



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



DEUTSCHLAND

Bericht 2016 des nationalen
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD
(Datenjahr 2015 / 2016)

Behandlung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

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

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG (T0)	5
1	NATIONALES PROFIL (T1)	7
1.1	Politik und Koordination (T1.1)	7
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie (T1.1.1)	7
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung (T1.1.2).....	7
1.1.3	Weitere Informationen (T1.1.3)	8
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung (T1.2)	8
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Einrichtungen und Angebote (T1.2.1)	8
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes (T1.2.2)	9
1.2.3	Ambulantes Behandlungssystem (T1.2.3).....	10
1.2.4	Weitere Informationen zur Inanspruchnahme des ambulanten Behandlungssystems (T1.2.4).....	10
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit der ambulanten Behandlungsangebote (T1.2.5)	10
1.2.6	Stationäre Behandlung – Einrichtungen und Angebote (T1.2.6).....	11
1.2.7	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots (T1.2.7)	11
1.2.8	Stationäres Behandlungssystem (T 1.2.8).....	13
1.2.9	Weitere Informationen (T1.2.9)	13
1.2.10	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit der ambulanten Behandlungsangebote (T1.2.10)	14
1.3	Kerndaten (T1.3).....	14
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung (T1.3.1)	14
1.3.2	Verteilung der Hauptdiagnosen unter allen Behandelten (T1.3.2)	17
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten (T1.3.3)	18
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patientinnen und Patienten (T1.3.4).....	19
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung (T1.3.5).....	21
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen (T1.4)	21
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote (T1.4.1).....	21

1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten (T1.4.2)	23
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote (T1.4.3).....	23
1.4.4	Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten (T1.4.4)	25
1.4.5	Behandlungsergebnisse (T1.4.5)	25
1.4.6	Soziale Reintegrationsangebote (T1.4.6)	26
1.4.7	Anbieter von Substitutionsbehandlung (T1.4.7).....	26
1.4.8	Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten (T1.4.8)	26
1.4.9	Charakteristika der Substitutionspatientinnen und -patienten (T1.4.9).....	27
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution (T1.4.10).....	27
1.5	Qualitätssicherung (T1.5)	28
1.5.1	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung (T1.5.1)	30
2	TRENDS (T2).....	30
2.1	Langzeittrends in ambulanten und stationären Behandlungsdaten (T2.1)	30
3	NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)	35
3.1	Neue Entwicklungen (T3.1)	35
4	ZUSATZINFORMATIONEN (T4).....	38
4.1	Zusätzliche Informationsquellen (T4.1).....	38
4.2	Weitere Aspekte (T4.2)	39
5	ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)	39
5.1	Missbrauch von Substitutionsmitteln (T5.1).....	39
5.2	Internet-basierte Drogenbehandlung (T5.2)	39
5.3	Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumierende (T5.3)	41
6	QUELLEN UND METHODIK (T6)	41
6.1	Quellen (T6.1)	41
6.2	Methodik (T6.2).....	42

7	BIBLIOGRAPHIE.....	44
8	TABELLENVERZEICHNIS	50
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	50

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. 1.431 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, 300 psychiatrische Institutsambulanzen, rund 550 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie rund 80 (ganztags) ambulante und 242 stationäre Therapieeinrichtungen. Von diesen Einrichtungen stellen jene, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, eine Minderheit dar. Parallel und teilweise in Kooperation mit professionellen Hilfeangeboten besteht im Bereich der Sucht eine Vielzahl von Selbsthilfeorganisationen. Die Steuerung und Koordination erfolgt auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder Kommunen. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger legen wesentliche Rahmenbedingungen fest und sind verantwortlich für die Übernahme der Behandlungskosten (Rehabilitation: Rentenversicherung; Entgiftung: Krankenversicherungen).

