



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

Behandlung

Workbook Treatment

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	4
1	NATIONALES PROFIL (T1)	5
1.1	Politik und Koordination (T1.1)	5
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie (T1.1.1)	5
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung (T1.1.2)	6
1.1.3	Weitere Informationen (T1.1.3)	6
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung (T1.2)	6
1.2.1	Ambulante Behandlung	7
1.2.2	Stationäre Behandlung	9
1.3	Kerndaten (T1.3)	13
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung (T1.3.1)	13
1.3.2	Verteilung der Hauptdiagnosen unter allen Behandelten (T.1.3.2)	16
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten (T.1.3.3)	16
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten (T1.3.4)	17
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung (T1.3.5)	18
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen (T1.4)	19
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote (T1.4.1)	20
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten (T1.4.2)	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote (T1.4.3)	22
1.4.4	Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten (T1.4.4)	24
1.4.5	Behandlungsergebnisse (T1.4.5)	24
1.4.6	Soziale Reintegrationsangebote (T1.4.6)	25
1.4.7	Substitutionsbehandlung (OST)	25
1.5	Qualitätssicherung (T1.5)	28
1.5.1	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung (T1.5.1)	29

2	TRENDS (T2)	29
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Substitutionspatienten (T2.1).....	29
2.1.1	Substitutionsbehandlung.....	29
2.1.2	Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich.....	30
2.2	Zusätzliche Trends in der Drogenbehandlung (T2.2)	34
3	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3.1)	34
3.1	Beratung und Behandlung im Internet – E-Health	34
3.2	Teilhabe am Arbeitsleben	35
3.3	Behandlung von Methamphetamin-Konsumierenden.....	35
4	ZUSATZINFORMATIONEN (T4)	36
4.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)	36
4.2	Weitere Aspekte (T.4.2)	36
5	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	37
5.1	Missbrauch von Substitutionsmitteln (T5.1).....	37
5.2	Internet-basierte Drogenbehandlung (T5.2)	37
5.3	Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumenten (T5.3)	37
6	QUELLEN UND METHODIK (T6)	37
6.1	Quellen (T6.1).....	37
6.2	Methodik (T6.2).....	38
6.2.1	Ambulante Betreuung	38
6.2.2	Stationäre Betreuung	38
6.2.3	Substitutionsbehandlung.....	39
7	BIBLIOGRAPHIE	40
8	TABELLENVERZEICHNIS	45
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	45

0 Zusammenfassung (T0)

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist sehr ausdifferenziert. Kernstück des Suchthilfesystems sind, neben den Hausärzten, die ca. 1.300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 800 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 500 (ganztags) ambulante und 320 stationäre Therapieeinrichtungen. Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, stellen eine Minderheit dar. In der überwiegenden Mehrheit werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt. Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht auch im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfeorganisationen.

Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) auf illegale Substanzen, handelte es sich in über einem Drittel der Fälle um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In mehr als einem Drittel der Fälle handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle. Mit deutlichem Abstand stehen erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien wie im Vorjahr an zweiter Stelle vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen. Die Anteile der erstbehandelten Personen mit kokainbezogenen Störungen sowie aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert.

Unter den stationären Behandlungen mit primären Drogenproblemen im Rahmen der DSHS ist der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis weiter gestiegen, während der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden weiter gesunken ist. Behandlungen aufgrund von Cannabis stellen somit weiterhin die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol). Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Opioiden ist seit 2007 rückläufig, der von Cannabis steigt seit 2007 kontinuierlich. Danach folgen anteilmäßig Behandlungen aufgrund von Stimulanzienkonsum.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2014 bei 77.500 Patienten. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.

Neue Entwicklungen im Behandlungssystem lassen sich an der Diskussion zu E-Health, der Teilhabe am Arbeitsleben sowie in der Behandlung von ATS/Methamphetamin-Konsumenten festmachen.

1. Nationales Profil (T1)

1.1. Politik und Koordination (T1.1)

1.1.1. Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie (T1.1.1)

Die 2012 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung veröffentlichte Nationale Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik löst den Aktionsplan Drogen und Sucht aus dem Jahr 2003 ab und legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Vorrangiges Ziel ist die Vermeidung und Verringerung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel. Die Nationale Strategie betont jedoch auch die Notwendigkeit der Beratung und Behandlungsangebote in Deutschland: „Diese gilt es zu erhalten und zu stärken, damit jeder Suchtkranke das Angebot zur Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen kann, das er benötigt“.

In der Nationalen Strategie befasst sich insbesondere das Ziel 3 (Ausbau der indizierten Prävention und Therapie für Menschen mit einem riskanten Cannabiskonsum) mit Aspekten der therapeutischen Versorgung für Menschen, die illegale Drogen konsumieren (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012).

In der Vergangenheit waren Beratungsstellen vor allem auf Alkoholabhängige und Opiatkonsumenten fokussiert, in den letzten Jahren wurden insbesondere spezielle Angebote für Cannabiskonsumierende ergänzt („AVerCA“¹, „Quit the Shit“², „CANDIS“³, „CANStop“⁴ und „INCANT“⁵ sowie als Programme mit einem substanzmittelübergreifenden Ansatz „SKOLL“⁶ und „FreD“⁷). Der Transfer und die Verbreitung dieser Angebote sollen auf kommunaler Ebene unterstützt werden (ebd.). Die Maßnahmen umfassen:

- Verbreiterung und Verbesserung der Verfügbarkeit der vorhandenen Cannabisbehandlungs- und -beratungsprogramme für Fachkräfte durch die Internetplattform AVerCa
- Transfer und breite Implementierung evaluierter Interventionen zur Reduktion des Cannabiskonsums wie „Quit the Shit“, „CANDIS“, „CANStop“ und „INCANT“ durch die Förderung von Fachkonferenzen und spezifischen Fortbildungsangeboten
- Entwicklung eines substanzmittelübergreifenden Ansatzes und Transfer in die Praxis der Suchtberatung durch das Projekt „SKOLL“ (Selbstkontrolltraining)

¹ www.averca.de [letzter Zugriff: 05.10.2015].

² www.quit-the-shit.net [letzter Zugriff: 05.10.2015].

³ www.candis-projekt.de [letzter Zugriff: 05.10.2015].

⁴ www.canstop.med.uni-rostock.de [letzter Zugriff: 05.10.2015].

⁵ www.incant.eu [letzter Zugriff: 05.10.2015].

⁶ www.skoll.de/ [letzter Zugriff: 05.10.2015].

⁷ www.lwl.org/FreD/ [letzter Zugriff: 05.10.2015].

- Sonderauswertung der vorliegenden Repräsentativbefragungen (Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA) und Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA) sowie Studien aus einzelnen Bundesländern und Städten zum Konsum illegaler Drogen (v. a. Cannabis) bei Jugendlichen und Heranwachsenden
- Ausweitung des Programms „FreD“ (Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumierende) vor allem auf Jugendliche, die in der Schule wegen ihres Cannabiskonsums auffallen.

1.1.2. Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung (T1.1.2)

Das deutsche Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist sehr ausdifferenziert. Eine nationale Planung von Behandlungsbedarf in verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems passt aber nicht in das föderale System der Bundesrepublik. Stattdessen erfolgt diese Planung auf Ebene der Bundesländer oder Kommunen. Die Drogen- und Suchtbeauftragte der Bundesregierung nimmt auf Bundesebene eine ressort- und institutionsübergreifende koordinierende Rolle wahr.

Detaillierte Informationen finden sich in Kapitel 1 des REITOX-Berichtes 2014 zur Drogenpolitik, Rechtsprechung und Strategien (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014).

1.1.3. Weitere Informationen (T1.1.3)

Die DHS hat vor kurzem eine umfassende Beschreibung des Suchthilfe- und Versorgungssystems vorgelegt (DHS 2015). Weiterhin wurde von der DHS eine Bestandsaufnahme zur Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund aufgelegt, die Grundlage zur Beschreibung der Hilfen vor Ort ist (DHS 2010a). Weitere Informationen zu Behandlungsleitlinien sind zu finden im nationalen REITOX-Bericht 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).

1.2. Organisation und Bereitstellung der Behandlung (T1.2)

Abhängigkeitskranken in Deutschland steht ein differenziertes und flächendeckendes Hilfesystem zur Verfügung. Sie können diese Hilfen kostenlos nutzen, allerdings sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger notwendig (Leune 2014). Hausärzten kommt eine besondere Rolle zu, da sie häufig erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben den Hausärzten (zu deren Suchtbehandlungen keine differenzierten Daten vorliegen) die ca. 1.300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, etwa 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 800 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 500 (ganztags) ambulante und 320 stationäre Therapieeinrichtungen. Auch den psychiatrischen Kliniken kommt eine wichtige Bedeutung zu. Die Mehrzahl der Hilfeeinrichtungen ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Insbesondere in der stationären Behandlung sind auch öffentlich-rechtliche und gewerbliche Träger tätig.

Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten existieren auch im Bereich der Sucht zahlreiche Selbsthilfeorganisationen. Zwar sind diese bisher vor allem auf Alkoholabhängige und ältere Zielgruppen ausgerichtet, dennoch ist es Ziel der Bundesverbände der Selbsthilfe, sich mehr für Suchtkranke aller Suchtstoffe zu öffnen sowie mehr junge Suchtkranke für die Idee der Selbsthilfe zu gewinnen.

1.2.1. Ambulante Behandlung

Ambulantes Behandlungssystem – Einrichtungen und Angebote (T1.2.1)

Kontakt, Motivation und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten; Entgiftung und Entzug werden überwiegend in so genannten „Regel-Krankenhäusern“, aber auch in wenigen Spezialeinrichtungen (häufig im Psychatriebereich) vorgenommen. Die ambulanten Beratungsstellen sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht in der Primärversorgung – also in der Regel durch niedergelassene Ärzte – behandelt werden. Die Beratung ist kostenlos, die Einrichtungen finanzieren sich aus Mitteln der Kommunen und Bundesländer sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuerermittel, etc.).

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)

	Anzahl der Einrichtungen	Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)
Specialised drug treatment centres	1.300	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz
Low-threshold agencies	>300	Emergency overnight accommodation, consumption room, streetwork, etc.
General/Mental health care	2.650*/8.416**	Substitutionsärzte
Prisons	186	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug
Other outpatient units	300	Psychiatrische Institutsambulanzen
Other outpatient units	100	(ganztags) Ambulante Rehabilitation
Other outpatient units	460	Ambulantes betreutes Wohnen
Other outpatient units	250	Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen
Other outpatient units	8.700	Selbsthilfegruppen

* 2014 haben 2.650 Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet (BOPST 2015).

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

Pfeiffer-Gerschel et al. 2014; BOPST 2015.

Beachtet werden muss bei der Angabe der Einrichtungen, dass jene, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen. In der überwiegenden Mehrheit werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebots (T1.2.2)

Niedrigschwellige Hilfen und Beratung werden überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der therapeutischen Behandlung wird die ambulante Suchthilfe zum größten Teil mit Hilfe freiwilliger 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).

Ambulantes Behandlungssystem (T1.2.3)

Tabelle 2 Anzahl der verfügbaren Plätze in der ambulanten Suchthilfe

	Anzahl der Plätze	Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)
Specialised drug treatment centres	>500.000	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz
Low-threshold agencies	>300	Niedrigschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)
General/ Mental health care	77.500	Substitutionsärzte
Prisons	k.A.	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug
Other outpatient units	91.800	Psychiatrische Institutsambulanzen
Other outpatient units	>1.000	(ganztags) Ambulante Rehabilitation
Other outpatient units	>12.000	Ambulantes betreutes Wohnen
Other outpatient units	>4.800	Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen
Other outpatient units	k.A.	Selbsthilfegruppen

Pfeifer-Gerschel et al. 2014; BOPST 2015.

