



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2021 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2020 / 2021)

Charlotte Höke¹, Maria Friedrich², Franziska Schneider³, Krystallia Karachaliou³ & Esther Neumeier³

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

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL.....	4
1.1	Politik und Koordination	4
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	4
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	4
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	5
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 ...	15
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	16
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung.....	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	20
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	20
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	22
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	26
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige	33
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge.....	34
1.4.7	Integration und Teilhabe	35

1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung	37
1.4.9	Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten.....	38
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	40
1.4.11	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	41
2	TRENDS.....	44
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung	44
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	49
3.1	Neue Entwicklungen	49
4	QUELLEN UND METHODIK	54
4.1	Quellen	54
4.2	Methodik	62
5	TABELLENVERZEICHNIS	62
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	63

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 Leistungserbringenden ist die soziale und berufliche Teilhabe. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung von Beratung und Behandlung auf Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

Bei 44,4 % der ambulanten Klientinnen und Klienten die eine Behandlungsstelle aufgrund einer Problematik mit illegalen Drogen aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumenten (56,5 % der aufgrund von Cannabis behandelten waren Erstbehandelte). 21,4% der ambulanten Patientinnen und Patienten werden wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt. Wegen Stimulanziengebrauchs begeben sich 15,5 % aller ambulanten Patientinnen und Patienten in Behandlung. Auch in die stationäre Behandlung begeben sich die meisten Patientinnen und Patienten aufgrund einer cannabinoidbezogenen Störung (29,2 %). Weitere häufige Diagnosen sind ICD-10 F19 Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie (27,9 %) und F15 Stimulanzien (18,5 %).

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 (01.07.2020) bei 81.300 Personen. 2020 haben insgesamt 2.545 Substitutionsärztinnen und -ärzte Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

Langzeittrends der ambulanten und stationären Suchtbehandlung zeigen, dass im Jahr 2020 der Anteil der erstmalig aufgrund von anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie behandelten Menschen weiter angestiegen ist. Auch der Anteil der erstmalig aufgrund von Cannabinoiden Behandelten ist im Jahr 2020 erneut gestiegen.

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 u. a. Kontaktbeschränkungen und Abstandsregelungen dazu führten, dass Beratungs- und Behandlungsangebote nur noch reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren und teilweise einige Einrichtungen ihre Angebote vorübergehend pausieren mussten. Mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung trat eine Regelung 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 auch Patienten und Patientinnen, die unter Sichtbezug substituiert werden, Medikamente über einen Zeitraum von sieben Tagen mitzugeben (Take Home). Darüber hinaus soll das

Krankenhausentlastungsgesetz sowie das Sozialdienstleister Einsatzgesetz (SodEG) für Ausfälle im GKV Bereich aufkommen und mit Hilfe von Ausgleichszahlungen 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.

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 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012; 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 2020 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 Bundesärztekammer (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 (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).

Weitere Informationen zur Nationalen Drogenstrategie: Workbook Drogenpolitik (Neumeier et al., 2021).

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 Therapiestandards fest. Dafür stimmen sie sich in regelmäßigen Treffen und Arbeitsgruppen mit den Suchtfachverbänden ab. Die Koordinierungsstelle bzw. der Dachverband 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 gibt es Kooperationen mit weiteren Akteuren, wie z. B. Jobcentern. Für die Übernahme der Behandlungskosten sind ebenfalls die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verantwortlich: Die Krankenkassen 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 Bundesärztekammer (BÄK) eine tragende Rolle zu. Ihr obliegt die Erarbeitung und Aktualisierung der Richtlinien der substitionsbegleitenden Behandlung im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Standards für die bedarfsabhängige substitionsbegleitende 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 rechtlichen Grundlagen 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 Menschen 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. 1.400 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen, Fach- und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 340 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie in ca. 890 soziotherapeutischen Einrichtungen (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (IFT, 2020). Auch den 394 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 92¹ ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348¹ 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 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Destatis 2021a).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,9 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege (Künzel, Murawski, Schwarzkopf & Specht, 2021a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 60,7 % der Hilfeinrichtungen (Künzel, Murawski, Schwarzkopf & Specht., 2021b). Auch öffentlich-rechtliche sowie privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 6,2 % bzw. 0,9 %, stationär 9,3 % bzw. 24,4 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 2,0 % der ambulanten und 5,2 % der stationären Einrichtungen aus (Künzel et al., 2020a & b) (vgl. Tabelle 3 & Tabelle 4).

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 Suchthilfeträger, vor allem in den größeren Städten, bieten verschiedene Angebote für drogenabhängige Menschen an: von niedrighschwelligem Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosozialer Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt derzeit nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur

¹ Diese Zahl wurde in der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2021a) nicht erneut differenziert betrachtet. Während sich also die Anzahl der psychiatrischen Fachabteilungen auf das Datenjahr 2019 bezieht (Destatis, 2021a), handelt es sich bei der Zahl der Abteilungen ausschließlich für die Behandlung von Suchterkrankungen um die Anzahl aus dem Datenjahr 2018. In der Realität wird die genaue Anzahl vermutlich nach unten abweichen. Um ein ungefähres Bild darzustellen, wurde auf die Darstellung dennoch nicht verzichtet.

innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Hierbei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und sonstigen Vereinbarungen unterschieden. So gaben beispielsweise 26,8 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 16,6 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 47,0 % der Einrichtungen trafen sonstige Vereinbarungen mit Selbsthilfeverbänden (Künzel et al., 2021a).

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Seit 2017 werden Beratungs- und Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen, niedrigschwellige 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 1.399 den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung (IFT, 2020). Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrigschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Diese ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter, 2011). Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen (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	1.399*	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.545**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>81.300**
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.

(*IFT, 2020; **Bundesopiumstelle [BOPST], 2021)

* 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 behandelter Patientinnen und Patienten. Die hier abgebildeten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte und der Substitutionspatienten zum Stichtag 2020. Da ärztliche Praxen zu den ersten Anlaufstellen gehören, ist in beiden Fällen von einer deutlich höheren Zahl auszugehen (BOPST, 2021).

*** 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. 2021, Workbook Gefängnis.

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von ärztlichen Praxen durchgeführt. Sie stellen bei der Behandlung von opioidabhängigen Menschen 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 (vgl. Kapitel 1.4.10), zu gewährleisten. Aufgrund des erhöhten Methamphetaminkonsums in einigen Bundesländern sind dort die Beratungs- und Behandlungskompetenzen und -kapazitäten bezüglich (Meth-)Amphetamin ausgebaut worden.

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 (Künzel et al., 2021b).

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 106.400² Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betreffen (Destatis, 2021b). 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 von privaten Krankenversicherungen, übernommen.

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.

² 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, 2021). Die Zahl bezieht sich auf das Datenjahr 2019.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach erkrankte 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)³

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	219**	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	106.426*
Residential drug treatment (non-hospital based)	340**	Stationäre Rehabilitations- einrichtungen	13.061***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A.****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	981**	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

(*Destatis, 2021b; **IFT, 2020; *** DRV, 2021a)

*** Es handelt sich hierbei um die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen datiert wurden.

**** 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. 2021, Workbook Gefängnis.

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Aufgrund der Corona-Pandemie war die stationäre Behandlung suchtkranker Menschen zwischenzeitlich eingeschränkt. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung setzte sich erfolgreich dafür ein, dass die stationäre Behandlungen für Suchtkranke schnellstmöglich wiederaufgenommen wurden. Es ist zudem nicht auszuschließen, dass sie auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Leistungen der Patientinnen und Patienten beeinflusst hat. Zahlen aus dem Datenjahr 2020 sind daher nur begrenzt mit denen der Vorjahre vergleichbar (vgl. Kapitel 3.1).

³ 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.

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen⁴ 2020 um weitere 4,0 % auf 70.976 (vgl. 2019: 73.916; 2018: 77.116) Anträge gesunken (DRV, 2021b). 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 der behandelnden Ärztin/ 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 ärztlichen Praxen 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).

⁴ Es handelt sich hierbei um die Anzahl *aller* Anträge auf Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung eingegangen sind (z. B. inkl. Alkohol).

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (Umfasst spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	6,2 %	90,9 %	0,9 %	2,0 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeinde-psychiatrische Dienste*)	k.A.	k.A.	k.A..	k.A..
Einrichtungen im Strafvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

* 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.

(Künzel et al., 2021a)

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen ⁵	28,5%*	33,7 %*.	37,8 %*	-
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	9,6 %**	60,7 %**	24,4 %**	5,2 %**
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, 2021a⁵; **Künzel et al., 2021b)

⁵ 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 anteilig nach Hauptdiagnose in Prozent (%)

	Wiederaufnahmen Stationär	Ambulant	Erstbehandelte Stationär	Ambulant
F11 Opiode	92,1 %	85,5 %	7,9 %	14,5 %
F12 Cannabinoide	83,6 %	43,5 %	16,4 %	56,5 %
F13 Sedativa/Hypnotika	89,9 %	62,1 %	10,1 %	37,9 %
F14 Kokain	88,7 %	59,4 %	11,3 %	40,6 %
F15 Stimulanzien	91,0 %	64,6 %	9,0 %	35,4 %
F16 Halluzinogene	100 %	40,5 %		59,5 %
F18 Flüssige Lösungsmittel	100 %	27,3 %		72,7 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	91,8 %	74,8 %	8,2 %	25,2 %
Anzahl Gesamt (N)	6.971	33.490	862	22.204

(Künzel et al., 2021a & b, T2.02)

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Datenjahr 2020 insgesamt 315.586 Betreuungen (ohne Einmal-Kontakte) in 854 ambulanten Einrichtungen erfasst. Diese Zahlen beinhalten jedoch auch Behandlungen aufgrund von Tabak und Alkohol. Für die folgenden Erläuterungen wurden nur die Klientinnen und Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (Klientel, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2020 48,0 % aller Hauptdiagnosen im ambulanten Suchtbereich aus). Für das Jahr 2020 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 61.662 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratung- oder Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (Künzel et al., 20201a).

Mittlerweile handelt es sich nur noch in 21,4 % 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 (44,4 %) handelte es sich um Klientinnen oder Klienten mit einer psychischen Verhaltensstörung aufgrund von Cannabinoiden (vgl. Tabelle 8) (Künzel et al., 2021a). Bei Personen, die erstmalig aufgrund illegaler Substanzen in suchtspezifischer Behandlung waren, standen Cannabinoide mit 62,7 % zudem an erster Stelle. Mit deutlichem Abstand stehen an zweiter Stelle erstbehandelte Konsumierende mit der Hauptdiagnose Stimulanzien (14,0 %) vor opioidbezogenen Störungen (7,5 %) (Künzel, Murawski,

Schwarzkopf & Specht., 2021c). Wiederbehandelt wurden ebenfalls überwiegend Klientinnen und Klienten mit Cannabinoid- (32,1 %) und Opioid-bezogenen Störungen (29,3 %) (vgl.

Tabelle 5) (Künzel et al., 2021a).

Stationäre Behandlung

Tabelle 6 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%)

ICD-10 GM	Krankenhaus-Statistik**	DRV***	DSHS			
			2019	2020	2019****	2020*****
	Insgesamt			Männer	Frauen	Insgesamt
F11 Opiode	29,2 %	Medika- mente/ Drogen davon 81,3 % Männer & 18,7 % Frauen	13,3 %	12,2 %	11,7%	12,1 %
F12 Cannabinoide	18,6 %		30,6 %	29,8 %	26,8 %	29,2 %
F 13 Sedativa/ Hypnotika	9,2 %		2,6 %	1,3 %	5,9 %	2,2 %
F14 Kokain	4,6 %		9,2 %	11,1 %	5,2 %	10,0 %
F15 Stimulantien	11,2 %		19,9 %	17,3 %	23,4 %	18,5 %*
F16 Halluzinogene	0,5 %		0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		0,03 %	0,04 %	0,0 %	0,03 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	26,4 %		24,3 %	28,2 %	27,0 %	27,9 %
Anzahl Gesamt (N)	106.426	8.539	9.640	7.675	1.877	9.553*

(**Destatis, 2021b; ***DRV 2021c ; ****Dauber et al., 2020 (T3.01) ; *****Künzel et al., 2021b (T3.01))

*Eine der behandelten Personen gab Geschlecht 'Unbestimmt' an.