Beratung, Motivationsförderung und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten. Sie sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht in der Primärversorgung – also in der Regel durch niedergelassene Ärzte – behandelt werden. Die Beratung ist kostenlos, die ambulanten Beratungsstellen finanzieren sich aus Mitteln der Kommunen und Bundesländer sowie nicht unbeträchtlichen Eigenmitteln (Spenden, Kirchensteuermittel, etc.). Ein Drittel der Klienten die sich in ambulante Behandlung begeben tut dies nach wie vor wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden. Bei fast der Hälfte der ambulanten Klienten handelt es sich hingegen um Cannabiskonsumanten. Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifische Behandlung kamen ist dieser Trend noch deutlicher: 63 % der Neuzugänge suchen Hilfe wegen schädlichem Cannabiskonsum. Stimulanzen stehen bei allen Behandelten an dritter und bei Erstbehandelten an zweiter Stelle, vor Opioiden.

Die stationäre Versorgung ist ein grundlegendes Element der Behandlungs- und Rehabilitationsformen Drogenabhängiger. Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klientinnen und Klienten, ambulante und stationäre Rehabilitation miteinander zu verbinden (Kombinationsbehandlung) oder weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote wahrzunehmen. Auch unter Klienten in stationärer Behandlung steigt der Anteil der Cannabis- und Stimulanzenkonsumanten weiterhin an. Der Anteil derjenigen die sich wegen Opioidkonsum in stationäre Behandlung begeben, sinkt dafür kontinuierlich.

Die zweite große Säule der Suchtkrankenversorgung stellen die suchtpsychiatrischen Einrichtungen der psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken dar.

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2015 bei 77.200 Personen. 2015 haben insgesamt 2.613 Substituti-

onsärzte Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte bedeutet einen leichten Rückgang gegenüber den Vorjahren und erreicht das Niveau des Jahres 2004. Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 40,7; Brandenburg: 6,5). Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar. Sorgen bereiten insbesondere die Versorgung im ländlichen Raum sowie die Behandlung langjährig Substituierender. Im Jahr 2015 starben von insgesamt 1.226 Rauschgifttoden in ganz Deutschland 34 Personen an monovalenten Vergiftungen durch Opiat-Substitutionsmittel. Bei polyvalenten Vergiftungen von Opiat-Substitutionsmitteln in Verbindung mit anderen Substanzen wurden 174 Personen gezählt.

Neue Entwicklungen im Behandlungssystem lassen sich zunächst an der Diskussion zur Behandlung methamphetaminabhängiger Menschen ablesen. In den vergangenen Jahren stieg die Relevanz der Behandlung methamphetaminabhängiger Menschen in Deutschland aufgrund des regional angestiegenen Konsums und der Nachfrage spezifischer Behandlungsmöglichkeiten. Darauf wird durch die Bereitstellung spezifischer Informationen sowohl für Behandler (u. a. die neue S-3 Behandlungsleitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ oder die Arbeitshilfe der DHS) als auch für Konsumierende (z. B. das Internetportal <https://breaking-meth.de>) reagiert.

Weiterhin werden zwischen dem originären Suchthilfesystem und anderen Hilfebereichen Kooperationen forciert, wie z. B. mit der Psychiatrie. Der Psychiatrie kommt in der Behandlung suchtkranker Menschen eine wesentliche Bedeutung zu, ebenso wie der Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Institutionen, die ggf. in die Betreuung der Betroffenen eingebunden sind oder diese nach einer stationären Behandlung fortsetzen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Migrations- und Flüchtlingsthematik stellt sich auch in der nationalen Suchthilfelandschaft die Frage nach Prävalenzen des Suchtmittelkonsums und des Hilfebedarfs Flüchtender sowie passenden Behandlungsoptionen für Menschen mit Migrationshintergrund. Dazu werden diverse Veranstaltungen durchgeführt. Die vorliegenden Untersuchungen zur Inanspruchnahme der Suchthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund zeigen die unterschiedlichen Bedarfslagen und Nutzungsverhalten.