Beachtet werden muss bei der Angabe der verfügbaren Plätze, dass Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen. In der überwiegenden Mehrheit werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

Daten zu den Charakteristika der Patienten sowie zu den Eigenschaften der einzelnen Einrichtungen finden sich in Kapitel 1.3 und 1.4.

Weitere Informationen zur Inanspruchnahme des ambulanten Behandlungssystems (T1.2.4)

Keine Informationen.

Weitere Informationen zur Verfügbarkeit der ambulanten Behandlungsangebote (T1.2.5)

Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern Unterschiede. So existieren z. B. nicht in allen Bundesländern Konsumräume als Element schadensminimierender Angebote. Darüber hinaus gibt es immer wieder Berichte über Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patienten mit Substitutionswunsch in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern) zu gewährleisten.

Insgesamt hat sich die Angebotssituation in letzter Zeit nicht grundsätzlich geändert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Die Kommunen, die den größten Anteil dieser Angebote finanzieren, leiden unter erheblichen Budgetproblemen. Angebote der ambulanten Suchthilfe, für deren Finanzierung keine rechtliche Verpflichtung besteht, werden deshalb stellenweise reduziert (trotz kommunaler Daseinsvorsorge, die verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert ist, vgl. Bürkle & Harter 2011). Allerdings ist gleichzeitig neben der fachlichen auch eine betriebswirtschaftlich orientierte Professionalisierung von Einrichtungen festzustellen.

Weitere Informationen finden sich in Kapitel 1.4.

1.2.2. Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlung – Einrichtungen und Angebote (T1.2.6)

Die stationäre Versorgung ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- und Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. In Deutschland existieren ca. 320 Einrichtungen mit über 13.200 Plätzen, die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen anbieten (inkl. Alkoholprobleme). Davon stehen 4.000 Plätze für Drogenabhängige bereit. Ziele der Rehabilitation sind die Erreichung und Erhaltung von Abstinenz, die Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen und eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Beachtet werden muss bei der Angabe der Einrichtungen, dass jene, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen. In der überwiegenden Mehrheit werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

Daten zu den Charakteristika der Patienten sowie zu den Eigenschaften der einzelnen Einrichtungen finden sich in Kapitel 1.3 und 1.4.

Tabelle 3 Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)

	Anzahl der Einrichtungen	Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)
Hospital-based residential drug treatment	>300	Spezialisierte Krankenhausabteilungen
Residential drug treatment (non-hospital based)	320 (97)*	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen
Therapeutic communities*	k.A.**	Therapeutische Gemeinschaft
Other inpatient units	300	Psychiatrische Kliniken
Other inpatient units	190	Entzug mit Motivationsanteilen
Other inpatient units	115	Adaptionseinrichtungen
Other inpatient units	268	Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie
Other inpatient units	112	Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie

* Stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die Konsumenten illegaler Drogen behandeln.

** Es gibt in Deutschland keine statistischen Daten zu therapeutischen Gemeinschaften, wie sie auf EU-Ebene verstanden werden. In Deutschland gibt es nur vereinzelt Einrichtungen, die nach diesem Konzept arbeiten. Es ist noch schwieriger, die Klienten- oder Platzzahl zu identifizieren, da manche Klienten ihr Leben lang in einer Einrichtung bleiben (z. B. Synanon, www.synanon.de [letzter Zugriff: 05.10.2015]). Das Problem wurde bereits im REITOX-Bericht 2012 behandelt.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2014.

Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots (T1.2.7)

Sind die Suchtprobleme und ihre Begleiterscheinungen zu problematisch, die Folgen zu massiv oder die Gesamtsituation für den Betroffenen und seine Umgebung zu belastend, wird eine stationäre Behandlung durchgeführt. Der Übergang von der ambulanten zur stationären Betreuung ist mit administrativem Aufwand verbunden. Es ist zu klären, wer die Kosten übernimmt (in der Regel die Rentenversicherung; bei Menschen ohne Arbeitsverhältnis greifen andere Regelungen) (vgl. hierzu Pfeiffer-Gerschel et al. 2012, Kapitel 11.2.1). In manchen Fällen ist eine stationäre Maßnahme der Situation der Klienten nicht angemessen (etwa wenn ein bestehender Arbeitsplatz dadurch gefährdet würde) oder sogar unmöglich (wenn zum Beispiel keine Betreuung für die Kinder zur Verfügung steht, um der Mutter die Zeit zur Behandlung zu geben). Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klienten, weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante, Behandlungsangebote wahrzunehmen.

Entwöhnungsbehandlungen werden vor allem in Fachkliniken oder in therapeutischen Gemeinschaften durchgeführt. In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot von beruflichen Hilfen, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft gemacht, das sich an der individuellen Bedarfslage der Abhängigen orientiert. In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen. Alle diese Angebote verfolgen das Ziel der Stabilisierung von Drogenabstinenz.

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden normalerweise in Krankenhäusern statt. Diese Entzugsphase wird in der Regel durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Für alle Personen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, wird die Hauptdiagnose dem Statistischen Bundesamt gemeldet, das diese Daten regelmäßig publiziert (Krankenhausdiagnosestatistik).

Rehabilitation dient der langfristigen Entwöhnung und dem Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Daher ist für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung in der Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Dabei bestimmen die Rentenversicherer Art, Umfang und Dauer der Behandlung. Zu diesen Leistungen liegen Statistiken der Rentenversicherungsträger vor, die sich an den erbrachten Leistungen dieser Institutionen orientieren.

Es muss beachtet werden, dass die folgenden einzelnen Angaben aus den Versorgungsbereichen nicht ohne weiteres ineinander übertragbar und die Daten teilweise redundant sind.

Behandlungen: Psychiatrie

Ergänzend zu den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) und der Deutschen Rentenversicherung (DRV-Bund) kann die Erhebung des Basisdatensatz Suchtpsychiatrie hinzugezogen werden. Die Zahlen der Suchtbehandlungen sind aufgrund von möglichen Überschneidungen nicht additiv zu den Daten der DSHS oder der DRV-Bund zu verstehen. Die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sind neben den Einrichtungen für Beratung und Rehabilitation die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung in Deutschland. Diese Einrichtungen führen niedrighwellige qualifizierte Entzugsbehandlungen durch, es werden aber auch Notfälle behandelt und Kriseninterventionen sowie Komplexbehandlungen im Fall von Komorbidität vorgenommen. Auch eine vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanungen werden durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team behandelt alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant. Das gewährleistet eine medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Rundumversorgung.

Einer Hochrechnung zufolge fanden im Jahr 2010 ca. 300.000 stationäre Suchtbehandlungen in psychiatrischen Kliniken statt. Dazu kommen rund 300.000 Quartalsbehandlungen, die in den psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken durchgeführt wurden. Bei 31 % der stationären psychiatrischen Fälle handelte es sich um Suchtpatienten. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur 150.000 Behandlungen wegen Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Patienten waren primär alkoholabhängig (ca. 70 %). Bei jeweils ca. 10 bis 13 % waren Störungen durch Opioidkonsum oder einen multiplen Substanzgebrauch Anlass für eine stationäre Behandlung (DGPPN/Bundessuchtausschuss der psychiatrischen Krankenhäuser 2011; zitiert nach Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012).

Seit langer Zeit ist eine Verschiebung des Behandlungsbedarfs in zunehmend intensivere Behandlungsformen zu verzeichnen. Die ambulante Betreuung von Suchtpatienten in psychiatrischen Einrichtungen wurde vor allem durch die Etablierung der psychiatrischen Institutsambulanzen mit Behandlungsauftrag für Suchtpatienten stark ausgebaut.

Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen Beratungsstellen und den stationären ambulanten Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen. In einigen Bundesländern, wie z. B. in Baden-Württemberg, gibt es inzwischen fest etablierte kommunale Suchthilfenetze.

Für die Integrations- oder Nachsorgephase bestehen bis auf wesentliche Ausnahmen auf der Grundlage des Sozialgesetzbuchs (SGB) VI und XII keine gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen. Einrichtungsträger sind hier häufig auf Finanzierungsmodelle angewiesen, die staatliche Mittel sowie Mittel der Sozialversicherung und der Agenturen für Arbeit nutzen.

Stationäres Behandlungssystem (T1.2.8)

Tabelle 4 Anzahl der verfügbaren Plätze in der stationären Suchthilfe

	Anzahl der Plätze	Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)
Hospital-based residential drug treatment	>7.500	Spezialisierte Krankenhausabteilungen
Residential drug treatment (non-hospital based)	13.200*(>4.000)**	Stationäre Rehabilitationseinrichtung
Therapeutic communities	k.A.	Therapeutische Gemeinschaft
Prisons	k.A.	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug
Other inpatient units	>220.000	Psychiatrische Kliniken
Other inpatient units	>2.000	Entzug mit Motivationsanteilen
Other inpatient units	>1.200	Adaptionseinrichtungen
Other inpatient units	>10.700	Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie
Other inpatient units	>1.200	Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie

* bezogen auf alle 320 stationären Rehabilitationseinrichtungen, die also auch Alkoholkonsumenten behandeln.

** bezogen auf Drogenabhängige.

Pfeiffer-Gerschel et al. 2014.

Beachtet werden muss bei der Angabe der Einrichtungen, dass jene, die ausschließlich oder primär Konsumenten illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit darstellen. In der überwiegenden Mehrheit werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt.

Weitere Informationen (T1.2.9)

Basierend auf Daten der DSHS haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen berichtet. Demnach kann das spezialisierte Suchthilfesystem zwischen 45 % und 60 % der geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Opioiden erreichen, wohingegen nur etwa 4 % bis 8 % der entsprechenden Cannabiskonsumenten erreicht werden können.

Weitere Informationen zur Verfügbarkeit der ambulanten Behandlungsangebote (T1.2.10)

Keine Informationen.

1.3. Kerndaten (T1.3)

1.3.1. Übersichtstabellen zur Behandlung (T1.3.1)

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2014 insgesamt 342.453 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 837 ambulanten Einrichtungen erfasst. Für die folgenden Erläuterungen wurden jedoch nur die Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand (allein Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2014 50 % aller erfassten Episoden aus). Für das Jahr 2014 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 70.707 Behandlungen aus 837 Einrichtungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind. Beschränkt man sich bei der Betrachtung der Daten aus der DSHS auf illegale Substanzen, handelte es sich mittlerweile in 35,3 % der Fälle (2013: 37,6 %; 2012: 41,1 %; 2011: 44,9 %) um Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In mehr als einem Drittel der Fälle (2014: 40,2 %; 2013: 38,7 %; 2012: 36,5 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen (Braun et al. 2015a).

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis mit einem erneut leicht gestiegenen Anteil als Substanz deutlich an erster Stelle (60,8 %; 2013: 59,5 %; 2012: 58,4 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand stehen erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzien wie im Vorjahr an zweiter Stelle (19,1 %; 2013: 18,7 %; 2012: 16,6 %) vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (11,9 %; 2013: 12,7 %; 2012: 15,0 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit kokainbezogenen Störungen (5,1 %; 2013: 5,5 %; 2012: 6,0 %) sowie aller anderen Substanzgruppen haben sich im Vergleich zum Vorjahr praktisch nicht verändert (Tabelle 5) (Braun et al. 2015b).

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen wies 2014 etwa jeder Vierte (26,1 %) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (22,4 %) auf (Braun et al. 2015b).

Daten zu soziodemographischen Informationen im ambulanten Setting finden sich in Kapitel 1.3.4.