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 2020 wurden von insgesamt 33.880 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 135 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 9.553 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Künzel et al. 2021b). 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 29,2 %, der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden bei 12,1 %. In Bezug auf sämtliche erfasste Hauptdiagnosen im Suchtbereich stellen Behandlungen aufgrund von Cannabinoiden mit 9,7 %, nach Behandlungen aufgrund von Alkohol (63,9 %) die größte Diagnosegruppe in stationärer Behandlung dar. Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (18,5 % aller stationären Behandlungen aufgrund

illegaler Drogen, 6,1 % aller stationären Suchtbehandlungen insgesamt) ist 2020 erneut rückläufig (vgl. 2018: 22,7 % bzw. 7,1%; 2019: 19,9 % bzw. 6,2 %; Tabelle 6) (Braun et al., 2019; Dauber et al., 2020; Künzel et al., 2021b).

Tabelle 7 Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung

Zahl der Patienten	
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS mit HD illegale Drogen
	ambulant: 61.662
	stationär: 9.553
Alle Patienten in OST	81.300
Gesamt	Keine Angabe

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

(Künzel et al., 2021a, b; BOPST, 2021)

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten

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

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	12,1 %	21,4 %
F12 Cannabinoide	29,2 %	44,4 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	2,2 %	1,7 %
F14 Kokain	10,0 %	7,3 %
F15 Stimulanzien	18,5 %	15,5 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,03 %	0,02 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,9 %	9,6 %
Anzahl Gesamt (N)	9.553	61.662

(Künzel et al., 2021a & b, T3.01)

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Die DSHS erfasst neben den hier genutzten Daten zu illegalen Drogen auch Daten zu legalen Drogen wie Alkohol und Tabak sowie nicht stoffgebundenen Süchten. Während der Erstellung dieses Workbooks wurde daher teilweise mit den vorhandenen Daten weitergerechnet, um legale Drogen oder nicht stoffbezogene Süchte für die Darstellungen ausschließen zu können. Dafür wurde beispielsweise mit Hilfe der Summe der absoluten Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund von illegalen Drogen der prozentuale Anteil der einzelnen Hauptdiagnosen (illegale Drogen) neu berechnet.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

Über die Erfassung des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) der Deutschen Suchthilfestatistik werden eine Vielfalt an Informationen zu soziodemografischen Daten der Klientel 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 – Opiode und F15 – Stimulanzen.

In allen Hauptdiagnosegruppen sind die Klientel überwiegend männlich (Künzel et al., 2021a).

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

Hauptdiagnose	Ambulant		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt/ Unbekannt
F11 Opiode	21,0 %	23,0 %	19,0 %
F12 Cannabinoide	46,1 %	37,5 %	52,4 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1,1 %	3,9 %	0,0 %
F14 Kokain	8,0 %	4,6 %	11,1 %
F15 Stimulanzen	13,7 %	22,3 %	11,1 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,2 %	0,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,01 %	0,04 %	0,0 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	9,8 %	8,5 %	6,3 %
Anzahl Gesamt (N=100%)	48.990	12.609	63

(Künzel et al., 2021a & b, T3.01)

Das Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn liegt für die Diagnosegruppen der illegalen Drogen bei einem Mittelwert von 32,5 Jahren, wobei die männliche Klientel mit 31,6 Jahren durchschnittlich etwas jünger ist als die weibliche Klientel mit 32,2 Jahren. Menschen mit der Hauptdiagnose F13 – Sedativa/Hypnotika sind mit 41,8 Jahren die durchschnittlich älteste Diagnosegruppe, F12 Cannabinoide mit 25,5 Jahren die jüngste. Differenziert man bei diesen Daten nach dem Geschlecht, sind bei den Männern Klienten mit der Hauptdiagnose F18 – Flüchtige Lösungsmittel (23,9 Jahre) am jüngsten und F11 – Opiode (40,2 Jahre) am ältesten; bei den weiblichen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei den Klientinnen der Diagnosegruppe F16 – Halluzinogene (25,3 Jahre) und das höchste bei F13 – Sedativa/Hypnotika (46,6 Jahre) (Künzel et al., 2021a, T 3.02).

Zwischen 33,3 % (F18) und 54,1 % (F14) aller ambulant betreuten Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Partnerschaft (Künzel et al., 2021a, T3.03), zwischen 23,2 % (F12) und 56,0 % (F13) leben mit ihrem Partner in einem Haushalt (ebd., T3.04). Im Durchschnitt haben die behandelten Frauen 0,7 Kinder (Männer: 0,5 Kinder) (Künzel et al., 2021a, T3.06).

Zwischen 11,6 % (F15) und 39,7 % (F14) aller ambulant behandelten Klientinnen und Klienten haben einen Migrationshintergrund⁶. Im Rahmen dieses Berichtes wurden hierfür die Daten von Menschen die selbst migriert sind, sowie derer die als Kinder von Migranten geboren wurden, berücksichtigt (Künzel et al, 2021a, T3.12). Die Hauptdiagnosen mit dem größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind F14 – Kokain (39,7 %) und F11 – Opioide (37,1 %) (ebd., T3.12). Von den Menschen mit einer Kokainabhängigen sind 29,8 % der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund ursprünglich aus der Türkei. Bei den Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind 16,8 % der Betroffenen mit Migrationshintergrund aus Russland und 13,8 % aus Kasachstan (ebd., T3.13).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt bei dem Großteil der Hauptdiagnosen unter 25 %. Drei verhältnismäßig eher hohe Anteile finden sich bei den Hauptdiagnosen Andere Psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (22,4 %), Halluzinogene (31,3%) und Cannabinoide (33,3 %) (Künzel et al., 2021a, T3.16). Diese drei Diagnosegruppen sind gleichzeitig jedoch auch die drei Diagnosegruppen (illegale Drogen) mit der jüngsten Klientel (Künzel et al., 2021a, T3.02).

Durchschnittlich 10,2 % der männlichen und 8,8 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im ambulanten Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (geschlechterunabhängig, in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Opioide (13,6 %), Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (13,3 %) und Stimulanzien (11,8 %) (Künzel et al., 2021a, T3.15).

Stationäre Behandlung

Der größte Anteil der stationär behandelten Menschen der Diagnosegruppe „illegale Drogen“ liegt bei den männlichen Patienten bei der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide (29,8 %) und bei den weiblichen Patientinnen bei der Hauptdiagnose F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (27,0 %). Bei der jeweils zweithäufigsten Diagnose ist es genau umgekehrt: Bei den Männern ist es F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (28,2 %) und bei den Frauen F12 Cannabinoide (26,8 %). Am wenigsten Behandlungen erfolgten bei den männlichen Patienten aufgrund von F18 Flüchtigen Lösungsmitteln (Männer 0,04%) und von F16 Halluzinogenen (Männer 0,1 %). Bei den Frauen waren es F14 Kokain (5,2 %) und F13 Sedativa/Hypnotika (5,9 %). Betrachtet man die Verteilung der Geschlechter nach Diagnosegruppe fällt auf, dass in den meisten Hauptdiagnosegruppen deutlich mehr Männer als Frauen behandelt wurden. In den Diagnosegruppen Halluzinogene und Flüchtige

⁶ Bei den hier aufgeführten Zahlen handelt es sich um die Summe der Klientel je Diagnosegruppe, die selbst migriert sind oder als Kind von Migranten geboren wurden.

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, Zielgruppenspezifische Interventionen: Migrantinnen und Migranten/ Geflüchtete) oder Prävention (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.

Lösungsmittel/Polytoxikomanie waren es sogar zu 100% Männer. Ausnahme ist die Diagnose F13 Sedativa/Hypnotika (47,4 % Männer vs. 52,6% Frauen) (Künzel et al., 2021b, T3.01).

Das durchschnittliche Alter der stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnosen F11-F16 sowie F18 und F19 liegt bei Betreuungsbeginn bei 34,7 Jahren. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten wurden aufgrund des Konsums von Sedativa/ Hypnotika behandelt (42,8 Jahre), die jüngsten aufgrund von Cannabinoiden (29,6 Jahre) (Künzel et al., 2021b, T3.02).

Ausgenommen der Behandelten aufgrund von Halluzinogenen (F16) sind in allen Hauptdiagnosen mehr als die Hälfte der Behandelten alleinlebend (Künzel et al., 2021b, T3.04).

Zwischen 78,4% (F14 Kokain) und 100% (F16 Halluzinogene) der wegen illegaler Drogen stationär behandelten Patientinnen und Patienten sind deutsche Staatsangehörige (Künzel et al., 2021b, T3.11). Die beiden Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Migrant⁷ sind F11 Opioide (39,1 %) und F14 Kokain (37,2 %) (vgl. ebd., T3.12). Von den Migrantinnen und Migranten mit einer Störung aufgrund des Konsums von Kokain kommt auch im stationären Setting der Großteil der Behandelten (31,6 %) aus der Türkei. Migrantinnen und Migranten, die aufgrund von Opioiden behandelt wurden kommen zu 21,4 % aus Russland (vgl. ebd., T3.13). In allen Diagnosegruppen liegt der Anteil der Behandelten ohne Migrationshintergrund bei deutlich über 50%. Bei den Diagnosegruppen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel waren es sogar 100% (vgl. ebd., T3.12).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe F16 Halluzinogene (25,0 %) und F18 Flüchtige Lösungsmittel (33,3 %), bei unter 25 %. 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 (vKünzel et al., 2021b, T3.16).

Durchschnittlich⁸ 11,3 % der männlichen und 8,4 % der weiblichen Patientinnen und Patienten 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 F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (12,5 %), F12 Cannabinoide (12,4 %) und Kokain (12,2 %) (Künzel et al., 2021b, T3.15). Alle Diagnosegruppen weisen einen großen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Mit Ausnahme der Diagnose F18 Flüchtige Lösungsmittel und F 13 Sedativa/Hypnotika sind es in allen Diagnosegruppen deutlich mehr als die Hälfte (Künzel et al., 2021b, T3.18).

⁷ Wie bereits beschrieben wurde, wird als Migrationshintergrund in diesen Berechnungen die eigene Migration, sowie die Geburt als Kind von Eltern die nach Deutschland migriert sind zusammengefasst.

⁸ Es handelt sich um den durchschnittlichen Wert aus den Hauptdiagnosegruppen F11-F16 sowie F18 und F19.

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				Krankenhausdiagnosestatistik			
	Ambulant		Stationär		(Destatis)			
	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17
F11 Opioide	0,6 (0,005)	0,9 (0,1)	0	3,1 (0,1)	2,0 (0,1)	2,3 (0,3)	2,0 (0,1)	2,3 (0,3)
F12 Cannabinoide	82,1 (0,7)	85,3 (6,5)	0	70,8 (1,7)	43,1 (2,0)	48,7 (10,4)	43,1 (2,0)	48,7 (10,4)
F13 Sedativa/Hypnotika	0,4 (0,003)	0,7 (0,1)	0	0 (0)	3,7 (0,4)	2,9 (1,2)	3,7 (0,4)	2,9 (1,2)
F14 Kokain	0,6 (0,005)	0,7 (0,1)	0	0 (0)	1,0 (0,2)	1,4 (1,2)	1,0 (0,2)	1,4 (1,2)
F15 Stimulanzien	11,2 (0,1)	7,9 (0,6)	0	13,8 (0,3)	21,3 (1,7)	15,7 (5,6)	21,3 (1,7)	15,7 (5,6)
F16 Halluzinogene	0,2 (0,002)	0,3 (0,02)	0	0 (0)	2,1 (3,5)	2,0 (14,7)	2,1 (3,5)	2,0 (14,7)
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,4 (0,003)	0,02 (0,002)	0	0 (0)	0,9 (4,7)	0,3 (6,4)	0,9 (4,7)	0,3 (6,4)
F19 And. Psychotr. Subst./Polytoxikomanie	4,5 (0,04)	4,3 (0,3)	0	12,3 (0,3)	25,9 (0,9)	26,8 (4,0)	25,9 (0,9)	26,8 (4,0)

(Künzel et al., 2021a, 2021b ; Destatis, 2021b)

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Behandelten Patientinnen und Patienten sind Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendliche (15-17 Jahre)⁹. 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 - Kinder und Jugendliche am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden behandelt wurden. Laut den Daten der DSHS sind es mehr als zweidrittel in der jeweiligen Altersgruppe, laut Destatis sind es knapp die Hälfte aller Behandlungsfälle in der entsprechenden Altersgruppe. Im stationären Behandlungssetting wurden im Rahmen der DSHS keine Behandlungsfälle von Kindern unter 14 Jahren verzeichnet.