Weiterhin ist die internetgestützte Behandlung Thema in der Suchthilfelandschaft. Bisher können nur wenige evaluierte Angebote ausgemacht werden (z. B. Quit the shit¹). Im Vordergrund des Internetangebots der Suchthilfe stehen Informationen zum Konsum, Substanzen, Auswirkungen sowie Hilfeangeboten.

¹ www.quit-the-shit.net [letzter Zugriff: 24.08.2016].

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 legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention, betont jedoch auch die Notwendigkeit der Beratung und Behandlungsangebote in Deutschland (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012a).

Die Drogenbeauftragte benennt im aktuellen Drogen- und Suchtbericht Crystal Meth als einen Schwerpunkt für ihre Arbeit in der laufenden Legislaturperiode (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016). In Kooperation mit der Bundesärztekammer (BÄK), dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und einer Expertengruppe wurden im Januar 2016 praxisorientierte Handlungsempfehlungen für die Behandlung Methamphetaminbezogener Störungen verabschiedet (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016) und treten durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer im September 2016 in Kraft.

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung (T1.1.2)

Das deutsche Beratungs- und Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen oder deren Angehörige ist sehr ausdifferenziert. Eine nationale Planung und Steuerung der Behandlung in den verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems ist nicht mit dem föderalen System der Bundesrepublik vereinbar. Stattdessen erfolgt die Steuerung und Koordination auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder Kommunen. Die Bundesministerien, z. B. das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), nehmen auf Bundesebene eine ressort- und institutionsübergreifende koordinierende Rolle wahr. Einfluss haben sie bei der Erarbeitung und Änderung von Bundesgesetzen (z. B. der Sozialgesetzgebung, die auch die Behandlung betrifft). Ansonsten kann das BMG, wie die Bundesdrogenbeauftragte, nur Empfehlungen an die Bundesländer und zuständigen Institutionen aussprechen.

Bei der Steuerung und Koordination der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen spielen in Deutschland die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger eine bedeutende Rolle. Sie sind wesentlich beteiligt an der Festlegung von Rahmenbedingungen für die Belegung und Ausstattung der Behandlungseinrichtungen (Strukturanforderungen), für die Vermittlung an geeignete Einrichtungen der Weiterbehandlung und Nachsorge sowie an weitere beteiligte Akteure, wie z. B. Jobcenter. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sind auch für die Übernahme der Behandlungskosten verantwortlich, die Krankenversicherungen sind für die Entgiftung, die Rentenversicherungen für die Entwöhnung (Rehabilitation) zuständig.

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)

Im Jahr 2015 legte die DHS eine umfassende Beschreibung des Suchthilfe- und Versorgungssystems vor (DHS 2015). Weiterhin wurde von der DHS eine Bestandsaufnahme zur Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund veröffentlicht, die Grundlage zur Beschreibung der Hilfen vor Ort ist (DHS 2010a). In Kapitel 1.4.1 ist das ambulante und stationäre Behandlungssystem detailliert erläutert.

Weitere Informationen zur Behandlung in Haft finden sich im Workbook „Gefängnis“.

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

Ambulante Behandlung

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Einrichtungen und Angebote (T1.2.1)

Beratung, Motivationsförderung und ambulante Behandlung werden vor allem in den ambulanten Beratungsstellen angeboten. Sie sind häufig die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden.

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

Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)	Anzahl der Einrichtungen	Bezeichnung gemäß EBDD
Beratungs- und / oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz	1.431	Specialised drug treatment centres
Niedrigschwellige Einrichtungen (Notzuschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	226	Low-threshold agencies
Substitutionsärzte	2.613**/8.416***	General / Mental health care
Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug	64	Prisons
Psychiatrische Institutsambulanzen****	300	Other outpatient units
(ganztags) Ambulante Rehabilitation	81	Other outpatient units
Ambulantes betreutes Wohnen	476	Other outpatient units
Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen	91	Other outpatient units
Selbsthilfegruppen****	8.700	Other outpatient units

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

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

*** Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten 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.

**** Zu diesen Angaben liegen keine neuen Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

BOPST 2016; IFT 2016.