Tabelle 5 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2014)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von ... (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten ¹⁾ (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾	Männer ²⁾	Frauen ²⁾	Gesamt ²⁾
Opioiden	34,3%	38,8%	35,3%	11,6%	13,3%	11,9%
Cannabinoiden	42,9%	30,2%	40,2%	64,2%	47,9%	60,8%
Sedativa/Hypnotika	1,1%	4,9%	1,9%	0,7%	4,7%	1,5%
Kokain	6,1%	3,5%	5,6%	5,5%	3,5%	5,1%
Stimulantien	13,8%	20,7%	15,3%	16,5%	29,1%	19,1%
Halluzinogenen	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Flüchtigen Lösungsmitteln	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%
Multiplen/anderen Substanzen	1,6%	1,4%	1,6%	1,3%	1,1%	1,3%
Gesamt (Anzahl)	55.325	14.999	70.324	17.662	4.555	22.221

Braun et al. 2015a; 2015b.

Stationäre Behandlung

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da sich die Standards der Dokumentation an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit den Hauptdiagnosen F11-F16 oder F18-F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Darüber hinaus existieren Daten aus der DSHS, die für einen Ausschnitt der Fachkliniken und -einrichtungen Daten entsprechend des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS; siehe auch Kapitel 6.2.1) zur Verfügung stellen.

Im Jahr 2014 wurden in 206 Einrichtungen insgesamt 49.297 stationäre Behandlungen aufgrund substanzbezogener Störungen in der DSHS dokumentiert, davon 10.972 Behandlungen wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) (Braun et al. 2015c). Unter den Behandlungen mit primären Drogenproblemen im Rahmen der DSHS ist der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (30,7 %; 2013: 28,3 %) weiter gestiegen, während der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (27,0 %; 2013:

27,1 %) weiter gesunken ist. Behandlungen aufgrund von Cannabis stellen somit weiterhin die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol). Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Opioiden ist seit 2007 (48,6 %) rückläufig, der von Cannabis steigt seit 2007 kontinuierlich. Danach folgen anteilmäßig Behandlungen aufgrund von Stimulanzienkonsum (20,5 %; 2013: 18,3 %).

Tabelle 6 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2013	2013	2013	2014		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt ¹⁾	Gesamt ²⁾	Männer ²⁾	Frauen ²⁾
Opioide	27,6 %	22,8 %	27,1 %	24,9 %	24,3 %	27,0 %
Cannabinoide	11,5 %	20,5 %	28,3 %	30,7 %	33,1 %	21,7 %
Sedativa/Hypnotika	9,6 %	2,4 %	3,6 %	3,5 %	2,0 %	8,7 %
Kokain	1,7 %	4,3 %	7,2 %	7,4 %	8,3 %	4,2 %
Stimulanzien	5,7 %	10,8 %	18,3 %	20,5 %	19,0 %	25,9 %
Halluzinogene	0,5 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
Flücht. Lösungsmittel	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Multiple/and. Subst.	43,2 %	39,1 %	15,3 %	13,0 %	13,1 %	12,4 %
Gesamt (Anzahl)	101.376	13.151	10.352	10.972	8.617	2.355

1) Die Angaben korrespondieren mit der TDI-Tabelle: 14.1.1 aus dem Jahr 2012.

2) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

Braun et al. 2015c; DRV 2014; Statistisches Bundesamt 2014.

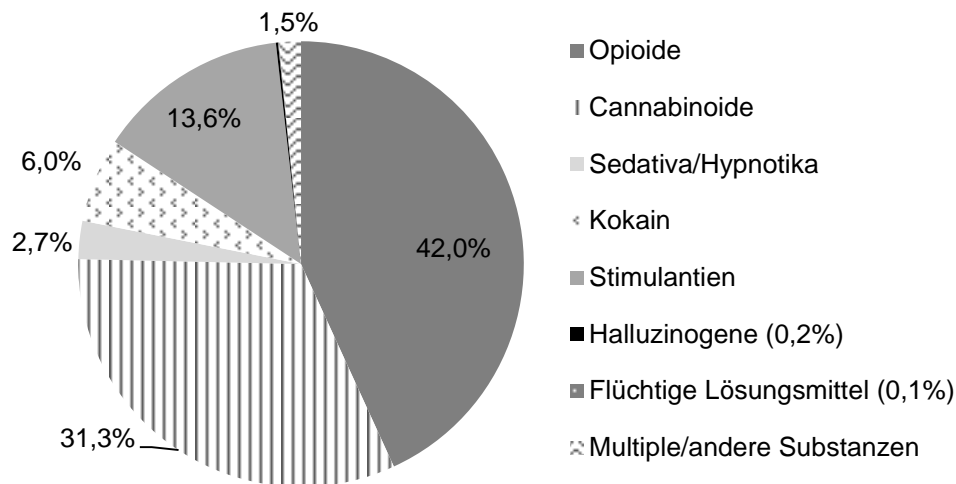
Tabelle 7 Zusammenfassung – Patienten in Behandlung

	Zahl der Patienten
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS 2014 mit HD illegale Drogen: 70.707 ambulant 10.972 stationär
Alle Patienten in OST	77.500
Gesamt	Keine Angabe*

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

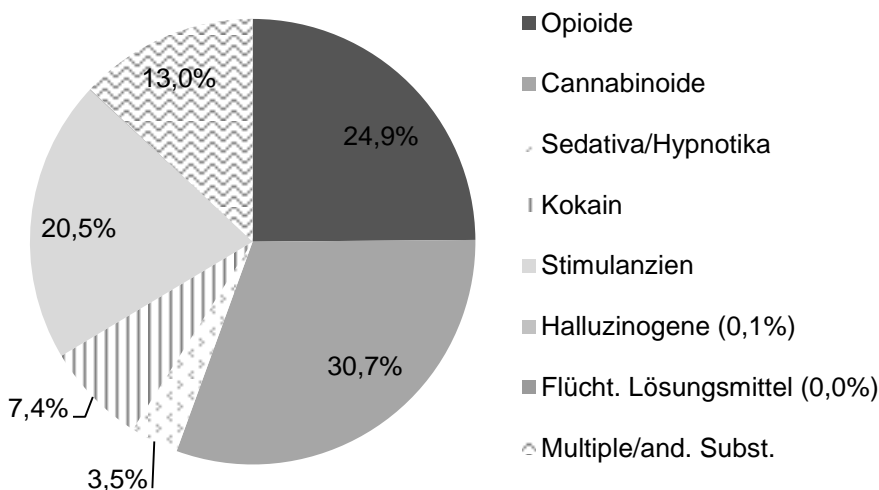
Braun et al. 2015a; 2015c; BOPST 2015.

1.3.2. Verteilung der Hauptdiagnosen unter allen Behandelten (T.1.3.2)



Braun et al. 2015a.

Abbildung 1 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)



Braun et al. 2015c.

Abbildung 2 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)

1.3.3. Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten (T.1.3.3)

DRV-Bund – Rehabilitation 2013

Die Deutsche Rentenversicherung liefert eine umfangreiche Statistik ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Art, der Dauer und dem Ergebnis der Leistung sowie eine

Übersicht der Aufwendungen und Erträge und des Bettenbestands in eigenen Einrichtungen (DRV 2014).

Insgesamt erhielten 13.151 Personen (10.643 Männer, 2.508 Frauen), die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, die Diagnose „Psychische Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen“. Davon waren 1.323 Personen Ausländer. Es wurden durchschnittlich 95 Pflegetage in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter nach Abschluss der Leistung betrug 32,8 Jahre und ist im Vergleich zu anderen in Anspruch genommenen Reha-Leistungen das niedrigste Alter (zum Vergleich Alkoholrehabilitation: 45,2 Jahre) (DRV 2014).

1.3.4. Charakteristika der behandelten Patienten (T1.3.4)

Ambulante Behandlung

Im Jahr 2014 waren 78,7 % (2013: 78,2 %) der in der DSHS erfassten 70.707 ambulant betreuten Klienten mit einer Drogenproblematik Männer. 49,3 % (2013: 50,2 %) aller Behandelten waren zwischen 15 und 29 Jahre alt. 83,9 % (2013: 83,3 %) waren deutsche Staatsbürger, 3,2 % (2013: 3,2 %) stammten aus anderen Staaten der Europäischen Union (EU), und 8,5 % (2013: 8,4 %) aus Nicht-EU-Mitgliedsländern wie der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion (unbekannte Staatsbürgerschaft: 4,4 %) (Braun et al. 2015a).

Tabelle 8 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2014)

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn (m) ¹⁾	37,5	24,6	33,7	28,1	
Alter in Jahren bei Erstkonsum (m) ²⁾	21,4	15,3	21,6	18,6	
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	76,5%	84,0%	86,5%	71,0%	
Alleinstehend ⁴⁾	53,0%	62,6%	46,6%	54,2%	
Erwerbsstatus ⁵⁾	Arbeitslos	62,2%	33,0%	41,0%	49,5%
	Schüler / in Ausbildung	1,9%	33,9%	4,7%	10,5%
Wohnungslos ⁶⁾	3,2%	0,7%	1,9%	1,5%	

1) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 11.1.1.

2) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 10.1.1.

3) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 14.1.1.

4) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 18.1.1.

5) Angaben zu allen Behandelten in ambulanter, stationärer und niedrigschwelliger Behandlung sowie in externer Beratung im Strafvollzug finden sich in TDI-Tabelle 16.1.1.

Braun et al. 2015a.

- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2013
- Krankenhausdiagnosestatistik

1.4. Behandlungsangebote und Einrichtungen (T1.4)

In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, welche Akteure, Berufsgruppen und Einrichtungen im Suchthilfesystem eine Rolle spielen (sollen), und welche Aufgaben sie in einem Behandlungsverbund übernehmen. Dabei kommt es in der Praxis häufig zu Überlappungen im Aufgaben- und Leistungsbereich. Hauptquelle der Darstellung ist die Bestandsaufnahme der Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund der DHS (2010a). Hier wurde die Ausgestaltung des Behandlungsverbundes in 6 Hilfesegmente gegliedert:

(1) Akutbehandlung

- niedergelassene Ärzte
- Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Allgemeinkrankenhäuser
- Psychiatrische Kliniken

(2) Betreuung und Beratung im Verbundsystem der Suchthilfe

- niedrigschwellige Angebote
- Suchtberatungs- und Behandlungsstellen
- Übergangseinrichtungen

(3) Betreuung und Beratung in der gesundheitlichen Versorgung

- Gesundheitsämter
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Soziale Dienste in Krankenhäusern

(4) Betreuung und Beratung in der sozialen Sicherung

- Betriebliche Suchtkrankenhilfe
- Beratung durch Rehabilitationsträger

(5) Förderung der Teilhabe

- Soziale Rehabilitation
- Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote
- Selbsthilfe

(6) Behandlung

- Qualifizierte Entzugseinrichtungen

- Ambulante Entwöhnung
- Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
- Adaptionseinrichtungen

Deutlich wird hier die enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Dennoch soll nur auf ausgewählte Einrichtungstypen der Behandlung eingegangen werden.

1.4.1. Ambulante Behandlungsangebote (T1.4.1)

Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen oder Institutsambulanzen

Psychosoziale Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen haben eine zentrale Aufgabe bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker und dienen als erste Anlaufstellen. Die dort beschäftigten Fachkräfte unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen, sie erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation). Suchtberatungs- und -behandlungsstellen übernehmen vielfach auch die psychosoziale Begleitung Substituierter, unterstützen Selbsthilfeprojekte und sind Fachstellen für Prävention.