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 immerhin 7,2 % aller ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose F12 (Cannabinoide) noch nicht volljährig waren. Laut Krankenhausdiagnosestatistik waren es sogar 12,4 %. Bei der Hauptdiagnose der Halluzinogenen lag der Anteil an Kindern und Jugendlichen bei 18,2%. Wie anhand der anderen Daten deutlich wird, ist der Anteil an behandelten Kindern und Jugendlichen jedoch weitestgehend gering (vgl. Tabelle 10).

⁹ 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.

Sucht-Selbsthilfe

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

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2021 (Künzel et al., 2021a & b)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation (DRV, 2021c)
- Grunddaten der Krankenhäuser 2019 (Destatis, 2021a)
- Tiefgegliederte Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Destatis, 2021b)
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B.
 - BADO in Hamburg (Lahusen, Martens & Neumann-Runde, 2020)
 - COMBASS in Hessen (Neumann-Runde, Kalke & Werse, 2020)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“ (Neumeier et al., 2021).

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“ (Neumeier et al., 2021) 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. 161.400 niedergelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte (ambulant), die ggf. erste Ansprechpartnerinnen und -partner für suchtkranke Patientinnen und Patienten sind (BÄK, 2021). 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 Sozialarbeiterinnen und 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 Kapitel 1.2.1).

Externe Suchtberaterinnen und -berater spielen darüber hinaus vor und nach der Entlassung eine wichtige Rolle, 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 Mitarbeitendenteams 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 Abhängige 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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. 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. 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 als auch Angehörige teil. 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.

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 der jeweiligen 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 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.

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 Straftäterinnen und 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., 2021).

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.
Substitutions-behandlung	In der Regel, 100 %, wenn erforderlich	10 %	k.A.	k.A.
Andere	-	-	-	-

(Expertenschätzung, 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 Patientinnen und 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 „LOGIN“ (Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland), welches vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg durchgeführt und vom BMG gefördert wird, hat das Ziel, die Verbreitung des Substanzkonsums unter Geflüchteten sowie die Inanspruchnahme der Suchthilfe durch substanzkonsumierende Geflüchtete zu ermitteln. Um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, werden im Rahmen des Projektes mehr als 1.600 Geflüchtete in vier Bundesländern (NRW, Bayern, Sachsen, Niedersachsen) per Tablet in ihrer Herkunftssprache und mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern befragt. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde das Projekt bis Ende 2021 verlängert. Mit Hilfe der Ergebnisse der Studie sollen Empfehlungen erarbeitet werden, um geflüchteten Menschen den Zugang zur ambulanten Suchthilfe zu erleichtern.

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 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 bundesweite Suchthilfeverzeichnis¹⁰ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)¹¹ 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. 48,7 % der insgesamt 31.118 in Krankenhäusern behandelten Opioidabhängigen waren älter als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 18,2 % der Opioidabhängigen die größte Altersgruppe. Es folgen die jeweils nächst höheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 12,3 %, 8,8 % und 4,8 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 4,7 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2021b). Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) (2018) zeigen zudem, dass das Durchschnittsalter der Drogentoten in der Vergangenheit gestiegen ist: Während es im Jahr 1982 26 Jahre betrug, lag es 2017¹² bei 38,9 Jahren (BKA, 2018; Kraus & Seitz, 2018).

Einrichtungen wie beispielsweise Condrops¹³ bieten niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Unterstützung für drogenabhängige ältere Menschen an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung für betreutes Wohnen und ein Arbeitsprojekt mit ein.

Darüber hinaus bieten stationäre Einrichtungen wie z. B. die salus Klinik in Hürth mit ihrem Angebot „55+ Programm für LEBENSERFAHRENE Alkohol- und Drogenpatienten“¹⁴ 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.

¹⁰ Suchthilfeverzeichnis [Online] www.suchthilfeverzeichnis.de [Letzter Zugriff: 15.08.2021].

¹¹ Einrichtungsverzeichnis des buss [Online] www.therapieplaetze.de [Letzter Zugriff: 15.08.2021].

¹² Belastbare Zahlen zu Rauschgiftsicherstellungsfällen, Gesamtsicherungsmengen einzelner Rauschgiftarten und beschlagnahmten Cannabis-Plantagen können nicht ausgewiesen werden. Ferner sind in Bezug auf rauschgiftbezogene Todesfälle keine über die Anzahl der Rauschgifttoten und die Todesursachen hinausgehenden Angaben, wie z. B. zur Altersstruktur und zum Geschlecht, möglich. Weitere Informationen zur Problematik der Drogentodesfälle sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ (Neumeier et al., 2020, Abschnitt 1.1) zu finden.

¹³ Condrops e.V. [online] www.condrops.de. [Letzter Zugriff: 15.08.2021].

¹⁴ Flyer des Angebotes [online] https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Kliniken/Huerth/Dokumente/Flyer/Sucht/Flyer_55_.pdf [Letzter Zugriff: 15.08.2021].

Kokainkonsumierende

Der Kokainkonsum unter Erwachsenen hat in den letzten Jahren zugenommen (Seitz, Böttcher, Atzendorf, Rauschert, & Kraus, 2019). Um Kokainkonsumierende besser mit den Angeboten der Suchthilfe und Prävention zu erreichen, sind zielgruppenspezifische Kenntnisse zu Konsummotiven und Risikokonstellationen notwendig. KOKOS (Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum), ein Projekt des ZIS Hamburg, gefördert vom BMG und der Drogenbeauftragten des Bundesregierung, will Erkenntnisse zu Profilen und Hilfebedarfen von Kokainkonsumierenden gewinnen. Ziel des Projektes ist es, herauszufinden, welche Personen besonders gefährdet sind, einen riskanten und abhängigen Konsum zu entwickeln. Mit Hilfe der Ergebnisse sollen Empfehlungen für Maßnahmen in den Bereichen Prävention und Beratung erarbeitet werden.

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.:

- LAGAYA¹⁵ 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.¹⁶ 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‘ ResorT¹⁷ ist ein Gruppenangebot der Drogenberatung Hannover, das sich ausschließlich an männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit einem gefährlichen Konsum von Drogen, Glücksspiel, Medien oder Ähnlichem richtet.

¹⁵ LAGAYA, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. [Online] www.lagaya.de [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

¹⁶ FrauSuchtZukunft Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V [Online] www.frausuchtzukunft.de [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

¹⁷ Drogenberatung Hannover [Online] www.step-niedersachsen.de/einrichtungen/drobs-hannover/beratung [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

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

- Die Schwulen Beratung Berlin¹⁸ 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.
- SHALK¹⁹ NRW ist ein seit 1994 bestehendes Selbsthilfenetzwerk für homo- und bisexuelle Menschen mit einer Suchterkrankung, das zurzeit in neun Städten in NRW etabliert ist.
- „quapsss“ (Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe für MSM, die psychoaktive Substanzen im sexuellen Setting konsumieren) ist ein Angebot der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit örtlichen Organisationen und therapeutischen Fachkräften, das sich an Männer richtet, die Chemsex praktizieren. Selbsthilfegruppen in verschiedenen Städten sollen mit unterschiedlichen konzeptionellen und theoretischen Bezügen initiiert werden, um die physischen und psychischen Probleme, die bei der Einnahme von psychotropen Substanzen im sexuellen Kontext entstehen, durch Beratung und Therapie zu bearbeiten.

Des Weiteren bietet die Beratungsstelle 4be TransSuchthilfe²⁰ in Hamburg, die ihre Angebote speziell und in erster Linie nach trans, nicht binäre und genderdiverse Menschen ausrichten, Beratung und Unterstützung in Suchtfragen sowie die Vermittlung in weiterführende Hilfen an. Dabei wird die Klientel 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-Salzmann-Klinik in Gütersloh²¹ ein Konzept für die Behandlung abhängiger Frauen. Auch der Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“²² 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.

¹⁸ Schwulen Beratung Berlin [Online] www.schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

¹⁹ SHALK NRW [Online] www.shalk.de [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

²⁰ 4be TransSuchthilfe in Hamburg [Online] <https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

²¹ Bernhard Salzmann Klinik. LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen. Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen [Online] https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

²² Die Zwiebel, therapeutischer Wohnverbund für Frauen. [Online] <https://www.prowoberlin.de/Angebot3/die-zwiebel-therapeutischer-wohnverbund-fuer-abh%C3%A4ngigkeitserkrankte-frauen.html> [Letzter Zugriff 29.07.2021].

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 mänderspezifische Suchtarbeit²³. Darüber hinaus liefert sie eine Liste mit mänderspezifischen Suchthilfeangeboten.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote, die sich ausschließlich an Männer oder ausschließlich an Frauen richten, können ebenfalls über das Suchthilfeverzeichnis der DHS sowie das Einrichtungsverzeichnis des buss abgefragt werden²⁴.

Drogenabhängige Schwangere und Eltern

Eine Studie der Ludwig-Maximilians-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). Es gibt jedoch einige stationäre Angebote und Kliniken, die spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitstellen. Die Rehaklinik Lindenhof²⁵ in Schallstadt-Wolfenweiler z. B. bietet eine Mutter-Kind-Suchttherapie an, welche es den betroffenen Frauen erlaubt bis zu zwei Begleitkinder im Alter von null bis Ende des Grundschulalters mitzubringen. Darüber hinaus werden auch Schwangere, insbesondere unter Substitution, aufgenommen.

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“²⁶ 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

²³ Zu finden unter [Online] <https://www.lwl-ks.de/de/publikationen/p-mann-und-sucht/> [Letzter Zugriff: 29.07.2021].

²⁴ 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.

²⁵ Rehaklinik Lindenhof [Online] www.rehaklinik-lindenhof.de [Letzter Zugriff: 29.07.2021]

²⁶ 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: 05.08.2021]

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. Aufgrund coronabedingter Verzögerungen wurde der Projektzeitraum verlängert.

Das Projekt „STAERKE“ (Suchttherapeutisches Akutprogramm für Eltern zur ressourcenorientierten Kompetenzstärkung in der Erziehung) ist ein vom BMG gefördertes Projekt, das am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI Mannheim) durchgeführt wird. Ziel ist die Entwicklung einer Therapie, die gleichzeitig die Suchterkrankung behandelt und die Erziehungs- und Elternfähigkeiten stärkt²⁷.

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher²⁸ 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“²⁹ und das Programm „Realize it“³⁰ für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der DHS bundesweit 18 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten (Stand Juli 2021, DHS, 2021).

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

²⁷ Projekt STAERKE. [Online] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95354/076596362455af26733a2bedf0a32d6e/staerkung-familialer-beziehungs-und-erziehungskompetenzen-data.pdf> [Letzter Zugriff: 08.09.2021].

²⁸ 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.

²⁹ FreD - Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum. [Online] <https://www.lwl-fred.de/de/> [Letzter Zugriff: 05.08.2021].

³⁰ Realize it! Beratung bei Drogenkonsum. [Online] <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff: 05.08.2021].

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigt, dass der Cannabiskonsum von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den vergangenen Jahren zugenommen hat (BZgA, 2020). Das Bundesgesundheitsministerium fördert daher das Projekt „FriDA“ (Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz), welches zum Ziel hat, den Zugang von minderjährigen Cannabiskonsumierenden in die ambulante Suchthilfe zu verbessern. Bis März 2023 soll das FriDA-Beratungskonzept in zwölf Einrichtungen eingesetzt und evaluiert werden.

