,8:1. (Im Jahr 2003 betrug das Verhältnis noch 3,7:1). Im Vergleich zum Vorjahr 2015 ist es jedoch wieder etwas gesunken (2015: 5:1). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit 8,3:1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben und seit einem Anstieg im vorherigen Jahr (2015: 9,4:1) ebenfalls wieder etwas gesunken. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) sind für Drogenpatienten (Drogen/multipler Gebrauch) zwischen 2003 und 2009 im stationären Bereich kontinuierlich gestiegen und sinken seitdem wieder. Im ambulanten Bereich stiegen entsprechende Fallzahlen bis 2007 kontinuierlich, blieben dann bis 2010 stabil und sinken seitdem wieder (Abbildung 7).

Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die verfügbaren Statistiken der DRV für die teilstationären Behandlungen gesondert aufgeführt. Diese neue Aufschlüsselung, sowie das Wegfallen der Nachsorge-Fälle führt dazu, dass die Daten zu den Vorjahren nicht mehr vergleichbar sind und nun niedriger ausfallen (siehe schraffierte Linie in Abbildung 7 sowie Tabelle 9).



Anmerkung: Keine Daten für 2014 verfügbar.

DRV 2017

Abbildung 7 Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Tabelle 9 Veränderung der Aufschlüsselung von DRV Behandlungsdaten

	2012			2013		
	stationär	ambulant		stationär	ambulant	
Alkohol	29.990	7.865		28.199	7.618	
Drogen	12.242	1.322		13.225	1.535	
Medikamente	461	83		467	87	
Mehrfach	1.907	272		51	29	
Gesamt	44.600	9.542		41.942	9.269	

	2015			2016		
	stationär	teilstationär*	ambulant	stationär	teilstationär*	ambulant
Alkohol	25.047	1.916	6.072	21.848	1.762	5.401
Drogen	11.764	412	1.258	9.824	355	1.181
Medikamente	423	21	58	441	22	63
Mehrfach	15			19		3
Gesamt	37.249	2.349	7.388	32.132	2.139	6.648

* gänztägig ambulant

DRV 2017

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen im Krankenhaus ist seit 2010 mit leichten Schwankungen etwas angestiegen (Destatis 2017). Der größte Zuwachs ist dieses Jahr nicht mehr bei Stimulanzien (+29 %; 2014: +48 %), sondern bei Halluzinogenen (+29 %, 2014: +16 %) zu verzeichnen. An dritter Stelle stehen Behandlungen aufgrund des Konsums von Cannabinoiden (+13 %, 2014: +29 %). Der starke Anstieg von Opioidbehandlungen in 2014 (+20 %) ging dieses Jahr wieder leicht zurück (2016: +4 %).

Auf längere Sicht ist der im Vergleich zu 2010 264 % Anstieg an Behandlungen wegen Stimulanzienkonsum markant, gefolgt von einem 126 % Zuwachs der Kokainbezogenen Behandlungen. Auch der Konsum von Cannabinoiden führte 2015 zu 111 % mehr Krankenhausbehandlungen als im Jahr 2010 (Tabelle 10).

Tabelle 10 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern

Hauptdiagnose Substanz	Jahr						Veränderung	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 - 2014	2015 - 2010
Alkohol	333.357	338.355	345.034	338.204	340.500	326.971	-4%	-2%
Opioide	32.538	28.956	26.512	27.962	33.686	34.916	4%	7%
Cannabinoide	8.145	9.094	10.142	11.708	15.153	17.148	13%	111%
Sedativa/ Hypnotika	9.270	10.241	9.999	9.707	10.082	10.134	1%	9%
Kokain	1.076	1.222	1.417	1.702	2.200	2.435	11%	126%
Stimulantien	2.805	3.878	4.519	5.810	8.627	10.216	18%	264%
Halluzinogene	430	574	472	526	610	789	29%	83%
Tabak	310	269	225	238	190	213	12%	-31%
Flüchtige Lösungsmittel	171	198	155	135	159	153	-4%	-11%
Multipler Gebrauch/ andere Substanzen	41.449	41.777	43.063	43.826	35.798	35.731	0%	-14%
Gesamt Sucht	429.551	434.564	441.538	439.818	447.005	438.706	-2%	2%
Gesamt Drogen	95.884	95.940	96.279	101.376	106.315	111.522	5%	16%

Destatis 2017.

2.2 Zusätzliche Informationen zu Trends in der Drogenbehandlung

Aktuell liegen keine zusätzlichen Informationen zu diesem Thema vor.

3 Neue Entwicklungen

3.1 Neue Entwicklungen

Methamphetamin

Die Themen der "Neuen Entwicklungen" des Workbook 2016 sind weiterhin aktuell und werden sowohl die Suchtpolitik, als auch die Suchthilfe weiterhin beschäftigen. Dies gilt insbesondere für die Methamphetaminproblematik, für die ab 2017 erstmals bundesweit Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik vorliegen werden.