- Bundesweit ca. 1.300 Stellen mit ca. 500.000 Patienten
- Rechtsgrundlage: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
- Planung und Finanzierung durch Kommunen und Länder

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Niedrigschwellige Einrichtungen

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Hier gibt es ein Kontaktangebot als Grundlage für weitere Hilfe, u. a. durch Konsumräume, Streetwork oder Kontaktläden mit sozialpädagogischer Betreuung.

- Rechtsgrundlage: Freiwillige staatliche Leistungen und Projekte
- Planung durch: Kommunen, teilweise auch Bundesländer

Für weitere Informationen s. Kapitel 1.2.1.

Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke bzw. –gefährdete, insbesondere dann, wenn auch körperliche und/oder seelische Erkrankungen vorliegen. Ärzte haben bei der Früherkennung und Frühintervention eine besondere Rolle und Verantwortung. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen der Diagnostik und Therapie einer Krankheit eine festgestellte bzw. sich anbahnende Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen und den Patienten durch eine gezielte Beratung zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen, z. B. einer Suchtberatungsstelle, hinzuweisen und diese ggf. zu vermitteln.

- Bundesweit 123.200 niedergelassene Ärzte mit etwa 20 %⁸ suchtkranken Patienten
- Rechtsgrundlage: Sozialgesetzbuch (SGB) V
- Planung durch: Kassenärztliche Vereinigungen

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Angaben zur Substitution finden sich in Kapitel 1.4.7

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Gefängnisse kooperieren mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen auf lokaler Ebene. Sozialarbeiter beraten und helfen u. a. konkret durch Vermittlung in externe Maßnahmen und kümmern sich um Substitution und Begleitmaßnahmen. Es werden entweder regelmäßige Sprechstunden angeboten oder es erfolgen Leistungen nach Bedarf. Die Berater sind nicht Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalt und unterliegen somit der Schweigepflicht. Die Abstinenzorientierte Abteilung (AoA), wie sie z. B. in der JVA Düsseldorf angeboten wird, ist eine offene, als Wohngruppe geführte Abteilung, in der drogenabhängige Gefangene auf freiwilliger Basis aufgenommen und auf eine externe stationäre Therapie vorbereitet werden. Zur Therapievorbereitung wird ein intensives Casemanagement (bezeichnet ein sozialarbeiterisches Ablaufschema) durchgeführt (JVA Düsseldorf 2015).

Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrischen Krankenhäusern, und z. T. auch an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung der Mitarbeiterteams aus.

- Bundesweit etwa 300 Einrichtungen mit 97.500 Patienten
- Rechtsgrundlage: SGB V
- Planung durch: Krankenkassen

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

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 (auch: teilstationäre Einrichtungen, Tageskliniken, Tagesrehabilitation). Die Einzelheiten für die Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ergeben sich aus den medizinischen und psychosozialen Behandlungserfordernissen.

- Bundesweit etwa 400 anerkannte Einrichtungen und ca. 11.000 Maßnahmen jährlich
- Rechtsgrundlage: SGB VI, auch SGB V

⁸ Schätzung der DHS.

- Planung und Qualitätssicherung durch: Rentenversicherungsträger

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen ermöglicht es Abhängigen, die Schwierigkeiten dabei haben, mit dem Alltag zurechtzukommen, trotzdem in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft zu leben. Unterstützung bekommen sie mittels ambulanter Suchthilfedienste, die eine intensive Betreuung anbieten.

Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen

Die Integrationsleistung von Erwerbsarbeit und ihre stabilisierende Funktion verwirklichen sich in Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten der Suchthilfe. Arbeitsplätze bieten die Basis für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung der abhängigkeitskranken Personen. Arbeit und Beschäftigung müssen frühzeitig und in unterschiedlichen Konsum-, Abstinenz- oder Substitutionsphasen durch geeignete Projekte der Suchthilfe angeboten werden.

- Rechtsgrundlage: SGB II, SGB III, SGB VI, SGB XII
- Planung durch: Agenturen für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Sozialhilfeträger

(Quelle: DHS 2010a).

1.4.2. Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten (T1.4.2)

Weitere Informationen zu speziellen Diensten im ambulanten Bereich finden sich bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2010a; DHS 2015).

1.4.3. Stationäre Behandlungsangebote (T1.4.3)

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

Eine „qualifizierte“ Entzugsbehandlung ergänzt die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen. Sie findet in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die psychophysischen Besonderheiten des Entzugs von Alkohol und psychotropen Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden.

- Bundesweit 190 Einrichtungen mit über 2.000 Plätzen
- Rechtsgrundlage: SGB V
- Planung durch: Länder

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird in Fachkliniken durchgeführt und beinhaltet Gruppentherapie, Einzeltherapie, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und

Familiengesprächen oder Seminaren sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). Dies wird ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indizierte Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z. B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Neben den somatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen umfasst das Spektrum der medizinischen Rehabilitation auch arbeitsbezogene Leistungen. Es werden unspezifische arbeitsbezogene wie auch spezifische arbeitstherapeutische Leistungen angeboten. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der einzelnen Behandlungsformen wird individuell festgelegt.

- Bundesweit 320 Einrichtungen mit 13.200 Plätzen und jährlich etwa 60.000 Maßnahmen
- Rechtsgrundlage: SGB VI, auch SGB V
- Planung und Qualitätssicherung durch: Rentenversicherungsträger und Gesetzliche Krankenversicherung

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Therapeutische Gemeinschaften (TG)

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 Therapeutischen Gemeinschaft in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen. Weitere Informationen finden sich im Sonderkapitel „Stationäre Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland“ des REITOX-Berichtes 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012).

Behandlung im Strafvollzug

Siehe Abstinenzorientierte Abteilung (AoA) im Kapitel 1.4.1.

Psychiatrische Kliniken

Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken spielen eine wichtige Rolle im Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen. Das Angebot reicht von „qualifizierter“ Entzugsbehandlung bis zu Behandlungen für Abhängigkeitskranke mit psychiatrischen Zusatzstörungen.

- Bundesweit über 220.000 Plätze in über 300 Einrichtungen für „Suchtpatienten“
- Rechtsgrundlage: SGB V
- Planung durch: Länder

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

Entzug mit Motivationsanteilen

Siehe oben Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen. Wird auch in psychiatrischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt.

Adaptionseinrichtungen

Die stationäre medizinische Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe von Rehabilitanden eine so genannte Adaptionphase einschließen, bzw. kann eine entsprechende Phase folgen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt.

- Bundesweit etwa 115 Einrichtungen mit mehr als 1.200 Plätzen
- Rechtsgrundlage: SGB VI, auch SGB V
- Planung und Qualitätssicherung durch: Rentenversicherungsträger

(Quelle: DHS 2010a; Leune 2014).

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 (DHS 2015).

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

Hierbei handelt es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheim nach den Kriterien des SGB XII §§ 53ff. oder 67ff. sowie des KJHG § 35a (DHS 2015).

1.4.4. Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten (T1.4.4)

Weitere Informationen zu speziellen Diensten im ambulanten Bereich finden sich bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2010a; DHS 2015).

1.4.5. Behandlungsergebnisse (T1.4.5)

Die Rehabilitationsstatistik 2013 der DRV weist zum Behandlungsergebnis der insgesamt 13.151 Leistungen für Menschen mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen“ folgende Daten zum Behandlungserfolg aus: Bei 3805 Personen wird das Behandlungsergebnis als unverändert beschrieben (29 %), bei 8.679 hat es sich gebessert (66 %), bei 69 Klienten hat sich das Ergebnis verschlechtert (0,5 %) und bei 598 ist keine Aussage möglich (4,5 %) (DRV 2014).

Der Fachverband Sucht hat auf der Datenbasis von 7 Kliniken eine Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation vorgenommen und so die Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation untersucht (Fischer et al. 2015). 70,3 % der insgesamt 1275 untersuchten Personen leben durchgängig abstinent („Abstinent nach Rückfall 30 Tage“, DGSS 1 [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Berechnungsform 1]), nach konservativer Schätzung des Abstinenz Erfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt der Anteil bei 21,2% (DGSS 4

[Berechnungsform 4]). Der wahre Wert des Behandlungserfolgs sei zwischen beiden Polen zu finden.

1.4.6. Soziale Reintegrationsangebote (T1.4.6)

Vergleiche Kurzbericht Nr. 2/2014: Klienten/Patienten aus verschiedenen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2014).

1.4.7. Substitutionsbehandlung (OST)

Anbieter von Substitutionsbehandlung (T1.4.7)

Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und im Substitutionsregister registrierten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte liegt deutlich höher als die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte. 2014 haben insgesamt 2.650 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2004 auf praktisch unverändertem Niveau. 2014 haben 506 Ärzte – also etwa 19 % der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliarius in die Behandlung einbeziehen (BOPST 2014).

Anzahl der Substitutionspatienten (T1.4.8)

Die vorliegende Stichtagerhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag 1. Juli 2014, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Zu diesem Stichtag lag die Zahl der Substitutionspatienten bei 77.500.

Im Jahr 2014 wurden rund 92.200 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. Wechsel des behandelnden Arztes, längere Klinik- oder JVA-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. ärztlicher Personalwechsel in Substitutionsambulanzen) liegen. 2014 wurden dem Substitutionsregister bundesweit ca. 120 Doppelbehandlungen von Patienten bestätigt, die von den betroffenen Ärzten aufgrund der Mitteilungen des Substitutionsregisters beendet wurden (BOPST 2015).

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt stark, bundesweit beträgt sie durchschnittlich 29. 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. Nur 2,6 % (n=2.040; 2013: 2,7 %) der an das Register gemeldeten Patienten (Stichtag: 01.07.2014) und 5,1 % (n=135; 2013: 4,8 %; n=130) der substituierenden Ärzte stammen aus den östlichen Bundesländern (ohne Berlin). Dementsprechend variiert

auch die Zahl der pro substituierendem Arzt gemeldeten Patienten erheblich zwischen den Bundesländern. Behandelte ein Substitutionsarzt in Berlin 2014 durchschnittlich 38 Patienten (gefolgt von Hamburg mit einem Durchschnitt von 37,9 und dem Saarland mit 36,1), sind es in Brandenburg nur 5,6 (Mecklenburg-Vorpommern: 12,6; Thüringen: 13).

In der Substitutionsbehandlung zum Einsatz kommende Substanzen sind in Tabelle 10 dargestellt.

Charakteristika der Substitutionspatienten (T1.4.9)

Keine Informationen.

Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution (T1.4.10)

Die substitutionsgestützte Behandlung ist seit 2001 detailliert im Betäubungsmittelrecht geregelt und als Behandlungsmethode medizinisch anerkannt. Substitution ist in Deutschland seit vielen Jahren Teil der Standardbehandlung von Opioidabhängigen, mit der eine große Zahl von Drogenabhängigen erreicht wird, und hat in zahlreichen Studien ihren Nutzen für die Patienten in Hinblick auf deren psychische und physische Gesundheit belegt (Michels et al. 2007). Die Ergebnisse einer Studie von Wittchen und Kollegen (Wittchen et al. 2008) unterstreichen die generelle Wirksamkeit verschiedener Formen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin. Häufig ist der Beigebrauch (vor allen Dingen von Cannabis und Benzodiazepinen sowie anderer Opiode und Kokain) ausschlaggebend für einen Behandlungsabbruch oder andere Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei den Patienten in Langzeitsubstitutionsbehandlung handelt es sich um eine Klientel, die durch eine extrem hohe Belastung aufgrund somatischer und psychischer Erkrankungen gekennzeichnet ist.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat schon 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft (state of the art) der Substitutionsbehandlung (Opiate Substitution Treatment, OST) durch Richtlinien festgelegt. 2010 wurde eine überarbeitete Version der Richtlinien von der BÄK vorgelegt (vgl. dazu auch Kapitel 1.2.1, 1.2.2 und Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010). Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Substitutionsbehandlung 2003 ohne Einschränkung als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt und die Kosten für die gesetzlich Versicherten übernommen. In Deutschland zur Substitution zugelassene Substanzen sind Levomethadon, Methadon und Buprenorphin; Codein und Dihydrocodein (DHC) können nur in Ausnahmefällen zu diesem Zweck verschrieben werden. Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt (vgl. Kapitel 1.2.2 im REITOX-Bericht 2009; Pfeiffer-Gerschel et al. 2009).

