



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



# Behandlung

## Workbook Treatment

### DEUTSCHLAND

Bericht 2020 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2019 / 2020)

---

Charlotte Tönsmeise<sup>1</sup>, Maria Friedrich<sup>2</sup>, Franziska Schneider<sup>3</sup>, Esther Neumeier<sup>3</sup>, Krystallia Karachaliou<sup>3</sup> & Tim Pfeiffer-Gerschel<sup>3</sup>

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

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## INHALT

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL.....</b>	<b>5</b>
1.1	Politik und Koordination .....	5
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	5
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung .....	5
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung .....	6
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage.....	7
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes....	9
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote .....	9
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage .....	9
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots.....	10
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme .....	11
1.2.7	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung.....	11
1.3	Kerndaten .....	13
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	13
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten.....	15
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten ...	16
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	16
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung.....	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	21
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote .....	21
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote .....	23
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen .....	26
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige .....	34
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge.....	35
1.4.7	Soziale Integration .....	36

---

1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung .....	37
1.4.9	Anzahl der Substitutionspatienten.....	39
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	41
1.4.11	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung .....	43
<b>2</b>	<b>TRENDS.....</b>	<b>44</b>
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung .....	44
<b>3</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN .....</b>	<b>49</b>
3.1	Neue Entwicklungen .....	49
<b>4</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK .....</b>	<b>53</b>
4.1	Quellen (T5.1).....	53
4.2	Methodik (T5.2).....	53
<b>5</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>63</b>

## 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 45,2 % der ambulanten Klientinnen und Klienten die eine Behandlungsstelle aufgrund einer Drogenproblematik aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumenten (64,7 % der Erstbehandelten). Knapp ein Viertel der ambulanten Patienten wird wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt (23,1 %). Wegen Stimulanziengebrauchs begeben sich 14,5 % aller ambulanten Patientinnen und Patienten in Behandlung. Auch in die stationäre Behandlung begeben sich die meisten Patienten aufgrund einer cannabinoidbezogenen Störung (30,6 %). Weitere häufige Diagnosen sind ICD-10 F19 Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie (24,3 %) und F15 Stimulanzien (19,9 %).

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich gestiegen und in den vergangenen Jahren weitgehend stabil geblieben. Sie lag am Stichtag (01.07.2019) bei 79.700 Personen. 2019 haben insgesamt 2.607 Substitutionsärzte und -ärztinnen Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

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

Langzeittrends der ambulanten und stationären Suchtbehandlung zeigen, dass im Jahr 2019 erstmalig die Anzahl der insgesamt und erstmalig aufgrund von Cannabinoiden behandelten Menschen nicht weiter angestiegen ist.

Die Corona-Pandemie hat in Deutschland auch Auswirkungen auf das Suchthilfesystem. Auch wenn keine repräsentativen Daten zu der Situation des Suchthilfesystems verfügbar sind, geht aus Umfragen hervor, dass Kontaktbeschränkungen, rechtliche und Abstandsregelungen dazu führten, dass Beratungs- und Behandlungsangebote nur noch reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren und teilweise sind und einige Einrichtungen ihre Angebote vorübergehend pausieren mussten. Insbesondere die Praxis der Substitutionsvergabe wurde durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblich erschwert und eingeschränkt. Daher trat Ende April die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung definiert. Sie erlaubt es

substituierenden Ärztinnen und Ärzten z. B. mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und Medikamente über einen Zeitraum von sieben oder in Einzelfällen bis zu 30 Tagen zu verschreiben (Take Home). Darüber hinaus soll das Krankenhausentlastungsgesetz für Ausfälle im GKV-Bereich aufkommen und mit Hilfe von Ausgleichszahlungen auch Einrichtungen der Suchtrehabilitation unter die Arme greifen.

Auch in den anderen Bereichen der Suchtbehandlung und -beratung wurden diverse Anstrengungen unternommen, um trotz Pandemie Angebote anzupassen oder zu ergänzen, um sie weiter oder wieder vorhalten zu können.

In den vergangenen Jahren hat die kommunale Finanzierung, welche für die Suchtberatungsstellen den größten Teil ihrer Gesamtfinanzierung ausmacht, stagniert. In Folge der Coronavirus-Pandemie hat sich diese Situation zusätzlich verschärft. Um auf die prekäre Situation der Beratungsstellen aufmerksam zu machen, wird am 04. November 2020 erstmalig der *Aktionstag Suchtberatung: Kommunal wertvoll!* unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten Daniela Ludwig stattfinden. Ziel ist es, Suchtberatungsstellen und Politik in den Kommunen miteinander in einen Dialog zu bringen und auf die Dringlichkeit der (Weiter-)Finanzierung und Zukunftssicherung der Suchtberatungsstellen aufmerksam zu machen.

## 1 NATIONALES PROFIL

### 1.1 Politik und Koordination

#### 1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

In Deutschland ist weiterhin die 2012 veröffentlichte Drogenstrategie gültig (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012; vgl. Piontek et al., 2018; Bartsch et al., 2017). Sie legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention, betont jedoch auch die Notwendigkeit von Beratung und Behandlungsangeboten. Das Bundesministerium für Gesundheit [BMG] kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten u. a. durch die Förderung von Projekten und durch Forschungsaufträge spezifische Akzente im Bereich Behandlung setzen, was es auch in 2019 getan hat (vgl. Kapitel 1.4.4 und 1.4.5).

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

#### 1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

Das Versorgungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige bezieht sehr unterschiedliche Akteure ein. Eine nationale Planung und Steuerung der Behandlung in den verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems ist nicht mit dem föderalen System der Bundesrepublik vereinbar. Stattdessen erfolgt die Steuerung und Koordination auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder Kommunen. Sie wird zwischen den Kostenträgern, den Leistungserbringern und anderen regionalen Steuerungsgremien auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen sowie des Bedarfs und der wirtschaftlichen Möglichkeiten abgestimmt.

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

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

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 BÄK eine tragende Rolle zu. Ihr obliegt die Erarbeitung und Aktualisierung der Richtlinien der substitutionsgestützten Behandlung im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Standards für die bedarfsabhängige substitutionsbegleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) werden von den zuständigen Leistungserbringern in den Bundesländern in Abstimmung mit den Kommunen oder Ländern vereinbart. Die Finanzierung der PSB wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt, jedoch meist von den Kommunen getragen, entweder als pauschale Förderung der Suchtberatungsstellen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge oder als Einzelfallhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)).

## **1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung**

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

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen allerdings keine systematisch ausgewerteten Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind die ca. 1.540 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen, Fach- und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 360 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption)

sowie 981 soziotherapeutischen Einrichtungen (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (IFT, 2019). Auch den 407 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 92 ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348 Betten für Suchtkranke, kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung, sondern auch für Kriseninterventionen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten zuständig (Destatis, 2018).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,3 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege (Dauber et al., 2020a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 53,5 % der Hilfeinrichtungen (Dauber et al., 2020b). Auch öffentlich-rechtliche sowie privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 5,9 % bzw. 1,7 %, stationär 12,0 % bzw. 29,6 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 2,1 % der ambulanten und 4,9 % der stationären Einrichtungen aus (Dauber et al., 2020a & b).

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

Viele Suchhilfeträger, v. a. in den größeren Städten, bieten verschiedene Angebote für Drogenabhängige an, von niedrighschwelligen Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosozialer Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt derzeit nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Hierbei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und sonstigen Vereinbarungen unterschieden. So gaben beispielsweise 26,3 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 16,7 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 45,2 % der Einrichtungen trafen sonstige Vereinbarungen mit Selbsthilfeverbänden (Dauber et al., 2020a).

### **1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage**

Seit 2017 werden Beratungs- und Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen, niedrighschwellige Einrichtungen und Institutsambulanzen im KDS 3.0 in einer Kategorie zusammengefasst. Die aktuellen Daten sind daher nicht mit denen von vor 2017 vergleichbar. Nach wie vor stellen jedoch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe mit 1.540 den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung (IFT, 2019). Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrighschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus

öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Diese ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter, 2011). Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen (Vgl. Kapitel 3, Neue Entwicklungen, Notruf Suchtberatungsstellen). Grundsätzlich erfolgt die Beratung kostenlos.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungsart Bezeichnungsart gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.540	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.607**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>79.700**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach of transferred)	k.A.***	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

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

\*\* Es gibt aktuell weder Daten über die Anzahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen, die Suchtkranke behandeln oder behandelt haben, noch über die Anzahl der wegen Sucht in ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen behandelten Patienten. Die hier abgebildeten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Anzahl der substituierenden Ärzte und der Substitutionspatienten zum Stichtag 2019. Da ärztliche Praxen zu den ersten Anlaufstellen gehören, ist in beiden Fällen von einer deutlich höheren Zahl auszugehen (BOPST, 2020).

\*\*\* Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Schneider et al. 2020, Workbook Gefängnis. (IFT, 2019; Bundesopiumstelle [BOPST], 2020).

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von ärztlichen Praxen durchgeführt. Sie stellen bei der Behandlung von Opioidabhängigen einen wichtigen Faktor dar. Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen dabei die medizinische Behandlung, einschließlich der Verschreibung des Substituts (Vgl. Kapitel 1.4.8). An die medizinische Behandlung ist meist eine psychosoziale Betreuung geknüpft, die von Trägern der Beratungs- und

Behandlungsstellen in enger Kooperation mit den Praxen, z. T. unter demselben Dach, übernommen wird.

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

### **1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes**

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und der Bereitstellung einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern Unterschiede. Gerade in ländlichen Regionen bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten, z. B. mit Substitutionswunsch, zu gewährleisten. Aufgrund des erhöhten Methamphetaminkonsums in einigen Bundesländern sind dort die Beratungs- und Behandlungskompetenzen und -kapazitäten bezüglich (Meth-)Amphetamin ausgebaut worden (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2018).

Prinzipiell haben sich die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren nicht grundsätzlich verändert. Es ist jedoch zu beobachten, dass die kommunale Finanzierung in einigen Gemeinden zurückgeht, während sich gleichzeitig das Anforderungsprofil erweitert (Weitere Informationen in Kapitel 3 Neue Entwicklungen – Notruf Suchtberatung). Vermittlungen aus den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen machen weiterhin den größten Anteil aller Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation aus.

### **1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote**

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

### **1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage**

Eine fundamentale Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führen jährlich insgesamt über 106.000<sup>1</sup> Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betreffen (Destatis, 2020). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbidität zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch privaten Krankenversicherungen, übernommen.

---

<sup>1</sup> Die hier abgebildete Zahl wurde mit Hilfe der tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten des Statistischen Bundesamtes [Destatis] errechnet. Sie umfasst alle Behandlungen mit den Hauptdiagnosen ICD-10-GM-2017 F11 bis F16 sowie F18 und F19 (Destatis, 2020).

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

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach geschädigte Patientinnen und Patienten richten, häufig solche mit psychiatrischer Komorbidität. 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)<sup>2</sup>

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	218**	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	106.007*
Residential drug treatment (non-hospital based)	360**	Stationäre Rehabilitations- einrichtungen	30.072***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A.****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	981**	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

Quelle: \*Destatis, 2020; \*\*IFT, 2019; \*\*\* DRV, 2020c<sup>1</sup>.

\*\*\*\* Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Schneider et al. 2020, Workbook Gefängnis.

### 1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Ca. 10 % der Einrichtungen, die stationäre Entwöhnungen durchführen, haben Konzepte entwickelt, die Entwöhnungen auch für Patientinnen und Patienten unter Substitution anbieten. Die Voraussetzungen dafür wurden in der Anlage 4 der Vereinbarung

<sup>2</sup> Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt und damit die Datenerhebung geändert. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene stationäre Einrichtungsarten (teilstationär / ganztägig, stationäre Rehabilitation, Adaption) zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Ähnliches gilt für Soziotherapeutische Einrichtungen. Es werden teilstationäre, ganztägig-ambulante und stationäre Einrichtungen zusammengefasst. Die Daten können nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

Abhängigkeitserkrankungen geschaffen (Kuhlmann, 2015; Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger, 2001).

### **1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme**

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen<sup>3</sup> 2019 um weitere 4,1 % auf 73.916 (vgl 2018: 77.116) Anträge gesunken (DRV, 2020a). Zusätzlich verstärkt die Höhe der Nicht-Antrittsraten zur Entwöhnungsbehandlung den wirtschaftlichen Druck auf viele stationäre Einrichtungen. Für das 2017 in Kraft getretene „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ geben die deutsche Rentenversicherung (DRV), die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Handlungsempfehlungen, die den Zugang zur medizinischen Rehabilitation nach dem qualifizierten Entzug verbessern sollen. Dabei wird spätestens sieben Tage vor Beendigung der Entgiftung durch das Krankenhaus und den behandelnden Arzt sowie der Zustimmung der Patientin/ des Patienten der nahtlose Übergang in die Rehabilitation beantragt. Diese kann sowohl eine stationäre oder auch ganztägig ambulante Rehabilitation sowie eine Kombinationsbehandlung sein. Den Krankenhäusern wird hierfür eine Liste von Ansprechpartnern der Rehabilitationsträger zur Verfügung gestellt. Rehabilitationsträger sollen Bescheide innerhalb von fünf Arbeitstagen bearbeiten. Zudem sollen Patientinnen und Patienten aus dem qualifizierten Entzug bei der Vergabe von Plätzen bevorzugt aufgenommen werden (DRV, GKV & DKG, 2017; Ueberschär et al., 2017).

### **1.2.7 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung**

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

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

---

<sup>3</sup> Es handelt sich hierbei um die Anzahl aller Anträge auf Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV gestellt wurden. Folglich schließt die abgebildete Zahl sowohl Behandlungen aufgrund von legalen als auch von illegalen Drogen ein.

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (Umfasst spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	5,9 %	90,3 %	1,7 %	2,1 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	Keine Information (k.l.)	k.l.	k.l.	k.l.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeinde-psychiatrische Dienste*)	k.l.	k.l.	k.l.	k.l.
Einrichtungen im Strafvollzug	k.l.	k.l.	k.l.	k.l.

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

(Dauber et al., 2020a)

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	29,0%*	34,0 %*.	37,0 %*	-
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	12,0 %**	53,5 %**	29,6 %**	4,9 %**
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

(\*Destatis, 2020a<sup>4</sup>; \*\*Dauber et al., 2020)

<sup>4</sup> Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf alle Krankenhäuser in Deutschland und nicht nur auf solche, die im Bereich der Suchtbehandlung aktiv sind. Differenzierte Daten sind nicht verfügbar. Die Daten beziehen sich auf das Datenjahr 2018.

## 1.3 Kerndaten

### 1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

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

	Wiederaufnahmen Stationär	Ambulant	Erstbehandelte Stationär	Ambulant
F11 Opiode	13,7 %	31,7 %	9,0 %	7,7 %
F12 Cannabinoide	29,4 %	32,3 %	36,6 %	64,7 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,7 %	1,9 %	1,5 %	1,5 %
F14 Kokain	8,5 %	6,8 %	12,6 %	6,9 %
F15 Stimulanzien	19,8 %	16,0 %	23,4 %	13,6 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,07 %	0,1 %	0,1 %
F18 Flüssige Lösungsmittel	0,04 %	0,04 %	0,0 %	0,03 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	25,7 %	11,3 %	16,8 %	5,4 %
<b>Anzahl Gesamt (N)</b>	<b>8.145</b>	<b>33.569</b>	<b>1.097</b>	<b>21.558</b>

Quelle: Dauber et al., 2020a & b, T2.02

#### Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2019 insgesamt 324.874 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 863 ambulanten Einrichtungen erfasst. Diese Zahlen beinhalten jedoch auch Behandlungen aufgrund von Tabak und Alkohol. Für die folgenden Erläuterungen wurden nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2019 48,7 % aller Hauptdiagnosen im ambulanten Suchtbereich aus). Für das Jahr 2019 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 62.549 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungs- oder Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (Dauber, Künzel, Schwarzkopf & Specht, 2020a).

**1.3.2 Mittlerweile handelt es sich nur noch in 23,1 % der Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich illegaler Drogen um Klientinnen und Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In fast der Hälfte der Fälle (45,2 %) handelte es sich um Klientinnen oder Klienten mit einer psychischen Verhaltensstörung aufgrund von Cannabinoiden (Vgl. Tabelle 8). Bei Personen, die erstmalig aufgrund illegaler Substanzen in suchtspezifischer Behandlung waren, standen Cannabinoide mit 64,7 % zudem an erster Stelle. Mit deutlichem Abstand stehen an zweiter Stelle erstbehandelte Konsumierende mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (13,6 %) vor opioidbezogenen Störungen (7,7 %) (Dauber et al., 2020a). Wiederbehandelt wurden ebenfalls überwiegend Klientinnen und Klienten mit Cannabinoid- (32,3 %) und Opioid-bezogenen Störungen (31,7 %) (Vgl.**

Tabelle 5).