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

Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSK) im Juni 2021 werden insbesondere die Rechte von Kindern suchtkranker Eltern gestärkt. Diese haben fortan die Möglichkeit, auch ohne Zustimmung der Eltern oder des Jugendamtes sich direkt an eine geeignete Beratungsstelle zu wenden. Auch eine engere Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Jugendämtern wird durch das Gesetz ermöglicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021a).

Menschen mit einer geistigen Behinderung

Das Modellprojekt TANDEM – *Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe*³¹ 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.

„Aktion:beratung“³² (Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum) ist ein vom BMG gefördertes Projekt, welches in Kooperation von EVIM - Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH, der Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik und der Hochschule Fulda - Fachbereich Sozialwesen umgesetzt wird. Am Modellstandort Wiesbaden werden im Rahmen dieses Projektes unterschiedliche Ziele verfolgt: Ausgehend von Modellen zur Beratung suchtmittel-konsumierender Menschen soll ein Beratungskonzept für den Personenkreis mit geistiger Behinderung erarbeitet werden. Die erworbenen Erkenntnisse, Medien, Methoden und Informationsmaterial werden darüber hinaus in einer Datenbank zur Verfügung gestellt. Das Projekt setzt auf die konsequente Beteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung bei der Umsetzung des Projektes.

³¹ TANDEM [Online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem/> [Letzter Zugriff: 02.08.2021].

³² aktion:beratung [Online] www.aktionberatung.de [letzter Zugriff: 06.08.2021]

Des Weiteren bietet der LWL ein Online-Einrichtungsverzeichnis an, in dessen Datenbank suchtspezifische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus sechs deutschen Bundesländern erfasst sind³³.

1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige

Das wohl bekannteste und älteste Projekt ist „drugcom.de“³⁴, 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 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 Besucherinnen und 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“³⁵, 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“³⁶, 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/Freundinnen und 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“³⁷. 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 Nutzenden 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 niedrigschwelligen 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.

³³ Geistige Behinderung und Sucht – Einrichtungsverzeichnis [Online] <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/GeiBuS/gbs-verzeichnis/> [Letzter Zugriff: 02.08.2021].

³⁴ Drugcom [Online] www.drugcom.de [Letzter Zugriff: 25.08.2021].

³⁵ „Quit the Shit“ [Online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff: 27.08.2021].

³⁶ Online Suchtberatung KOiNTER [Online] <https://kointer.de> [Letzter Zugriff 27.08.2021].

³⁷ Breaking Meth [Online] <https://breaking-meth.de> [Letzter Zugriff 27.08.2021].

„SoberGuides“³⁸ 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.

Das Bundesmodellprojekt „Digitale Lotsen“³⁹ richtet sich im Rahmen von bundesweit stattfindenden Fortbildungen an Fachkräfte aus der Suchthilfe. Sie sollen befähigt werden, eine auf wissenschaftlichen Grundlagen begründete Haltung zu dem Thema Digitalisierung im Arbeitsfeld der Suchthilfe zu entwickeln und als „Digitale Lotsen“ daraus Handlungsansätze für die Praxis abzuleiten. Das Projekt wird derzeit an drei Standorten erprobt, nach Projektabschluss soll es möglichst deutschlandweit Anwendung finden.

In dem Projekt „Digi-Sucht“⁴⁰ (Digitale Suchtberatung) wird ein Konzept zur Umsetzung einer bundesweiten, trägerübergreifenden, digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchthilfe entwickelt. Das Projekt wird von delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin in Zusammenarbeit mit den Landesstellen durchgeführt und vom BMG gefördert (Tossmann & Leuschner, 2021).

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

Aufgrund der COVID-19-Pandemie haben Online-Angebote stark an Bedeutung gewonnen. Weitere Informationen zum Thema sind daher in Kapitel 3, Neue Entwicklungen, zu finden. Bislang gibt es in Deutschland jedoch noch keine systematische Übersicht über E-Health bzw. Online-Angebote zur Beratung und Behandlung Drogenabhängiger.

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Die „planmäßige Beendigung“ einer Behandlung stellt ein greifbares 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

³⁸ SoberGuides [Online] www.soberguides.de [Letzter Zugriff: 08.08.2021].

³⁹ Digitale Lotsen [Online] <https://www.hls-online.org/arbeitsbereiche/suchthilfe/themenfelder/digitale-lotsen/> [Letzter Zugriff: 08.08.2021].

⁴⁰ DigiSucht [Online] <https://delphi.de/entwickeln/konzeption-digitale-suchtberatung/> [Letzter Zugriff: 08.08.2021].

Versorgung. Ambulant beenden 61,7 %⁴¹ (Künzel et al., 2021a, T6.04) der Behandelten die Intervention planmäßig gegenüber 69,7 %³⁰ (Künzel et al., 2021b, T6.04) im stationären Bereich. In der ambulanten Behandlung finden sich die höchsten Anteile an planmäßigen Beendigungen bei Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnose Halluzinogene (71,9 %), und Sedativa/Hypnotika (69,8 %), in der stationären Behandlung sind es Halluzinogene (8,0 %) und Stimulanzien (70,9 %). Unplanmäßig⁴² wird eine Behandlung im ambulanten Behandlungsbereich am häufigsten in der Diagnosegruppe Flüchtige Lösungsmittel (56,3 %) und im stationären Bereich in der Hauptdiagnose Opioide (37,1 %) beendet (Künzel et al., 2021a & b).

Anfang 2021 veröffentlichte der Fachverband Sucht (FVS) die Katamnesedaten von fünf seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen (DGSS 1-4⁴³) (DG-Sucht, 2001; DG-Sucht, 1985). Die aktuellen Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2018 sind, im Vergleich zum Vorjahr, wieder gestiegen.

Die katamnestische Erfolgsquote liegt bei 79,9 % (DGSS 1) (2017: 70,4 %, 2016: 67,7 %, 2015: 75,4 %; 2014: 74,4 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzersfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 20,1 % (DGSS 4) (2017: 17,2 %, 2016: 20,7 %, 2015: 23,3 %; 2014: 23,8 %). Durchschnittlich konsumierten rückfällige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 13,6 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 (68,1 %) (Kemmann et al., 2021).

1.4.7 Integration und Teilhabe

Sowohl die soziale, gesellschaftliche als auch die berufliche Integration und Teilhabe sind in Deutschland die zentralen 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

⁴¹ 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.

⁴² Von einer unplanmäßigen Beendigung wird gesprochen, wenn die Behandlung vorzeitig auf Wunsch der Klientin/des Klienten oder disziplinarisch beendet wurde, sowie wenn ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung stattfand oder die Patientin/der Patient verstorben ist.

⁴³ Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantwortenden 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.

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 (Neumeier et al., 2021 - Workbook Drogenpolitik).

Hervorzuheben sind z. B. die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ der „Gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – BORA“ (2014). Diese Empfehlungen sollen dazu anregen, die Menschen 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 1. 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“⁴⁴. 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.

⁴⁴ reha-pro [Online] www.modellvorhaben-rehapro.de [[Letzter Zugriff Last Accessed: 15.08.2021].

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 (Dammer et al., 2017, Kapitel 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 Hospiz⁴⁵,
- medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird⁴⁶,
- Apothekerinnen und Apotheker oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal⁴⁷,
- medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus⁴⁸ und
- das in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzte und dafür ausgebildete Personal⁴⁹.

Dennoch bieten ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsform an, z. T. jedoch nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (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. 2020 haben insgesamt 2.545 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte ist damit, im Vergleich zum Vorjahr, leicht gesunken (vgl. Abbildung 1). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat daher gemeinsam mit der Bundesärztekammer die Initiative "Substitutionstherapie – Wege zurück ins Leben" ins Leben gerufen. Ziel der Initiative ist es, mehr Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionsbehandlung zu gewinnen.

2020 nutzten 563 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 22 % – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können sie ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 02.10.2017 bis zu zehn

⁴⁵ Sofern der substituierende Arzt nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig ist und er mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

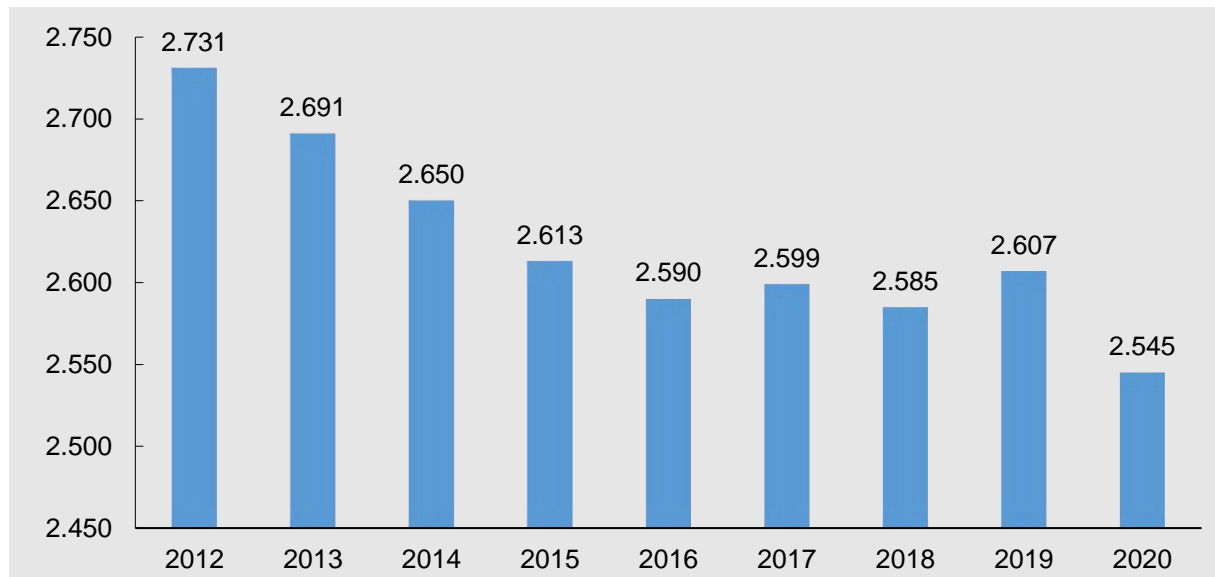
⁴⁶ Sofern der substituierende Arzt für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

⁴⁷ Sofern der substituierende Arzt mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen hat.

⁴⁸ Sofern der substituierende Arzt für dieses Krankenhaus nicht selber tätig ist und er mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen hat.

⁴⁹ Sofern der substituierende Arzt für diese Einrichtung nicht selber tätig ist und er mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

Patientinnen und Patienten (vorher bis zu drei) gleichzeitig substituieren, wenn sie eine suchtmmedizinisch qualifizierte Ärztin bzw. Arzt als Konsiliarärztin bzw. -arzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben rund 1,5 % aller Substitutionspatientinnen und -patienten behandelt (BOPST, 2021).



(BOPST, 2021)

Abbildung 1 Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2011 – 2020.

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierender Ärztin bzw. Arzt beträgt bundesweit 32, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 47,4; Brandenburg: 5,2). 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 (25 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen (BOPST, 2021).