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Die Ärzte müssen hierzu eine besondere suchtmittelmedizinische Qualifikation vorweisen. Falls sie diese nicht besitzen, können sie im Rahmen einer Konsiliarregelung maximal drei Patienten behandeln. Einzelne stationäre Einrichtungen nehmen inzwischen auch Patienten zur OST auf.

In der aktuellen Diskussion um die OST, die heute einen festen Platz im Versorgungssystem hat, spielt die Frage um die Zielsetzungen einer OST nach wie vor eine wichtige Rolle. So unterscheiden sich die Erfolgskriterien für OST durchaus mit der Perspektive des Betrachters: Die Verringerung des Beikonsums anderer psychotroper Substanzen kann ebenso einen Erfolg darstellen wie der Ausstieg aus der Opioidabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen.

Eine als erforderlich angesehene psychosoziale Betreuung von Patienten ist als Teil der OST gemäß den Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. der Bundesärztekammer (BÄK) vorgesehen. Die unterschiedlichen Interpretationen von psychosozialer Betreuung in den Ländern und Kommunen führen zu einer bundesweit sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Organisation, Finanzierung und des Angebots psychosozialer Betreuung.

Die Richtlinien der BÄK (2010) konkretisieren Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und weisen darauf hin, dass für die Behandlung einer Opioidabhängigkeit die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen, die geeignet sind, psychosoziale Problemlagen zu beseitigen, erforderlich ist. Darüber hinaus weisen die Richtlinien auf die Notwendigkeit der Koordinierung von psychosozialer Betreuung und ärztlicher Behandlung hin (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2 und 5.5.2 des REITOX-Berichtes 2010; Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).

Durch ein Urteil des Hamburgischen Obergerichtes vom April 2008 wurde bestätigt, dass es sich bei einer erforderlichen psychosozialen Begleitung/Betreuung von Substituierten um eine Leistung handelt, auf die (bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen gemäß SGB XII) ein Rechtsanspruch besteht und die durch den örtlichen Sozialhilfeträger zu erbringen ist.

Bisher ist es noch nicht zufriedenstellend gelungen, das Regelsystem der Gesundheitsversorgung und das Spezialexsystem der Drogenhilfe bundesweit zu einem wirkungsvollen Verbund zu verknüpfen. Regional sind Kooperation und Koordination der Angebote jedoch deutlich besser. Der Versuch, einen Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in Deutschland geben zu wollen, ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen und daraus resultierender regionaler Unterschiede problematisch.

Eine Trennung zwischen drogenfreier Behandlung und Behandlung mit medikamentöser Unterstützung – also vor allem Substitution – ist für die Beschreibung des Behandlungssystems in Deutschland nur begrenzt geeignet. Denn eine klare Zuordnung der psychosozialen Beratungsstellen, die ein zentrales Versorgungselement darstellen, ist beispielsweise im Falle der psychosozialen Begleitung von Klienten in Substitutionsprogrammen problematisch (mit Ausnahme der wenigen Fälle, in denen die Beratungsstellen Substitutionsmittel nach bestehenden Richtlinien verabreichen). In der Regel findet die medizinische Substitution außerhalb der Beratungsstelle statt. Die psychosoziale

Betreuung oder Therapie findet dagegen in der Beratungsstelle statt und ist damit per se weder dem drogenfreien noch dem medikamentös unterstützten Ansatz verpflichtet.

Wie bereits in Kapitel 1.4.7 angedeutet, wiederholt sich die geführte Diskussion um die zukünftige Gewährleistung der Substitution insbesondere im ländlichen Raum (vgl. REITOX-Bericht 2014, Kapitel 5.5.2). Immer mehr ältere Ärzte gehen in den Ruhestand, jüngere folgen kaum nach. Des Weiteren werden viele opiatabhängige Patienten im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich nur unzureichend behandelt. So entsteht eine immer größer werdende Versorgungslücke. Regionale Praxisprojekte, wie z. B. im Ortenaukreis (Baden-Württemberg), versuchen diesem Trend entgegenzuwirken (Falch-Knappe & Schoen-Blum 2014). Zudem haben die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, die Deutsche AIDS-Hilfe und Akzept e.V. eine Initiative zur Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger gestartet. Erklärtes Ziel ist es, mehr Ärzte für die Substitutionstherapie von behandlungsbedürftigen opiatabhängigen, chronisch kranken Menschen zu gewinnen. Nähere Informationen zur Initiative werden unter www.bitte-substituieren-sie.de bereitgestellt (Initiativkreis Substitutionstherapie 2014).

1.5. Qualitätssicherung (T1.5)

Qualitätssicherung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten wurden in den letzten Jahren Leitlinien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchtproblemen entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Diese Veröffentlichungen fassen den aktuellen Wissensstand zusammen und geben so – unter Hinweis auf die Qualität der empirischen Grundlage für die einzelnen Aussagen – dem Praktiker Hinweise zur Durchführung einer Behandlung. Im Jahr 2006 hat die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die bisher erarbeiteten AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ herausgegeben. Durch evidenzbasierte Leitlinien sollen die Behandlungen der Suchtkranken transparenter sowie wissenschaftliche Kontroversen um die wirkungsmächtigsten Therapieansätze versachlicht werden (Schmidt et al. 2006).

Im Jahr 2006 wurden auf einer Consensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet (Backmund et al. 2006). Anfang 2014 wurde die endgültige Fassung der Leitlinie „Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung“ der DGS e.V. verabschiedet (Backmund et al. 2014).

Außerdem wurde 2010 die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010; siehe auch Kapitel 7.3 des REITOX-Berichtes 2010).

In der Suchtbehandlung dürfen nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung

von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Im Rahmen der Umstrukturierung des Ausbildungssystems in Deutschland nach europäischen Vorgaben (Einführung von Master und Bachelor an Universitäten und Fachhochschulen) werden auch die Anforderungen an therapeutische Mitarbeiter in der Suchthilfe neu definiert und konzipiert. Bei der Umgestaltung der Ausbildungsgänge für Sozialarbeiter, Psychologen und Mediziner für die Suchthilfe spielen postgraduale Ausbildungen eine besonders wichtige Rolle.

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit/Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen bei den ambulanten Angeboten (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. bei den Ländern und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Rentenversicherung (RV)) federführend tätig sind (vgl. auch Kapitel 11.3 des REITOX-Berichtes 2012). Mit zunehmender Finanzierung auch ambulanter therapeutischer Angebote durch die Rentenversicherung kommen die genannten Standards auch dort immer stärker zum Tragen, wobei sich diese Relevanz gegenwärtig fast ausschließlich auf den Alkoholbereich beschränkt und für Drogen bislang keine große Rolle spielt. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Organisationen wird in vielen Bundesländern durch landesfinanzierte Institutionen gefördert.

1.5.1. Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung (T1.5.1)

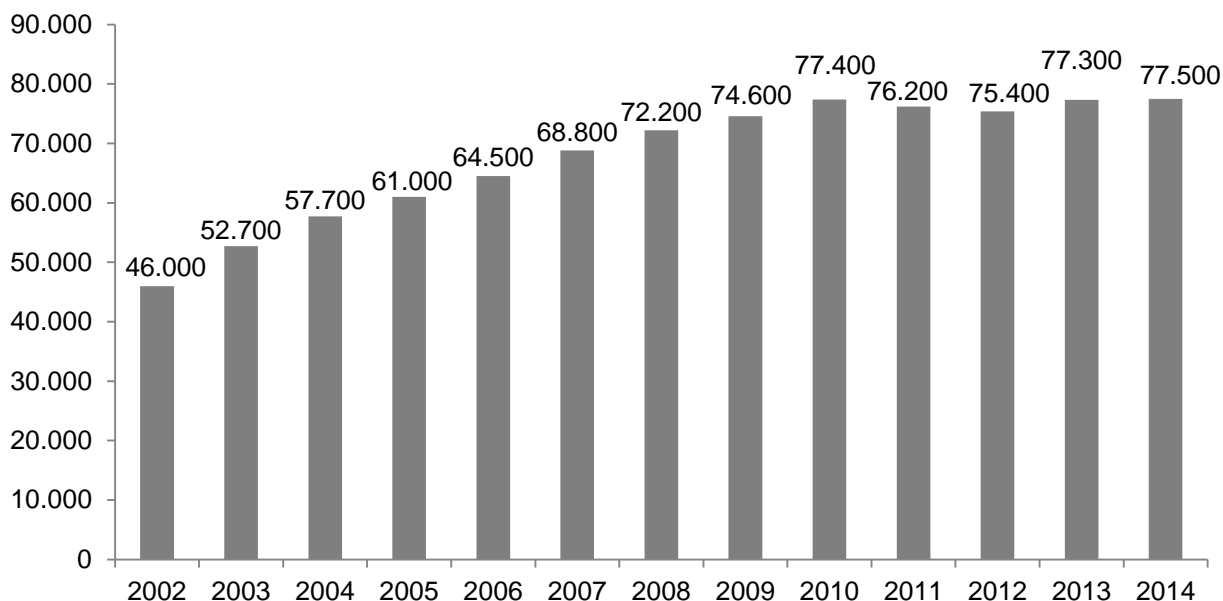
Keine neuen Informationen.

2. Trends (T2)

2.1. Langzeittrends in der Anzahl der Substitutionspatienten (T2.1)

2.1.1. Substitutionsbehandlung

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2014 bei 77.500 Patienten. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.



BOPST 2015.

Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2014 (Stichtag 1. Juli)

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen verschoben: auf Kosten von Methadon (2014: 46,1 %) und zugunsten von Levomethadon (2014: 30,3 %) sowie Buprenorphin, das 2014 in etwa jeder fünften Substitution (22,6 %) zum Einsatz gekommen ist (Tabelle 10). Der Anteil der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Patienten ist seit 2005 von 82,0 % auf aktuell 76,4 % gesunken.