### Stationäre Behandlung

Tabelle 6 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%)

ICD-10 GM	Krankenhaus- Statistik*	DRV***	DSHS			
	2018	2019	2018****	2019*****		
	Insgesamt			Männer	Frauen	Insgesamt
F11 Opiode	30,2 %	95,8 % (Drogen)	15,6 %	13,2 %	13,6 %	13,3 %
F12 Cannabinoide	18,0 %		34,0 %	31,8 %	25,8 %	30,6 %
F 13 Sedativa/ Hypnotika	9,0 %		2,8 %	1,5 %	6,7 %	2,6 %
F14 Kokain	4,4 %		8,4 %	10,3 %	4,7 %	9,2 %
F15 Stimulantien	10,4 %		22,7 %	18,7 %	25,0 %	19,9 % *
F16 Halluzinogene	0,6 %	4,2 % (Medika- mente)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		0,03 %	0,0 %	0,2 %	0,03 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,4 %		16,4 %	24,3 %	23,9 %	24,3 % *
<b>Anzahl Gesamt (N)</b>	<b>106.007</b>	<b>10.195</b>	<b>9.398</b>	<b>7.716</b>	<b>1.921</b>	<b>9.640 *</b>

\* Drei der behandelten Personen gaben Geschlecht 'Unbestimmt' an: Zwei wurden mit der Hauptdiagnose F15 und eine mit der Hauptdiagnose F19 behandelt.

Quelle: \*\* Destatis, 2020; \*\*\*; DRV 2020c; \*\*\*\* Braun et al., 2019, \*\*\*\*\*Dauber et al., 2020b (T3.01)

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. Im Jahr 2019 wurden von insgesamt 35.485 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 142 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 9.640 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Dauber et al. 2020b). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen liegt der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden bei 30,6 %, der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden bei 13,3 %. In Bezug auf sämtliche erfasste Hauptdiagnosen im Suchtbereich stellen Behandlungen aufgrund von Cannabinoiden mit 9,5 %, nach Behandlungen aufgrund von Alkohol (65,4 %) die größte Diagnosegruppe in stationärer Behandlung dar. Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (19,9 % aller stationären Behandlungen aufgrund illegaler Drogen, 6,2 % aller stationären Suchtbehandlungen insgesamt) ist 2019 erstmalig wieder rückläufig (vgl. 2018: 22,7 % bzw. 7,1%; Tabelle 6) (Dauber et al., 2020b).

Tabelle 7 Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung

Zahl der Patienten	
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS mit HD illegale Drogen
	ambulant: 62.549
	stationär: 9.640
Alle Patienten in OST	79.700
<b>Gesamt</b>	<b>Keine Angabe</b>

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

Quelle: Dauber et al., 2020a, b; BOPST, 2020

### 1.3.3 Hauptdiagnosen der Behandelten

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

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opiode	13,3 %	23,1 %
F12 Cannabinoide	30,6 %	45,2 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	2,6 %	1,7 %
F14 Kokain	9,2 %	6,8 %
F15 Stimulanzien	19,9 %	14,5 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,03 %	0,04 %

F19 Andere / Polytoxikomanie	24,3 %	8,5 %
<b>Anzahl Gesamt (N)</b>	<b>9.640</b>	<b>62.549</b>

Quelle: Dauber et al., 2020a & b, T3.01

### 1.3.4 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

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

### 1.3.5 Charakteristika der behandelten Patienten

#### Ambulante Behandlung

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

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

In fast allen Hauptdiagnosegruppen sind die Klienten überwiegend männlich. Lediglich bei den aufgrund Flüchtigen Lösungsmitteln behandelten Patientinnen und Patienten sind anteilig gleich viele Frauen und Männer (je 50 %) ambulant behandelt worden (Vgl. Dauber et al., 2020, Kapitel 3).

Tabelle 9 Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht in Prozent (%)

Hauptdiagnose	Ambulant		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt/ Unbekannt
F11 Opioide	22,7 %	24,9 %	13,2 %
F12 Cannabinoide	47,0 %	37,8 %	61,8 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1,1 %	4,0 %	0,0 %
F14 Kokain	7,5 %	4,1 %	4,4 %
F15 Stimulanzien	12,9 %	21,1 %	10,3 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,2 %	0,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,02 %	0,1 %	0,0 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	8,7 %	7,8 %	10,3 %
<b>Anzahl Gesamt (N=100%)</b>	<b>49.984</b>	<b>12.497</b>	<b>68</b>

Quelle: Dauber et al., 2020a & b, T3.01

Das Durchschnittsalter für die Diagnosegruppen der illegalen Drogen liegt bei einem Mittelwert

von 32,1 Jahren, wobei die weiblichen Klientinnen mit 31,5 Jahren durchschnittlich etwas jünger sind als die männlichen Klienten mit 32,2 Jahren. Menschen mit der Hauptdiagnose F13 – Sedativa/Hypnotika sind mit 42,6 Jahren die durchschnittlich älteste Diagnosegruppe, F16 – Halluzinogene mit 25,6 Jahren und Cannabinoide mit 25,2 Jahren die jüngste. Differenziert man bei diesen Daten nach dem Geschlecht, sind bei den Männern Klienten mit der Hauptdiagnose F12 – Cannabinoide (25,1 Jahre) am jüngsten und F13 – Sedativa/Hypnotika (39,2 Jahre) am ältesten; bei den weiblichen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei den Klientinnen der Diagnosegruppe F16 – Halluzinogene (23,2 Jahre) und das höchste ebenfalls bei F13 – Sedativa/Hypnotika (46,3 Jahre) (Vgl. Dauber et al., 2020a, T 3.02).

Zwischen 22,6 % (F16) und 51,6 % (F14) aller ambulant betreuten Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Partnerschaft (vgl. Dauber et al., 2020a, T3.04), zwischen 16,7 % (F18) und 60,6 % (F13) leben mit ihrem Partner in einem Haushalt (ebd., T3.04). Im Durchschnitt haben die behandelten Frauen 1,52 Kinder (Männer: 1,7 Kinder), was dem generellen Bundesdurchschnitt von 1,57 Kindern entspricht (Max Planck Institute for Demographic Research & Vienna Institute of Demography, 2019; Dauber et al., 2020a, T3.04).

Zwischen 11,3 % (F15) und 44,6 % (F14) aller ambulant behandelten Klientinnen und Klienten haben einen Migrationshintergrund<sup>5</sup>. Hierbei wird zwischen der eigenen Migration, der Migration der Eltern oder einer Migration in dritter Generation unterschieden (Dauber et al., 2020a, T3.12). Die Hauptdiagnosen mit dem größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind F14 – Kokain (44,6 %), F11 – Opioide (37,5 %) und F18 – Flüchtige Lösungsmittel (28,6 %) (ebd., T3.12). Von den Menschen mit einer Kokainabhängigen sind 28,3 % der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund ursprünglich aus der Türkei. Bei den Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind 17,7 % der Betroffenen mit Migrationshintergrund aus Russland und 14,7 % aus Kasachstan. Den größten Anteil der Migrantinnen und Migranten mit der Hauptdiagnose F18 Flüchtige Lösungsmittel stellen zu jeweils 16,7 % Menschen aus der Türkei, Kasachstan und Italien (ebd., T3.13).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt bei dem Großteil der Hauptdiagnosen unter 20 %. Drei verhältnismäßig eher hohen Anteile finden sich bei den Hauptdiagnosen Andere Psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (22,6 %), Cannabinoide (35,4 %) und Flüchtige Lösungsmittel (50 %) (Dauber et al., 2020a, T3.16).

Durchschnittlich 10,2 % der männlichen und 8,7 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im ambulanten Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der

---

<sup>5</sup> Erkenntnisse über die Herkunft der Klientinnen und Klienten können hinsichtlich der Bedarfsplanung eine Rolle spielen, z. B. in Bezug auf sprachliche und kultursensible Angebote im Bereich Behandlung und Beratung (siehe Kapitel 1.4.4.4., Zielgruppenspezifische Interventionen: Migrantinnen und Migranten/Geflüchtete) oder Prävention (vgl. Friedrich et al., 2020). Bei der Analyse dieser Daten sollte jedoch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei lediglich um eine Stichprobe der tatsächlich im Suchthilfesystem angekommenen Klientinnen und Klienten handelt. Sie dürfen nicht mit dem tatsächlichen Bedarf verwechselt werden.

Hauptdiagnose Opioide (15,6 %), Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie (14,2 %) und Stimulanzien (12 %) (Dauber et al., 2020a, T3.15).

Alle Diagnosegruppen weisen einen großen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Bei den Hauptdiagnosen Cannabinoide, Sedativa/Hypnotika und Kokain sind es ca. ein Drittel, bei anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie und bei Opioiden sogar mehr als die Hälfte. Am wenigsten arbeitslose Menschen finden sich bei den Behandelten aufgrund von Halluzinogenen (vgl. Dauber et al., 2020a, T3.18).

### **Stationäre Behandlung**

Der größte Anteil der stationär behandelten Menschen der Diagnosegruppe „illegale Drogen“ liegt sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Patientinnen und Patienten bei der Hauptdiagnose F11 Cannabinoide (31,8 % bzw. 25,8 %). Zweithäufigste Diagnose ist, ebenfalls bei beiden Geschlechtern, F15 Stimulanzien (18,7 % bzw. 25,0 %). Am wenigsten Behandlungen erfolgten bei den Klienten aufgrund von F18 Flüchtigen Lösungsmitteln (0,0 %) und bei den Klientinnen aufgrund von F16 Halluzinogenen (0,05 %). Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter nach Diagnosegruppe fällt auf, dass in den meisten Hauptdiagnosegruppen deutlich mehr Männer als Frauen behandelt wurden. Ausnahme ist die Diagnose F13 Sedativa/Hypnotika (48,0% M vs. 52,0% F) (vgl. Dauber et al., 2020b, T3.01).

Die Behandelten von vier der acht Hauptdiagnosen haben ein durchschnittliches Alter zwischen 31 und 38 Jahren (F11, F14, F15, F19). Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten wurden aufgrund des Konsums von Sedativa/ Hypnotika behandelt (43,8 Jahre), die jüngsten aufgrund Flüchtiger Lösungsmittel (24,7 Jahre) (Vgl. Dauber et al., 2020b, T3.02).

Ausgenommen der Behandelten aufgrund von Sedativa/Hypnotika (F13) sind in allen Hauptdiagnosen mehr als die Hälfte der Behandelten alleinlebend (Vgl. Dauber et al., 2020b, T3.04).

Der Großteil der stationär behandelten Menschen hat keinen Migrationshintergrund<sup>6</sup>. Die beiden Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Migranten sind F14 Kokain (43,3 %) und F11 Opioide (34,4 %) (Vgl. Dauber et al., 2020b). Von den Migrantinnen und Migranten mit einer Störung aufgrund des Konsums von Kokain kommt der Großteil der Behandelten (37,2 %) aus der Türkei. Migrantinnen und Migranten, die aufgrund von Opioiden behandelt wurden kommen zu 26,8 % aus Russland (Dauber et al., 2020b).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe Halluzinogene, bei allen Behandelten unter 20 %. Insgesamt haben die meisten Patientinnen und Patienten einen betrieblichen Berufsabschluss. Ein ebenfalls großer Anteil hat eine Hochschul- oder Berufsausbildung zwar angefangen, sie jedoch nicht abgeschlossen (Vgl. Dauber et al., 2020b, T3.16).

---

<sup>6</sup> Wie bereits beschrieben wurde, wird als Migrationshintergrund in diesen Berechnungen die eigene Migration, eine Migration der Eltern sowie Migration in der dritten Generation zusammengefasst.

15,3 % der männlichen und 18,7 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im stationären Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge, für alle Geschlechter) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Halluzinogene (42,9 %), Stimulanzien (14,3 %) und Kokain (12,3 %) (Dauber et al., 2020b, T3.15). Alle Diagnosegruppen weisen einen großen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Mit Ausnahme der Diagnose Sedativa/Hypnotika sind es in allen Diagnosegruppen deutlich mehr als die Hälfte (Vgl. Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe Halluzinogene, bei allen Behandelten unter 20 %. Insgesamt haben die meisten Patientinnen und Patienten einen betrieblichen Berufsabschluss. Ein ebenfalls großer Anteil hat eine Hochschul- oder Berufsausbildung zwar angefangen, sie jedoch nicht abgeschlossen (Vgl. Dauber et al., 2020b, T3.16).

15,3 % der männlichen und 18,7 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im stationären Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge, für alle Geschlechter) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Halluzinogene (42,9 %), Stimulanzien (14,3 %) und Kokain (12,3 %) (Dauber et al., 2020b, T3.15).

### Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Tabelle 10 Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Prozent (Prozentualer Anteil an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose)

Hauptdiagnose	DSHS					
	Ambulant			Stationär		
	-14	15-17	18-19	-14	15-17	18-19
F11 Opioide	<b>0,81 %</b> (0,03 %)	<b>0,81 %</b> (0,3 %)	<b>2,1 %</b> (0,7 %)	-	<b>6,06 %</b> (0,3 %)	<b>3,4 %</b> (1,0 %)
F12 Cannabinoide	<b>83,25 %</b> (1,8 %)	<b>88,09 %</b> (15,7 %)	<b>81,5 %</b> (14,9 %)	-	<b>83,33 %</b> (1,9 %)	<b>54,6 %</b> (7,1 %)
F13 Sedativa/ Hypnotika	<b>0,16 %</b> (0,1 %)	<b>0,24 %</b> (1,1 %)	<b>0,6 %</b> (3,1 %)	-		<b>0,3 %</b> (0,4 %)
F14 Kokain		<b>0,48 %</b> (0,6 %)	<b>1,5 %</b> (1,9 %)	-		<b>3,7 %</b> (1,6 %)
F15 Stimulanzien	<b>10,95 %</b> (0,7 %)	<b>6,71 %</b> (3,7 %)	<b>8,5 %</b> (4,9 %)	-	<b>6,06 %</b> (0,2 %)	<b>16,7 %</b> (3,3 %)
F16 Halluzinogene		<b>0,16 %</b> (12,9 %)	<b>0,2 %</b> (12,9 %)	-		<b>0,5 %</b> (22,2 %)
F18 Flüchtige Lösungsmittel	<b>0,16 %</b> (4,5 %)	<b>0,08 %</b> (18,2 %)	<b>0,0 %</b> (4,5 %)	-		
F19 Andere Psycho- trophe Substanzen/ Polytoxikomanie	<b>4,67 %</b> (0,5 %)	<b>3,43 %</b> (3,2 %)	<b>5,6 %</b> (5,4 %)	-	<b>4,55 %</b> (0,1 %)	<b>20,9 %</b> (3,4 %)

Quelle: Dauber et al., 2020a, 2020b

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Behandelten Patientinnen und Patienten sind Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendliche (15-17 Jahre) sowie junge Erwachsene (18-19

Jahre)<sup>7</sup>. Aufgrund ihres physischen und psychischen Entwicklungsstandes sind sie, in Anbetracht der gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums, eine besonders vulnerable Gruppe. Behandlungsdaten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zeigen, dass - sowohl im Setting der ambulanten als auch stationären Behandlung - sowohl Kinder, Jugendliche als auch junge Erwachsene am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden behandelt wurden. Sämtliche andere Hauptdiagnosen liegen bei den ambulanten Behandlungsfällen in allen drei Altersgruppen unter 10 %.

Die in der Tabelle in Klammern abgebildeten Zahlen geben eine Auskunft über den Anteil der entsprechenden behandelten Altersgruppe an allen erfassten Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass insgesamt ein Drittel (32,2 %) aller ambulant behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose F12 (Cannabinoiden) jünger als 20 Jahre sind. Bei den flüchtigen Lösungsmitteln (27,2 %) und Halluzinogenen (25,8 %) sind es ein Viertel. Die Substanzgruppe mit dem geringsten Anteil an ambulanten Behandlungen durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind die Opiode (1,03 %).

Aus den stationären Behandlungsdaten geht hervor, dass 9 % der aufgrund von Cannabinoiden behandelten Patientinnen und Patienten unter 20 Jahre alt sind; bei den Halluzinogenen sind es sogar 22,2 %. Der Anteil der aufgrund von Opioiden behandelten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist ebenfalls gering (0,4 %). Noch seltener sind insgesamt nur Behandlungen aufgrund von Sedativa/Hypnotika (Vgl.19).