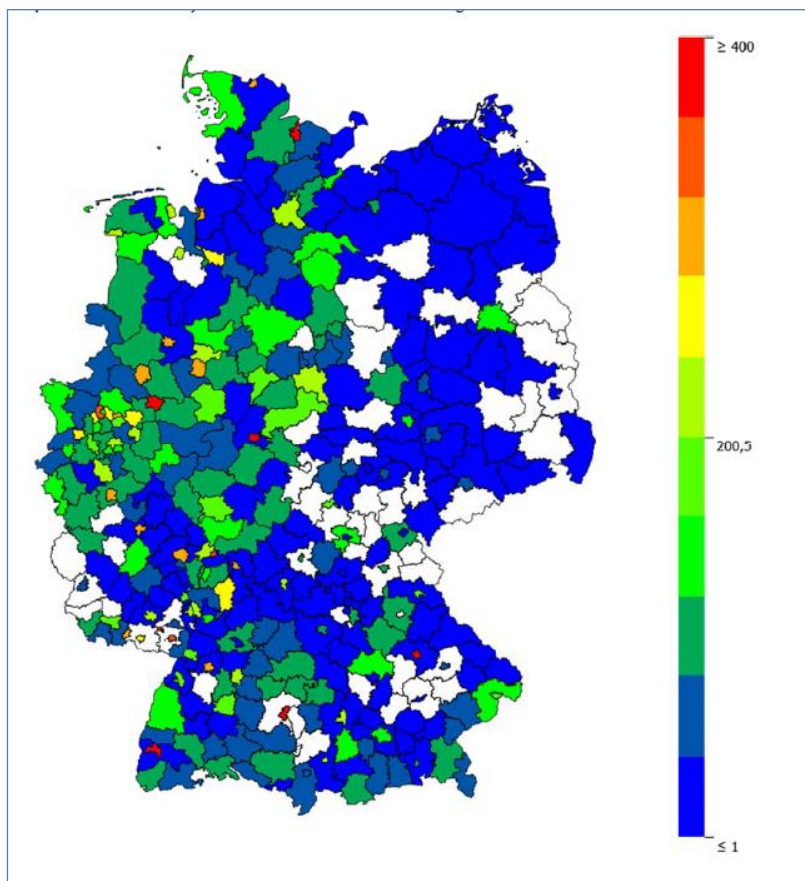
Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen, Hamburg und Berlin), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt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

1.4.9 Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten

Zum Stichtag 1. Juli 2020 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 81.300 und hat damit einen neuen Höchststand erreicht (vgl. Abbildung 3). Dies könnte u.a. auf die Corona-Pandemie und eine Erleichterung bei der Behandlung von opioidabhängigen Menschen mit Substitutionsmittel im Rahmen der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung (vgl. Kapitel 1.4.11) zurückzuführen sein. Während des Lockdowns im März/April 2020 und November/Dezember 2020 konnte jeweils ein Anstieg der Substitutionspatientinnen

und -patienten beobachtet werden: Nach dem Lockdown wurde ein Anstieg von 80.350 (Stichtag 01.03.2020) auf 81.250 (Stichtag 01.05.2020) verzeichnet. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich ein Anstieg von 2 %, welcher in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils unter 1 % lag.

Im Jahr 2020 wurden im Substitutionsregister rund 85.700 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich z. B. dadurch, dass dieselben Personen mehrmals an- und wieder abgemeldet wurden (BOPST, 2020).



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2021), Bericht zum Substitutionsregister, S. 10.

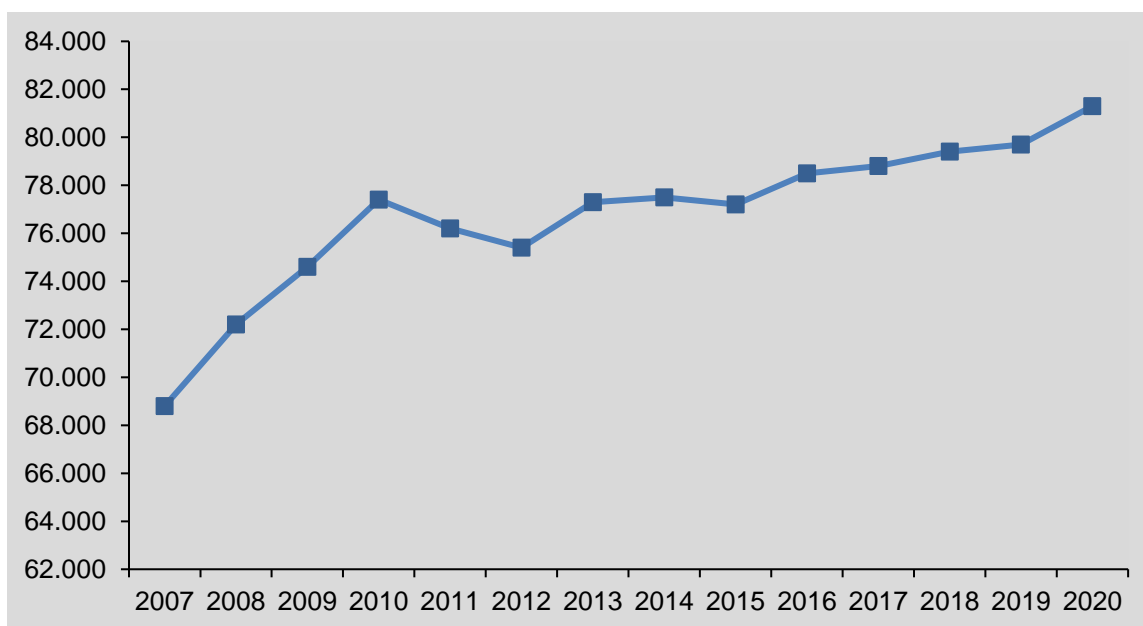
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2021).

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 01.01.2020

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 von Methadon (36,6 %) und zu Levomethadon (36,8 %) verschoben. Der Anteil von Buprenorphin (23,4 %) ist seit Jahren weitestgehend konstant (BOPST, 2021).



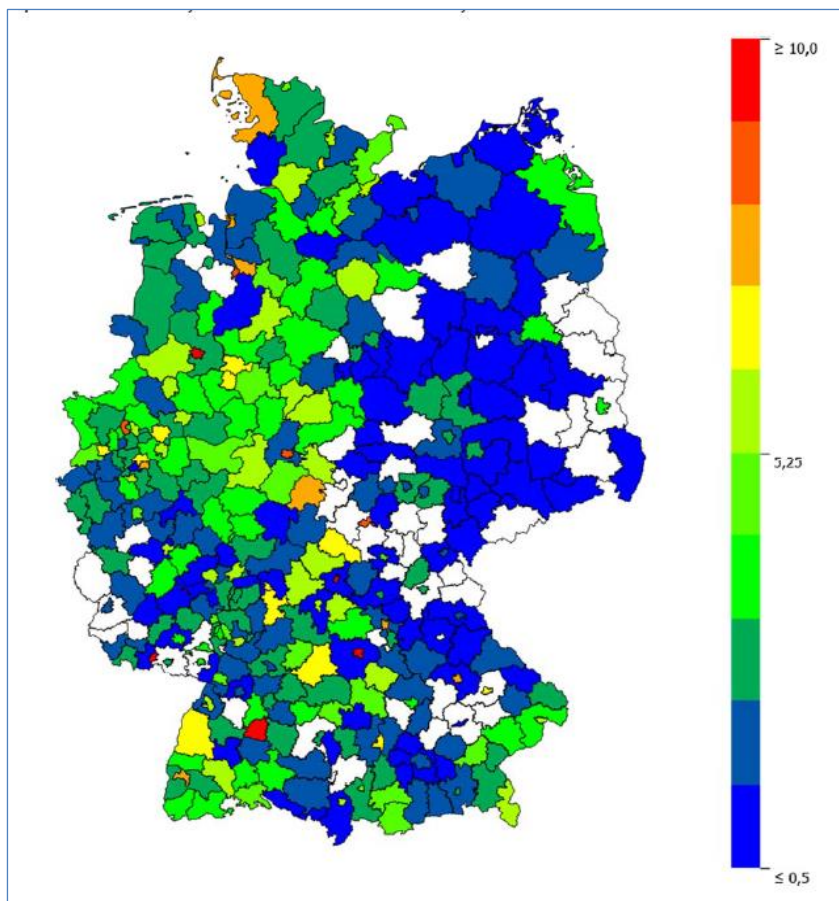
(BOPST, 2021)

Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2007 bis 2020 (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 (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. Abbildung 4). Immer mehr ältere Ärztinnen und 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 dritten Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (vgl. Kapitel 1.4.8). Siehe auch Kapitel 3.1 des Reitox-Berichts 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

Mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung am 21.04.2020 und den Maßnahmen zur Erleichterungen bei der Substitutionstherapie ist die Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung deutlich niedrighschwelliger gestaltet worden. Hiervon profitieren beispielsweise auch Menschen im ländlichen Raum. Die Regelungen gelten bis zum 31.05.2022 (Werse & Klaus, 2020). Weitere Informationen im Kapitel 3.1 „Initiativen zur Stärkung der Substitutionstherapie“.



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2021), Bericht zum Substitutionsregister, S. 9.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2021).

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 2020

1.4.11 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

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

- Im März 2021 veröffentlichte die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) Empfehlungen zur substitions-gestützten Behandlung bei Minderjährigen. Die Studienlage ist zu diesem Thema bislang eher begrenzt, dennoch ist unumstritten, dass auch bei Minderjährigen unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung hilfreich sein kann. Die Empfehlungen der BAS sollen medizinischen Fachkräften sowie Mitarbeitenden des Sucht- und Jugendhilfesystems hilfreiche Informationen an die Hand geben.
- Ende April 2020 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 7. Dezember in Kraft (G-BA, 2018).

Weitere Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Vorjahre sind im Workbook Behandlung 2019 und 2020 zu finden (Tönsmeise et al., 2019 & 2020).

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen grundsätzlich ein anerkanntes rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement (QM) eingeführt haben, um von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern (Deutsche Rentenversicherung, Kranken-, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften) belegt werden zu können. Diese werden auch vom Gesetzgeber z. B. im Rahmen des § 137d SGB V oder des § 20 SGB IX alt bzw. § 38 SGB IX (ab 13.12.2016) gefordert. Sie können dazu unter mehr als dreißig durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannten QM-Verfahren wählen. Die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) überwacht die Zertifizierungsstellen im Rahmen der Akkreditierung. Neu auf dem Markt hinzutretende stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben innerhalb eines Jahres nach Inbetriebnahme der Einrichtung die geforderte Zertifizierung nachzuweisen. Werden bei der Erstzertifizierung Mängel festgestellt, wird der stationären Rehabilitationseinrichtung für erforderliche Nachbesserungen eine Frist von bis zu neun Monaten eingeräumt. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat.

Ambulante Einrichtungen sind nicht verpflichtet ein Qualitätsmanagement vorhalten zu können. Sie haben aber dennoch die Möglichkeit, Zertifikate aus dem Bereich der QS zu erwerben: Manche Leistungserbringer – z. B. einige Wohlfahrtsverbände – haben eigene Audits mit Anforderungen an die Qualitätssicherung entwickelt, welche von ihren Mitgliedern erfüllt werden müssen. Die Koordinierung und Zertifizierung erfolgt durch unabhängige Anbieter.

Des Weiteren führt die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) 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. Suchtberaterinnen und -berater sowie Suchttherapeutinnen und -therapeuten benötigen zunächst eine einschlägige Grundausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogik, Medizin, Psychologie oder auch Krankenpflege etc. Darüber hinaus müssen sie eine zertifizierte Zusatzausbildung Suchtberatung/Suchttherapie nachweisen, welche von der DRV anerkannt sein muss, damit sie entsprechende Leistungen abrechnen dürfen. Suchtmedizinerinnen und -mediziner benötigen eine Zusatz-Weiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung". Mittlerweile gibt es auch spezifische Studiengänge, welche i. d. R. berufsbegleitend oder als duales Studium absolviert werden, beispielsweise Studiengänge wie Soziale Arbeit oder Psychologie mit suchtspezifischem Schwerpunkt oder Studiengänge wie Master of Science "Suchttherapie", in dem die Zertifizierung als Suchttherapeutin oder -therapeut beinhaltet ist.