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). Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Grundsätzlich ist die Beratung kostenlos.

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes (T1.2.2)

Hinsichtlich der Verfügbarkeit einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern Unterschiede. Gerade in ländlichen Regionen (insbesondere in den östlichen Bundesländern) bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientin-

nen und Patienten (mit Substitutionswunsch) zu gewährleisten. Insgesamt hat sich die Angebotssituation in den letzten Jahren nicht grundsätzlich geändert.

1.2.3 Ambulantes Behandlungssystem (T1.2.3)

Tabelle 2 Anzahl der verfügbaren Plätze in der ambulanten Suchthilfe*

Deutsche Bezeichnung/Beschreibung	Anzahl der Plätze	Bezeichnung gemäß EBDD
Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz oder Institutsambulanz	>500.000	Specialised drug treatment centres
Niedrigschwellige Einrichtungen (Not-schlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	300	Low-threshold agencies
Substitutionsärzte	77.200**	General/ Mental health care
Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	k.A./n.a.	Prisons
Psychiatrische Institutsambulanzen	91.800	Other outpatient units
(ganztags) Ambulante Rehabilitation	>1.000	Other outpatient units
Ambulantes betreutes Wohnen	>12.000	Other outpatient units
Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	>4.800	Other outpatient units
Selbsthilfegruppen	k.A.	Other outpatient units

*Außer für die Anzahl der Substitutionsärzte/Patienten liegen keine neuen Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

**2015 wurden 77.200 Patienten substituiert (BOPST 2016).

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

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

Es liegen keine weiteren Informationen zu diesem Unterpunkt vor.

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

Es liegen keine weiteren Informationen zu diesem Unterpunkt vor.

Stationäre Behandlung

1.2.6 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 Eingliederung bzw. der möglichst dauerhafte Erhalt der Einbindung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Tabelle 3 Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)*

Deutsche Bezeichnung / Beschreibung	Anzahl der Einrichtungen	Bezeichnung gemäß EBDD
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	218	Hospital-based residential drug treatment
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	242**	Residential drug treatment (non-hospital based)
Therapeutische Gemeinschaften	k.A./n.a.***	Therapeutic Communities
Psychiatrische Kliniken	300	Other inpatient units
Entzug mit Motivationsanteilen	190	Other inpatient units
Adaptionseinrichtungen	97	Other inpatient units
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	371	Other inpatient units
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	73	Other inpatient units

* Einrichtungen, die ausschließlich oder primär Konsumierende illegaler Drogen behandeln, sind in der Minderheit. Überwiegend werden Alkoholprobleme (mit-)behandelt. Mit Ausnahme von stationären Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen und stationären/teilstationären Einrichtungen der Sozialtherapie liegen keine neuen Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

** Stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die Konsumierende 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 Klientinnen und Klienten ihr Leben lang in einer Einrichtung bleiben (z. B. Synanon, www.synanon.de [letzter Zugriff: 04.04.2016]). Das Problem wurde bereits im REITOX-Bericht 2012 behandelt. IFT 2016.

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

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

Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klientinnen und Klienten, ambulante und stationäre Rehabilitation miteinander zu verbinden

(Kombinationsbehandlung) oder weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante, Behandlungsangebote wahrzunehmen.

In der Integrations- und Nachsorgephase wird ein vielschichtiges Angebot von beruflichen Hilfen, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft gemacht, das sich an den individuellen Bedarfslagen der Abhängigen orientiert. In all diesen Arbeitsfeldern sind Fachkräfte tätig, die zum großen Teil über arbeitsfeldspezifische Weiterbildungen verfügen.

Die Akutbehandlung von Drogenproblemen und die Entgiftung finden normalerweise in Krankenhäusern statt. Diese Entzugsphase wird in der Regel durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert.

Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind in der Regel die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig (vgl. Kapitel 1.1.2).