### **Sucht-Selbsthilfe**

Es liegen keine neuen Informationen vor. Für detaillierte Informationen siehe Workbook „Behandlung 2019“ (Tönsmeise et al., 2019).

### **1.3.6 Weitere Informationsquellen zur Behandlung**

- Deutsche Suchthilfestatistik 2020 (Dauber et al., 2020a & b)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2020
- Grunddaten der Krankenhäuser 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018)
- Tiefgegliederte Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Destatis, 2020)
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B. BADO in Hamburg (Neumann-Runde & Martens, 2018)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“.

---

<sup>7</sup> Die Definition von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind – je nach Studie – unterschiedlich. Die hier dargestellten Altersgruppen wurden aufgrund ihrer Verfügbarkeit im DSHS Datensatz ausgewählt.

## 1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

### 1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

#### **Beratungs- und/ oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen**

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

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

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Neben Kontakt- und Gesprächsangeboten offerieren sie weitere Hilfen, wie z. B. medizinische und hygienische Grundversorgung, aufsuchende Straßensozialarbeit, Infektionsprophylaxe oder Rechtsberatung. In einigen großen Städten gibt es auch Konsumräume. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige öffentliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ 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. 159.800 niedergelassene oder angestellte Ärzte (ambulant) die ggf. erste Ansprechpartner für suchtkranke Patientinnen und Patienten sind (BÄK, 2019). Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.6 bis 1.4.11.

#### **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 (siehe auch Kap. 1.2.2).

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

## **Psychiatrische Institutsambulanzen**

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

## **Sozialpsychiatrische Dienste**

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

## **Ambulante medizinische Rehabilitation**

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

## **Ambulant betreutes Wohnen**

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

## **Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen**

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

## **1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten**

### **Ambulante psychotherapeutische Behandlung**

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Insgesamt sind an der

ambulanten Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen 25.873 Psychotherapeuten und 5.877 spezialisierte Fachärzte beteiligt. Von den Psychotherapeuten sind 6.121 ärztliche Psychotherapeuten und 19.752 psychologische Psychotherapeuten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2017; DGPPN, 2019). Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern. Wie hoch der Anteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist, die Suchtkranke behandeln, ist unbekannt.

### **Sucht-Selbsthilfe**

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

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

## **1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote**

### **Entgiftung**

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

### **Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen**

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

### **Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation**

Die medizinische Rehabilitation wird in Fachkliniken durchgeführt und umfasst Gruppentherapien, Einzeltherapien, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und

Familiengesprächen oder Seminaren sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). Dies wird ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indizierte Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z. B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Das Spektrum der medizinischen Rehabilitation umfasst auch soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der verschiedenen Behandlungsformen wird individuell festgelegt. Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung erfolgt durch die Rentenversicherungsträger (DRV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ambulante und stationäre Rehabilitation sind weitestgehend abstinentorientiert (Weinbrenner & Köhler, 2015).

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

### **Angebote der Nachsorge**

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

Nachsorgeangebote können z. B. über das Internetportal [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) der DRV oder direkt über die Träger (z. B. in lokalen Geschäftsstellen der Caritas in Deutschland, der Diakonie Deutschland, u.v.m.) abgefragt werden.

### **Therapeutische Gemeinschaften (TGs)**

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

### **Behandlung im Strafvollzug**

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen

Faktoren der Straftäter bzw. der Behandlung der für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie. Weitere Informationen zu diesem Thema sind dem Workbook Gefängnis zu entnehmen (Schneider et al., 2020).

Tabelle 11 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen

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

(Expertenschätzung, Vgl. Bartsch et al., 2018)

### Psychiatrische Kliniken

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

### Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine sogenannte Adaptionsphase anschließen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt. Sie ist insbesondere für diejenigen Patienten gedacht, bei denen ein hoher Rehabilitationsbedarf gegeben ist, wie z. B. bei Abhängigen mit psychiatrischer Komorbidität. 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 (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 (DHS, 2019).

## **1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen**

### **Migrantinnen und Migranten / Geflüchtete**

In den vergangenen Jahren gab es viele Bemühungen, geeignete Beratungs- und Behandlungsangebote für geflüchtete Menschen zu schaffen, da Drogenkonsum und -abhängigkeit – im Ausland begonnen oder im Aufnahmeland bzw. während der Flucht entwickelt – ein für die Versorgung relevantes Thema darstellen. Besonders die Berücksichtigung sprachlicher- und kultureller Barrieren ist dabei von zentraler Bedeutung. Eine Forschungsarbeit aus dem Jahr 2018 zeigte, dass in vielen Städten Netzwerke mit Bezug auf geflüchtete Menschen aufgebaut wurden, an denen auch die Suchthilfe beteiligt ist (Kuhn, 2018). Um Beratungs- und Behandlungseinrichtungen bei der Implementierung und Durchführung von qualifizierten Angeboten zu unterstützen, gibt es Projekte und Forschungsvorhaben, deren Dokumentation und Ergebnisse zu diesem Zweck bereitgestellt werden:

Das Projekt „Guidance“<sup>8</sup> ist beim Notdienst Berlin e. V. angesiedelt. Die Mitarbeitenden wurden hinsichtlich rechtlicher Aspekte, insbesondere Asyl- und Sozialrecht, spezifischer Methoden der Gesprächsführung (Motivierende Gesprächsführung, kultursensible Beratung) und Präventionselementen (Grundlagen Frühintervention) geschult. Alle erforderlichen Dokumente für die Beratung (z. B. Aufklärung über die Schweigepflicht und den Datenschutz) wurden übersetzt. Das Angebot besteht neben den Einzelberatungen zum einen in offenen Sprechstunden auf Arabisch und Persisch, zum anderen in Gruppenveranstaltungen zur Frühintervention. Alle Kurse werden durch Sprach- und Kulturmittelnde begleitet. Darüber hinaus werden Fortbildungen und Coachings für Mitarbeitende der Geflüchtetenhilfe, des Jugendamts, der Jugendhilfe, des betreuten Wohnens und von Gemeinschaftsunterkünften und Krankenhäusern durchgeführt. Eine ausführliche Beschreibung des Projektes ist im Reitoxbericht 2018 zu finden (Bartsch et al., 2018, Kap. 1.4.5).

Das Verbundprojekt PREPARE [Prevention and Treatment of Substance Use Disorders in Refugees] widmet sich der Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei geflüchteten Menschen. Die vier Teilprojekte werden u. a. von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der

---

<sup>8</sup> Notdienst Berlin e.V., Guidance [online] [www.guidance-berlin.de](http://www.guidance-berlin.de).

Universität Emden/Leer und dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung [ZIS] der Universität Hamburg begleitet. Ziele des Verbundprojektes sind u.a.

- Erkenntnisse zur Prävalenz von Suchtproblemen bei Geflüchteten,
- Identifizierung möglicher Subgruppen mit speziellen Bedarfen,
- Erfassung von Bedarfen des Hilfesystems im Umgang mit Geflüchteten,
- Entwicklung eines kulturell adaptierten Instruments zur Erhebung von Suchtproblemen
- Entwicklung und Evaluation eines Behandlungsprogrammes für Geflüchtete mit psychischen Belastungen nach traumatischen Erfahrungen und Suchtproblemen.

Das Projekt wird im Rahmen der Förderinitiative zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung [BMBF] durchgeführt und läuft von 2019 bis 2024 (ZIS, 2020).

Das vom BMG geförderte Modellprojekt PaSuMi [Partizipation, Suchthilfe und Migration] der Deutschen Aidshilfe e.V. [DAH] wurde von 2017 bis 2019 in acht lokalen Einrichtungen der Suchtprävention in Berlin, Bielefeld, Dortmund, Hamburg und Nürnberg umgesetzt. Ziel des Projektes war es, Angebote der Suchtprävention und Schadensminimierung an die Bedarfe und Lebenswelten einer dynamischen und heterogenen Migrantinnen- und Migrantenpopulation anzupassen. Das aus den gewonnenen Erkenntnissen zusammengestellte Handbuch ist auf der Internetseite von PaSuMi<sup>9</sup> unter Infos > Material zum Download bereitgestellt (Aidshilfe, 2020).

Das bundesweite Suchthilfeverzeichnis<sup>10</sup> der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. [buss]<sup>11</sup> bietet Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. stationäre Therapieangebote nach Sprache in der beraten werden soll zu filtern.

### **Ältere Drogenabhängige (40+)**

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

---

<sup>9</sup> Modellprojekt PaSuMi [Online:] [www.pasumi.info](http://www.pasumi.info).

<sup>10</sup> Suchthilfeverzeichnis [Online:] [www.suchthilfeverzeichnis.de](http://www.suchthilfeverzeichnis.de).

<sup>11</sup> Einrichtungsverzeichnis des buss [Online:] [www.therapieplaetze.de](http://www.therapieplaetze.de).

Vergangenheit gestiegen ist: Während es im Jahr 1982 26 Jahre betrug, lag es 2017<sup>12</sup> bei 38,9 Jahren (BKA, 2018; Kraus & Seitz, 2018).

Einrichtungen wie beispielsweise. Condrops<sup>13</sup> bieten niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Unterstützung für drogenabhängige ältere Menschen an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung des betreuten Wohnens und ein Arbeitsprojekt mit ein.

Ein weiteres bekanntes Projekt für ältere Drogenabhängige ist LÜSA (Langzeit Übergangs- und Stützungsangebot). LÜSA bietet für über 30 schwerstabhängige und chronisch mehrfach geschädigte drogenabhängige Menschen 45 stationäre Plätze in verschiedenen konzipierten Wohnangeboten. Ziel des bis zu zwei Jahren (im Einzelfall auch länger) dauernden Aufenthalts ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Die von LÜSA aufgenommene Zielgruppe besteht seit Beginn des Projektes aus spezifischen Teilzielgruppen, die aufgrund ihrer psychischen und/oder körperlichen Störung dauerhaft behindert sind und auch langfristig nicht mehr in der Lage sein werden, selbständig zu wohnen/zu leben (LÜSA, o.J.).

Darüber hinaus bieten stationäre Einrichtungen wie z. B. die salus Klinik in Hürth mit ihrem Angebot „55+ Programm für LEBENSERFAHRENE Alkohol- und Drogenpatienten“<sup>14</sup> spezielle Behandlungsprogramme für ältere Drogenabhängige an. Über das Suchthilfeverzeichnis der DHS sowie die Einrichtungsdatenbank des buss können weitere Angebote identifiziert werden, die sich gezielt und ausschließlich an ältere Menschen richten.

### **Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und Methamphetamin**

NPS sind nach Cannabis und der Gruppe der Amphetamine/Methamphetamine die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen in Deutschland (Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler & Kraus, 2019).

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

Zur Evaluation der Therapie in stationärer Entwöhnung hat das BMG bis März 2020 das „Crystal-Projekt“, eine Vergleichsstudie in der Bezirksklinik Hochstadt und MEDIAN Klinik Mecklenburg gefördert<sup>15</sup>. Wie bereits veröffentlichten Informationen zu entnehmen ist,

---

<sup>12</sup> Aufgrund einer Umstellung der Datenbank des Bundeskriminalamtes sind für das Jahr 2018 und 2019 keine Daten bezüglich des Durchschnittsalters der Drogentoten verfügbar. Weitere Informationen zur Problematik der Drogentodesfälle sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ (Neumeier et al., 2020, Abschnitt 1.1) zu finden.

<sup>13</sup> Condrops e.V. [Online:] [www.condrops.de](http://www.condrops.de).

<sup>14</sup> Flyer des Angebotes [Online:] [https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Kliniken/Huerth/Dokumente/Flyer/Sucht/Flyer\\_55\\_.pdf](https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Kliniken/Huerth/Dokumente/Flyer/Sucht/Flyer_55_.pdf) [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>15</sup> Eine umfangreichere Darstellung der Studien finden Sie im Workbook Behandlung 2019 (Tönsmeise et al., 2019).

erzielten die Vergleichsgruppe, welche mit Hilfe eines adaptierten, psychotherapeutischen und speziell auf Methamphetamin-konsumierende Patientinnen und Patienten ausgelegten Gruppenmanuals arbeitete, und die Kontrollgruppe, welche nach treatment as usual behandelte, vergleichbare Ergebnisse bei allen Katamneseerhebungen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer hingegen war in der Vergleichsgruppe signifikant kürzer. Das verwendete Gruppenmanual kann auf der Internetseite des Klinikum der Universität München eingesehen und heruntergeladen werden<sup>16</sup> (Klinikum der Universität München, o.J.).

### **Genderspezifische Angebote**

Die Bedeutung des Themas „Gender in der Suchthilfe“ ist in Deutschland seit vielen Jahren bekannt und wurde in zahlreichen Publikationen bearbeitet, zunächst eher frauenspezifisch, später auch männer- bzw. genderspezifisch. Dennoch gibt es in Deutschland bislang keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten.

In der ambulanten Suchtbehandlung gibt es jedoch in vielen Städten und Großräumen genderspezifische Angebote. So gibt es in Einrichtungen der Suchthilfe beispielsweise spezielle Beratungsangebote die sich ausschließlich an Frauen bzw. Männer richten, z.B.:

- LAGAYA<sup>17</sup> ist eine psychosoziale Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle für Frauen und Mädchen sowie deren Angehörige und Bezugspersonen in Stuttgart. Neben Einzel- und Gruppenberatung werden Aufsuchende Beratung und Betreuung, Online Suchtberatung per E-Mail sowie psychosoziale Betreuung, Beratung und Behandlung von Substituierten angeboten.
- FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.<sup>18</sup> bietet suchtmittelabhängigen Frauen in Berlin eine Vielzahl an Beratungs- und Behandlungsangeboten. Neben psychosozialer Betreuung, Beratung und Clearing, Kriseninterventionen und ambulanter Suchttherapie werden z. B. auch Besuche und Beratungen in der JVA für Frauen angeboten.
- Boys‘ ResorT<sup>19</sup> ist ein Gruppenangebot der Drogenberatung Hannover, das sich ausschließlich an männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit einem gefährlichen Konsum von Drogen, Glücksspiel, Medien oder anderem richtet.

Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen der Schwulen- und Lesben Beratung sowie Einrichtungen der Aidshilfe Suchtberatung speziell für Menschen der LGBTQ+ Gemeinschaft an, z. B.:

---

<sup>16</sup> Gruppenmanual des „Crystal-Projekt“ [Online]: <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/download/de/forschung/Sucht/BMG-Crystal-Projekt-Manual.pdf> [Letzter Zugriff: 28.09.2020].

<sup>17</sup> LAGAYA, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. [online] [www.lagaya.de](http://www.lagaya.de) [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>18</sup> FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V [Online:] <https://frausuchtzukunft.de/> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>19</sup> Drogenberatung Hannover [Online:] <https://step-niedersachsen.de/einrichtungen/drobs-hannover/beratung> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

- Die Schwulen Beratung Berlin<sup>20</sup> bietet eine *Offene queere Suchtgruppe* an, in der sich Menschen ohne vorherige Anmeldung zum Thema Substanzgebrauch und -abhängigkeit austauschen können. Darüber hinaus informieren sie über relevante Themen wie beispielsweise *Chemsex*. Ein kostenfreier, anonymer Online Leitfaden, der Betroffenen helfen soll ihre Konsumgewohnheiten zu verändern, kann über die Webseite bezogen werden.
- SHALK<sup>21</sup> NRW ist ein seit 1994 bestehendes Selbsthilfenetzwerk für homo- und bisexuelle Menschen mit einer Suchterkrankung, das zurzeit in neun Städten in NRW etabliert ist.

Des Weiteren gibt es eine Beratungsstelle, die speziell und in erster Linie Angebote für trans, nicht binären und genderdiversen Menschen sowie für Angehörige, Paare, Familien und Menschen, die beruflich Kontakt mit der Thematik haben: 4be TransSuchthilfe<sup>22</sup> in Hamburg bietet Beratung und Unterstützung in Suchtfragen sowie die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Dabei werden die Klientinnen und Klienten durch erfahrene Peers, Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreut. Bei Bedarf organisiert die Beratungsstelle zudem Gruppen-, Multiplikatorinnen-/Multiplikatoren- und Schulveranstaltungen sowie Fortbildung zum Thema.

Auch stationäre Einrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften haben genderspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt. So bietet z. B. die Bernhard-Salzman-Klinik in Gütersloh<sup>23</sup> ein Konzept für die Behandlung abhängiger Frauen. Auch der Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“<sup>24</sup> in Berlin oder Condrops in München halten spezifische Angebote für Frauen in verschiedenen Lebenslagen vor, z. B. Kontaktläden, Suchtberatungsstellen, soziotherapeutische WGs, Clean-WGs oder WGs der Nachsorge. Angebote für suchtkranke Frauen mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung und für Frauen, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, ergänzen die Palette. Hier können Frauen mit ähnlichen Lebenserfahrungen in einem Freiraum ohne Gewalt und Suchtmittel zusammenleben und neue Problemlösungsstrategien ausprobieren.