Tabelle 10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2014)

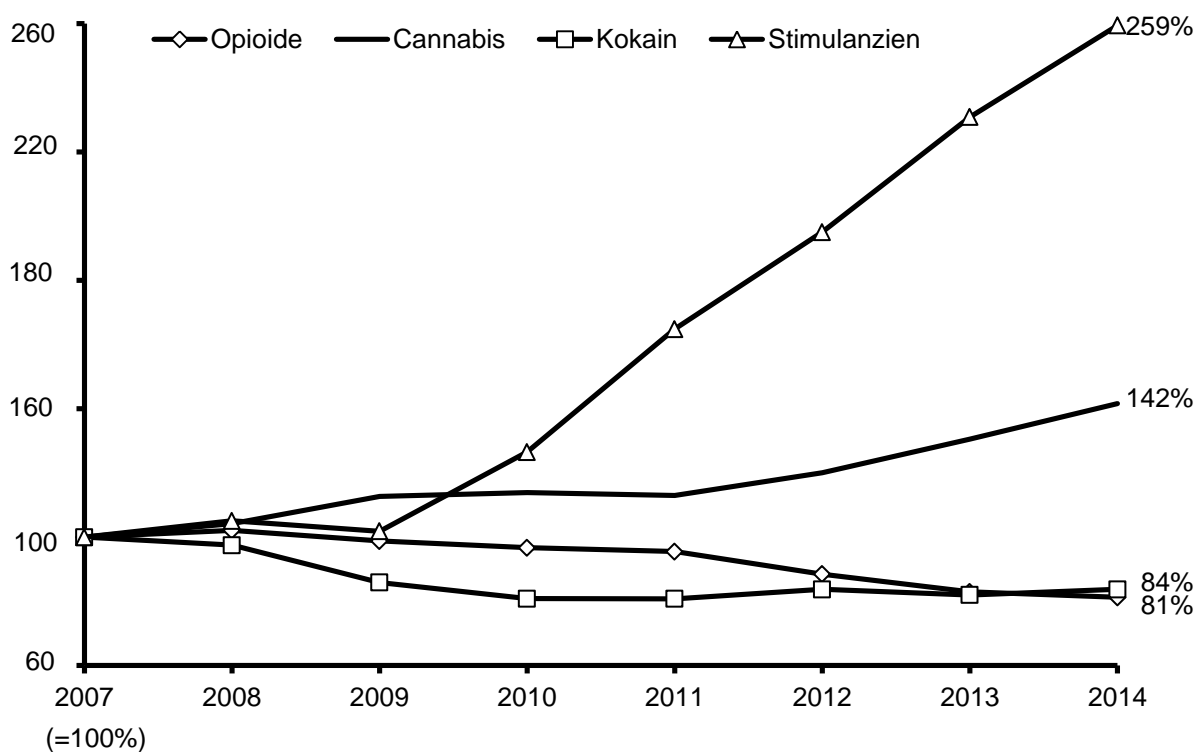
Substitutionsmittel	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Methadon	66,2 %	57,7 %	54,8 %	51,6 %	49,3 %	46,1 %
Levomethadon	15,8 %	23,0 %	25,4 %	27,0 %	28,6 %	30,3 %
Buprenorphin	17,2 %	18,6 %	19,2 %	20,4 %	21,3 %	22,6 %
Dihydrocodein	0,7 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Codein	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Diamorphin		0,3 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %	0,7 %

BOPST 2015.

2.1.2. Veränderungen im ambulanten und stationären Bereich

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich den DSHS-Daten zufolge unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin, Cannabinoiden und Stimulanzien die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen (Braun et al. 2015a; 2015c).

Darüber hinaus steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioide in dieser Gruppe nur noch bei weniger als jedem achten Konsumenten Grund der Kontaktaufnahme sind. Vor acht Jahren lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel der Erstbehandelten. Unter allen Zugängen zu ambulanter Behandlung sinkt der Anteil der Klienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden seit einigen Jahren kontinuierlich, wohingegen der Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis kontinuierlich ansteigt. In 2013 überstieg der Anteil an Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis erstmals die mit Hauptdiagnose Opioide unter den Zugängen zur ambulanten Behandlung und machte somit die größte Einzelpopulation in dieser Subgruppe aus (Braun et al. 2015a). Berechnet man die Veränderung der Klientenzugänge im ambulanten Bereich nach Anteilen verschiedener Hauptdiagnosen seit Einführung des neuen KDS im Jahr 2007 (Index = 100 %), so zeigt sich seit 2007 ein leichter Zuwachs beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis, ein leichter Rückgang bei den Klienten mit Opioidproblemen, in den letzten drei Berichtsjahren ein leichter Zuwachs der Klienten mit Kokainproblemen sowie mehr als eine Verdoppelung beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzen (Abbildung 4).

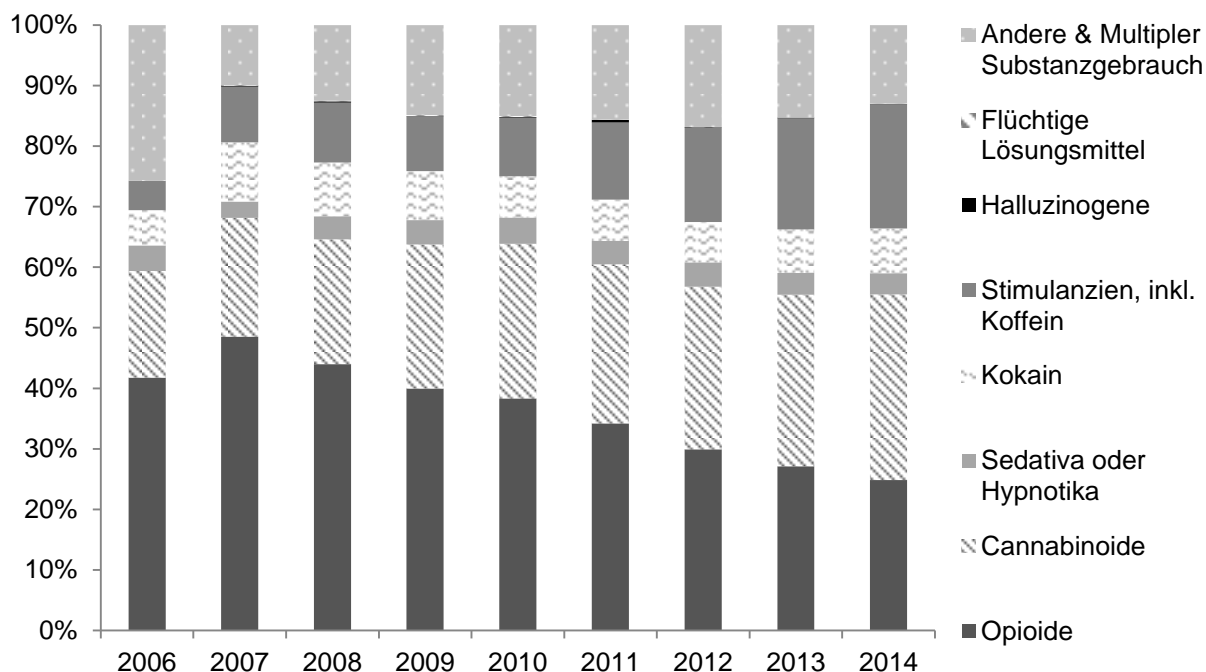


Braun et al. 2015a.

Abbildung 4 Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)

Im stationären Bereich übertrifft der Anteil diejenigen Patienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (30,7 %; 2013: 28,3 %) seit 2013 den Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (24,9 %; 2013: 27,1 %) (Abbildung 5). Die drittgrößte Einzelgruppe in stationärer Behandlung stellen im Jahr 2014

diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund von Stimulanzien (20,5 %; 2013: 18,3 %), deren Anteil seit 2009 kontinuierlich zunimmt (Braun et al. 2015c).



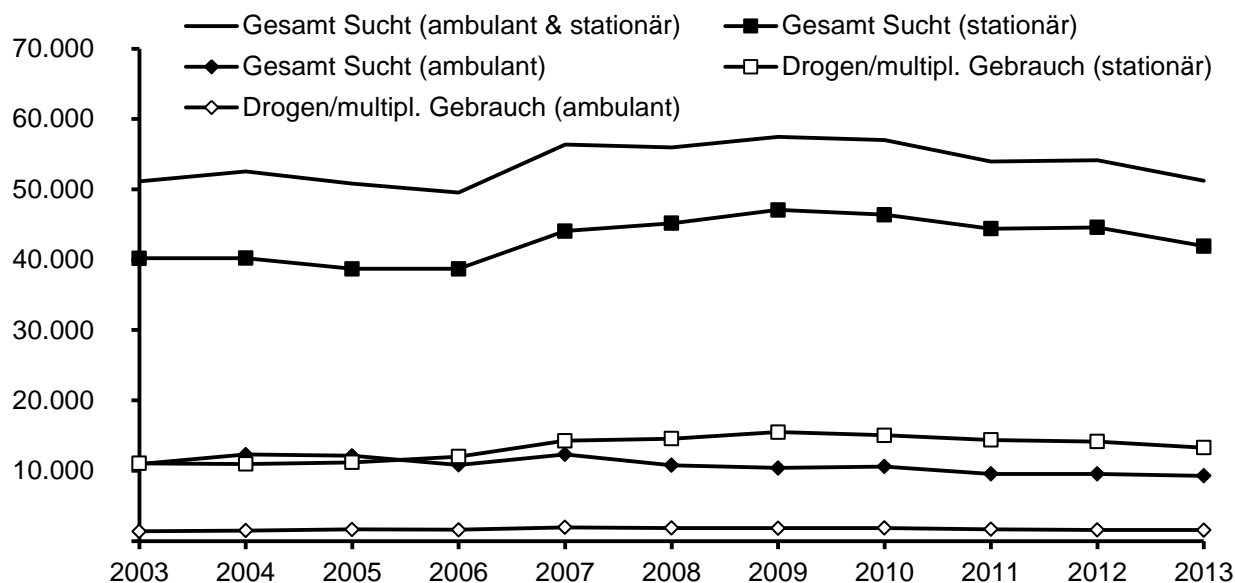
Braun et al. 2015c.

Abbildung 5 Veränderung der Klienten in stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS stationär)

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen und sinkt seither kontinuierlich (2010: 56.997; 2013: 51.211) (Abbildung 6). Der größte Teil dieser Leistungen (69,9 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen 29,0 % der Leistungen aus (Medikamente: 1,1 %). Dieser Anteil ist seit 2003 (24,3 %) um etwa fünf Prozentpunkte gestiegen. Demgegenüber ist der Anteil der Leistungen aufgrund alkoholbezogener Störungen seit 2003 (74,8 %) gesunken (DRV 2014).

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) fast 5 : 1. Dieses Verhältnis hat sich seit 2003 leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (von 3,7 : 1 in 2003 auf 4,5 : 1 in 2013). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit 8,5 : 1 noch ausgeprägter auf die Seite der stationären Interventionen verschoben. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) sind für Drogenpatienten (Drogen/multipler Gebrauch) zwischen 2003 und 2009 im stationären Bereich kontinuierlich gestiegen und sinken seitdem wieder leicht. Im ambulanten Bereich stiegen entsprechende Fallzahlen bis 2007 kontinuierlich, blieben dann bis 2010 stabil und sanken seitdem wieder (Abbildung 6).

Bisher weisen die verfügbaren Statistiken die teilstationären Behandlungen nicht gesondert aus. Der Versuch einer differenzierteren Betrachtung in den kommenden Berichtsjahren könnte hier eine vertiefende Analyse von Veränderungen ermöglichen.



DRV 2014.

Abbildung 6 Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen im Krankenhaus ist nach leichten Schwankungen in den Vorjahren zwischen 2010 und 2012 leicht gestiegen und seither wieder gesunken (Statistisches Bundesamt 2015). Zuwächse waren bei der Zahl der Behandlungen wegen Stimulanzien (+28,6 %), Kokain (+20,1 %), Cannabinoiden (+15,4 %), Halluzinogenen (+11,4 %) und Opioiden (+5,5 %) zu verzeichnen. Rückgänge waren bei der Behandlung wegen flüchtigen Lösungsmitteln (-12,9 %) zu beobachten. Die Zahl der Behandlungen wegen Sedativa/Hypnotika und anderen Substanzen bzw. multiplem Substanzgebrauch blieben nahezu unverändert (Tabelle 11).