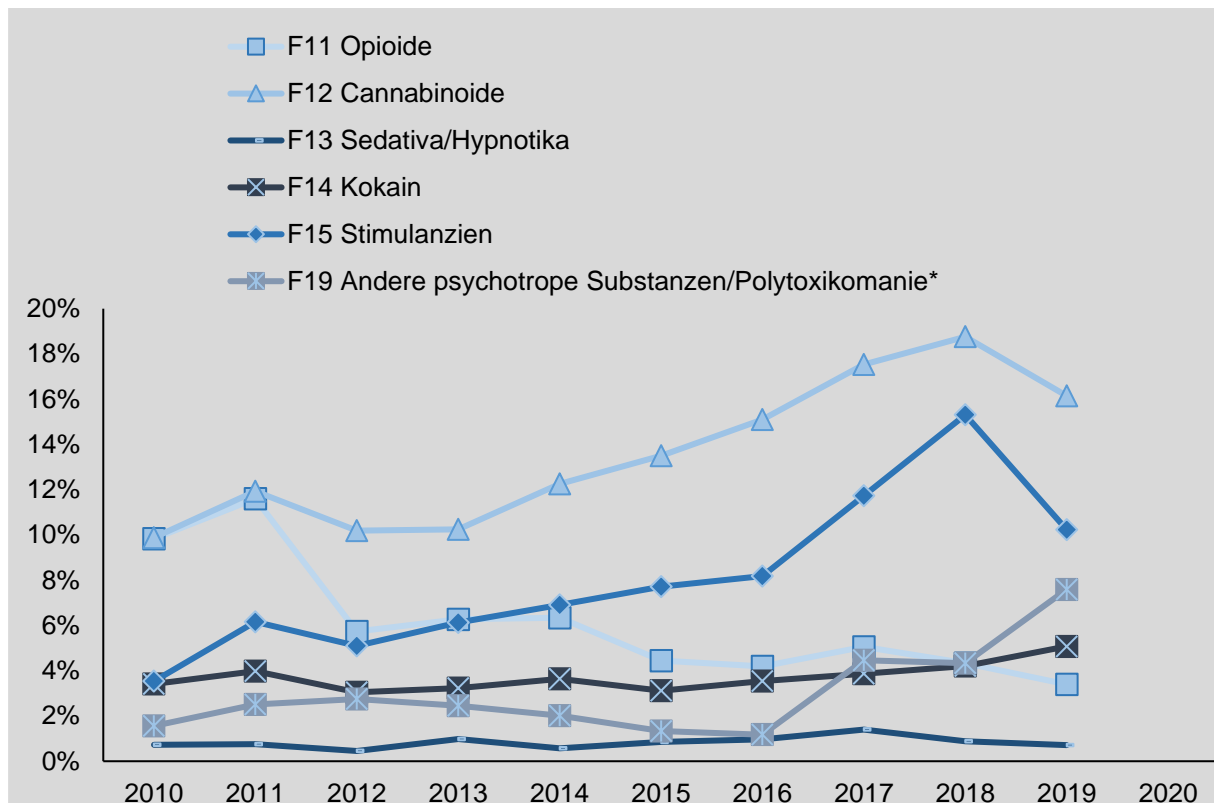
Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen für die ambulanten Angebote (v.a. Beratungsstellen) 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 (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 stationär behandelten Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen (2013: 10 %, 2018: 19 %), im Jahr 2019 erstmals rückläufig (-3 %) gewesen, jedoch seitdem wieder gestiegen (+8 % auf 16,9 %). Ein ähnlicher, jedoch nicht ganz so prävalenter Trend konnte bei der Hauptdiagnose F15 Stimulanzien beobachtet werden. Hier hat sich die Anzahl der erstmalig stationär behandelten Patientinnen und Patienten jedoch im vergangenen Jahr fast halbiert (2019: 10,2 %; 2020: 5,8 %). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund von anderen psychotropen Substanzen oder Polytoxikomanie (F19) erstmalig behandelt wurden, ist erneut gestiegen und liegt nun bei 8,2 %. Die Anteile der erstmalig stationär Behandelten aufgrund der Hauptdiagnosen F11 Opiode und F13 Sedativa/Hypnotika sind mit 3,6 % und 0,7 % gering. Aufgrund der Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel wurden im Jahr 2020 keine stationären Behandlungen durch die DSHS erfasst. Die letzten zehn Jahre betrachtet lagen die prozentualen Anteile an stationär aufgrund dieser Hauptdiagnosen behandelte Menschen bei konstant 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

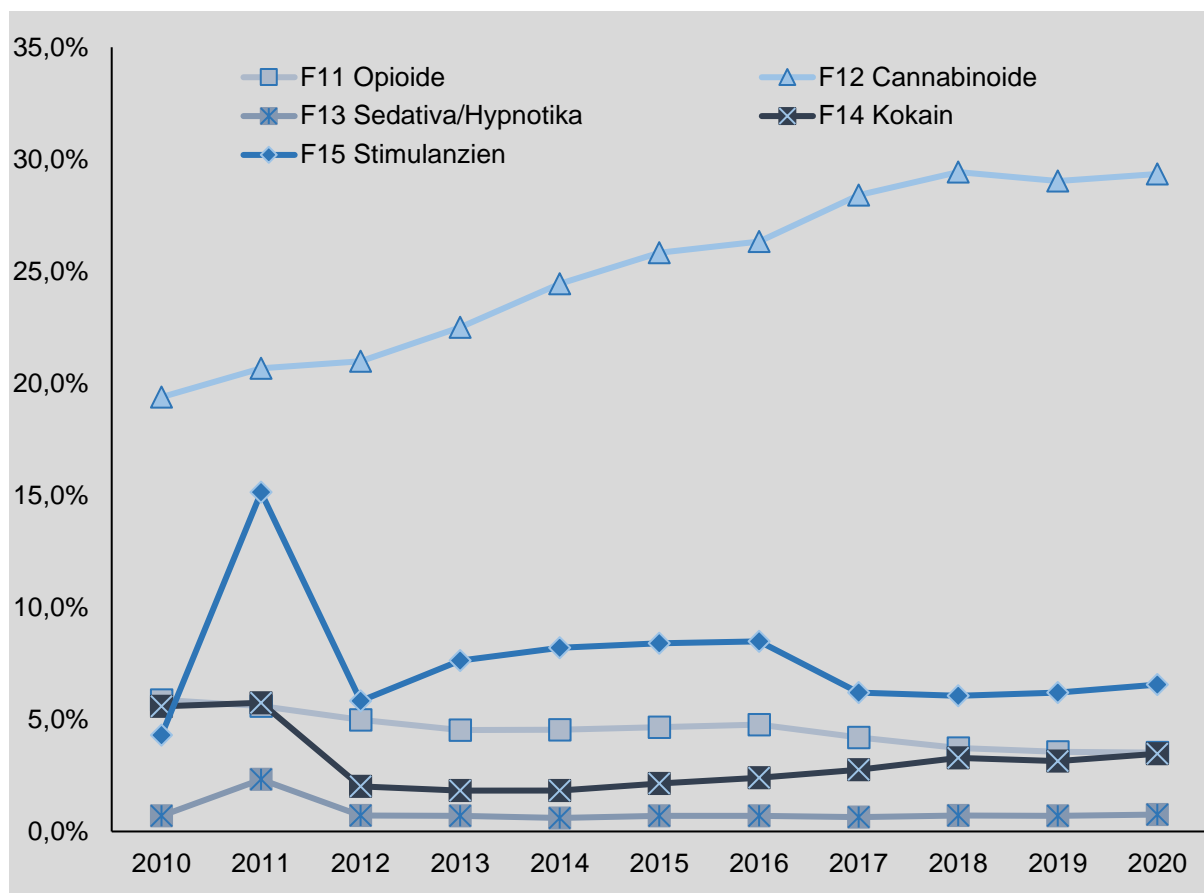
Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10-F19, F50, F63).

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 (2010-2020) in Prozent (%).

Die mit Abstand am häufigsten erstmalig behandelten Klientinnen und Klienten im ambulanten Setting wurden in den vergangenen Jahren aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide (29,3 %) vorstellig. Wie in der Abbildung 6 zu erkennen ist, liegt seit 2010 eine steigende Tendenz vor, welche im Jahr 2019 erstmalig stagnierte, zuletzt jedoch erneut zugenommen hat (+3 %). 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>

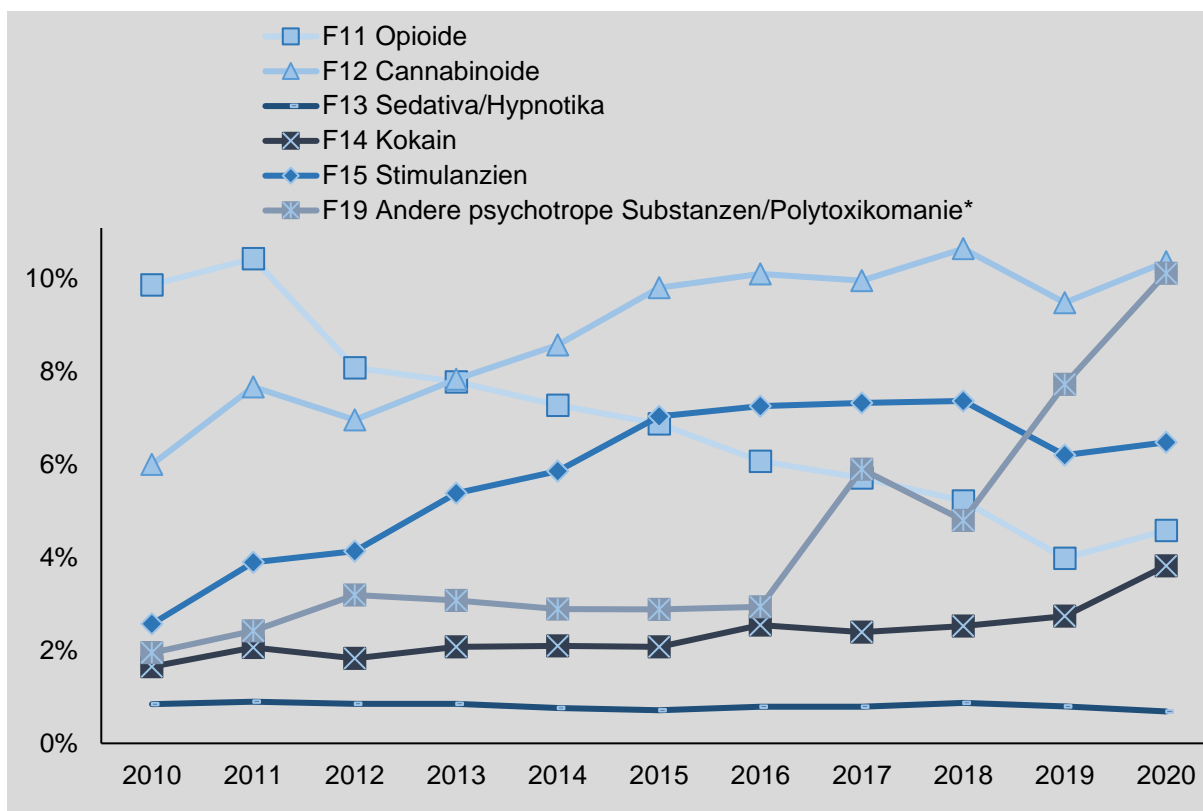
Abbildung 6 Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%).

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 2020 nur noch 4,6 % 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 2020), während immer mehr Klientinnen und Klienten aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide behandelt und beraten werden (12 % im Jahr 2010, 19,5 % im Jahr 2020).

Zudem ist seit 2017 ein Anstieg von Klientinnen und Klienten der Hauptdiagnose Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie zu beobachten (0 % in 2016, 4,4 % in 2020).



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.