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe BUSS hat 2015 unter seinen Mitgliedern eine Untersuchung der Auslastung von Alkohol- und Drogeneinrichtungen durchgeführt und eine wirtschaftliche Verschlechterung der Einrichtungen festgestellt. Von den Drogeneinrichtungen hat rund ein Drittel eine zum Jahr 2014 unveränderte Auslastung von 70 bis 90 Prozent. Der Anteil an Drogeneinrichtungen mit einer Belegung von über 90 Prozent ist um vier Prozent gesunken. Insgesamt ergibt die Analyse der Gesamtstichprobe eine Verschlechterung der Belegung von 2014 auf 2015. Als Ursachen wurden bei Drogeneinrichtungen weniger Bewilligungen (2015: 16 %, 2014: 27 %), weniger Anträge (2015: 20 %, 2014: 21 %) sowie andere Ursachen (2015: 55%, 2014: 42%) genannt. Mehr als die Hälfte der 127 befragten Einrichtungen (einbezogen sind hier auch Alkoholeinrichtungen) gibt nach eigener Aussage an, nicht kostendeckend arbeiten zu können (Otto & Koch 2016).

Behandlungen: Psychiatrie

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 qualifizierte Entzugsbehandlungen durch. Ein nicht unerheblicher Teil führt auch Notfallbehandlungen, Kriseninterventionen sowie Komplexbehandlungen im Fall von Komorbidität aus. Auch eine vertiefte Diagnostik und Reintegrationsplanungen werden durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team behandelt alle Arten von Abhängigkeitserkrankungen stationär, teilstationär oder ambulant. Das gewährleistet eine aufeinander abgestimmte medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung.

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. Hieraus ergibt sich, dass es sich bei 31 % der stationären und 14 % der ambulanten psychiatrischen Fälle um Suchtpatienten handelt. Im Vergleich dazu wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Einrichtungen der Inneren Medizin nur 150.000 Behandlungen wegen

Alkohol- oder Drogenerkrankungen durchgeführt. Die meisten Personen 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 2012b).

Lokal und regional arbeiten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen eng mit den psychosozialen Beratungsstellen und den Einrichtungen zur Suchtrehabilitation zusammen (vgl. Abschnitt 3.1).

1.2.8 Stationäres Behandlungssystem (T1.2.8)

Tabelle 4 Anzahl der verfügbaren Plätze in der stationären Suchthilfe*

Deutsche Bezeichnung (Beschreibung)	Anzahl der Plätze	Bezeichnung gemäß EBDD
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	>7.500	Hospital-based residential drug treatment
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	13.200** (>4.000)***	Residential drug treatment (non-hospital based)
Therapeutische Gemeinschaften	k.A./n.a.	Therapeutic communities
Psychiatrische Kliniken	>220.000	Other inpatient units
Entzug mit Motivationsanteilen	>2.000	Other inpatient units
Adaptionseinrichtungen	>1.200	Other inpatient units
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	>10.700	Other inpatient units
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	>1.200	Other inpatient units

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

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

*** bezogen auf Drogenabhängige.

Für diese Tabelle liegen keine neuen Informationen vor. Die angegebenen Daten stammen aus dem Jahr 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

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 den Abschnitten 1.3 und 1.4.

1.2.9 Weitere Informationen (T1.2.9)

Basierend auf Daten der DSHS haben Hildebrand und Kollegen (Hildebrand et al. 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 Cannabiskonsumierenden erreicht werden können.

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

Es liegen keine weiteren Informationen zu diesem Unterpunkt vor.

1.3 Kerndaten (T1.3)

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung (T1.3.1)

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Jahr 2015 insgesamt 344.885 Betreuungen (ohne Einmalkontakte) in 858 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 (Klienten, die mit einer primär auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Störung behandelt werden, machten 2015 43,5 % aller erfassten Episoden aus). Für das Jahr 2015 liegen in der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 71.955 Behandlungen aus 858 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 nur noch in 33,4 % der Fälle (2014: 35,3 %; 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 (41,2 %; 2014: 40,2 %; 2013: 38,7 %; 2012: 36,5 %) handelte es sich um Klienten mit primären Cannabisproblemen (Braun et al. 2016b).