Im stationären Bereich (DSHS) sind Opioidkonsumenten seit 2013 nur noch die zweitgrößte Patientengruppe nach den Cannabiskonsumenten, gefolgt von den Stimulanzienkonsumenten (Abbildung 5). In der Rehabilitationsstatistik der Rentenversicherung machen Opioidkonsumenten nach wie vor die größte Patientengruppe unter den Konsumenten illegaler Drogen aus (abgesehen vom multiplen Substanzkonsum), dicht gefolgt von den Cannabiskonsumenten (Tabelle 6). Die stationäre Behandlung von Cannabisfällen spielt demnach eine zunehmend wichtige Rolle. Diese Entwicklung zeichnet sich am deutlichsten in den Daten der DSHS ab, wohingegen Akutbehandlungen wegen Cannabiskonsum (Krankenhausdiagnosestatistik) nach wie vor relativ selten sind (Tabelle 6). Diesbezüglich dominieren Fälle wegen Opioidkonsums und multiplen Substanzkonsums.

Tabelle 11 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2009-2013

Hauptdiagnose	Jahr					Veränderungen
	2009	2010	2011	2012	2013	2012 vs. 2013
Alkohol	339.092	333.357	338.355	345.034	338.204	-2,0%
Opioide	31.496	32.538	28.956	26.512	27.962	5,5%
Cannabinoide	7.251	8.145	9.094	10.142	11.708	15,4%
Sedativa/Hypnotika	9.094	9.270	10.241	9.999	9.707	-2,9%
Kokain	1.050	1.076	1.222	1.417	1.702	20,1%
Stimulanzien	1.848	2.805	3.878	4.519	5.810	28,6%
Halluzinogene	431	430	574	472	526	11,4%
Tabak	258	310	269	225	238	5,8%
Flüchtige Lösungsmittel	194	171	198	155	135	-12,9%
Multiple/and. Substanzen	42.468	41.449	41.777	43.063	43.826	1,8%
Gesamt Sucht	433.182	429.551	434.564	441.538	439.818	-0,4%
Gesamt Drogen	93.832	95.884	95.940	96.279	101.376	5,3%

Statistisches Bundesamt 2011a; 2011b; 2013a; 2013b; 2015.

2.2. Zusätzliche Trends in der Drogenbehandlung (T2.2)

Keine Informationen.

3. Neue Entwicklungen (T3.1)

3.1. Beratung und Behandlung im Internet – E-Health

Suchtberatung und -behandlung durch internetgestützte Angebote stehen in Deutschland noch am Anfang. Vorteile sehen Befürworter vor allem in der Erhöhung der Reichweite der Suchthilfe und damit der Verbesserung des Zugangs zu Menschen mit Suchtmittelproblemen (vgl. Krausz et al. 2014; Blankers & Schippers 2014). Umfangreiche Informationsportale zu bestimmten Suchtstoffen und verschiedene Zielgruppen haben ihren festen Platz im Internet und werden immer weiter ausgebaut. Das Suchthilfeverzeichnis der DHS bietet einen Überblick über alle ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland, an die sich Betroffene wenden können⁹. Suchtverbände, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen erweitern ihre „Offline-Gesprächszeiten“ durch Beratung per E-Mail (z. B. die Caritas). Modellhaft wurde das Projekt ELSA durchgeführt, eine Beratung von Eltern, deren Kinder Suchtmittel konsumieren¹⁰. Aktuell wird ein zielgruppenspezifisches Online-Selbsthilfeportal für Methamphetamin-Konsumierende („Breaking Meth“¹¹) vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg entwickelt und evaluiert (Milin & Schäfer 2015;

⁹ www.suchthilfeverzeichnis.de [letzter Zugriff: 05.10.2015].

¹⁰ www.elternberatung-sucht.de [letzter Zugriff: 05.10.2015].

¹¹ <https://breaking-meth.de> [letzter Zugriff: 05.10.2015].

ZIS 2015). Auch diverse Apps unterstützen Betroffene bei der Reduktion ihres Suchtmittelkonsums, wie z. B. Trinktagebücher¹². Trotz der Informations- und Beratungsangebote hat sich die Suchtbehandlung per Internet noch nicht etabliert, wird aber gefordert und diskutiert (vgl. EMCDDA 2014).

3.2. Teilhabe am Arbeitsleben

Nicht nur anlässlich des geplanten Bundesteilhabegesetzes ist das Thema „Teilhabe und Integration Suchtkranker in das Arbeitsleben“ Schwerpunkt in der Unterstützung für Abhängige. Die Teilhabe am Arbeitsleben ist ein entscheidender Einflussfaktor für die Stabilisierung und Verbesserung des psychischen und gesundheitlichen Zustandes Suchtkranker. Unterschiedliche Arbeitsgruppen und Projekte widmen sich diesem Thema. Zu nennen sind hier exemplarisch die AG „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA), in der Vertreter der Rentenversicherung, von Suchteinrichtungen und der Suchtfachverbände Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs erarbeitet haben, die am 1. März 2015 in Kraft getreten sind (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015; Müller-Simon & Weissinger 2015). Auf Bundesebene berät weiterhin die Unterarbeitsgruppe „Teilhabe und Verbleib im Arbeitsleben“ des Drogen- und Suchtrats mit Vertretern der Suchthilfe, Arbeitsvermittlung und Kostenträger über Handlungsempfehlungen zur Teilhabe und Integration Suchtkranker in das Arbeitsleben (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014). Auch die Rentenversicherungen bearbeiten das Thema mit Teilhabe-spezifischen Projekten: Die RV Mitteldeutschland führt das Projekt „Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe“ durch, das mittels systematischer Fallbegleitung die Abstinenzraten steigern und die Erwerbsintegration verbessern sollen. Noch stehen positive Ergebnisse aus (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015). Die RV Baden-Württemberg unterstützt mit dem Projekt „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung“ (BISS) ehemalige Drogenabhängige bei dem beruflichen Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt, das Projekt wurde nach erfolgreicher Modellphase nun in das Regelangebot übernommen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015). Auch das Land Berlin führt Maßnahmen zur Qualifizierung und Beschäftigung für Menschen mit Suchtproblemen mit dem Ziel die Lebensverhältnisse der Betroffenen zu stabilisieren und ihre Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern durch. Die Maßnahmen wurden von 2011 bis 2013 aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert.¹³

3.3. Behandlung von Methamphetamin-Konsumierenden

Das vermehrte Aufkommen von Methamphetamin stellt Mitarbeitende der Suchthilfe vor große Herausforderungen. Evidenzbasierte, medizinische Behandlungskonzepte existieren bisher nicht. In Reaktion auf diese Situation wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin

¹² www.trinktagebuch.org [letzter Zugriff: 05.10.2015].

¹³ http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2013/17842/pdf/brosch_re_sengs_arbeit_schafft_perspektiven_bf_v03.pdf [letzter Zugriff: 05.10.2015].

(ÄZQ) mit dem Projekt „Erstellung von Handlungsempfehlungen für die Behandlung von Methamphetamin-Abhängigen“ beauftragt. Hier soll der aktuelle Wissenstand recherchiert, in einem Expertengremium diskutiert und Handlungsempfehlungen zur Behandlung erarbeitet werden. Bis 2016 soll ein evaluierter Leitfaden erarbeitet und bundesweit allen Therapieeinrichtungen zugänglich gemacht werden. Das Projekt „MethCare“ des Vereins SuPraT, Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V., verfolgt das Ziel, kostenlos eine umfassende Datenbank zur Verfügung zu stellen, die sich spezifisch auf die weltweit vorhandene Literatur zu Prävalenz, Folgeschäden, Therapieoptionen und Komorbiditäten in Zusammenhang mit Methamphetamin konzentriert (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015).

4. Zusatzinformationen (T4)

4.1. Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)

4.2. Weitere Aspekte (T.4.2)

Aufgrund der Ausdifferenzierung der Hilfesysteme und der Notwendigkeit nahtloser Übergänge in der Betreuung und Behandlung Abhängigkeitskranker sind Kooperationen zwischen den Hilfesystemen notwendiger denn je. Sucht und deren Behandlung ist eine Querschnittsaufgabe, wobei die Vielzahl von Hilfesystemen häufig aneinander vorbei arbeitet (vgl. Berthel et al. 2015).

„Unter Projektleitung der Hochschule Koblenz und des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule Köln wird zur Zeit das Projekt „Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM³)“ durchgeführt. Ziel dieses vom BMBF geförderten Projekts ist, neben einer Verbesserung des Wissenstandes zur Lebenssituation älterer Drogenabhängiger, auch einen Beitrag zur nachhaltigen Optimierung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungssituation zu leisten, um eine Erhöhung der Lebensqualität dieser Zielgruppe erreichen zu können. Hierzu soll zunächst die Erkenntnislage über die gesundheitliche und psychosoziale Situation älterer Drogenabhängiger erweitert werden, indem mit Hilfe einer quantitativen Studie Dimensionen zur Lebenssituation (u. a. psychosoziale Situation, körperliche Gesundheit, Opfer- und Gewalterfahrungen) und zu Versorgungsbedarfen (z. B. Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf) der Klienten untersucht werden (Modul 1). Zudem sollen die Vernetzungsstrukturen analysiert werden, die an der Versorgung älterer Drogenabhängiger beteiligt sind. Diese Netzwerkanalyse soll Erkenntnisse über die Art, Häufigkeit und Intensität der Netzwerkarbeit erbringen (Modul 2). Die Ergebnisse dieser Analysen dienen als Vorbereitung für die Entwicklung eines zielgruppenspezifischen einzelfallbezogenen Case-Management-Modells für ältere drogenabhängige Menschen (Modul 3)“ (Katholische Hochschule NRW 2015)¹⁴.

¹⁴ <http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/deutsches-institut-fuer-sucht-und-praeventionsforschung-disup/forschungsprojekte/alters-cm3-drogenabhaengigkeit-im-alter-erfahrungs->

5. Anmerkungen und Anfragen (T5)

5.1. Missbrauch von Substitutionsmitteln (T5.1)

Es gibt kein flächendeckendes Monitoring. Nur dort, wo Probleme auftauchen, wird die Vergabe stärker überprüft. Das Thema „Substitution und Elternschaft“ wurde von der DHS untersucht, es wurden eine Stellungnahme sowie Handlungsempfehlungen veröffentlicht (DHS 2014).

Das ZIS Hamburg hat von 2007 bis 2009 ein Projekt zur Evaluation der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland durchgeführt (Reimer et al. 2009). In zehn deutschen Städten wurden 404 Patienten im Umfeld von Substitutionspraxen und 420 Drogenabhängige in Szenenähe zu ihren Drogenkonsummustern, ihrem Substitutionsstatus und ihrem Gesundheitszustand befragt. Der Fokus des Projekts lag in der offenen Drogenszene, somit kann aus den Daten nicht auf die Grundgesamtheit aller substituierten Personen in Deutschland geschlossen werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Substitutionsbehandlung in Bezug auf den nicht-bestimmungsgemäßen Gebrauch von Substitutionsmitteln, lebensbedrohliche Drogennotfälle als auch den Misch- bzw. Beikonsum von psychotropen Substanzen einen wesentlichen protektiven Faktor darstellt. Allerdings gibt jeder sechste Befragte von nicht-verschriebenen Substitutionsmitteln als Motiv für diesen Drogengebrauch an, keinen Platz in einer Substitutionstherapie zu finden.

5.2. Internet-basierte Drogenbehandlung (T5.2)

Internet-basierte Drogenbehandlung findet in Deutschland nicht statt, wird aber in den Blick genommen (vgl. Kapitel 3 „Neue Entwicklungen“ sowie Krausz et al. 2014). Dem hingegen gibt es eine Anzahl von Informationsportalen (z. B. www.averca.de oder www.drugcom.de) sowie projektbezogene Beratungsprogramme für Eltern suchtfährdeter Kinder und Jugendlicher wie z. B. ELSA (www.elternberatung-sucht.de) oder die Online-Beratung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE) für Jugendliche und Eltern (www.bke.de). Auch die Caritas hat ein eigenes Angebot der Suchtberatung im Internet für Betroffene (www.caritas.de).