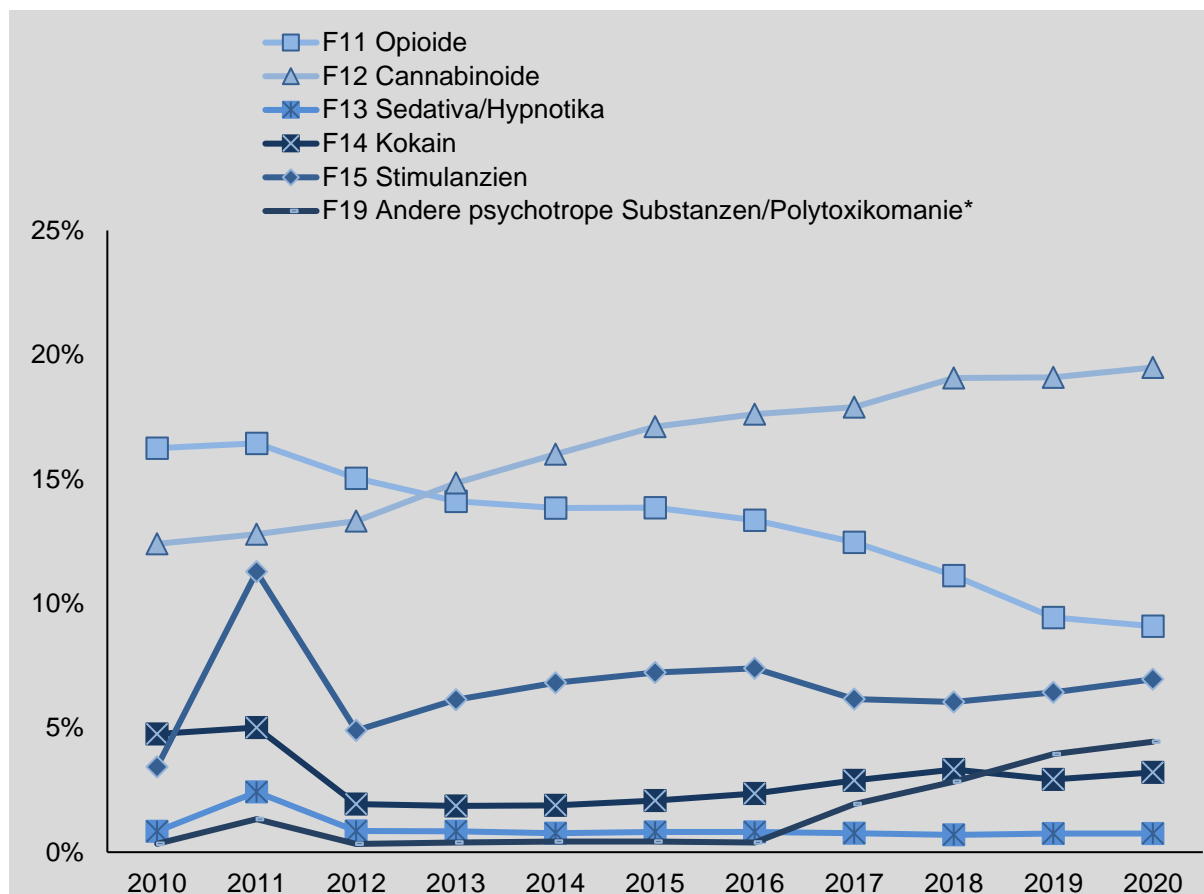
* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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 (2010-2020) 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 (2010-2020) in Prozent

Substitutionsbehandlungen

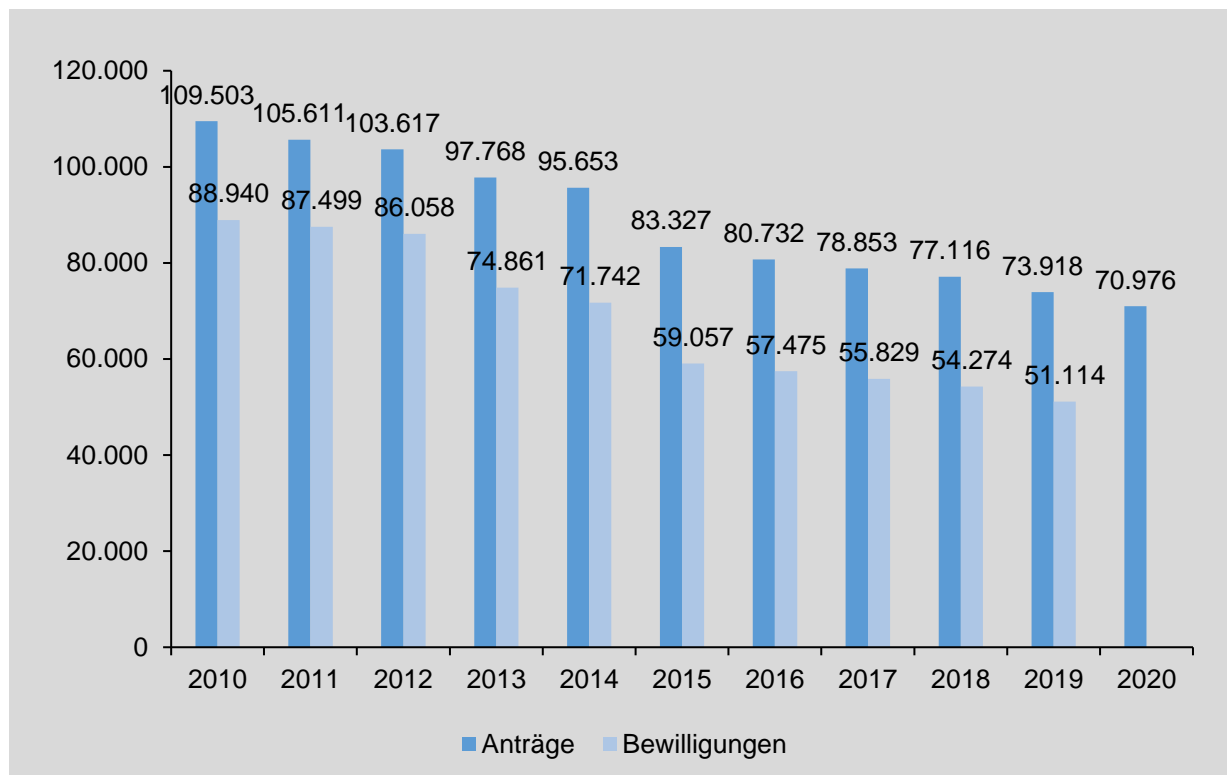
Informationen zu Trends in der Substitutionsbehandlung finden Sie in den Kapiteln 1.4.8 und 1.4.9.

Rehabilitation

Die Gesamtzahl der von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist in den vergangenen Jahren immer weiter zurückgegangen (vgl. Abbildung 9) (DRV, 2021a). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet (Ostholt-Corsten & Kley, 2019).

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: Simon, Martin & Falk (2021), DRV (2021a,b)

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 (2010-2020).

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

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

Die Corona-Pandemie erreichte im Jahr 2020 auch Deutschland, bei der laut RKI bis heute 3.784.433 Menschen erkrankten und 91.754 starben (Stand: 6.08.2021; RKI, 2021). 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 insbesondere im Jahr 2020 dazu, dass Beratungs- und Behandlungsangebote nur reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren. Einige Einrichtungen mussten ihre Angebote vorübergehend pausieren (Adorjan et al., 2021;

Vogelsang, 2020; Werse & Klaus, 2020; DHS, 2020a). Studien zufolge wurden bzw. werden diese Auswirkungen sowohl von Mitarbeitenden als auch insbesondere vom Klientel bzw. Patientinnen und Patienten als stark empfunden (Werse & Kamphausen, 2021). Suchtmittelabhängige Menschen gelten als marginalisierte und stark stigmatisierte Gruppe, denen im Rahmen ihrer Behandlung/Beratung oftmals ein hoher Betreuungsbedarf zugeschrieben wird. Durch pandemiebedingte Einschränkungen in der Versorgung sowie psychosoziale Stressoren durch die Pandemie und beispielsweise damit einhergehende Kontaktbeschränkungen liegt ein erhöhtes Konsum- und Rückfallrisiko vor. Problematisch ist in diesem Zusammenhang insbesondere auch, dass Betroffene aufgrund ihrer Stigmatisierung meist einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben, aufgrund ihres Konsums und häufig damit einhergehenden Komorbiditäten jedoch als besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf eine Covid-19-Erkrankung gelten (Adorjan, Hausmann, Rauen & Pogarell, 2021). Umfassende, repräsentative Daten zur Lage der Suchthilfe und suchtmittelkonsumierenden Menschen gibt es noch nicht. Weitere Informationen zum Thema Konsum können dem Workbook Drogen (Neumeier et al., 2021) entnommen werden.

Über das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) und das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden vom Gesetzgeber Möglichkeiten geschaffen, sozialen Dienstleistenden kurzfristig Liquiditätshilfen zu geben, um finanzielle Krisenfolgen abzufedern (BMAS, 2021; Vogelsang, 2020; BMG, 2020; Sucht Aktuell, 2020).

Ende April 2020 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 auch Patienten und Patientinnen, die unter Sichtbezug substituiert werden, Medikamente 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). Die Verordnung gilt noch bis Ende Mai 2022 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021b).

Neben der Arzneimittelversorgungsverordnung sind eine Reihe an Handreichungen verfügbar, welche z. B. den Anbietenden von Substitutionsbehandlung sowie substituierten Menschen in der Praxis helfen sollen. Die Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland stellen beispielsweise Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte bereit (Jeschke & Meyer-Thompson, 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. Umstrukturierungen der Angebotspaletten hinsichtlich Zeiten und Auslastungen konnten eingerichtet werden. Viele Akteurinnen und Akteure fanden darüber hinaus weitere individuelle und kreative Lösungsansätze, um ihre Arbeit fortsetzen zu können. Online-Seminare, Beratungs-Spaziergänge, Beratung auf

Parkbänken und Telefon- und Video-Beratung gehören mittlerweile für viele Einrichtungen in der Suchthilfe zur Tagesordnung (Heitmann, 2021; HLS, 2021; LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2020). Während zu beobachten war, dass gerade jüngere Betroffene von diesen niedrigschwelligen Online-Angeboten profitierten, gehen Expertinnen und Experten davon aus, dass insbesondere viele ältere Betroffene ohne benötigte Medienkompetenz in dieser Zeit den Kontakt zum Suchthilfesystem verloren haben (HLS, 2021; Werse & Kamphausen, 2021; Heitmann, 2020).

Initiativen zur Stärkung der Substitutionstherapie

Daniela Ludwig, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in der 19. Legislaturperiode des deutschen Bundestages, hat die Substitutionstherapie zu einem ihrer Schwerpunktthemen gemacht und ist in vielfältiger Weise aktiv geworden. Zwei derzeit aktuelle Initiativen sollen an dieser Stelle hervorgehoben werden:

„Substitutionstherapie - Wege zurück ins Leben“ ist eine Initiative von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesärztekammer. Die Initiative will eine Stärkung der ärztlichen Versorgung opioidabhängiger Menschen erreichen und insbesondere die jüngeren und zukünftigen Generationen an Ärztinnen und Ärzten für die Arbeit im suchtmmedizinischen Bereich gewinnen. So sollen langfristig die „weißen Flecken“ in der Substitutionsversorgung beseitigt werden (vgl. Kapitel 1.4.10, Abbildung 4) (Ärzteblatt, 2021; Kunstmann, Bohr, Scherbaum & Wodarz, 2021). Vorgestellt wurde diese Initiative auch bei der Dialogreihe „Runder Tisch zur Substitutionsversorgung“ der Drogenbeauftragten. Beim dritten Treffen stand die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Mittelpunkt. Es diskutierten Vertreterinnen und Vertretern der Ärztekammern, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sowie der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021c).

Die Drogenbeauftragte ist auch Schirmherrin der Initiative „100.000 Substituierte bis 2022“ vom JES Bundesverband, akzept e.V. und der Deutschen Aidshilfe (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021b). Derzeit sind ca. 50 % der etwa 165.000 opioidabhängigen Menschen in Substitutionsbehandlung (vgl. Kapitel 2.1, Substitutionsbehandlung; Workbook Drogen: Karachaliou et al., 2021). Entsprechend des Titels der Initiative sollen bis zum Jahr 2022 mindestens 60 % der opioidabhängigen Menschen behandelt werden – mindestens 100.000 Substituierte. Die Kampagne richtet sich an verschiedene Zielgruppen und Akteure: über zielgruppenspezifische Medien (Videos und Printmedien) sollen Opiode konsumierende Menschen auf die Substitutionsbehandlung aufmerksam gemacht werden. Auch in der Beratung soll das Thema vermehrt aufgegriffen werden. Nicht zuletzt wendet sich auch diese Initiative an die Politik, mit der Aufforderung, Angebote zu stärken und auszubauen. Die Kampagne ging am 31. August 2020 an den Start, dem International Drug Overdose Awareness Day. Durch das Ziel einer Ausweitung der Substitutionsbehandlung sollen langfristig viele vermeidbare Todesfälle verhindert werden (Deutsche Aidshilfe, 2020; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020).