Bei Personen, die erstmalig in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis erneut an erster Stelle (59,8 %; 2014: 60,8 %; 2013: 59,5 %; 2012: 58,4 % aller Klienten). Mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle stehen wie im Vorjahr erstbehandelte Konsumenten mit der Hauptdiagnose Stimulanzen (19 %; 2014: 19,1 %; 2013: 18,7 %; 2012: 16,6 %) vor erstbehandelten Klienten mit opioidbezogenen Störungen (13 %; 2014: 11,9 %; 2013: 12,7 %; 2012: 15,0 %). Die Anteile der erstbehandelten Personen mit kokainbezogenen Störungen (5 %; 2014: 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. 2016b).

Tabelle 5 Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2015)

Hauptdiagnose schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (ICD10: F1x.1/F1x.2x)	Alle Behandelten (%)			Erstbehandelte (%)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Opioide	32,4	36,9	33,4	12,0	14,4	12,5
Cannabinoide	44,0	30,7	41,2	63,3	46,4	59,8
Sedativa/Hypnotika	1,1	5,3	2,0	1,0	4,9	1,8
Kokain	6,3	3,7	5,8	5,9	3,7	5,5
Stimulanzien	14,2	21,4	15,8	16,3	28,8	18,9
Halluzinogene	1,6	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Multiple/andere Substanzen	1,7	1,7	1,7	1,3	1,5	1,3
Gesamt (Anzahl)	56.576	15.303	71.955	18.643	4.779	23.435

Braun et al. 2016a; Braun et al. 2016b.

Weitere Suchtdiagnosen neben der Hauptdiagnose sind relativ häufig. Von den Klienten mit primären Opioidproblemen wies 2015 etwa jeder Fünfte (20,5 %) auch eine Alkoholstörung (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) oder eine Störung aufgrund des Konsums von Kokain (17,6 %) auf (Braun et al. 2016a).

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

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 2015 wurden von insgesamt 48.841 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 212 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 11.738 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa / Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Braun et al. 2016c). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen ist der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis mit 33 % (2014: 30,7 %; 2013: 28,3 %) weiter gestiegen, während der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden mit

22 % (2014: 27,0 %; 2013: 27,1 %) weiter gesunken ist. Behandlungen aufgrund von Cannabis stellen somit weiterhin die größte Einzelgruppe in stationärer Behandlung (ohne Hauptdiagnose Alkohol) dar. Der Anteil der Behandlungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (23 %) steigt kontinuierlich an (2014: 20 %; 2013: 18,3 %) und überholte 2015 diejenigen die sich primär wegen Opioidkonsum in Behandlung begeben (22 %).

Tabelle 6 Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2014 (%)	2014 (%)	2014 (%)	2015 (%)		
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Opioide	32	22	25	22	22	24
Cannabinoide	14	24	31	33	36	25
Sedativa oder Hypnotika	9	2	3	3	1	9
Kokain	2	5	7	7	7	4
Stimulanzien, inkl. Koffein	8	14	20	23	22	27
Halluzinogene	1	0	0	0	0	0
Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0	0
Multipler Substanzgebrauch & Konsum anderer psychotroper Substanzen	34	32	13	12	12	11
Gesamt (Anzahl)	106.315	12.091	10.972	11.738	9.245	2.493

Braun et al. 2016c; Destatis 2015b; DRV 2015.