Des Weiteren bietet die LWL Koordinierungsstelle Sucht Interessierten auf ihrer Internetseite eine umfangreiche Zusammenfassung praxisrelevanter Literatur zum Thema männerspezifische Suchtarbeit<sup>25</sup>. Darüber hinaus liefert sie eine Liste mit männerspezifischen

---

<sup>20</sup> Schwulen Beratung Berlin [online] [www.schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen](http://www.schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen) [Letzter Zugriff: 20.07.2020].

<sup>21</sup> SHALK NRW [online] [www.shalk.de](http://www.shalk.de) [Letzter Zugriff: 20.07.2020].

<sup>22</sup> 4be TransSuchthilfe in Hamburg [Online:] [https://www.therapiehilfe.de/for\\_be\\_trans\\_sucht\\_hilfe.html](https://www.therapiehilfe.de/for_be_trans_sucht_hilfe.html) [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>23</sup> Bernhard Salzman Klinik. LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen. Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen [Online]. [https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung\\_abhaengiger\\_Frauen.pdf](https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf) [Letzter Zugriff: 12.08.2020].

<sup>24</sup> Die Zwiebel, therapeutischer Wohnverbund für Frauen. [online] <https://www.prowoberlin.de/Angebot3/die-zwiebel-therapeutischer-wohnverbund-fuer-abh%C3%A4ngigkeitserkrankte-frauen.html> [Letzter Zugriff 02.09.2020].

<sup>25</sup> Zu finden unter [Online:] <https://www.maennersache-sucht.de/de/erganzendes-material/> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

Suchthilfeangeboten, wie beispielsweise der Fachklinik St. Marienstift<sup>26</sup> in Neuenkirchen-Vörden, welche neben Angeboten wie Einzel- und Gruppentherapie, psychosoziale Beratung und Psychoedukation sowie Arbeitstherapie einen speziellen Fokus auf die Behandlung von Trauma legt. Einrichtungen wie das Adolf Mathes Haus<sup>27</sup> des Katholischen Männerfürsorgevereins München e.V. [KMFV] bietet Männern mit Suchtproblemen Wohnraum, tagesstrukturierende Maßnahmen und Hilfen zur beruflichen Qualifikation, Ausbildung und Arbeitssuche sowie psychologisch-therapeutische Angebote, Suchtberatung und Rückfallprävention.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote, die sich ausschließlich an Männer oder ausschließlich an Frauen richten, können ebenfalls über das Suchthilfeverzeichnis der DHS sowie das Einrichtungsverzeichnis des BLS abgefragt werden<sup>28</sup>.

### **Drogenabhängige Schwangere und Eltern**

Der „Dresdner Versorgungspfad Crystal“ ist ein von der TU Dresden entwickeltes und in der Praxis erprobtes Konzept, das eine interdisziplinäre und bedarfsorientierte Betreuung und Behandlung von Methamphetamin-konsumierenden schwangeren Frauen ermöglicht. Ziel der Evaluation des „Dresdner Versorgungspfad Crystal“ (10/2017 bis 09/2020) ist 1.) die Ableitung der Effektivität, 2.) inwieweit das Grundkonzept in anderen Regionen implementiert werden kann, sowie 3.) welche Voraussetzungen für eine interdisziplinäre und systemübergreifende Versorgung gelten. Übergreifendes Projektziel ist es, Rahmenbedingung für eine bundesweite Ausweitung des Projektes zu erarbeiten und anhand eines Implementierungshandbuchs zu erläutern (Haarig & Mathiebe, o.J.).

Es gibt einige stationäre Angebote und Kliniken, die spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitstellen. Die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach<sup>29</sup> bietet sowohl ambulante als auch stationäre Hilfen an: Das Projekt PEPERINA in der Mutter-Kind-Ambulanz bietet Schwangeren und Müttern mit kleinen Kindern Hilfe und Unterstützung in Form von psychiatrischer Diagnostik und Behandlung, Gesprächstherapie und Sozialdienstliche Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Hilfen für zu Hause. Im Rahmen der stationären Angebote ist die Behandlung von Frauen, die im Rahmen ihrer Schwangerschaft eine Behandlung ihres Suchtmittelkonsums anstreben, ein Schwerpunkt der Einrichtung.

---

<sup>26</sup> Fachklinik St. Marienstift [Online:] <https://www.sucht-fachkliniken.de/marienstift.html> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>27</sup> Adolf Mathes Haus [Online:] <https://www.kmfv.de/einrichtungen-und-dienste/einrichtungssuche/einrichtung/adolf-mathes-haus/show/index.html> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>28</sup> Generell sollte beachtet werden, dass nicht in jedem Angebot, das sich ausschließlich an Männer oder Frauen richtet, auch entsprechende genderspezifische Behandlungs- oder Beratungsmethoden zur Anwendung kommen.

<sup>29</sup> Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach [Online:] <https://www.landeskrankenhaus.de/rhein-mosel-fachklinik-andernach> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

Eine Studie der Ludwig-Maximilian Universität München weist darauf hin, dass repräsentative Daten zum Thema Substanzgebrauch in der Schwangerschaft in Deutschland fehlen, jedoch dringend notwendig sind, um festzustellen wie hoch der Behandlungsbedarf ist und um Lücken im Behandlungsbedarf zu schließen (Hoch et al., 2019).

Derzeit wird die Intervention „SHIFT+“, ein Suchthilfe Familientraining für drogenabhängige Eltern des Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), weiterentwickelt und evaluiert. Das Projekt baut auf das Programm „SHIFT“<sup>30</sup> auf, welches im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts „Crystal Meth & Familie II - Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ konzipiert und umfangreich evaluiert wurde. Bei „SHIFT“ werden im Rahmen von acht 90-minütigen, modularisierten Interventionseinheiten die Förderung von positivem Erziehungsverhalten, die Stabilisierung der elterlichen Abstinenz sowie die Stärkung familiärer Resilienzen thematisiert. Da sich SHIFT als in der Praxis wirksames Projekt gezeigt hat, soll im Rahmen der Weiterentwicklung SHIFT+ auch für den restlichen Bereich der Abhängigkeit von illegalen Substanzen erweitert werden. Die Ergänzung von Modulen für Angehörige soll zudem den Bereich der Familienresilienz vertiefen. Die Umsetzung von SHIFT+ erfolgt in Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe an bundesweit zehn Standorten. In den zehn Sitzungen á 90-Minuten sollen bewährte sucht- und verhaltenstherapeutische Techniken und Programme vermittelt werden. Mit Hilfe eines randomisierten Forschungsdesigns soll die Intervention hinsichtlich Wirksamkeit und Akzeptanz geprüft werden. Erste Ergebnisse werden noch in diesem Jahr erwartet.

### **Minderjährige Kinder und Jugendliche**

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher<sup>31</sup> gibt es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

Es gibt jedoch in vielen Städten und Gemeinden ambulante jugend- und suchtspezifische Einrichtungen. Sie werden meist von jungen Cannabiskonsumierenden in Anspruch genommen, die wegen des Konsums anderer psychotroper Substanzen aufgefallen sind. Oftmals bieten diese Einrichtungen evaluierte Programme an, die am Übergang von Prävention zu Behandlung angesiedelt sind, wie z. B. „FreD - Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum“<sup>32</sup> und das Programm „Realize it“<sup>33</sup> für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

---

<sup>30</sup> Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Seite des DISuP unter <https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute/disup/forschungsprojekte/crystal-meth-und-familie-ii/> [Letzter Zugriff: 17.06.2020]

<sup>31</sup> Unter der Bezeichnung „Kinder“ werden Menschen unter 14 Jahre verstanden, unter „Jugendliche“ Menschen zwischen 15 und 17 Jahre. Definitionen können unter Umständen je nach Studie abweichen.

<sup>32</sup> FreD - Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum. [Online:] <https://www.lwl-fred.de/de/> [Letzter Zugriff: 17.07.2020].

<sup>33</sup> Realize it! Beratung bei Drogenkonsum. [Online:] <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff: 17.07.2020].

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der DHS bundesweit 74 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten (Stand Juli 2020, DHS, 2020a).

Gerade im Kinder- und Jugendbereich gibt es eine Reihe an internetbasierten Programmen (Vgl. Kap. 1.4.5), die einen niedrighschwelligem Zugang zu Informationen und Hilfen ermöglichen.

Darüber hinaus fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) „IMAC-Mind“<sup>34</sup>, einen neuen Forschungsverbund, der an der Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung angesiedelt ist. Es wird erforscht, wie das Suchtverhalten von Kindern und Jugendlichen verhindert und die therapeutische Versorgung verbessert werden kann. Konkrete Forschungsziele sind die Entwicklung kindgerechter Versorgungsansätze für psychische Störungen, die Erforschung prägender Einflüsse auf die Gesundheit und die jeweilige Erkrankung, sowie die Entwicklung von risikogruppenbezogenen Präventionsansätzen (Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), 2017; Friedrich et al., 2018).

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

### **Menschen mit einer geistigen Behinderung**

Das Modellprojekt TANDEM – *Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe*<sup>35</sup> der LWL-Koordinationsstelle Sucht soll die nachhaltige Entwicklung von Vernetzungsstrukturen zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe fördern. Ziel ist es, geeignete Suchthilfeangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu entwickeln. Das Modellprojekt läuft von September 2018 bis Ende August 2021, sechs Einrichtungen bzw. drei Tandems aus Behinderten- und Suchthilfe nehmen teil.

Des Weiteren bietet der LWL ein Online-Einrichtungsverzeichnis an, in dessen Datenbank suchtspezifische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus sechs deutschen Bundesländern erfasst sind<sup>36</sup>.

Weitere Informationen zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtmittelkonsum sind im Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Pfeiffer-Gerschel et al., 2014).

---

<sup>34</sup> IMAC-Mind [Online] <https://www.imac-mind.de/> [Letzter Zugriff: 17.07.2020].

<sup>35</sup> TANDEM [Online:] <https://www.lwl-ks.de/de/TANDEM/> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>36</sup> Geistige Behinderung und Sucht – Einrichtungsverzeichnis [Online:] <https://www.geistige-behinderung-und-sucht.de/de/gbs-verzeichnis/> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

### 1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige

Bislang gibt es in Deutschland keine systematische Übersicht über E-Health bzw. Online-Angebote zur Beratung und Behandlung Drogenabhängiger. Das wohl bekannteste und älteste Projekt ist „drugcom.de“<sup>37</sup>, ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Das Internetportal informiert über legale und illegale Drogen und bietet Interessierten und Ratsuchenden die Möglichkeit, sich auszutauschen oder auf unkomplizierte Weise professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Ziel des Angebots ist es, die Kommunikation über Drogen und Sucht anzuregen und eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu fördern.

Den Besuchern der Website stehen auf drugcom.de Online-Beratungsoptionen über Chat oder E-Mail zur Verfügung. Darüber hinaus können Suchtberatungsstellen in der Nähe gefunden werden.

Neben der Chatberatung verfügt Drugcom.de über spezifische evaluierte Behandlungsprogramme wie z. B. „Quit the shit“<sup>38</sup>, bei dem ein Online-Konsumtagebuch das Kernelement bildet und durch anonyme online Beratungsservices ergänzt wird. Ähnlich aufgebaut, jedoch ohne feste Laufzeit, ist das Online-Suchtberatungsprojekt „KOiNTER“<sup>39</sup>, ein Angebot des jhj Hamburg e. V. Seit dem 01.12.2009 bietet „KOiNTER“ die erste virtuelle Beratung Hamburgs im Suchtbereich an, 2014 wurde die Seite komplett neu gestaltet und um Features ergänzt. KOiNTER bietet aktuell einen Chat, ein begleitetes Konsumtagebuch, Einzelberatung sowie Check-ups für Betroffene und Angehörige/Freunde als Online-Angebote an. Alle Beratungsangebote sind kostenlos, streng vertraulich und können auf Wunsch anonym erfolgen.

Ein auf Methamphetamine spezialisierte Angebot ist das Webportal „Breaking Meth“<sup>40</sup>. Es wird vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung [ZIS] in Hamburg betrieben und richtet sich an derzeit konsumierende und ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten. „Breaking Meth“ bietet den Nutzern die Möglichkeit, sich anonym zu konsumbezogenen Themen auszutauschen. Schwerpunkte sind beispielsweise safer use und Konsumreflexionen. Aufgrund der Betreuung durch Fachpersonal besteht zudem die Möglichkeit einer besonders niedrighschwelligem Kontaktmöglichkeit zum Hilfesystem. Des Weiteren soll abstinenten Konsumentinnen und Konsumenten, die möglicherweise nicht die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen können oder wollen, eine Möglichkeit zum Austausch über das „clean sein“ und „clean bleiben“ geben. Als zusätzliches Angebot haben Nutzer, dank einer Kooperation mit dem Autor, zudem die

---

<sup>37</sup> Drugcom [Online] [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>38</sup> „Quit the Shit“ [Online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff: 27.08.2020].

<sup>39</sup> Online Suchtberatung KOiNTER [Online] <https://kointer.de> [Letzter Zugriff 27.08.2020].

<sup>40</sup> Breaking Meth [Online] <https://breaking-meth.de> [Letzter Zugriff 27.08.2020].

Möglichkeit das Buch *Quitting Crystal Meth*<sup>41</sup> in deutscher Fassung zu lesen (Breaking Meth, o.J.).

*SoberGuides*<sup>42</sup> ist ein digitales Sucht-Selbsthilfe Projekt der Guttempler in Deutschland. Es bietet Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, mit speziell geschulten, ehrenamtlichen, cleanen Süchtigen, sogenannten „Sober Guides“, Kontakt aufzunehmen, welche sie dann bis zu drei Monate intensiv begleiten. Der Kontakt ist kostenlos und erfolgt (auf Wunsch) anonym telefonisch oder per E-Mail. Betroffene können über die Webseite des Projektes die Profile der *Sober Guides* einsehen und in Abhängigkeit von Suchtmittel und angegebenen Sprechzeiten individuell entscheiden, welchen Guide sie kontaktieren wollen.

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

Aufgrund der COVID-19 (Corona) Pandemie haben Online-Angebote stark an Bedeutung gewonnen. Weitere Informationen zum Thema sind daher in Kapitel 3, Neue Entwicklungen, zu finden.

#### 1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

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

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

Hinsichtlich dieser „planmäßigen Beendigung“ als Erfolgsindikator zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden 59,4 %<sup>43</sup> (Dauber et al., 2020a, T6.04) der Behandelten die Intervention planmäßig gegenüber 67,3 %<sup>30</sup> (Dauber et al., 2020b, T6.04) im stationären Bereich. In der ambulanten Behandlung finden sich die höchsten Anteile an unplanmäßigen Beendigungen bei Patienten der Hauptdiagnose Opioid (46,8 %), Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (40,7 %) und Flüchtige Lösungsmittel (40,0 %); in der stationären Behandlung sind es Flüchtige Lösungsmittel (66,7 %), Halluzinogene (42,9 %) und Opioid (36,4 %) (Dauber et al., 2020a & b).

---

<sup>41</sup> Joseph Sharp (2018). *Quitting Crystal Meth: What to expect & What to do*. Createspace Independent Publishing Platform, Scotts Valley.

<sup>42</sup> SoberGuides [Online:] [www.soberguides.de](http://www.soberguides.de) [Letzter Zugriff: 02.09.2020].

<sup>43</sup> Für diese Zahl wurde die Anzahl aller planmäßigen Beendigungen der Diagnosegruppen F11-16 & F18-19 mit der Anzahl aller Behandlungen der Diagnosegruppen ins Verhältnis gesetzt.

Anfang 2020 veröffentlichte der Fachverband Sucht [FVS] die Katamnesedaten von drei<sup>44</sup> seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [DG-Sucht] entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen<sup>45</sup> (DG-Sucht, 2001; DG-Sucht, 1985). Die aktuellen Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2017 sind, im Vergleich zum Vorjahr, wieder leicht gestiegen. Die katamnestiche Erfolgsquote liegt bei 70,4 % (DGSS1) (2016: 67,7 %, 2015: 75,4 %; 2014: 74,4 %; 2013: 78,2 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenz Erfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 17,2 % (DGSS 4) (2016: 20,7 %, 2015: 23,3 %; 2014: 23,8 %; 2013: 24,9 %). Durchschnittlich konsumierten rückfällige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 15,4 Wochen nach ihrer Entlassung wieder Suchtmittel. Mit Hilfe der Daten von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Katamnese einen Rückfall und den Rückfallzeitraum angegeben haben, konnte ermittelt werden, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende am höchsten ist (61,9 %) (Kemmann et al., 2020).