5.3. Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumenten (T5.3)

Keine Informationen.

6. Quellen und Methodik (T6)

6.1. Quellen (T6.1)

Informationen über Charakteristika und Konsummuster bei behandelten Klienten stehen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung. Allerdings können diese – insbesondere im stationären Bereich – aufgrund ihrer Erhebungsform nur bedingt miteinander verglichen werden. Genutzte Quellen sind:

- Deutsche Suchthilfestatistik (Basis: Deutscher Kerndatensatz)
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung
- regionalen Monitoringsystemen
- Substitutionsregister
- Jahrbuch Sucht 2015 der DHS (DHS 2015)

6.2. Methodik (T6.2)

6.2.1. Ambulante Betreuung

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) umfangreiche Daten von der überwiegenden Zahl (2013: 822) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Braun et al. 2014). Seit Januar 2007 wird in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland der KDS (DHS 2010b) verwendet.

Seit 2010 wurden in den hier berichteten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Gegensatz zu den Vorjahren bis einschließlich 2009 keine Einrichtungen aufgrund zu hoher Missingquoten¹⁵ (> 33 %) ausgeschlossen, um eine Überschätzung der fehlenden Werte zu vermeiden und eine für jede Tabelle maximale Einrichtungsstichprobe zu erreichen. Daher ist beim Vergleich der Daten ab 2010 mit denen der Jahre 2007 bis 2009 Vorsicht geboten.

Der „Treatment Demand Indicator (TDI)“ der EBDD¹⁶ ist im KDS integriert. Unschärfen zwischen TDI und KDS ergeben sich aber nach wie vor aufgrund der Orientierung des deutschen Behandlungssystems an der International Classification of Diseases (ICD-10), die Analysen auf Substanzebene z. T. erschwert oder nicht möglich macht.

6.2.2. Stationäre Betreuung

Im stationären Bereich beteiligten sich 2014 an der Bundesauswertung der DSHS 206 (2013: 200) Einrichtungen (Braun et al. 2015c).

¹⁵ Standardmäßig wurde bis 2009 für alle Tabellen, bei denen es sich um Einfachwahlfragen handelt, ein einrichtungsbezogener Missingwert (= Anteil fehlender Angaben an der Gesamtheit der Angaben für die jeweilige Tabelle) von 33 % oder weniger für die Aufnahme in die Gesamtauswertung vorausgesetzt. Einrichtungen mit einer Missingquote von mehr als 33 % in einer solchen Tabelle wurden demnach bei der Zusammenfassung der Daten nicht berücksichtigt, um zu verhindern, dass die Datenqualität insgesamt durch wenige Einrichtungen mit einer hohen Missingquote überproportional beeinträchtigt wird. Damit war zwar zwangsweise eine Verringerung der für die jeweilige Tabelle verwendeten Einrichtungsstichprobe verbunden, in Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse wurde dies jedoch aufgrund der höheren Validität der vorhandenen Daten in Kauf genommen (Pfeiffer-Gerschel, T. et al. 2010a).

¹⁶ Der TDI ist einer von fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren, der national erhoben und auf EU-Ebene aggregiert wird. Erhoben werden standardisierte Kerndaten bzgl. problematischen Drogenkonsums, Abhängigkeit und daraus folgende Konsequenzen (EMCDDA 2012).

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

Die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes erfasst die Entlassdiagnosen aller Patienten stationärer Einrichtungen sowie behandlungsleitende Diagnosen, Alter und Geschlecht. Die Krankenhausdiagnosestatistik ist vollständig, aber nicht spezifisch für den Suchtbereich und bietet entsprechend wenig Detailinformation, erlaubt aber eine Differenzierung der Zahl der Fälle analog der ICD-Diagnosen (F10-F19). Eine umfassende Statistik zur Behandlung der in Krankenhäusern behandelten Klientel wird außerhalb der Leistungsabrechnung nicht systematisch erhoben. Es existieren aber z. B. für psychiatrische Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemeine Standards zur Dokumentation, die auch Informationen zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen beinhalten. Eine systematische Analyse zur Überführung dieser Informationen in den Standard des KDS liegt bislang nicht vor.

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden (DRV 2014). Dabei entfällt jedoch der Teil der stationären Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.

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

Daten aus regionalen Monitoringsystemen können, soweit sie den KDS nutzen, mit den Bundesdaten verglichen werden und dienen als wertvolle Ergänzung nationaler Statistiken.

6.2.3. Substitutionsbehandlung

Informationen über Substitutionsbehandlungen in Deutschland werden seit dem 01. Juli 2002 im Substitutionsregister gesammelt, das zur Vermeidung von Doppelverschreibungen von Substitutionsmitteln und zur Überwachung von Qualitätsstandards auf der Behandlungsseite eingerichtet wurde. Der kurzfristige Einsatz von Substitutionsmitteln zur Entgiftung wird in diesem Register nicht erfasst, sofern die Entgiftungsbehandlung maximal vier Wochen dauert und die Patienten unmittelbar anschließend keine Substitutionsmittel mehr benötigen. Seit 2010 stehen aus dieser Datenquelle Ergebnisse zur Anzahl der Betreuten sowie zum eingesetzten Substitutionsmittel zur Verfügung. Daneben sind die behandelnden Ärzte namentlich erfasst. Seit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinien 2011 haben Substituierte auch einen Anspruch auf Psychotherapie, wenn sie nach mehr als 10 Therapiestunden noch nicht abstinent sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013).

7. Bibliographie

- Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H. & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis **8** (3) 129-133.
- Backmund, M., Lüdecke, C., Isernhagen, K., Walcher, S., Rüter, T. & Leitliniengruppe der DGS (2014). Leitlinie zur Therapie der Opiatbehandlung - Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchttherapie **15** (2) 91-92.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- Berthel, T., Vogel, F. & Kläusler, C. (2015). Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe. Suchtmagazin **2015** (1) 13-17.
- Blankers, M. & Schippers, G. M. (2014). Die Zukunft des Internets als Antwort auf Alkohol, Tabak und andere Drogen. Editorial. Suchtmedizin **16** (4) 165-166.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015a). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015b). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 7 Zugänge Beender Erstbehandelte ohne EK. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015c). Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: 4 Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2013. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2014). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2014. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2015). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2015. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn.

- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. [online]. Verfügbar unter: <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAAahUKEwjsiru4zOLIAhXF6CwKHRJGADk&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%3Dpdf&usq=AFQjCNGexMcef3CEjCiGrCv8IT3YtnyxIA&cad=rja> [letzter Zugriff: 28.10.2015].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Drogenbeauftragte beruft neuen nationalen Drogen- und Suchtrat. (Pressemitteilung) [online]. Verfügbar unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2014-04/drogen-und-suchtrat.html> [letzter Zugriff: 05.10.2015].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2010a). Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven [online]. Hamm. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf [letzter Zugriff: 05.10.2015].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2010b). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Stand: 05.10.2010. DHS, Hamm.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2014). Kindeswohl und Substitution. [online]. DHS. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Kindeswohl_und_Substitution.pdf [letzter Zugriff: 28.08.2015].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2015). Versorgungsstrukturen. [online]. Verfügbar unter: <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen.html> [letzter Zugriff: 31.08.2015].
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2014). Rehabilitation 2013. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 199. DRV, Berlin.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012). Treatment demand indicator (TDI) [online]. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi> [letzter Zugriff: 31.08.2015].
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2014). Internet-based drug treatment. [online]. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/internet-based-drug-treatment> [letzter Zugriff: 28.08.2015].

- Falch-Knappe, M. & Schoen-Blum, T. (2014). "Praxis für Suchtmedizin" der Stadt Kehl (Baden-Württemberg, Deutschland) - ein grenzüberschreitendes Projekt.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Dewitz, M., Kunert, H., Post, Y., Susemihl, I., Bachmeier, R. & Missel, P. (2015). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell **2015** (1) 68-75.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert am 18. April 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.06.2013 B6), in Kraft getreten am 19. Juni 2013. Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C. & Bühringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht **55** (Sonderheft 1) 15-34.
- Initiativkreis Substitutionstherapie (2014). Bitte substituieren Sie! Die Kampagne [online]. Verfügbar unter: <http://www.bitte-substituieren-sie.de/bitte-substituieren-sie.de/die-kampagne.html> [letzter Zugriff: 28.08.2015].
- JVA (Justizvollzugsanstalt) Düsseldorf (2015). Abstinenzorientierte Abteilung (AoA) [online]. Verfügbar unter: http://www.jva-duesseldorf.nrw.de/aufgaben/sozialdienst/4_aoa/index.php [letzter Zugriff: 01.09.2015].
- Katholische Hochschule NRW (2015). Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystemorientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen (Alters-CM3). (Forschungsprojekt) [online]. Verfügbar unter: <https://www.rlp-forschung.de/public/projects/19897> [letzter Zugriff: 27.10.2015].
- Krausz, M., Ramsey, D., Neumann, T., Vogel, M. & Backmund, M. (2014). Paradigmenwechsel als Markenkern - das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft? Suchtmedizin **16** (4) 167-172.
- Künzel, J., Braun, B. & Brand, H. (2014). Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Leune, J. (2014). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2014, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), S. 181-202. Pabst, Lengerich.
- Michels, I., Stöver, H. & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany [online]. Harm Reduction Journal **4** (5). Verfügbar unter: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> [letzter Zugriff: 05.10.2015].
- Milin, S. & Schäfer, I. (2015). Breaking Meth - Ein Bundesmodellprojekt des ZIS Hamburg zur Online-Suchtselbsthilfe (Nov. 2014 - April 2016), Hamburg.
- Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015). "BORA-Veranstaltung. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.", Berlin.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends.

- Deutschland. Drogensituation 2013/2014. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Karachaliou, K., Lieb, C. & Raiser, P. (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Reimer, J., Schulte, B., Thane, K. & Wickert, C. (2009). Ergebnisse zum "Projekt zur Evaluation der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland" - Kurzfassung. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M. & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Zeitschrift für Gastroenterologie **48** 289-351.
- Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Statistisches Bundesamt (2011a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2009. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2010. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2012. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2011. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014). Krankenhausdiagnosestatistik. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stundenfälle, ohne Sterbefälle). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015). Krankenhausdiagnosestatistik. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stundenfälle, ohne Sterbefälle). 2013. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Wittchen, H.-U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Gölz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siegert, J., Scherbaum, N., Rehm, J. & Bühringer, G. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. Drug and Alcohol Dependence **95** (3) 245-257.

ZIS (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung) der Universität Hamburg (2015). Breaking Meth - ein Selbsthilfe-Angebot für Menschen mit Methamphetamin / Crystal - Erfahrung [online]. Verfügbar unter: <https://breaking-meth.de> [letzter Zugriff: 27.08.2015].

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)	7
Tabelle 2	Anzahl der verfügbaren Plätze in der ambulanten Suchthilfe	8
Tabelle 3	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)	10
Tabelle 4	Anzahl der verfügbaren Plätze in der stationären Suchthilfe	12
Tabelle 5	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2014).....	14
Tabelle 6	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	15
Tabelle 7	Zusammenfassung – Patienten in Behandlung	15
Tabelle 8	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS ambulant, 2014)	17
Tabelle 9	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2014)....	18
Tabelle 10	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2014)	30
Tabelle 11	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern 2009-2013.....	34

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)	16
Abbildung 2	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)	16
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2014 (Stichtag 1. Juli)	30
Abbildung 4	Veränderung der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)	31
Abbildung 5	Veränderung der Klienten in stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS stationär)	32
Abbildung 6	Veränderungen bei ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen	33