Die im Workbook Behandlung 2016 angekündigte Evaluation des zielgruppenspezifischen Online-Selbsthilfeportal für Methamphetamin-Konsumierende liegt inzwischen vor. Das Projekt war vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg entwickelt worden. Das Angebot wurde wie geplant in Betrieb genommen, allerdings waren in der ersten Projektphase einige Adaptionen beim Moderations- und Betriebskonzept erforderlich, um eine ausreichende Attraktivität und Passgenauigkeit zu erzielen. Die angestrebte Zahl von aktiven Nutzern und Nutzerinnen des Portals konnte bereits einige Monate vor Projektende erreicht werden. Das Angebot wird seitdem von einer weiter

wachsenden Anzahl registrierter Mitglieder mit steigender Aktivität wahrgenommen. Darüber hinaus findet das Portal ebenfalls Anklang bei Therapeutinnen und Therapeuten und Mitarbeitenden aus dem Bereich der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Sozialarbeit, Jugendarbeit, Nachsorge und der Prävention. Für den Weiterbetrieb und die Abschlussforschung stehen neben Analysen zu den registrierten Nutzern und Nutzerinnen und weiteren Optimierungen des Portals vor allem die Bedarfe der oben genannten Akteure im Vordergrund, die Betroffene an das Portal heranzuführen sollen. Hierzu sind umfangreiche Befragungen sowie die Entwicklung von spezifischen Informations- und Schulungsmaterialien sinnvoll und geplant (Milin & Schäfer Juli 2016).

Darüber hinaus liegen die Ergebnisse des Projekts "FreD-ATS"⁴ vor, das sich speziell an junge Menschen richtet (LWL-Koordinationsstelle Sucht 2017). Die Vermittlung bzw. Zuweisung geschieht in diesem Projekt durch Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichte. Zum Start des Projektes im Juli 2015 gab es eine uneinheitliche Bewertung der Crystal-Problemik in Deutschland. Es lagen Hinweise auf eine regional sehr unterschiedliche Verbreitung vor. Sachsen, Thüringen und Teile von Bayern waren besonders betroffen. Aber auch aus anderen Bundesländern berichteten Praktiker von einer vermehrten Zunahme des Mischkonsums mit Amphetaminen und NPS (Neue Psychoaktive Substanzen) bei jungen Menschen. Die Evaluation des Projektes zeigt:

- Neben Cannabis sind ATS die von den Kursteilnehmenden am häufigsten konsumierten Hauptsubstanzen, insbesondere in Einrichtungen in den neuen Bundesländern.
- Für 83 % der Teilnehmenden ist der FreD-Kurs der erste Kontakt mit dem (Sucht-) Hilfesystem.
- Die Jugendlichen fühlen sich besser informiert, reflektieren ihren Umgang mit Substanzen und ihr Konsumverhalten und streben eine Veränderung des Konsums an.
- Die FreD-Trainer und -Trainerinnen beurteilen die FreD-ATS Ergänzung als aktuell, umfassend und an die Bedürfnisse der Jugendlichen angepasst.
- Die Zuweisungen erfolgen nach wie vor hauptsächlich über Strafverfolgungsbehörden (LWL-Koordinationsstelle Sucht 2017).

Ein Projekt, das sich gezielt an drogen- meist crackkonsumierende Schwangere richtet, ist "Mama, denk an mich". Hier arbeiten die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, für Frauenheilkunde und für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden fachübergreifend zusammen, um Frauen während oder nach einer Schwangerschaft den Ausstieg aus dem Drogenkonsum zu ermöglichen und um die Aussichten der Neugeborenen, bei ihren Müttern zu bleiben und von ihnen betreut zu werden, zu verbessern. In den ersten 10 Monaten des Projektes konnte die Rate der Kinder, die in ihrer Ursprungsfamilie bleiben konnten, von einem Drittel auf zwei Drittel erhöht werden (Pressestelle Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden 29.11.2016).

⁴ ATS = Amphetamin-Typ-Stimulanzien

Wie im vergangenen Jahr angekündigt, wurde das weltweit genutzte Therapiemanual MATRIX für stimulanabhängige Menschen ins Deutsche übersetzt und für den Klientenkreis der methamphetaminabhängigen Menschen adaptiert. Damit steht es nun auch im deutschsprachigen Raum zur Verfügung (suprat.de).

Migration und Suchthilfe

Auch das Thema Suchthilfe und Migration bzw. Flüchtlinge ist weiterhin aktuell. Die Fragen nach der Prävalenz des Suchtmittelkonsums und des Hilfebedarfs Geflüchteter sowie passenden Behandlungsoptionen für Menschen mit Migrationshintergrund sind nach wie vor nicht befriedigend beantwortet. Als Hürden für die Behandlung wurden von einer Expertengruppe (Ameskamp et al. 2016) folgende Punkte diagnostiziert:

- Viele Geflüchtete, besonders diejenigen, die erst während oder nach der Flucht eine Substanzstörung entwickelt haben, kennen die Symptome ihrer Erkrankung nicht oder können sie nicht als solche deuten. Meist wird Abhängigkeit nicht als Krankheit, sondern als moralische Verfehlung oder Schicksalsschlag betrachtet. Kenntnisse über soziale und medizinische Hilfemöglichkeiten sind nicht vorhanden.
- Für Flüchtlinge (und Migranten früherer Jahre) stehen die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten nur eingeschränkt zur Verfügung. Ein so genannter Notfallschein (24-Stunden-Kostenübernahmeschein) berechtigt nur zur Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von Opioiden, Alkohol und anderen Substanzen. Nach dem Entzug fehlt die Möglichkeit der abstinenzorientierten Therapie. Erst mit der Ausstellung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber (in NRW, Bremen, Hamburg und Berlin) ist eine ambulante abstinenzorientierte Therapie oder Substitutionsbehandlung möglich. Suchtmedizinische Rehabilitationsbehandlungen (stationäre Entwöhnungsbehandlungen) stehen im Allgemeinen nicht zur Verfügung, tagesstrukturierende und stabilisierende Hilfen ebenfalls nicht.
- Für Anamnesen, Untersuchungen und Folgegespräche stehen meist keine Übersetzer bereit bzw. werden diese nicht von den Kostenträgern bezahlt. Sprachmittler mit den notwendigen (sub)kultur- und fluchtsensiblen Kenntnissen sind nicht nur für den Arztkontakt, sondern auch für vorbereitende und begleitende Motivationsarbeit erforderlich, um Behandlung sinnvoll zu gestalten.
- Es fehlen muttersprachliche Informationsmaterialien für die hauptsächlich betroffenen Konsumentengruppen bzw. Materialien für Analphabeten, genauso wie eine Plattform, die den Zugang zu muttersprachlichen Veröffentlichungen, Ankündigung von Veranstaltungen und Fortbildungen ermöglicht.
- Beschaffungskriminalität im Zusammenhang mit einer Opioidabhängigkeit und der Konsum selbst können ein Grund für Abschiebungen sein.
- Viele Flüchtlinge sind in ländlichen Regionen untergebracht, wo suchtbezogene Hilfen nicht in ausreichender Kapazität zur Verfügung stehen.

Neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) beschäftigen sich auch viele Landesstellen für Suchtfragen, Suchtpräventionsfachstellen oder Suchthilfeträger mit dem Thema Migration und Flucht. Sie erstellen muttersprachliche Informationsmaterialien in Wort und Bild, um zumindest dem oben genannten Informationsdefizit entgegenzuwirken (z. B. Hessen, Berlin, Hamburg). Auch Beratungsgespräche und Gruppenangebote, Frühintervention und Vermittlung in weiterführende Hilfen werden angeboten, z. B. durch das Projekt „Guidance“ des Drogennotdienstes in Berlin. Das Projekt ist im Oktober 2016 gestartet. Von Januar bis April 2016 gab es 135 Beratungskontakte. Das Projekt arbeitet mit muttersprachlichen Sprachmittlern (Arabisch und Farsi). Finanziell wird das Projekt vom Berliner Senat gefördert⁵.

Neue Psychoaktive Substanzen

Das Thema Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) wurde im Verabschiedungsprozess des „Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes“ (NpSG) – seit November 2016 in Kraft – auch in der Suchthilfe intensiv diskutiert. Dies hat sich u. a. in der Überarbeitung des Deutschen Kerndatensatz (KDS 3.0) niedergeschlagen (DHS 2016). Der KDS ist ein suchthilfe-spezifisches Erhebungsinstrument, das sowohl in der ambulanten, wie auch der stationären Suchthilfe weitgehend genutzt wird (siehe Abschnitt 5 Quellen und Methodik). Im KDS 3.0 sind ab 2017 „andere und synthetische Cannabinoide“, „synthetische Cathinone“, „GHB/GBL“, „Ketamin“ und „andere NPS“ aufgenommen. Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumierende sind in Deutschland weiterhin nicht eingeführt. Simon und Kollegen (2016) empfehlen auf Basis der Berichterstattung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) den Einsatz von Elementen guter klinischer und akutmedizinischer Praxis, angepasst an die individuellen Bedingungen und ergänzt um spezifische Elemente, wo dies möglich ist. Weitere Informationen finden sich auch in den Workbooks „Drogenpolitik“ und „Drogen“ 2016 und 2017.

Drei weitere Entwicklungen führten in den vergangenen Jahren zu intensiven Diskussionen:

Verbesserung der Zugangswege in Behandlung

Aufgrund rückläufiger Anträge für medizinische Entwöhnungsbehandlungen in den vergangenen Jahren berieten Kostenträger (DRV und GKV), Suchtfachverbände und Klinikträger, wie dieser Entwicklung entgegengewirkt werden könnte. Unter anderen möglichen Gründen für den Rückgang, wurden auch die Zugangswege und die „Nicht-Antrittsraten“ bei bewilligten Behandlungen beleuchtet. Als Minimalkompromiss zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG e.V.) wurden Rahmenempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation) erarbeitet

⁵ drogennotdienst.org

(DRV, GKV & DKG 2017). Letztere wurden von den Suchtfachverbänden und ihren Mitgliedsverbänden sowie von Klinikträgern grundsätzlich begrüßt, aber als nicht weitreichend genug kritisiert.

Auch der Heidelberger Kongress 2016 „Sucht bewegt – Zugangswege erweitern“ beschäftigte sich mit der Thematik der Zugangswege ebenso wie eine Vortragsreihe der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (BAS 5.Juli 2017).

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente bei chronischen, nichttumorbedingten Schmerzen.

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente für Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. In Deutschland erhielten Patienten mit chronisch nicht tumorbedingten Schmerzen nach Daten der Barmer GEK im Jahr 2010 etwa drei Viertel aller verschriebenen Opioide, 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).

Um das Verschreibungsverhalten besser beurteilen zu können, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein 27 monatiges Projekt „Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten (ProMeKa)“. Ziel 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 (ZIS Homepage).

Cannabis als Medikament

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln erweitert. Das Gesetz sieht u. a. die Einrichtung einer staatlichen Stelle (Cannabisagentur) vor. Diese steuert und kontrolliert den Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke in Deutschland. Darüber hinaus wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beauftragt, eine nicht-interventionelle Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln durchzuführen. Die erhobenen Daten werden 2022 ausgewertet (BfArM Homepage). Nähere Informationen zum Gesetz finden sich im Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen).