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

### 1.4.7 Soziale Integration

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

Hervorzuheben sind z. B. die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ der „Gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation –

---

<sup>44</sup> Für die Auswertung des Entlassjahrgang 2017 wurden die Daten von nur halb so vielen Einrichtungen wie noch im Jahr 2016 ausgewertet. Dieser verringerte Datenpool erklärt sich vermutlich durch die Umstellungsphase auf den neuen deutschen Kerndatensatz KDS 3.0, welcher erstmals im Entlassungsjahr 2017 angewandt wurde. Aufgrund der Umstellung sind die Daten nur bedingt mit denen vor der Umstellung vergleichbar.

<sup>45</sup> Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS4 bezieht alle Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall (DG-Sucht 2001, DG-Sucht 1985). DGSS1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

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

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

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

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

#### **1.4.8 Anbieter von Substitutionsbehandlung**

In Deutschland darf die opioidgestützte Behandlung (Substitution) nur durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Nach Inkrafttreten der dritten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (Vgl. Dammer et al., 2017, Kap. 3.1) ist der Kreis, der zur Abgabe von Substitutionsmitteln berechtigten Personen, erweitert worden (BMG, 2017). Er umfasst neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten und ihrem Fachpersonal z.B. auch

- medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz<sup>46</sup>,
- medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird<sup>47</sup>,
- Apotheker/-innen oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal<sup>48</sup>,
- Medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus<sup>49</sup> und
- das in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzte und dafür ausgebildete Personal<sup>50</sup>.

Dennoch sind Ärztinnen und Ärzte die einzigen direkten Anbieter der Behandlungsform, wenn auch z. T. nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom ÖGD gestellt werden. Vor allem größere, auf die Substitution spezialisierte Praxen arbeiten in enger Kooperation mit Einrichtungen psychosozialer Betreuung (PSB), die zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. 2019 haben insgesamt 2.607 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen ist damit, im Vergleich zum Vorjahr, leicht gestiegen (vgl. Abbildung 1). 2018 nutzten 568 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 22 % – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können sie ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 2.10.2017 bis zu zehn Patientinnen und Patienten (vorher bis zu drei) gleichzeitig substituieren, wenn sie eine suchtmmedizinisch qualifizierte Ärztin/Arzt als Konsiliarärztin/-arzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben rund 1 % aller Substitutionspatientinnen und -Patienten behandelt (BOPST, 2020).

---

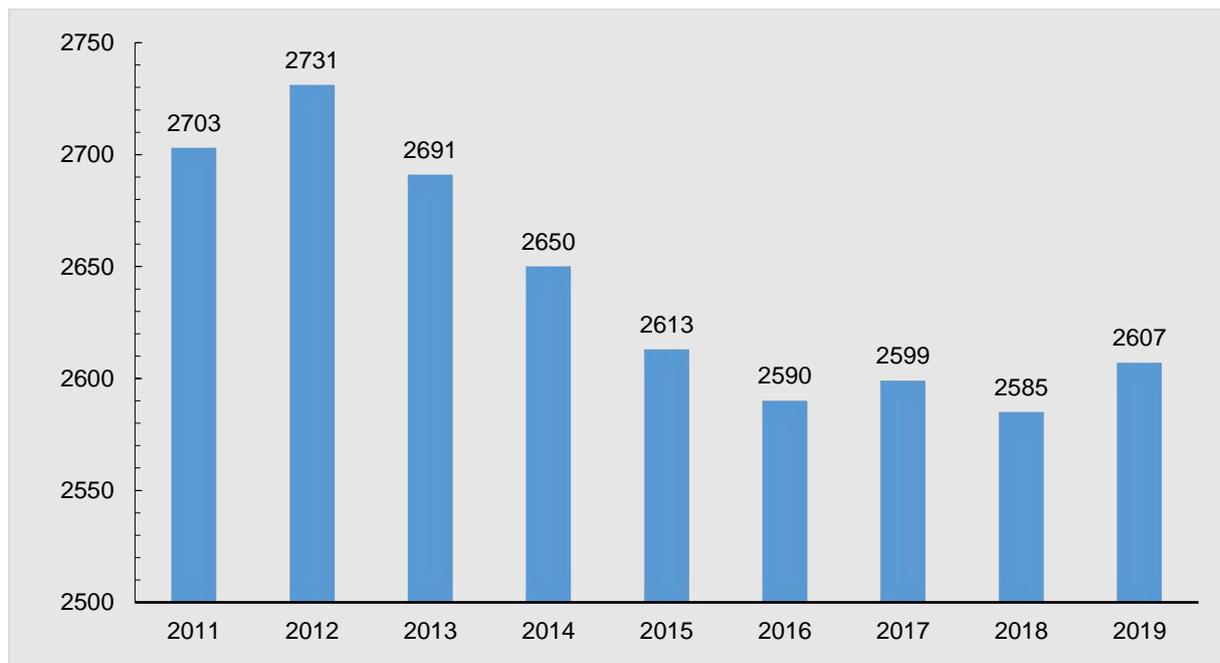
<sup>46</sup> Sofern der substituierende Arzt nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig ist und er mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

<sup>47</sup> Sofern der substituierende Arzt für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

<sup>48</sup> Sofern der substituierende Arzt mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen hat.

<sup>49</sup> Sofern der substituierende Arzt für dieses Krankenhaus nicht selber tätig ist und er mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen hat.

<sup>50</sup> Sofern der substituierende Arzt für diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.



Quelle: BOPST (2020)

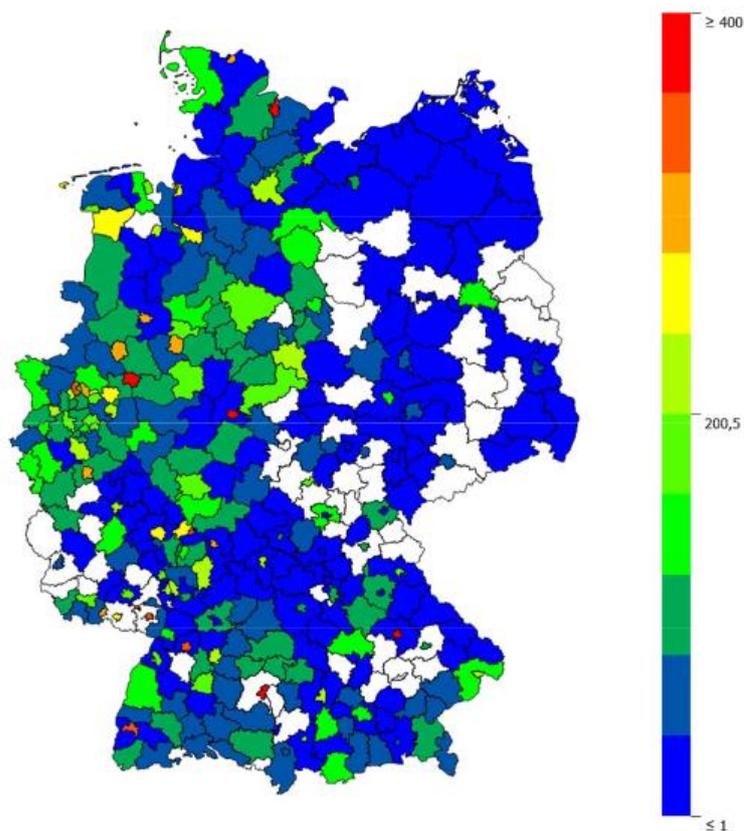
Abbildung 1 Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2011 – 2019

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierender Ärztin bzw. Arzt beträgt bundesweit 31, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 43; Brandenburg: 6,2). Rund 14 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet. Dies weist darauf hin, dass viele Opioidabhängige in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Es gibt jedoch auch viele Praxen (27 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen (BOPST, 2020).

Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen, Hamburg und Berlin), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen (Vgl. Abbildung 2).

### 1.4.9 Anzahl der Substitutionspatienten

Zum Stichtag 1. Juli 2019 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 79.700 und hat damit den höchsten Stand seit 10 Jahren erreicht (Vgl. Abbildung 3). Im Jahr 2019 wurden im Substitutionsregister rund 91.700 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Personen mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden (BOPST, 2020).



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2020), Bericht zum Substitutionsregister, S. 9.

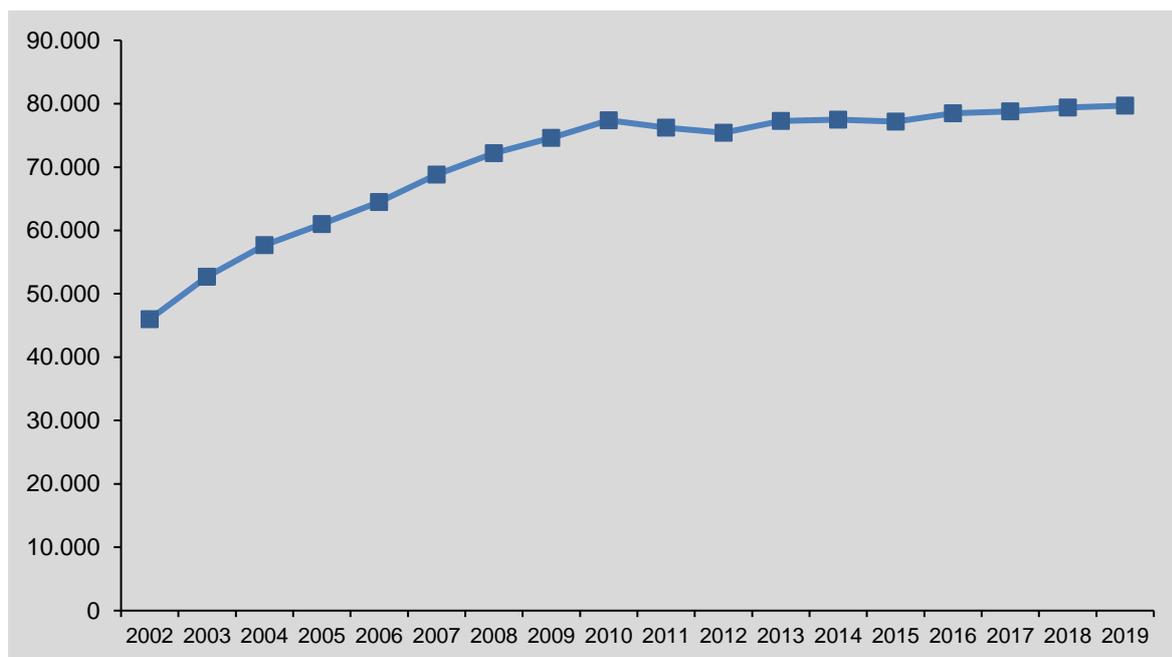
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2020).

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

**Abbildung 2** Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -Patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 01.01.2019

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt.

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen auf Kosten von Methadon (38,1 %) und zugunsten von Levomethadon (35,9 %) verschoben. Der Anteil von Buprenorphin (23,2 %) ist seit fünf Jahren weitestgehend konstant (Vgl. BOPST, 2020).



Quelle: BOPST (2020)

Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2019 (Stichtag 1. Juli)

#### 1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

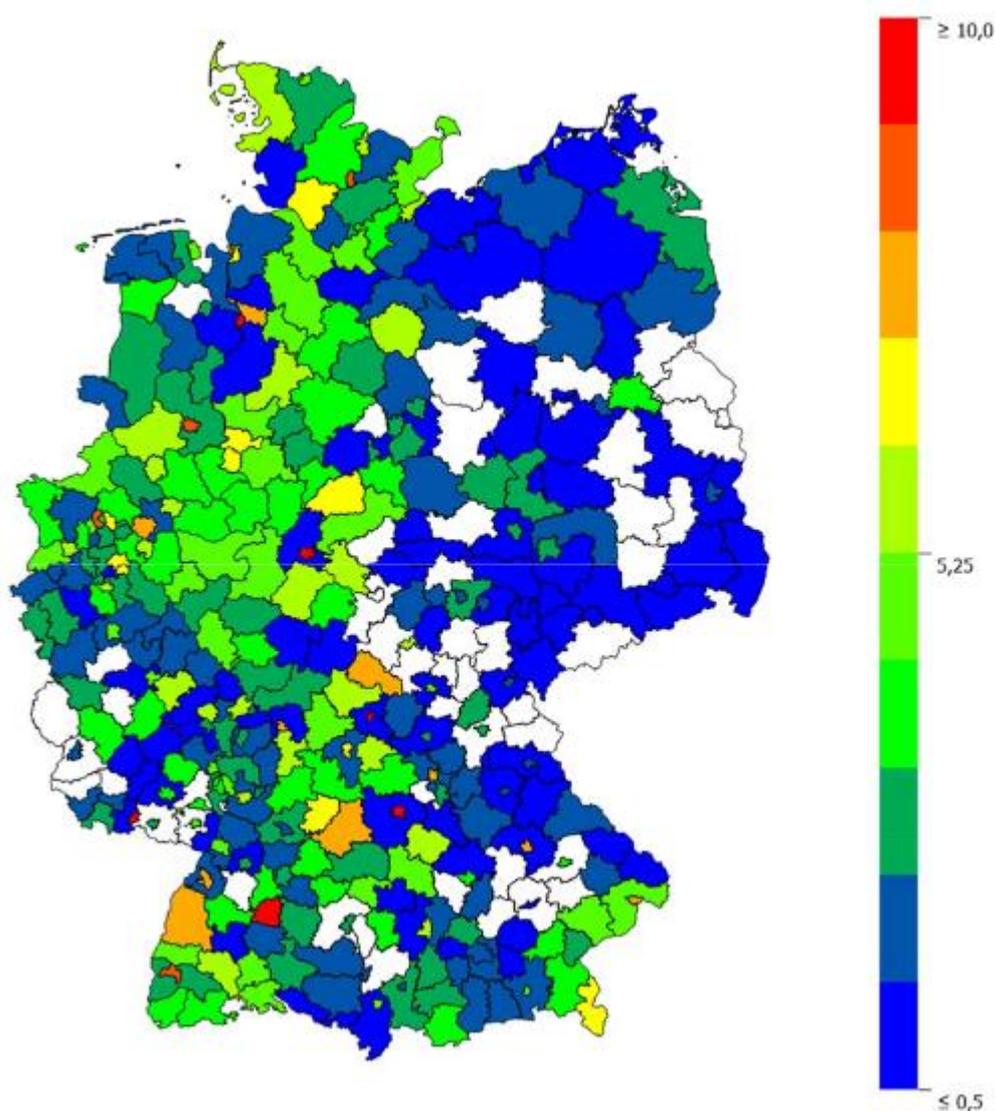
Seit mehreren Jahren bereitet die Gewährleistung von Substitution Sorge, insbesondere im ländlichen Raum (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al., 2014). Wenige Ärztinnen und Ärzte sind dort für große Landkreise zuständig und für Patientinnen und Patienten teilweise nur schwer zu erreichen (Vgl. Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2020), Bericht zum Substitutionsregister, S. 8).

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2020).

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

Abbildung 4). Immer mehr ältere Ärzte gehen zudem in den Ruhestand, jüngere, die bereit sind Substitutionsbehandlungen durchzuführen, 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 Substitutionsärztinnen und -Ärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (Vgl. Kapitel 1.4.8). Siehe auch Kap. 3.1 des Reitox-Berichts 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

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



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2020), Bericht zum Substitutionsregister, S. 8.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2020).

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

**Abbildung 4** Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2019

Ergebnisse einer Querschnittsstudie mit 2.176 Substitutionspatientinnen und -Patienten zeigen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser deutlich unter der Populationsnorm liegt. Insbesondere die mentale gesundheitsbezogene Lebensqualität gestaltet sich negativ. Ergebnis der Studie sind Empfehlungen für integrierte Ansätze zur Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in der Substitutionsbehandlung. Dazu sollten beispielsweise psychosoziale Unterstützungsangebote, Psychotherapie, Fallmanagement aber auch Aspekte medizinischer Versorgung gehören (Strada et al., 2019).