Depotspritze zur Substitutionsbehandlung

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

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

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, 2020b, o.J.).

In Folge der Corona-Pandemie hat sich diese Situation zusätzlich verschärft. Einer Mitgliederbefragung des Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (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 Mehrinvestitionen, z. B. aufgrund von baulichen Maßnahmen, der Beschaffung zusätzlicher Räumlichkeiten, (technischer) Ausstattung, Schutzausrüstung und Personal (fdr+, 2020).

Um auf die prekäre Situation der Beratungsstellen aufmerksam zu machen, fand am 4. November 2020 erstmalig der *Aktionstag Suchtberatung: Kommunal wertvoll!* unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Daniela Ludwig, statt. Ziel war es, Suchtberatungsstellen und Politik in den Kommunen miteinander in einen Dialog zu bringen. Dabei sollte vor Ort auf die Dringlichkeit der (Weiter-)Finanzierung und die Zukunftssicherung der Suchtberatungsstellen aufmerksam gemacht werden (DHS, 2020b, o.J.). Eine zweite Auflage des Aktionstags Suchtberatung unter Federführung der DHS und ihrer Mitgliedsverbände ist auf den 10. November 2021 terminiert.

4 QUELLEN UND METHODIK

4.1 Quellen

- Adorjan, K., Haussmann, R., Rauen, K. & Pogarell, O. (2021). Folgen der Covid-19-Pandemie für Menschen mit Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. *Nervenarzt*, 92: 571-578. DOI: 10.1007/s00115-021-01105-0.
- Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H.F., Tüscher, O., Lieb, K., Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Heinz, A. & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Nervenarzt*, 92: 562-570. DOI: 10.1007/s00115-021-01129-6.
- Aerzteblatt (2021). Substitutionsversorgung: Appell an Ärzte für mehr Engagement. [Online]. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/124981/Substitutionsversorgung-Appell-an-Aerzte-fuer-mehr-Engagement>. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- 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) (2021). Ärztestatistik zum 31.12.2020. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 26.07.2021].
- 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.). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO_Bgbl.PDF [Online]. [Letzter Zugriff 20.08.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)(2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3._BtMVVAEndV.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)(2020). Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu (Pressemitteilung vom 27.03.2020). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2021). Bericht zum Substitutionsregister. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_

- Bericht2021.pdf;jsessionid=3E23CCC6D040CA48EB089F931CC89569.1_cid507?__blob=publicationFile&v=9 [Online]. [Letzter Zugriff 25 May 2021].
- Bundesgesetzblatt (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2018). Bundeslagebild Rauschgift 2017. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildZ.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesministerium für Arbeit & Soziales (BMAS) (2018). Förderprogramm rehapro. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/f%C3%B6rderprogramm-rehapro.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2021). Einsatz und Absicherung sozialer Dienstleister. <https://www.bmas.de/DE/Corona/einsatz-und-absicherung-sozialer-dienstleister.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. [Buss] (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019 – Zentrale Studienergebnisse. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Info-Blatt_01._Juli_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 02.08.2021].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwio0Juo_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 [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- 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. & Specht, S. (2020). Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforchung, München.

- Deutsche Aidshilfe e.V. (2019). Unter die Haut: Neue Depotspritze zur Substitutionsbehandlung. Aktuelle Meldung, 02.04.2019. <https://www.aidshilfe.de/meldung/buvidal-depotspritze-buprenorphin> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Aidshilfe (2020). „100.000 Substituierte bis 2022“. Aktuelle Meldung, 31. August 2020. <https://www.aidshilfe.de/meldung/100000-substituierte-2022> [Online]. [Letzter Zugriff 13.08.2021].
- Deutsche Apotheker-Zeitung [DAZ.Online] (2019). Einfachere Opioidsubstitution mit Buvidal. Buprenorphin-Depot: nur einmal pro Woche oder Monat. Artikel, 19.02.2019. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/19/buprenorphin-depot-nur-einmal-pro-woche-oder-monat> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.) (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) (Hrsg.) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland–Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven Update 2019. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf [Online]. [Accessed 15.08.2021].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020a). Suchthilfe während und nach der Corona-Krise absichern! (DHS Stellungnahme). https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchthilfe_waehrend_und_nach_der_Corona-Krise_absichern.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020b). Suchtberatung ist wichtiger denn je! - Corona legt den Finger in die Wunde („Notruf Suchtberatung“). https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktionstag_Suchtberatung/DHS_Notruf_Suchtberatung_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (o.J.). Aktionstag Suchtberatung: „Kommunal wertvoll. <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/kampagnen/aktionstag-suchtberatung> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2021). Suchthilfeverzeichnis der DHS. <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Online]. [Letzter Zugriff 29.06.2021].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018). Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forsc

- hung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeitsuchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [Online]. [Letzter Zugriff 23.07.2019].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2021a). Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2020, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: <https://statistik-rente.de/drv/> [Online]. [Letzter Zugriff 13.07.2021].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2021b). Statistik über Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVwV für Januar bis Dezember 2020. Table: 002.0 RV Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen sowie Veränderungen zum Vorjahr nach Antragsart (medizinische Reha-Leistungen). https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/sk93_reha_antraege/tabellen_2020/202012_Reha_Antraege_Tabelle02.htm [Online]. [Letzter Zugriff 14.07.2021].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2021c). Rehabilitation 2020. Band 222. https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikaende/documents/Rehabilitation_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 13.07.2021].
- 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. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgungsstruktur/2.3.8._Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4._Nahtlosverfahren_qualifizierter_Entzug-Suchtrehabilitation/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Drogenbeauftragte, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020). „100.000 Substituierte bis 2022“. Pressemitteilung, 24.11.2020. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/100000-substituierte-bis-2022/> [Online]. [Letzter Zugriff 13.08.2021].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021a). Kinder- und Jugendschutzgesetz beschlossen. Pressemitteilung, 22.04.2021. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-beschlossen/> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021b). Sonderregelungen für die Substitution verlängert. Pressemitteilung, 04.03.2021. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/sonderregelungen-fuer-die-substitution-verlaengert/> [Online]. [Letzter Zugriff 12.08.2021].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021c). Dritter Runder Tisch zur Substitutionsversorgung. Pressemitteilung, 23.06.2021.

- <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/dritter-runder-tisch-zur-substitutionsversorgung/> [Online]. [Letzter Zugriff 13.08.2021].
- European Medicines Agency (EMA) (2018). Buvidal (buprenorphine), An overview of Buvidal and why it is authorised in the EU. EMA, London. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview_en.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Fachverband Drogen und Suchthilfe [fdr+] (2020). Neue Impulse jetzt nutzen! – Welche notwendigen Konsequenzen wir aus den Erfahrungen mit der Corona-Pandemie für eine wirkungsvolle Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe ziehen müssen. https://www.fdr-Online.info/wp-content/uploads/2020/07/200715-fdrPositionierung_Corona.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- 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 Prävention, 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. 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 [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- 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. https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf;jsessionid=51B1D63635A417D05C2CFDD925E00DD4.delivery1-2-replication?__blob=publicationFile&v=1 [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Heitmann, L. (2021). Veränderungen in der Hamburger Suchthilfe in Zeiten der Corona-Pandemie. Konturen. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/veraenderungen-in-der-hamburger-suchthilfe-in-zeiten-der-corona-pandemie/> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)(2021): Covid-19 und die Auswirkungen auf die Behandlung von opioidabhängigen Menschen. HLS, Forschungsbrief 58, 8-10.
- 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). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2020). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2020. 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. https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Handreichung_Kurzfassung_Subst_und_Sars_2_Covid_19_-16320-final-.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Karachaliou, K., Seitz, N.-N., Neumeier, E., Schneider, F., Höke, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2021): Drogen. Bericht 2021 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EMCDDA (Berichtsjahr 2020/2021). DBDD, München.
- Kemmann, D., Muhl, C., Funke, W., Erben, C., Fischer, M., Bachmeier, R., Klein, T., Link, S. & Granowski, M. (2021). Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 1, 61-68.
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021a): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 1, Bezugsgruppe: Beender ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021b): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021c): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 1, Bezugsgruppe: Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- 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. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengige.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Kunstmann, W., Bohr, U., Schwerbaum, N. & Wodarz, N. (2021). Opioidabhängige Menschen: Wege zurück ins Leben. Deutsches Ärzteblatt, 118(24): A1211/ B-997. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/219725/Opioidabhaengige-Menschen-Wege-zurueck-ins-Leben> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Lahusen, H., Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2020). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO). Bado e.V., Hamburg.

- LWL-Koordinierungsstelle Sucht (2020): Nachrichten aus der LWL-Koordinationsstelle Sucht. LWL-KS-Newsletter, 18(3), [Online] <https://www.lwl.org/ks-download/downloads/newsletter/Newsletter03-2020.pdf> [Letzter Zugriff 01.09.2021].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung, Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (publisher), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Neumann-Runde, E., Kalke, J. & Werse, B. (2020). Landesauswertung der COMBASS-Daten 2019. In: Hessisch Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen 2019.
- Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M., Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Drogenpolitik. Bericht 2021 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EMCDDA (Berichtsjahr 2020/2021). DBDD, München.
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019): Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Pabst, Lengerich, 180-191.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2013/2014. 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.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2021). COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html [Online]. [Letzter Zugriff 08.08.2021].
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Deutschland. Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD, München,
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2020/2021). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD, München.
- Seitz, N.-N., Böttcher, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1990-2018. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Simon, R., Martin, S. & Falk, J. (2021). Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2021. Pabst, Lengerich. 197-206.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 26), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a). Grunddaten der Krankenhäuser 2019. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 25), Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b). Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten 2019. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301197015.xlsx?__blob=publicationFile [Online]. [Letzter Zugriff 13.07.2021].
- Sucht Aktuell (Hrsg.) (2020). Auswirkungen der Corona Pandemie auf die (Sucht-) Rehabilitation – aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Sucht Aktuell, 2; 24-36.
- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München.
- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2019/2020). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München
- Tossmann, P. & Leuschner, F. (2021). Digitale Suchtberatung. Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung. https://delphi.de/wp-content/uploads/2021/01/Konzept-DigiSucht_2021_BMG.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 08.08.2021].
- Uberschär, I., Kampczyk, U., Schmidtke, B., Retzlaff, R. (2017). Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. Sucht Aktuell, 1-2017, 11-14.
- Vogelsang, M. (2020). Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie. Sucht Aktuell, 2: 14-23.
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht Aktuell, 22 (2), 31-34.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021). Corona und Drogenhilfe – Zur Situation in „harten“ Drogenszenen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Corona_und_Drogenhilfe_bf.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Werse, B. & Klaus, L. (2020). Corona, „harte Szene“ und Drogenhilfe: Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. Sucht, 66: 278-285.
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (2020). Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei Geflüchteten (PREPARE). <http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/Praevention-und-Behandlung-von-Suchtproblemen-bei-Gefluechteten-PREPARE/?L=116&cHash=1b9850e3f8f483ed1e25b72a1e86e514>. [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (o.J.). Suchtrehabilitation von Opioidabhängigen in Behandlung mit injizierbarem, subkutanem Depot-Buprenorphin (ARIDE). <https://www.zis-hamburg.de/projects/projektetails/Suchtrehabilitation-von-Opioidsubstituierten-in-Behandlung-mit-subkutanem-Depot-Buprenorphin/?L=1wordpress%2F&cHash=54c94307f6b7d629e1f68eb7948a9f32> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].

4.2 Methodik

Die Methodik der vergangenen Jahre wurde beibehalten (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 anteilig 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	19
Tabelle 11	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen.....	25

6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2011 – 2020.....	38
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 01.01.2020	39
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2007 bis 2020 (Stichtag 1. Juli).....	40
Abbildung 4	Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2020.....	41
Abbildung 5	Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%).....	45
Abbildung 6	Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%).....	46
Abbildung 7	Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%).....	47
Abbildung 8	Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent.....	48
Abbildung 9	Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2010-2020).	49