In Deutschland haben in den zurückliegenden Jahren nur wenige Hundert Patienten und Patientinnen (2014: 382 Personen) eine Erlaubnis für die legale Verwendung von Cannabis als Schmerzmittel erhalten. An der Spitze lag Nordrhein-Westfalen mit 93 Patienten. Bayern

folgte mit 84 auf dem zweiten Platz, danach Baden-Württemberg mit 62 Cannabis-Patienten. Dies geht laut dem Nachrichtenmagazin Spiegel online⁶ aus einer Auflistung des BfArM hervor. Im Jahr 2016 ist die Anzahl der erteilten Erlaubnisse zum Erwerb von Cannabis und der Verwendung zum Zweck der ärztlich begleiteten Selbsttherapie auf 1.061 gestiegen (BfArM 2017, persönliche Mitteilung) In wieweit sich Änderungen aufgrund des neuen Gesetzes ergeben werden, werden ab 2018 die Daten der Krankenkassen sowie ab 2022 die Ergebnisse der im Gesetz vorgesehene Begleiterhebung zeigen.

4 Zusatzinformationen

4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Zurzeit liegen keine zusätzlichen Informationsquellen vor.

4.2 Weitere Aspekte

Aktuell liegen keine Informationen zu weiteren Aspekten vor.

4.3 Psychiatrische Komorbidität

Unter dem Begriff psychiatrische Komorbidität wird im Rahmen einer Suchterkrankung verstanden, dass Patientinnen und Patienten sowohl an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, als auch eine oder mehrere weitere Störungen aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen aufweisen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wird in Deutschland erst ab den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts intensiver geführt (Kraus et al. 1998; Kuntze et al 1998; Wittchen et al. 1999; Frei & Rehm 2002; Frei & Rehm 2002a). Die Diskussion trug dazu bei, auf die Häufigkeit und Bedeutsamkeit des gleichzeitigen Auftretens verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder und ihrer gegenseitigen Verknüpfung aufmerksam zu machen. Komorbide Störungen gehören zu den größten Herausforderungen im Rahmen der Drogenbehandlung.

Die Verbreitung psychiatrischer Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen ist laut einer Auswertung von Krankenversicherungsdaten aus dem Jahr 2007 sehr hoch. Nur 37,3 % der wegen Drogenabhängigkeit Behandelten und 33,5 % derjenigen mit multiplem Substanzgebrauch wiesen keine weitere psychiatrische Komorbidität auf (Marschall 2010).

Abhängig von der konsumierten Substanz und der jeweiligen weiteren psychischen Störung zeigen sich bei Drogenabhängigen sehr unterschiedliche Prävalenzen. Am besten untersucht sind in Deutschland die Zusammenhänge von Alkoholabhängigkeit und psychischen Störungen (meist Depressionen) sowie Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen.

Opiatabhängige weisen außer häufig bestehenden Abhängigkeiten von weiteren psychotropen Substanzen zusätzliche psychische Erkrankungen auf, wie z. B. affektive Störungen und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische

⁶ 04.03.2015

Belastungsstörungen. Die Störungen können zum Teil als Begleit- oder Folgeerscheinung der Opiatabhängigkeit erklärt werden. Für die Entstehung einer Abhängigkeit sind jedoch vorbestehende psychische Belastungen und frühzeitig manifeste Störungen als wesentliche Faktoren anzusehen (Scherbaum & Specka 2014).

Die Cobra-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments) mit 2.694 opiatabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlung (Wittchen et al. 2008) zeigt das erhebliche Ausmaß begleitender psychischer Störungen auf. So wurden bei 57 % der Studienteilnehmenden depressive Störungen diagnostiziert, bei 25 % Angststörungen, bei 31 % Persönlichkeitsstörungen, bei 21 % Schlafstörungen, bei 12 % eine posttraumatische Belastungsstörung oder akute Belastungsreaktion sowie bei 5 % Psychosen. Im Follow-up nach 12 Monaten zeigte sich eine deutliche Besserung der somatischen Erkrankungen, während bei der psychischen Belastung keine gleichermaßen deutliche Besserung festzustellen war.

Eine Langzeituntersuchung unter Opioidabhängigen in Substitution, die PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment) (Wittchen et al. 2011), baute auf den Ergebnissen der COBRA-Studie auf. Hier zeigten sich bei 35,4 % der Studienteilnehmenden keine schwer wiegende psychische Erkrankung nach Beurteilung des Arztes. Auch hier wurden im 6 Jahres-Follow-Up keine substanziellen Verbesserungen der psychischen Störungen festgestellt. Die häufigsten Einzeldiagnosen zum 6 Jahres-Follow-Up waren Depressionen (38,4 %), Persönlichkeits- (20,2 %), Angst- (16,9 %) und Schlafstörungen (13,5 %). Ergebnisse der PREMOS-Studie wurden in den REITOX-Berichten 2011 und 2012 ausführlich dargestellt.

Auch bei der Behandlung Methamphetaminabhängiger zeigt sich ein hohes Vorkommen komorbider psychischer Störungen. Hamdorf und Kollegen stellen einen hohen Bedarf an störungsspezifischen Behandlungsangeboten in der Entwöhnung fest sowie die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie zur weiteren Besserung und Festigung des in der Entwöhnung Erreichten (Hamdorf et al. 2015).

Bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie ist der Anteil derjenigen mit Lebenszeitprävalenz eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit sehr hoch, insbesondere der Stoffe Nikotin (70 – 90 %), Alkohol (20 – 60 %), Kokain (15 – 50 %) und Cannabis (12 – 42 %). Bei Amphetaminabhängigkeit ist der Anteil geringer, beträgt aber immer noch 2 – 25 % (Kauffeldt 2016).

Abhängige Patienten mit komorbiden psychischen Störungen weisen einen ungünstigeren Verlauf als Patienten ohne komorbide Störungen auf (Scherbaum & Specka 2014). Dies drückt sich u. a. in einer höheren Intensität der Suchterkrankung, einer schlechteren sozialen Integration, einer niedrigeren Haltequote in der Behandlung, mehr juristischen Problemen, einer höheren Suizidrate und häufigeren Notfallaufnahmen aus.

Die Behandlung von Abhängigkeit gepaart mit einer oder weiteren psychiatrischen Störungen stellt u. a. deswegen eine große Herausforderung dar, da die Ansätze der jeweiligen Behandlung durch Gegensätzlichkeiten gekennzeichnet sind. So liegt z. B. der

Fokus der Psychosebehandlung auf behütenden, abschirmenden Interventionen, Vermeidung von Stress und Überlastung und medikamentösem Support. Abhängigkeit als solche findet keine Beachtung. Suchtbehandlung fokussiert dagegen auf klärende, teils konfrontierende Interventionen, aktives Angehen der Defizite, keine Medikamentengabe. Die Beziehung zu anderen wird stärker beachtet – es gibt z.B. Gruppeninterventionen. Letztendlich orientiert sich die gleichzeitige Behandlung von Abhängigkeit und Psychose stärker an der Bewältigung der Problematik als daran, die Vorstellung einer Heilung aufrechtzuerhalten (Kauffeldt 2016).

Der Problematik der unterschiedlichen Behandlungsansätze versucht die Suchthilfe durch erste Angebote im Verbund entgegenzutreten. Verschiedene Kliniken einer Region mit verschiedenen Schwerpunkten, z. B. Akutbehandlung, Krisenintervention, Entwöhnung, Nachsorge, Anschlussbehandlung und beruflicher Rehabilitation, arbeiten zusammen und verfügen über ein so genanntes Clearing Team, das das Case-Management übernimmt. Diese Angebote stellen jedoch bislang die Ausnahme dar (Kauffeldt 2016). In der Regel gibt es wenige integrierte Behandlungskonzepte.

Voraussetzungen einer regulären medizinischen Entwöhnungsbehandlung sind Rehabilitationsbedarf und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose. Diese Bedingungen führen dazu, dass für bestimmte Zielgruppen, wie z. B. Drogenabhängige mit psychischer Komorbidität, die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsmaßnahme erschwert ist: Abstinenz, der Verzicht auf die Droge, einschließlich des Substituts, ist angstbesetzt und verunsichernd. Für die meisten Drogenabhängigen, auch diejenigen ohne psychische Komorbidität, stellt Abstinenz eine ungewisse Perspektive dar. Umso bedrohlicher wird diese Perspektive, wenn den Behandelten, die sich mit Hilfe der Substitution in physischer, psychischer und sozialer Weise stabilisiert haben, diese Unterstützung genommen wird. Daher ist die Möglichkeit, auch unter Substitution eine Entwöhnungsbehandlung zu beginnen, gerade für Patienten mit komorbiden Störungen eine wichtige Option (Kuhlmann 2015). Sie ermöglicht und verbessert die Chancen, ein deutlich höheres Maß an sozialer Integration und Lebensqualität zu erreichen. Allerdings halten nur ca. 10 % der Einrichtungen, die stationäre Entwöhnungen anbieten, Konzepte für Patienten vor, die zu Beginn der Maßnahme in Substitution stehen (vgl. Abschnitt 1.2.6). Ein Internetangebot der Suchtfachverbände, die "Digitale Substitutionslandkarte", unterstützt substituierte Opioidabhängige bei der Suche nach Kliniken, die substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlungen anbieten. Auf diese Weise sollen der Zugang zu Entwöhnungsbehandlungen und die Teilhabechancen verbessert werden. (buss et al. 2016)

Weitere Angebote für Abhängigkeitserkrankte mit einer oder mehreren weiteren psychiatrischen Diagnosen stellen soziotherapeutische Wohnheime dar. Es gibt jedoch nur wenige Einrichtungen, die sich speziell an diese Zielgruppe richten. Die Wartezeiten sind entsprechend lang.

Für Eltern drogenabhängiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener mit einer psychischen Komorbidität ist die Situation oft schwer ertragbar. Sie fühlen sich nicht ausreichend informiert und in Krisensituationen allein gelassen. Nicht selten werden sie als

ein Teil des Problems des Abhängigen angesehen. Schnell werden Familien, in denen ein Familienmitglied an einer Abhängigkeitserkrankung leidet, durch Vorurteile und Ängste in der Gesellschaft gegenüber Drogen und Abhängigkeit stigmatisiert. Die Suchterkrankung des Kindes wird häufig als Folge mangelnder Erziehungskompetenz und Fürsorge der Eltern betrachtet. Kommt eine psychische Erkrankung dazu, bedeutet dies Ausgrenzung, Normabweichung und noch mehr Vorurteile in der Gesellschaft (BVEK 2008, Berberich-Haiser 2016). Der Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. (BVEK) versucht besorgte Eltern und Angehörige durch Information zu unterstützen und im Sinne der Selbsthilfe – Eltern unterstützen Eltern – weiterzuhelfen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGDG) hält Sozialpsychiatrische Dienste (SPD) vor. Diese werden auch von Suchtkranken in Anspruch genommen. Eine Kooperationstagung von Experten aus Suchthilfe, Psychiatrie und ÖGD im Jahr 2016 sollte zu einer intensiveren und besseren Zusammenarbeit der unterschiedlichen Hilfesysteme anregen. Dabei wurden Beispiele guter Praxis vorgestellt, wie z. B. die Träger gGmbH in Berlin. Sie vereint unter einem Dach Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, für Menschen mit einer geistigen Behinderung und für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die Einrichtungen arbeiten eng mit dem lokalen Gemeindepsychiatrischen Verbund, dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V., dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Berlin, dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. und der Initiative Transparente Zivilgesellschaft zusammen.