### 1.4.11 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten werden stetig Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit entwickelt. Die Übersicht wird in zeitlich absteigender Reihenfolge dargestellt:

- Ende April trat die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unter der Corona Pandemie definiert. Substituierenden Ärztinnen und Ärzten ist es im Geltungszeitraum der Verordnung z. B. erlaubt, mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und Medikamente (Take Home) über einen Zeitraum von sieben oder in Einzelfällen bis zu 30 Tagen zu verschreiben. Darüber hinaus wurden die Regelungen hinsichtlich des Personenkreises, der das Substitut zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, gelockert und rechtlich die Möglichkeit geschaffen, die Verschreibung für ein Substitutionsmittel auch ohne persönliche Konsultation an die Patientin oder den Patienten auszuhändigen (Bundesanzeiger, 2020) (Weitere Informationen im Kapitel 2 Trends).
- Mit einem Beschluss vom 6. September 2018 hat der G-BA die Regelungen überarbeitet, nach denen Opioidabhängige zulasten der GKV eine substitutionsgestützte Therapie erhalten können. Der bislang vorrangig abstinenzorientierte Behandlungsansatz wurde von einem therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst, die beispielsweise die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden als Behandlungsziele verankert. Der Beschluss trat am 07. Dezember in Kraft (G-BA, 2018).
- Ende 2017 wurde eine Arbeitshilfe der BÄK zur Vereinbarung von Eckpunkten zum Überlassen von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch im Rahmen der Opioidsubstitution eingeführt (BÄK, 2017a).
- Im Rahmen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV im Jahr 2017 wurden auch die Richtlinien für die Substitutionsbehandlung entsprechend des Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften aktualisiert (BÄK, 2017b).

Weitere Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Vorjahre sind im Workbook Behandlung 2019 zu finden (Tönsmeise et al., 2019).

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) führt jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch: Dabei werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Von erfahrenen und speziell geschulten Rehabilitationsärztinnen und -ärzten des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Sowohl stationäre als auch ambulante Entwöhnungsrehabilitationen werden in das Verfahren

einbezogen und nach gleichen Maßstäben bewertet. Zudem werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Naumann & Bonn, 2018).

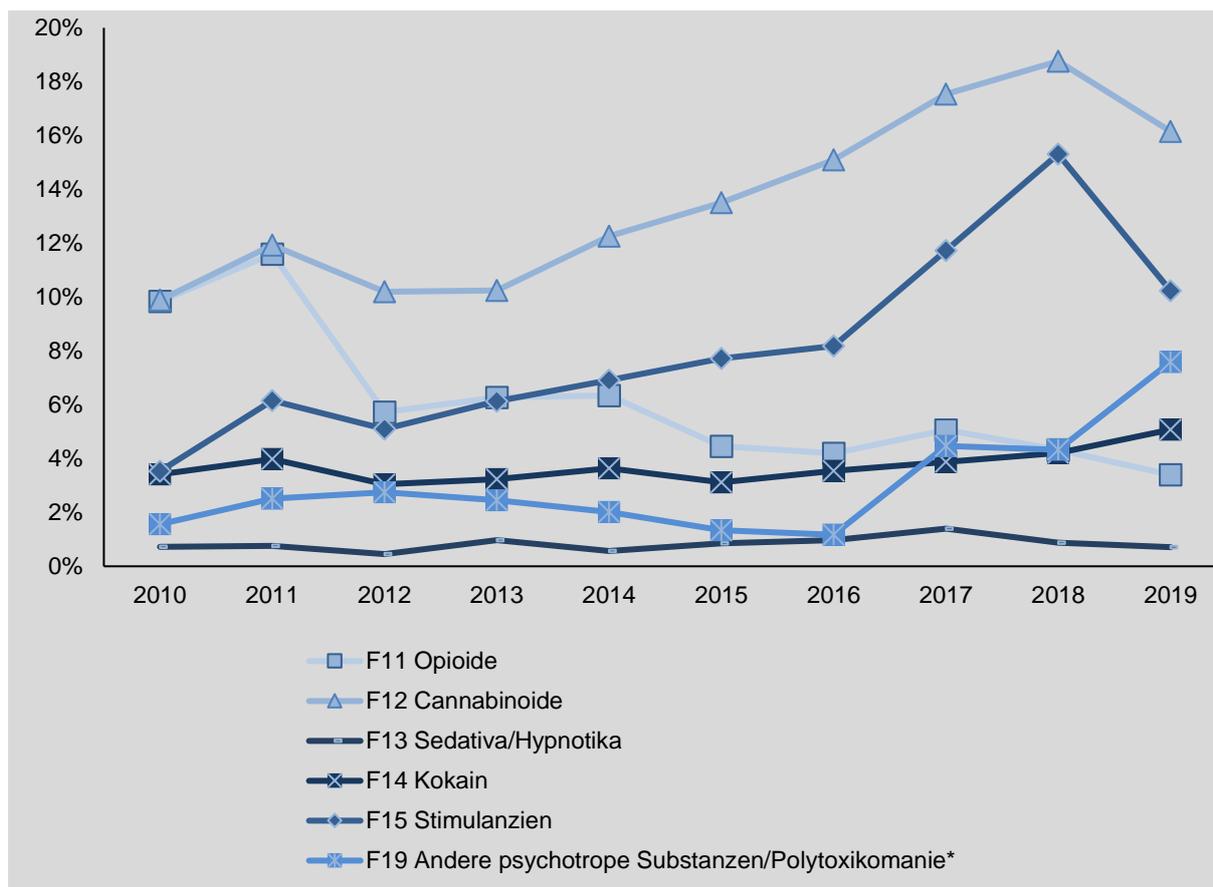
Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen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

## 2 TRENDS

### 2.1 Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung

#### Erstmalig behandelte Klientinnen und Klienten

Wie anhand der Abbildung 5 zu erkennen ist, ist der Anteil der aufgrund von Cannabinoiden erstmalig behandelten Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen (2013: 10 %, 2018: 19 %), jedoch im Jahr 2019 erstmals rückläufig (-3 %). Ein ähnlicher, jedoch nicht ganz so prävalenter Trend konnte bei der Hauptdiagnose F15 Stimulanzien beobachtet werden. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund von anderen psychotropen Substanzen oder Polytoxikomanie (F19) erstmalig behandelt wurden, ist im vergangenen Jahr um 3 % gestiegen. Die Anteile der erstmalig behandelten Patienten aufgrund der Hauptdiagnosen F11 Opioiden und F13 Sedativa/Hypnotika sind mit 3% und 1% gering. Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1 %.



Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1%. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

\* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie

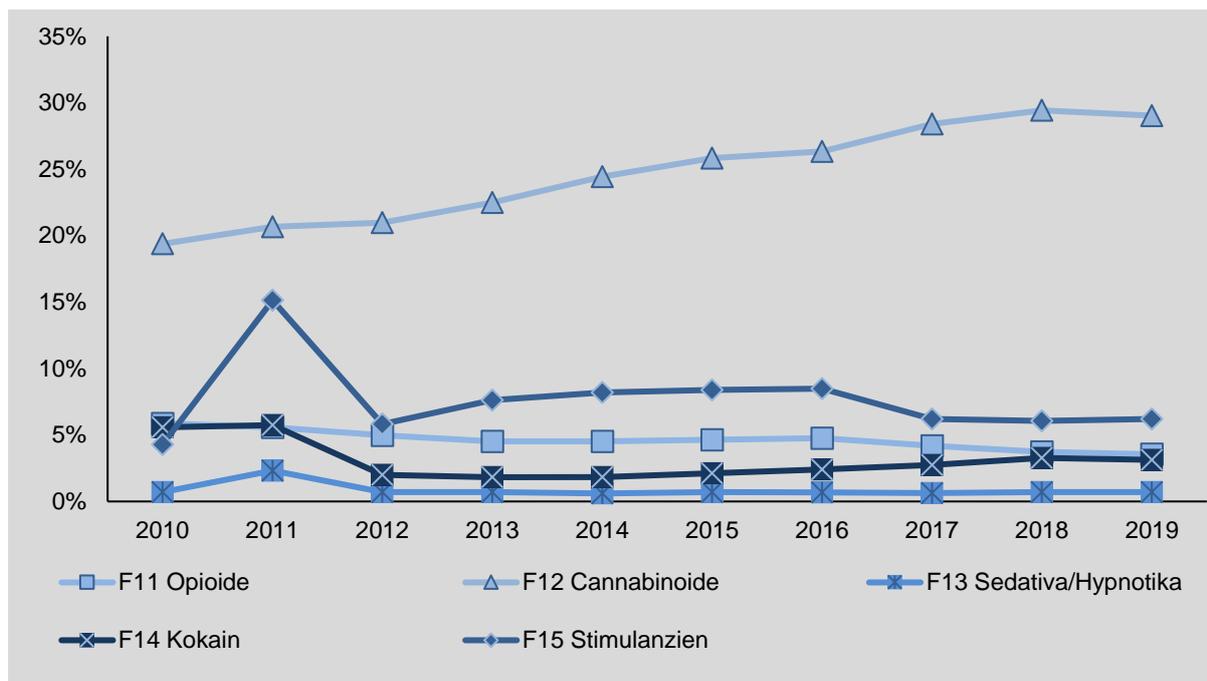
Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10-F19, F50, F63).

Aufgrund der Umstellung des KDS sind die Daten ab dem Jahr 2017 nur bedingt mit denen der Vorjahre zu vergleichen.

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik, verfügbar unter: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

Abbildung 5 Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%).

Die mit Abstand am häufigsten erstmalig behandelten Klientinnen und Klienten im ambulanten Setting wurden in den vergangenen Jahren aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide vorstellig. Wie in der Abbildung 6 zu erkennen ist, liegt seit 2010 eine steigende Tendenz vor, welche im Jahr 2019 erstmalig stagnierte. Der prozentuale Anteil der erstbehandelten Klientinnen und Klienten der anderen Hauptdiagnosen ist in den letzten drei Jahren weitestgehend konstant geblieben.



Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene, F18 Flüchtige Lösungsmittel und F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie liegen im gesamten beobachteten Zeitraum unter 2,5%. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10-F19, F50, F63).

Aufgrund der Umstellung des KDS sind die Daten ab dem Jahr 2017 nur bedingt mit denen der Vorjahre zu vergleichen.

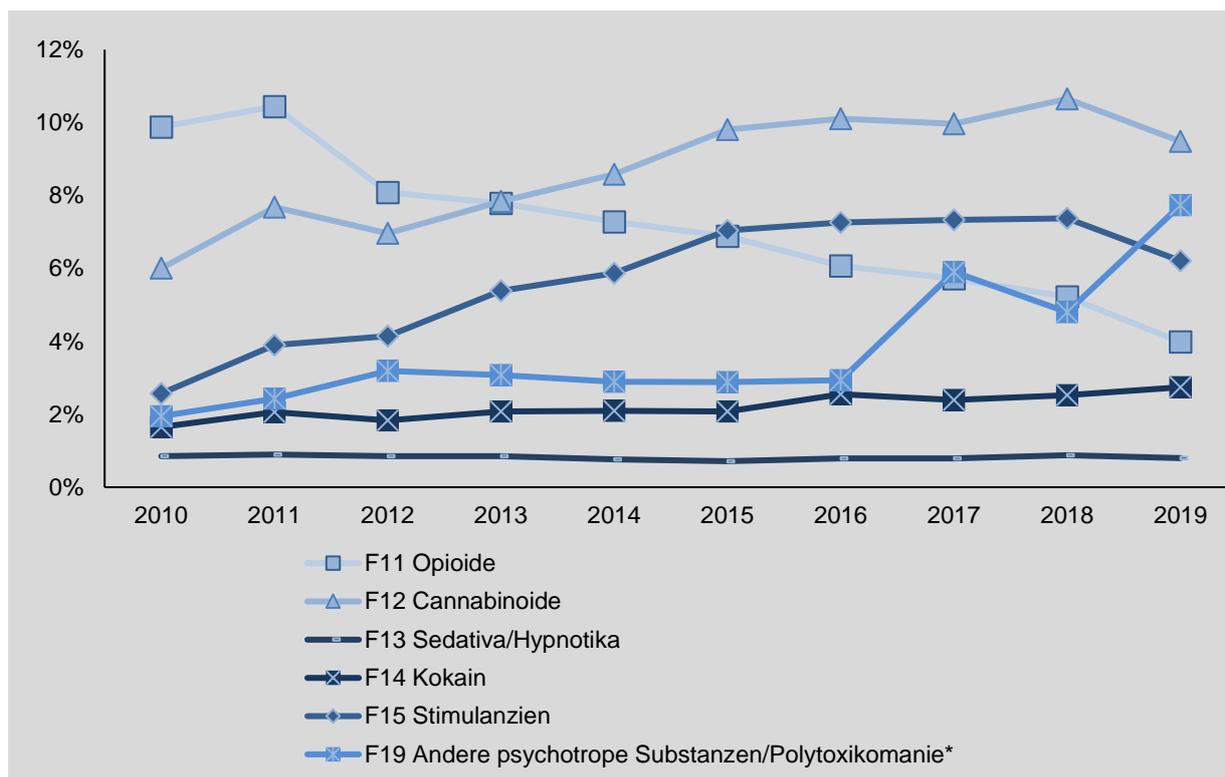
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik, verfügbar unter: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

Abbildung 6 Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%).

## Behandelte Klientinnen und Klienten insgesamt

Unter Berücksichtigung der Behandlungsdaten aus den vergangenen zehn Jahren fällt auf, dass sich Anteilig insbesondere bei den Hauptdiagnosen im stationären Setting einiges verändert hat. Während 2010 noch 10% aller Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden waren, sind es 2019 nur noch 4% gewesen. Der jeweilige Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Cannabinoiden, Stimulanzien und anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie dagegen ist deutlich gestiegen (Vgl. Abbildung 7).

Auch im ambulanten Setting ist zu beobachten, dass der Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden rückläufig ist (16 % aller ambulanten Suchtbehandlungen in 2010, 9 % im Jahr 2019), während immer mehr Klientinnen und Klienten aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide behandelt/beraten werden (12% im Jahr 2010, 19% im Jahr 2019). Zudem ist seit 2017 ein Anstieg von Klientinnen und Klienten der Hauptdiagnose Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie zu beobachten (0 % in 2016, 4 % in 2019).



Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1%. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

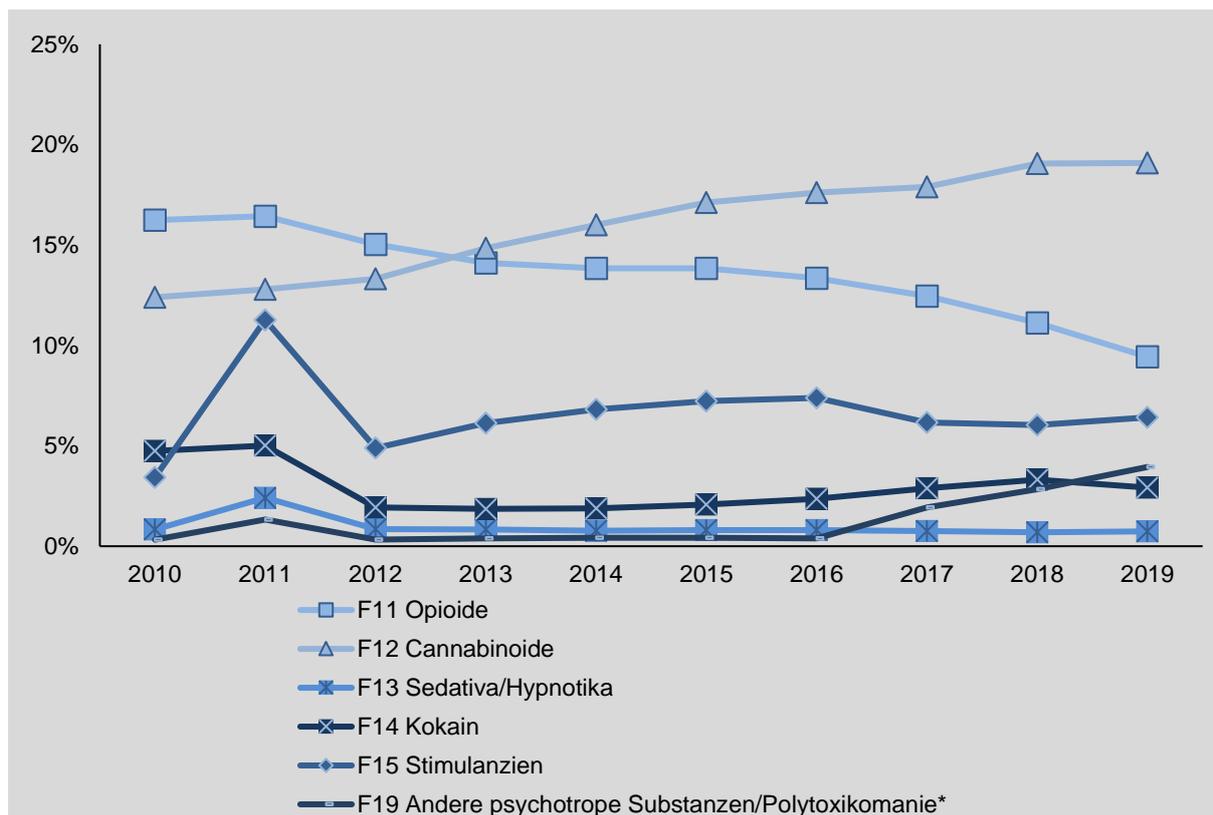
\* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10-F19, F50, F63).

Aufgrund der Umstellung des KDS sind die Daten ab dem Jahr 2017 nur bedingt mit denen der Vorjahre zu vergleichen.

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik, verfügbar unter: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

**Abbildung 7** Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%).



Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1%. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

\* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10-F19, F50, F63).

Aufgrund der Umstellung des KDS sind die Daten ab dem Jahr 2017 nur bedingt mit denen der Vorjahre zu vergleichen.

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik, verfügbar unter: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

Abbildung 8 Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent

## Substitutionsbehandlungen

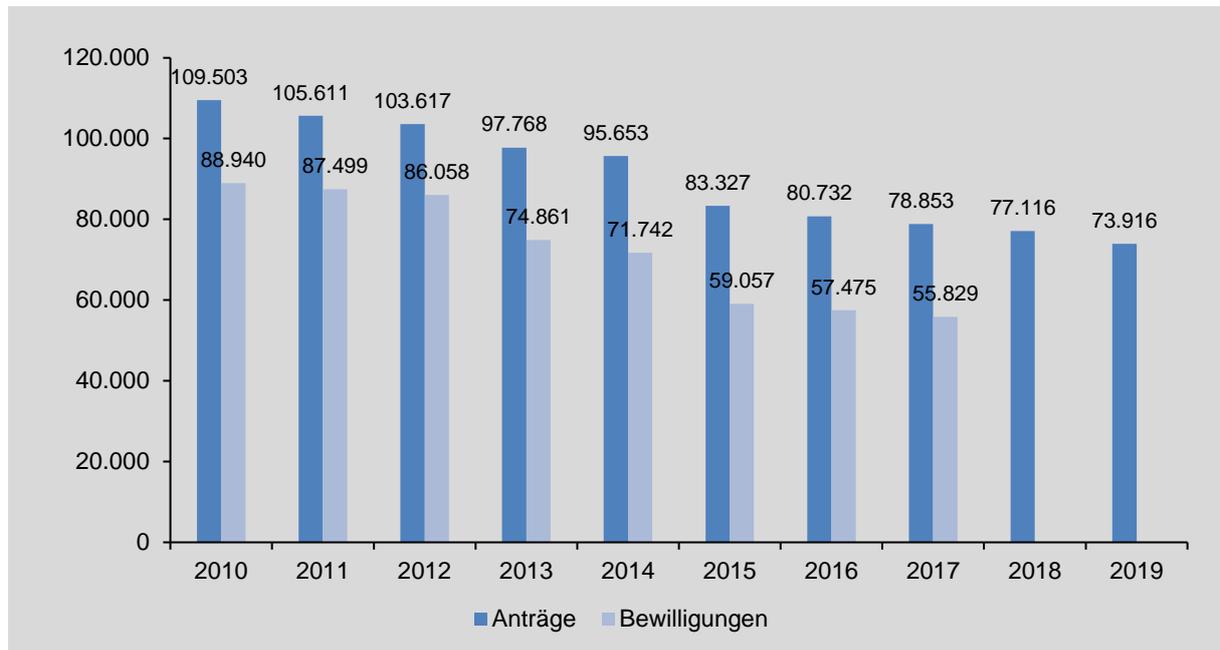
Informationen zu Trends in der Substitutionsbehandlung finden Sie in den Kapiteln 1.4.8 und 1.4.9.

## Rehabilitation

Die Gesamtzahl der von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen und seitdem rückläufig (73.916 im Jahr 2019) (DRV, 2020a). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet (Ostholt-Corsten & Kley, 2019) (Vgl. Abbildung 9).

Trotz umfassender gemeinsamer Analysen von Deutscher Rentenversicherung und Suchtverbänden konnten bislang keine eindeutigen Ursachen identifiziert werden. Da jedoch ein Großteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über Suchtberatungsstellen vermittelt werden, könnte möglicherweise ein Zusammenhang zwischen den rückläufigen

Rehabilitationsleistungen und der prekären finanziellen Lage der Beratungsstellen bestehen, welche oftmals in geringeren Ressourcen resultiert (Koch, 2020).



Quelle: Ostholt-Corsten & Kley, 2019, DRV (2020b)

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

Abbildung 9 Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2010-2019).

## 3 NEUE ENTWICKLUNGEN

### 3.1 Neue Entwicklungen

#### Depotspritze zur Substitutionsbehandlung

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

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

Das ZIS führt derzeit (12/2019-03/2023) die Studie „Suchtrehabilitation von Opioidabhängigen in Behandlung mit injizierbarem, subkutanem Depot-Buprenorphin (ARIDE)“ durch, welche

eine wissenschaftlich fundierte Beurteilung möglicher Vorteile des Einsatzes von Buvidal® in der Suchtrehabilitation ermöglichen soll (ZIS, o.J.).

### **Suchtbehandlung während der COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) Pandemie**

Die Corona-Pandemie erreichte im Jahr 2020 auch Deutschland, wo laut RKI bis heute 228.621 Menschen erkrankten und 9.253 starben (Stand: 20.08.2020; RKI, 2020). Auch das Suchthilfesystem ist von den Auswirkungen der Pandemie betroffen und vor große Herausforderungen gestellt.

Kontaktbeschränkungen, rechtliche Rahmenbedingungen (wie z. B. behördliche Belegungsstopps und Verordnungen zum Freihalten von Kapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen zur Entlastung von Akutkrankenhäusern), Hygienemaßnahmen, und Abstandsregelungen führten dazu, dass Beratungs- und Behandlungsangebote nur noch reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren und teilweise sind, einige Einrichtungen mussten ihre Angebote vorübergehend pausieren. Repräsentative Daten zur tatsächlichen Lage der Suchthilfeeinrichtungen gibt es nicht. Jedoch haben einige Akteure Umfragen durchgeführt (Raiser et al., 2020). Bei den Ergebnissen handelt es sich um Momentaufnahmen, welche grundsätzlich unter Vorbehalt interpretiert werden sollten.

In einer Ad-hoc-Abfrage der DHS und ihrer Mitgliedsverbände zwischen dem 14. und 24. April 2020 gaben 33 % der befragten Einrichtungen an, dass die Krankenhäuser und Kliniken, mit denen sie üblicherweise kooperieren, während der Corona-Krise Entzugsbehandlungen im gleichen Umfang wie zuvor anböten. 24 % gaben an, das Angebot sei deutlich (mehr als 60 %) reduziert, 19 %, dass nur noch Notfälle aufgenommen würden und 12 %, dass keine Entzugsbehandlungen mehr angeboten würden (DHS, 2020b; Raiser et al., 2020)<sup>51</sup>.

Der Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. (fdr+) hat ebenfalls eine Mitgliederbefragung durchgeführt, welche im Zeitraum vom 10. - 17. Juni 2020 erfolgte. Die Auswertungen zeigen Einschränkungen bei der Angebotsstruktur während der Pandemie auf. Zudem berichten 90% der Befragten von Mehrbelastung bei der Arbeit, welche auf die veränderte Kontaktaufnahme mit den Klientinnen und Klienten zurück zu führen sind, Mehraufwand aufgrund der Schutzmaßnahmen, inner-psychische Belastung durch Pandemieauswirkungen wie z. B. Ängste oder auch Belastung aufgrund von anders bzw. besonders belasteter Klientel (fdr+, 2020a, b).

Die Umstände dass Desinfektionsmaterialien und Schutzmasken, aber auch Kinderbetreuung und Coronatests zeitweise nicht oder nur schwer verfügbar waren, stellte viele Träger der Suchthilfe zeitweise vor Situationen in denen der gesundheitliche Schutz der Mitarbeitenden, aber auch Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten und die Aufrechterhaltung

---

<sup>51</sup> Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass diese zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, als Klinikkapazitäten für mögliche Corona Patientinnen und Patienten freigehalten werden mussten. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass die Kliniken und Krankenhäuser selbst nicht gefragt wurden, also die wahrgenommenen Kapazitäten nicht zwangsläufig den tatsächlichen Kapazitäten entsprechen. Laut Expertinnen und Experten hat sich die Versorgung in den darauf folgenden Monaten schnell wieder verbessert.

des Beratungs-/Behandlungsangebotes nicht oder nur wenig miteinander vereinbar waren (Raiser et al., 2020).

Insbesondere die Praxis der Substitutionsvergabe wurde durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblich erschwert und eingeschränkt, da sie den regelmäßigen, oftmals sogar täglichen Kontakt zur Vergabestelle und dem dortigen Fachpersonal voraussetzt. Dazu kommt erschwerend, dass Substitutionspatientinnen und -patienten aufgrund ihres oftmals geschwächten Immunsystems in der Pandemie eine vulnerable Gruppe darstellen. Bereits zu Beginn der Pandemie forderten unterschiedliche Akteure der Suchthilfe Hilfsmaßnahmen für die Substitutionspraxis und eine Anpassung der Vergaberichtlinien an die aktuellen Umstände.

Ende April trat die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung definiert. Substituierenden Ärztinnen und Ärzten ist es im Geltungszeitraum der Verordnung z. B. erlaubt, mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und Medikamente (Take Home) über einen Zeitraum von sieben oder in Einzelfällen bis zu 30 Tagen zu verschreiben. Darüber hinaus wurden die Regelungen hinsichtlich des Personenkreises, der das Substitut zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, gelockert und rechtlich die Möglichkeit geschaffen, die Verschreibung für ein Substitutionsmittel auch ohne persönliche Konsultation an die Patientin oder den Patienten auszuhändigen (Bundesanzeiger, 2020). „Mit dieser Verordnung sichern wir die Substitutionstherapie suchtkranker Menschen auch in Zeiten der Corona-Pandemie. Dies zu erreichen war mir sehr wichtig, denn fast 80.000 Menschen in Deutschland sind auf die tägliche Gabe von Substitutionsmedikamenten angewiesen. Jede Unterbrechung kann lebensbedrohliche Folgen haben. [...]“ erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig, in einer Pressemitteilung anlässlich der neuen Rechtsverordnung (Drogenbeauftragte, 2020).

Neben der Arzneimittelversorgungsverordnung sind eine Reihe an Handreichungen verfügbar, welche den Anbieter\*innen von Substitutionsbehandlung sowie substituierten Menschen in der Praxis helfen sollen. SANOFI (2020a, b) beispielsweise veröffentlichte Hygiene-Tipps für die Substitutionspraxis sowie einen Flyer mit Sicherheitshinweisen für Substituierte; die Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland stellen Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte bereit (Jeschke & Meyer-Thompson, 2020). Außerdem ist z. B. im Drob Inn im Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg in Hamburg eine vorübergehende niedrigschwellige Substitutionsambulanz entstanden, um das Angebot vor Ort für die Zielgruppe auszuweiten (Drogenkurier, 2020).

Des Weiteren wurde vom Deutschen Bundestag das Krankenhausentlastungsgesetz beschlossen. Dieses sieht für Ausfälle im GKV Bereich (d.h. Rehabilitationspatientinnen und -Patienten im SGB V Bereich) Ausgleichszahlungen in Höhe von 60% im Vergleich zur durchschnittlichen Belegung vom GKV Anteil im Jahr 2019 vor (BMG, 2020). Und auch in den anderen Bereichen der Suchtbehandlung und -beratung wurden diverse Anstrengungen unternommen, um trotz Pandemie Angebote anzupassen oder zu ergänzen, um sie weiter oder wieder vorhalten zu können. Video- und Telefonkonferenzen sowie Umstrukturierung der

Angebotspaletten hinsichtlich Zeiten und Auslastungen konnten oftmals auch kurzfristig eingerichtet werden. Viele Akteure fanden darüber hinaus weitere individuelle und kreative Lösungsansätze, um ihre Arbeit fortsetzen zu können. So organisierte die LWL-Koordinationsstelle Sucht beispielsweise Online-Seminare, in deren Verlauf die Teilnehmer\*innen sich beispielsweise zu zuvor vereinbarten „Blind Dates“ zu zweit zu einem Spaziergang trafen, um sich zu ausgewählten Fragestellungen auszutauschen (LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2020).

### **Notruf Suchtberatung**

Suchtberatungsstellen haben durch ihre Arbeit eine Art Brückenfunktion zum Gesundheitssystem. Unabhängig davon ist ihre Arbeit sowohl für die betroffenen Klientinnen und Klienten, als auch für Angehörige und Fachpersonal, das mit Suchtproblematiken in Berührung kommt etc. unerlässlich und oftmals lebensrettend.

In den vergangenen Jahren beobachten Expertinnen und Experten jedoch mit zunehmender Besorgnis, dass die kommunale Finanzierung, welche für die Suchtberatungsstellen den größten Teil ihrer Gesamtfinanzierung ausmacht, stagniert. Bereits im April 2019 veröffentlichten Suchthilfe und Wohlfahrtsverbände einen Aufruf, welcher die stabile Finanzierung für Suchtberatungsstellen forderte (DHS, 2020c).

In Folge der Coronavirus Pandemie hat sich diese Situation zusätzlich verschärft. Einer Mitgliederbefragung des fdr+ zur Corona-Pandemie zufolge gaben 70% der befragten Einrichtungen und Organisationen an, dass sich ihre Liquidität perspektivisch verringern werde. Als Gründe hierfür wurden genannt:

- Gefährdung der Umsetzung der Angebote, z. B. durch Kontaktbeschränkungen und Einnahmeeinbußen,
- bedeutende Umsatzeinbußen sowie
- notwendige Mehr-Investitionen, z. B. aufgrund von baulichen Maßnahmen, der Beschaffung zusätzlicher Räumlichkeiten, (technischer) Ausstattung, Schutzausrüstung und Personal (fdr+, 2020b).

Um weiter auf die prekäre Situation der Beratungsstellen aufmerksam zu machen, wird am 04. November 2020 erstmalig der *Aktionstag Suchtberatung: Kommunal wertvoll!* unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten des Bundes, Daniela Ludwig, stattfinden. Ziel ist es, Suchtberatungsstellen und Politik in den Kommunen miteinander in einen Dialog zu bringen. Dabei soll vor Ort auf die Dringlichkeit der (Weiter-)Finanzierung und die Zukunftssicherung der Suchtberatungsstellen aufmerksam gemacht werden. Anlässlich des Aktionstages veröffentlichte die DHS auf ihrer Webseite einen Ideenpool mit Aktionsformaten und Informationen, welche die potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei der Vorbereitung einer Aktion unterstützen soll (DHS, 2020d).

## RUMA digital – Kontaktlos die Adhärenz in der Suchttherapie erfassen

Telemedizinische Anwendungen gewinnen für die Suchtbehandlung an Bedeutung, wenn auch noch nicht in vergleichbarem Maße wie für andere Bereiche des Gesundheitssystems. Die Anwendung RUMA digital von der RUMA GmbH wurde bereits vor der Corona-Pandemie entwickelt, ihre Möglichkeiten gewinnen jedoch insbesondere unter deren Einflüssen an Relevanz. Die Urin-Marker-Technologie erlaubt es Patientinnen und Patienten, ohne Therapeutinnen- bzw. Therapeutenkontakt Urinproben abzugeben. Bei einer Nutzung der Anwendung in der Suchtbehandlung wird diese Technik in Verbindung mit einer App genutzt, um z. B. im Rahmen der Substitutionstherapie die regelmäßige Abgabe von Urinproben zur Adhärenzkontrolle kontaktlos zu gestalten. Beim direkten Kontakt zwischen Arztpraxis und Patientin/Patient wird die App auf das Smartphone geladen und Handhabung sowie Systemabläufe erklärt sowie ein aktuelles Gesichtsfoto der Patientin bzw. des Patienten - für den späteren Abgleich bei der Videoaufzeichnung der Markereinnahme - gemacht. Dann werden die initial zu nutzenden Urin-Marker ausgehändigt, welche mit einem äußeren und einem inneren Barcode versehen sind. Unmittelbar vor der Einnahme des Markers erlauben diese im Rahmen der Videoaufzeichnung die Manipulationssicherheit. Für die Einnahme des Markers steht der Patientin bzw. dem Patienten ein Zeitfenster von 120 Sekunden zur Verfügung: er wird geschluckt und ein mitgeliefertes saures Bonbon gekaut, das den Speichelfluss anregt. Danach wird der geöffnete Mund und Zunge von der Patientin/dem Patienten über die Smartphone-App gefilmt. Mögliche Versuche, die Kapsel im Mundraum zu deponieren, würden zu der Freisetzung eines Färbemittels in der sich schnell auflösenden Kapselhülle führen und den gesamten Mundraum blau färben. Die Urinprobe kann persönlich oder per Kurier zur Praxis gebracht werden und über den Barcode zugeordnet werden. RUMA digital wurde bislang in zwei deutschen Zentren, der Fachklinik Ludwigsmühle und der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie in Landau, getestet (Ärzteblatt, 2020).