5 Quellen und Methodik

Die Methoden der jeweiligen Erhebungen sind in der jeweils im Text zitierten Literatur beschrieben, die Literaturangaben 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
- Jahrbuch Sucht 2017 der DHS

5.1 Quellen

- Ameskamp, D., Kuhlmann, T., Leicht, A. Meyer-Thompson, H.-G., Quellhorst, S., Tretter, F., Wessel, T. (2016). Flüchtlingen und (Opioid)-Abhängigkeit. Die Hürden der Behandlung. Konturen, 10 Aug. 2016 [online]. Available at: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/fluechtlinge-und-opioid-abhaengigkeit/> [accessed: 9 Jun. 2017]
- 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 Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.
- Backmund, M., Lüdecke, C., Isernhagen, K., Walcher, S., Rüter, T., & Leitliniengruppe der DGS (2014). Leitlinie zur Therapie der Opiatbehandlung – Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchttherapie 15 (2) 91-92.
- BÄK (2017) Richtlinien Substitution.
- BÄK - Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in einer Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- BÄK - Bundesärztekammer (2016). Ärzttestatistik 2016. Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich. Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2016. [online]. Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2016/ambulant-taetige-aerzte/> [accessed: 15 Jun. 2017]
- Bartsch, G. (2017). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2017, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), S. 161-176. Pabst, Lengerich.
- Bartsch, G. (2017a). Suchthilfe in Deutschland. SuchtMagazin 2017 (2&3) 5-12.
- BAS - Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (5.Juli 2017). Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankungen – Kooperation intensivieren – Zugangsmöglichkeiten verbessern! Referent Gerhard Eckstein.
- Berberich-Haiser, B. (2016). Was tun bei Doppeldiagnosen? Erfahrungen und Sichtweisen betroffener Eltern. Vortrag DHS Fachkonferenz Sucht 2016 [online]. Available at: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenz.html>. [accessed: 12 Jul. 2017].
- BfArM (03 Jul. 2017). Persönliche Information. Pressestelle
BfArM - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/_node.html [accessed: 2 Jul. 2017].
- BMG (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) [online]. Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3._BtMVVAEndV.pdf [accessed: 8 Jun. 2017]

- BMJV - Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (21 Nov. 2016). Neu-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG). [online]. Available at: <https://www.gesetze-im-internet.de/npsg/NpSG.pdf> [accessed: 9 Aug. 2017]
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., Tossman, P. (2004). AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen [online]. Available at: https://www.researchgate.net/publication/8497592_AWMF-Leitlinie_Cannabis-bezogene_Störungen. [accessed 8 Jun. 2017]
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2013, Bonn.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2017). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2017 [online]. Available at: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [accessed: 6 Jun. 2017]
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017a). Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe 2. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017b). Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017c). Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe: 6 ZB (ohne EK) - Erstbehandelte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017d). Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe: 4 Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bundesrat (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Bundesrat Drucksache 222/17 (Beschluss) 12.05.2017 [online]. Available at: [http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17\(B\).pdf?__blob=publicationFile&v=1](http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) [accessed: 8 Jun. 2017]
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe.
- Bürkle, S. (2015). Wo stehen die Beratungsstellen [online]. Available at: <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-1-2015-ambulante-suchthilfe/wo-stehen-die-beratungsstellen/>. [accessed: 8 Jun. 2017]

- Buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Kassel [online]. Available at: <http://www.suchthilfe.de/informationen/aktuelles.php> [accessed: 15 Jun. 2017]
- buss, CaSu, GVS, fdr, FVS (2016). Digitale ‚Substitutionslandkarte‘. 21 Nov. 2016, General press release. In: Konturen.de, 05.12.2016 [online]. Available at: <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/digitale-substitutionslandkarte/> [accessed: 9 Jun. 2016]
- BVEK - Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter (Hrsg.) (2008). Sucht und psychische Erkrankung: Was tun bei Doppeldiagnose? Eine Orientierungshilfe von Eltern für Eltern, Münster.
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Braun, B. (2016). Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). IFT Institut für Therapieforschung, München
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015). Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (Sonderheft). 28 (1) (95).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2016). Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 20 und 26), Wiesbaden.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2016a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015. Fachserie 12 Reihe 6.2.1, (p. 25 und 48), Wiesbaden.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2017). Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rehabilitation 2016, Band 210.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2014). S3 - Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen -"LONTS“ [online]. Available at: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003l_S3_LONTS_2015-01.pdf [accessed: 8 Jun. 2017]
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2017). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. Status March 2017 [online]. Available at: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/.../2017-03_Factsheet_Psychiatrie.pd. [accessed: 14 Jun. 2017]
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg. Lambertus.
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg. Lambertus
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47. Jahrgang. Sonderheft 2.

- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie & DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2004). Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. AWMF Leitlinien-Register Nr. 076/007. Entwicklungsstufe 2 [online]. Available at: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231198_EN_DE04_007_AWMF [accessed: 8 Jun. 2017]
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2010). Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven [online]. Hamm. Available at: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf [accessed: 6 Jun. 2017]
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2010a). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Status: 5 Oct. 2012.
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2016). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 [online]. Available at: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/Manual_KDS-E_F.pdf [accessed: 9 Jun. 2017]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Drogenbeauftragte, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Drogen- und Suchtbericht. Jun. 2016. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg) (2016a). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen [online]. Available at: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024m_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf [accessed: 8 May 2017]
- Drogennotdienst.org. Guidance – Suchtberatung für Geflüchtete [online]. Available at: <http://www.drogennotdienst.org/angebote/guidance-suchtberatung-fuer-gefluechtete/> [accessed: 16 Jun. 2017].
- DRV - Deutsche Rentenversicherung (2017). Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben in 2016. Statistikportal. Stand 18.05.2017 [online]. Available at: <https://statistik-rente.de/drv/> [accessed: 8 Jun. 2017]
- DRV - Deutsche Rentenversicherung (2017a). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe – Gesamtüberblick [online]. Available at: <https://statistik-rente.de/drv/> [accessed: 8 Jun. 2017]
- DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). Rehabilitation 2014. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 204. DRV, Berlin.
- DRV - Deutsche Rentenversicherung, GKV – Gesetzliche Krankenversicherung, DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (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]. Available at: https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/_jcr_content/par/download_16/file.res/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf. [accessed: 11 Aug. 2017]
- DRV - Deutsche Rentenversicherung. Homepage. Schwerpunktthema Qualitätssicherung. Peer Review-Verfahren - Experten bewerten den Reha-Prozess [online]. Available at: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetsicherung/peer_review_node.html [accessed: 9 Jun. 2017]
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Heinrich, J., Schulze, M., Kunert, H., Muhl, C., Post, Y., Susemihl, I., Bachmeier, R., Missel, P. Kreutler, A. (2016). Effektivität der abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. SuchtAktuell 1-2016, 21-29.
- FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (2017). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung „Frühintervention für erstauffällige (Crystal-Meth)- Amphetaminkonsumierende – Erweiterung des FreD-Programms“.
- Frei, A. & Rehm, J. (2002). Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer opiatgestützten Behandlung. Psychiatrische Praxis 29, 251-257.
- Frei, A. & Rehm, J. (2002a). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen – Eine Metaanalyse bisheriger Studien. Psychiatrische Praxis 29, 258-262.
- Gbe-bund.de. Tab.: Beschäftigte Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Einrichtung, Beschäftigungsverhältnis (2006 – 2015) [online]. Available at: <http://www.gbe-bund.de> [accessed: 14 Jun. 2017].
- GVS - Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (03.07.2017). Positionspapier zur ambulanten Grundversorgung Sucht und deren Finanzierung [online]. Available at: [online].
- GVS - Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland & Deutscher Caritasverband e.V. (2016). Zusammenfassung des Fachtages „Ergebnisse der Katamnesen Ambulante Rehabilitation Sucht-Wirkungsdialog und daraus abgeleitete Perspektiven“ am 15.11.2016 in Frankfurt/Main. Internes Dokument.
- Hamdorf, W., Susemihl, I., Schacht-Jablonowsky, M. (2015). Katamneseergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei methamphetaminabhängigen Patienten. SuchtAktuell 2-2015, 43-46.
- Hans-Ulrich 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] Available at:

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf [accessed: 13 Jul. 2017]
- IFT Institut für Therapieforschung (2016). DBDD Einrichtungsregister: Extract from the register 29 Nov. 2016. IFT München.
- Just, J., Mücke, M. Bleckwenn, M. (2016). Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden. Prävention, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt Jg 113, 13, 213-220.
- Kauffeldt, S (2016). Erschwerte Bedingungen: Abstinenz – Konsum – Kontrolle bei psychiatrischer Komorbidität. Der Blickwinkel der Behandlungseinrichtung am Beispiel des Rehaverbundes Osnabrück. Vortrag DHS Fachkonferenz Sucht 2016 [online]. Available at: <http://www.dhs.de/dhs-veranstaltungen/rueckschau/fachkonferenz.html>. [accessed: 12 Jul. 2017]
- Koch, A. & Wessel, T. (2016). Ein Gespenst geht um in Deutschland Finanzkrise in Suchtfachkliniken. Konturen online 2-2016 [online]. Available at: <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2016-suchtrehabilitation/ein-gespenst-geht-um-in-deutschland/> [accessed: 6 Jun. 2017]
- Kraus, M., Verthein, U., Degwitz, P. (1998). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. Nervenarzt 69, 557-567.
- Kuhlmann, T. (2015). Indikationskriterien für eine abstinenzgestützte versus substitutionsgestützte medizinische Rehabilitation aus der klinischen Praxis. Sucht Aktuell 2-2015; 39-42.
- Kuntze, M. F., Ladewig, D., Strohler, R. (1998). Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in der ambulanten Versorgung. Sucht 44, 95-103.
- Künzel, J. Brand, H., Braun, B. (2015) Klienten/ Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen der Suchthilfe. Kurzbericht Nr. 2/2015 – Deutsche Suchthilfestatistik 2014. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Braun, B. & Brand, H. (2014). Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Braun, B., Brand, H. (2014). Klienten/ Patienten aus verschiedenen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht Nr. 2/2014 – Deutsche Suchthilfestatistik 2013. IFT - Institut für Therapieforschung
- 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.
- LWL - Koordinationsstelle Sucht (2017) . Projekt FreD-Crystal/ATS - Erweiterung des FreD-Ansatzes für ATS (Amphetamin-Typ-Stimulantien) Konsument/innen.
- Marschall, U. (2010). Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung: Notwendigkeiten aus Sicht einer Krankenkasse. Vortrag, 23. Heidelberger Suchtkongress

- [online]. Available at: <http://www.sucht.de/forum-1-integration-der-suchtbehandlung-in-das-gesundheitssystem.html> [accessed: 9 Jun. 2017]
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2016). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V, Hamburg.
- Milin, S. & Schäfer, I. (Juli 2016) Online-Selbsthilfe für Methamphetamin-Konsumierende. Entwicklung und Evaluation des zielgruppenspezifischen Angebots Breaking Meth.de. Sachbericht. ZIS - Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung / UKE - Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [online]. Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Breaking_Meth_I_Bericht.pdf [accessed: 9 Jun. 2017]
- Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015). BORA-Veranstaltung. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. [online]. Berlin. Available at: http://www.deutsche-rentenversicherung.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: 8 Jun. 2017].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2017). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2017, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), S. 203-218. Pabst, Lengerich.
- 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. Deutschland. Drogensituation 2013/2014. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- 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., Karachaliou, K., Lieb, C. & Raiser, P. (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pressestelle des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden (29.11.2016). Hilfe für Crystal konsumierende Mütter. Konturen.de 12.01.2017 [online] Available at: <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/crystal-konsumierende-muetter/> [accessed: 16 Jun. 2017].
- 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.
- Scherbaum, N. & Specka, M. (2014). Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. Suchttherapie 15, 22-28.
- Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. Sucht 62 (1) 23-30.
- 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.
- Simon, R., Pirona, A., & Montanari, L. (2016). Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) – neue Anforderungen an das Suchthilfesystem? Suchttherapie 17 (1) 27-33.
- SLS – Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2016). Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen [online]. Available at: <http://www.slsev.de/Sucht2016.pdf> [accessed: 6 Jun. 2017]
- Spiegel online (4 Mar. 2015). 382 Schwerkranke erhalten Cannabis als Medikament [online]. Available at: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>
- Spitzenverbände der Krankenkassen und VDR (4 May 2001). Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" [online]. Available at: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf [accessed: 15 Jun. 2017]
- Stadt Karlsruhe (2015). Abschlussbericht. Evaluation Drogenhilfe Karlsruhe. Schwerpunkt Substitution. Stadt Karlsruhe. Sozial- und Jugendbehörde. Jugend- und Drogenberatung, Karlsruhe.

- Statistisches Bundesamt (2015). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2014. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Suprat.de. SuPraT– Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V. [online]. Available at: <http://suprat.de/> [accessed: 9 Jun. 2017]
- 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 (2016), 62, 107-111.
- Walter-Hamann, R. & Wessel, T. (2016). Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht – Ausgewählte Ergebnisse der Erhebungen in 2016, 2015, 2014 und 2013 (Beender in 2014, 2013, 2012 und 2011) (für die verbandsinterne Information). Dec. 2016.
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht aktuell, 22 (2), 31-34.
- Wittchen, H.-U., Apelt, S.M., Soyka, M. et al. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2.694 patients. Drug and Alcohol Dependence 29, 251-257.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T. (2011). Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. Suchtmedizin 13 (5) 280-286.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H. et al. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". Gesundheitswesen 61 (S2), 216-222.
- ZIS-Homepage [online] Available at: <http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/ProMeKa/?L=1&cHash=81874f5c6093d3fc57f579ab8100daf4>. [accessed: 13 Jul. 2017]

5.2 Methodik

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. 2017a, b). In den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird der aktuelle KDS (DHS 2010a) verwendet, der 2007 überarbeitet wurde und 2017 in einer neuen Version erscheinen wird. Auf Grund der Überarbeitungen sind die Daten aus verschiedenen Zeiträumen immer nur bedingt miteinander vergleichbar.

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 EBDD 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 2016 211 Einrichtungen (2015 waren es 212 Einrichtungen) an der Bundesauswertung der DSHS (Braun et al. 2017d).

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 sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst. Seit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinien 2011 haben Substituierte auch dann einen Anspruch auf Psychotherapie, wenn sie nach mehr als 10 Therapiestunden noch nicht abstinent sind (G-BA 2013).

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)*	10
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	12
Tabelle 3	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2016)	14
Tabelle 4	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	16
Tabelle 5	Zusammenfassung - Patienten in Behandlung.....	16
Tabelle 6	Soziodemographische Daten nach Hauptdiagnose (DSHS ambulant, 2016)	18
Tabelle 7	Soziodemografische Daten nach Hauptdiagnose (DSHS stationär, 2016)	19
Tabelle 8	Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2016)	29
Tabelle 9	Veränderung der Aufschlüsselung von DRV Behandlungsdaten.....	37
Tabelle 10	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern	38

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)	17
Abbildung 2	Anteil aller Erstbehandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)	17
Abbildung 3	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)	18
Abbildung 4	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland (Stichtag 1.Juli).....	33
Abbildung 5	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtberatung für verschiedene Hauptdiagnosen seit 2007 (DSHS ambulant).....	34
Abbildung 6	Veränderung der Zugänge zu stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS stationär)	35
Abbildung 7	Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen	36