## 4 QUELLEN UND METHODIK

### 4.1 Quellen (T5.1)

- Aerzteblatt (2020): Suchtmedizin: Kontaktlos die Therapietreue erfassen, [Online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114244/Suchtmedizin-Kontaktlos-die-Therapietreue-erfassen> [Accessed: 3 Sep. 2020].
- Aidshilfe (2020): PaSuMi – Modellprojekt „Diversity-orientierte und partizipative Entwicklung der Suchtprävention und Suchthilfe für und mit Migrant\*innen“, [Online] [https://pasumi.info/wp-content/uploads/PaSuMi\\_Interaktiv\\_3\\_interne-Links.pdf](https://pasumi.info/wp-content/uploads/PaSuMi_Interaktiv_3_interne-Links.pdf) [Accessed: 24 Aug. 2020].
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019): The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines - an estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Deutsches Ärzteblatt International, 116, 577–84. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577.

- Bartsch, G., Friedrich, F., Schulte, L., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T. (2017): Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019): Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2017a). Arbeitshilfe der Bundesärztekammer. Eckpunkte für eine Vereinbarung zum Überlassen von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch (Sichtbezug) im Rahmen der Opioidsubstitution, [Online] [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Sucht/Substitution\\_extern.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Sucht/Substitution_extern.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesärztekammer (BÄK) (2017b): Richtlinie der Bundesärztekammer zur substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, [Online] [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesärztekammer (BÄK) (2019): Ärztestatistik zum 31.12.2019, [Online] [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesanzeiger (2020): Verordnung über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung). Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.), [Online:] [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO\\_Bgbl.PDF](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO_Bgbl.PDF) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV), [Online] [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/B/3\\_BtMVVAEndV.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3_BtMVVAEndV.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu (Pressemitteilung vom 27.03.2020), [Online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2020): Bericht zum Substitutionsregister, [Online]. [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/SubstBericht2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/SubstBericht2020.pdf?__blob=publicationFile&v=2) [Accessed: 3 Jun. 2020].
- Bundesgesetzblatt (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, [Online]

- <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf? blob=publicationFile&v=7> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2018): Bundeslagebild Rauschgift 2017, [Online] <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildZ.pdf? blob=publicationFile&v=2> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesministerium für Arbeit & Soziales (2018): Bekanntmachung. Erster Förderaufruf zum Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben–rehapro" zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, [Online] <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Teilhabe/rehapro-foerderaufruf.pdf? blob=publicationFile&v=1> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. [Buss] (publisher) (2016): Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, [Online] <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011): Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe, [Online] [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiu0Juo\\_YHkAhXFY1AKHX8uBwwQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.caritas-suchthilfe.de%2Fcms%2Fcontents%2Fcaritas-suchthilfe.d%2Fmedien%2Fdokumente%2Fpositionen-und-stell%2Fambulante-regionale%2F11-03-18diskussionspapierambulantesuchthilfe.pdf%3Fd%3Da%26f%3Do&usg=AOvVaw3zFSjMQIKWMGO7L5suvGyw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewiu0Juo_YHkAhXFY1AKHX8uBwwQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.caritas-suchthilfe.de%2Fcms%2Fcontents%2Fcaritas-suchthilfe.d%2Fmedien%2Fdokumente%2Fpositionen-und-stell%2Fambulante-regionale%2F11-03-18diskussionspapierambulantesuchthilfe.pdf%3Fd%3Da%26f%3Do&usg=AOvVaw3zFSjMQIKWMGO7L5suvGyw) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017). Deutschland. Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Rechtliche Rahmenbedingungen, Workbook Legal Framework. DBDD, München.
- Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Spacht, S. (2020a): Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Jahresauswertung, Tabellenband für ambulante Beratungs-und/oder Behandlungsstellen (Typ 1; Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Spacht, S. (2020b): Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Deutsche Aidshilfe e.V. (2019): Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. Aktuelle Meldung, 02.04.2019, [Online] <https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Deutsche Apotheker-Zeitung [DAZ.Online] (2019): Einfachere Opioidsubstitution mit Buvidal. Buprenorphin-Depot: nur einmal pro Woche oder Monat. Artikel, 19.02.2019, [Online]

- <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/19/buprenorphin-depot-nur-einmal-pro-woche-oder-monat> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019): Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, [Online] [https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (publisher) (1985): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47(8), 3-94.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (publisher) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland–Analyse der Hilfen und Angebote& Zukunftsperspektiven Update 2019, [Online] [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/Die\\_Versorgung\\_Suchtkranker\\_in\\_Deutschland\\_Update\\_2019.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020a): Einrichtungsdatenbank der DHS. [Online] <https://www.dhs.de/einrichtungssuche.html> [Accessed: 25 Jun. 2020].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020b): Suchthilfe während und nach der Corona-Krise absichern! (DHS Stellungnahme). [Online:] [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/news/Suchthilfe\\_waehrend\\_und\\_nach\\_der\\_Corona-Krise\\_absichern.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Suchthilfe_waehrend_und_nach_der_Corona-Krise_absichern.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020c): Notruf Suchtberatung Stabile Finanzierung jetzt! [Online:] [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/news/2019-04-23\\_Notruf\\_Suchtberatung.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2019-04-23_Notruf_Suchtberatung.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020d): Aktionstag Suchtberatung: „Kommunal wertvoll! am 4. November 2020“, [Online] <https://www.dhs.de/start/startmeldung-single/article/aktionstag-suchtberatung-kommunal-wertvoll-am-4-november-2020.html> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018): Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018, [Online] [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/Empfehlungen\\_Unterstuetzung\\_arbeit\\_suchender\\_abhaengigkeitskranker\\_Menschen.pdf?blob=publicationFile&v=5](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeit_suchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.pdf?blob=publicationFile&v=5) [Accessed: 23 Jul. 2019].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2020a): Statistik über Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVwV für Januar bis Dezember

2019. Table: 002.0 RV Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen sowie Veränderungen zum Vorjahr nach Antragsart (medizinische Reha-Leistungen), [Online] [https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/sk93\\_reha\\_antraege/tabellen\\_2019/201912\\_Reha\\_Antraege\\_Tabelle02.htm](https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/sk93_reha_antraege/tabellen_2019/201912_Reha_Antraege_Tabelle02.htm) [Accessed: 10 Aug. 2020].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2020b): Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2019, [Online] Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: <https://statistik-rente.de/drv/> [Accessed: 9 Jul. 2020].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2020c): Rehabilitation 2019. Band 2019, [Online] [https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle\\_statistikbaende/documents/Rehabilitation\\_2019.pdf](https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rehabilitation_2019.pdf) [Accessed: 10 Aug. 2020].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017): Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 [Online] [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.3\\_Versorgung-Struktur/2.3.8\\_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4\\_Nahtlosverfahren\\_qualifizierter\\_Entzug-Suchtrehabilitation/2017\\_HE\\_Nahtlosverfahren\\_2017-08-01\\_final.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4_Nahtlosverfahren_qualifizierter_Entzug-Suchtrehabilitation/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Drogenbeauftragte, Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020): Neue Rechtsverordnung vereinfacht Verschreibung von Substitutionspräparaten während der Pandemie. Drogenbeauftragte Ludwig: „Substitutionspatientinnen und - Patienten brauchen jetzt unsere Hilfe und schnelle Lösungen!“ (Press release, 21 Apr. 2020). [Online:] [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4\\_Presse/1\\_Pressemitteilungen/2020/2020\\_II.Quartal/200422\\_Arznei\\_VVO.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2020/2020_II.Quartal/200422_Arznei_VVO.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Drogenkurier (2020): Corona Virus - Drogengebrauchende und Drogenhilfe in Gefahr. JES Bundesverband (Hrsg.), [Online:] <https://www.jes-bundesverband.de/wp-content/uploads/2020/05/Kurier-122-Internet.pdf> [Accessed: 20 Aug. 2020].
- European Medicines Agency (EMA) (2018): Buvidal (buprenorphine), An overview of Buvidal and why it is authorised in the EU. EMA, London, [Online] [https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview_en.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Fachverband Drogen und Suchthilfe [fdr+] (2020a): Auswertung der Befragung der fdr+ Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe Im Juni 2020. [Online:]

- [https://www.fdr-Online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung\\_Corona-2020.pdf](https://www.fdr-Online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Fachverband Drogen und Suchthilfe [fdr+] (2020b): Neue Impulse jetzt nutzen! – Welche notwendigen Konsequenzen wir aus den Erfahrungen mit der Corona-Pandemie für eine wirkungsvolle Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe ziehen müssen. [Online:] [https://www.fdr-Online.info/wp-content/uploads/2020/07/200715-fdrPositionierung\\_Corona.pdf](https://www.fdr-Online.info/wp-content/uploads/2020/07/200715-fdrPositionierung_Corona.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Friedrich, M., Bartsch, G., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T. (2018): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Prävention. Workbook Prevention, DBDD. München.
- Friedrich, M., Tönsmeise, C., Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Prävention. Workbook Prevention, DBDD. München.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, [Online] [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06\\_2018-11-22\\_MVV-RL\\_Anlage-I\\_Nummer-2\\_Substitutionsgestuetzte-Behandlung\\_konsolidiert\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [BORA] (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, [Online] [https://www.deutscherrentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gemeinsame\\_empfehlung\\_BORA\\_2014.pdf?\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.deutscherrentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?_blob=publicationFile&v=3) [Accessed: 27 Jul. 2019].
- Haarig, F. & Mathiebe, J. (o.J.): Evaluation des bedarfsorientierten, interdisziplinären und systemübergreifenden “Dresdner Versorgungspfad Crystal”, [Online] <https://tu-dresden.de/med/mf/fph/forschung/forschungsprojekte> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Hoch, E., Apelt, S.M., Lauffer, P., Buchner, S. & Wilming, I: (2019): Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1), [Online:] [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf) [Accessed: 27 Aug. 2020].
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2019): DBDD Einrichtungsregister: Extract from Nov. 2019. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Jeschke, P. & Meyer-Thompson, H.G. (2020): Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland. Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19. Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte. [Online:] <https://www.forum->

- [substitutionspraxis.de/images/Handreichung\\_Kurzfassung\\_Subst\\_und\\_Sars\\_2\\_Covid\\_19\\_-16320-final-.pdf](http://substitutionspraxis.de/images/Handreichung_Kurzfassung_Subst_und_Sars_2_Covid_19_-16320-final-.pdf) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Kemmann, D., Muhl, C., Funke, W., Tuchtenhagen, F., Bachmeier, R., Klein, T., Köstler, U. & Weissinger, V. (2020): Effektivität der stationären abstinenzenorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht*, 1, 66-71.
- Klinikum der Universität München (o.J.): BMG "Crystal-Projekt". Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhabens, [Online] <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/de/forschung/forschungsfelder/sucht/agsuchtforschung/BMG-Crystal-Projekt/index.html> [Accessed: 28.09.2020].
- Koch, A. (2020): Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation, [Online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018): Analyse drogeninduzierter Todesfälle. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhlmann, T. (2015): Indikationskriterien für eine abstinenzen-gestützte versus substitu-tions-gestützte medizinische Rehabilitation aus der klinischen Praxis. *Sucht Aktuell* 22, 39-42.
- Kuhn, S. (2018): Drogenkonsum und Hilfebedarf von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) & Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, [Online] [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht\\_Gefluechtete\\_Drogenabhaengig\\_e.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengig_e.pdf) [Accessed: 24 Aug. 2020].
- Langzeit Übergangungs- und Unterstützungsangebot [LÜSA] (no date). Geschichte – Zahlen – Fakten [Online] <http://www.luesa.de/?site=fakten> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Max Planck Institute for Demographic Research & Vienna Institute of Demography (2019): Human Fertility Database, [Online] [www.humanfertility.org](http://www.humanfertility.org) [Accessed: 8 Jul. 2020].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung, Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (publisher), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Naundorff, J., Kornwald, C., Bosch, A., Hansen, B. & Janßen, H.-J. (2018): Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, [Online] [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Selbsthilfe/Erhebung\\_der\\_5\\_S\\_SHV\\_2017.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/Erhebung_der_5_S_SHV_2017.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Neumann-Runde, E. & Martens, M.-S. (2018): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation, BADO e.V, Hamburg.
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019): Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (publisher), Jahrbuch Sucht 2019, 180-191, Pabst, Lengerich.

- 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, München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2013/2014. DBDD, München.
- Piontek, D., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2018): Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Drogen. DBDD, München.
- Pressestelle des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) (2017): Sucht bei Kindern und Jugendlichen. Neuer Forschungsverbund zur Prävention und Behandlung, [Online] <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/sucht-bei-kindern-und-jugendlichen/> [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Raiser, P., Bürkle, S., Fleischmann, H., Mäder-Linke, C., Rummel, C. & Tönsmeise, C. (2020): Die Corona-Pandemie zeigt die unverzichtbare Vernetzung von Leistungen zur Versorgung Abhängigkeitskranker auf. Sucht, 66(4), 195-200.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2020): COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. [Online:] [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Fallzahlen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html) [Accessed: 20 Aug. 2020].
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2018): Antwort auf: Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Drs.-Nr.: 6/11188 Thema: Umsetzung 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums, [Online] [https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user\\_upload/Grosse\\_Anfragen/6 Drs 11188 Antwort.pdf](https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/Grosse_Anfragen/6_Drs_11188_Antwort.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Schneider, F., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., Friedrich, M. (2018): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD, München,
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020): Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD, München
- Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger (VDR) (2001): Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen", [Online] [https://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/Fachinformationen/Vereinbarungen%20im%20Suchtbereich.pdf](https://www.sucht.de/tl_files/pdf/Fachinformationen/Vereinbarungen%20im%20Suchtbereich.pdf) [Accessed: 10 Sep. 2020].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 26), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2017. Statistisches Bundesamt (Destatis) [Online] [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p)

\_aid=3&p\_aid=17471881&nummer=550&p\_sprache=D&p\_indsp=99999999&p\_aid=89277737 [Accessed: 10.09.2020].

Strada, L., Schmidt, C.S., Rosenkranz, M., Verthein, U., Scherbaum, N., Reimer, J. & Schulte, B. (2019): Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 14(1):2; [Online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30606188> [Accessed: 10 Sep. 2020].

Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019): Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München

Ueberschär, I., Kampczyk, U., Schmidtke, B., Retzlaff, R. (2017): Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. *Sucht aktuell*, 1-2017, 11-14.

Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015): Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. *Sucht aktuell*, 22 (2), 31-34.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (2020): Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei Geflüchteten (PREPARE), [Online:] <http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/Praevention-und-Behandlung-von-Suchtproblemen-bei-Gefluechteten-PREPARE/?L=116&cHash=1b9850e3f8f483ed1e25b72a1e86e514> [Accessed: 24 Aug. 2020].

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (no date): Suchtrehabilitation von Opioidabhängigen in Behandlung mit injizierbarem, subkutanem Depot-Buprenorphin (ARIDE), [Online:] <http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/Suchtrehabilitation-von-Opioidabhaengigen-in-Behandlung-mit-subkutanem-Depot-Buprenorp/?L=116&cHash=b8faccee8093f6265ad64f5700a594f> [Accessed: 27 Aug. 2020].

## 4.2 Methodik (T5.2)

Die Methodik der vergangenen Jahre wurde beibehalten (Vgl. Tönsmeise et al., 2019; Bartsch et al., 2018).

Generell gilt die Methodik der jeweiligen zitierten Studie. Bei abweichendem Vorgehen ist dies an entsprechender Stelle im Text vermerkt.

## 5 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	8
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten) .....	10
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent (%) .....	12
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent (%) .....	12
Tabelle 5	Erst- und Wiederbehandelte nach Hauptdiagnose in Prozent (%) ....	13
Tabelle 6	Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%).....	14
Tabelle 7	Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung ....	15
Tabelle 8	Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent (%) im ambulanten und stationären Setting .....	15
Tabelle 9	Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht in Prozent (%).....	16
Tabelle 10	Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Prozent (Prozentualer Anteil an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose).....	19
Tabelle 11	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen .....	25

## 6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2011 – 2019 .....	39
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -Patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 01.01.2019 .....	40
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2019 (Stichtag 1. Juli).....	41
Abbildung 4	Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2019.....	42
Abbildung 5	Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%).....	45
Abbildung 6	Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%). .....	46
Abbildung 7	Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent (%). .....	47
Abbildung 8	Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2019) in Prozent.....	48
Abbildung 9	Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2010-2019). .....	49