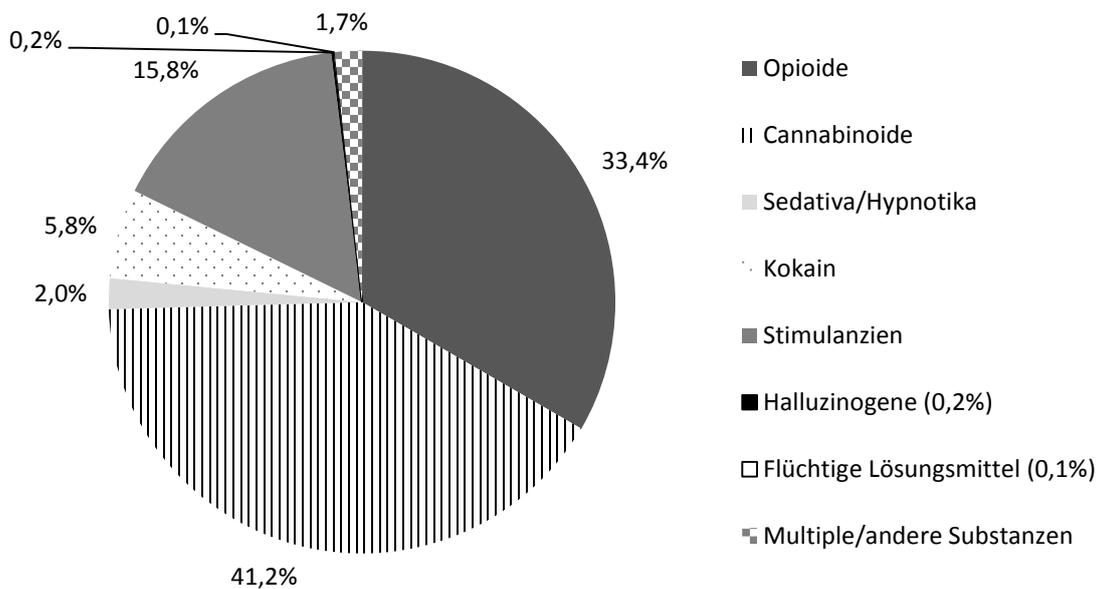
Tabelle 7 Zusammenfassung – Patienten in Behandlung

	Zahl der Patienten
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS 2015 mit HD illegale Drogen: 71.955 ambulant 11.738 stationär
Alle Patienten in OST	77.200
Gesamt	Keine Angabe*

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

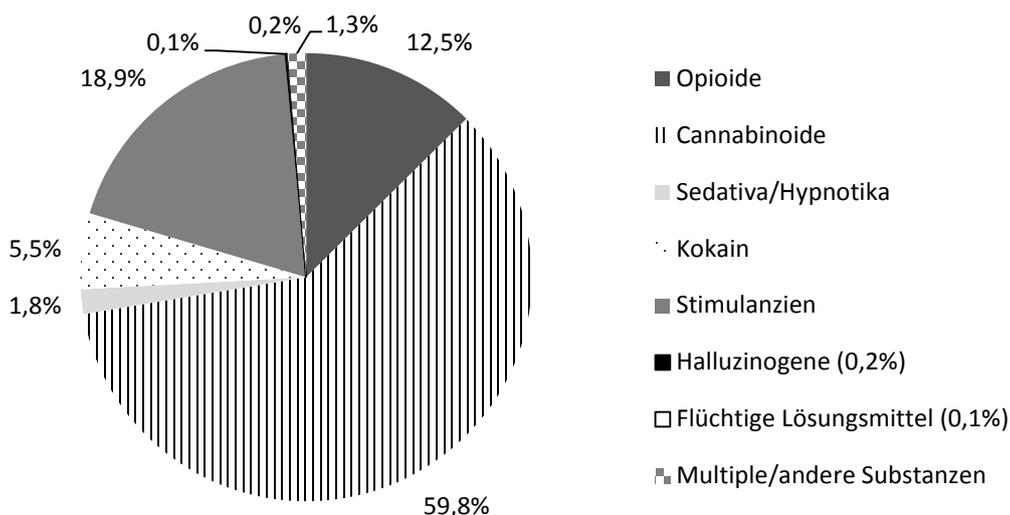
BOPST 2016; Braun et al. 2016b; Braun et al. 2016c.

1.3.2 Verteilung der Hauptdiagnosen unter allen Behandelten (T1.3.2)



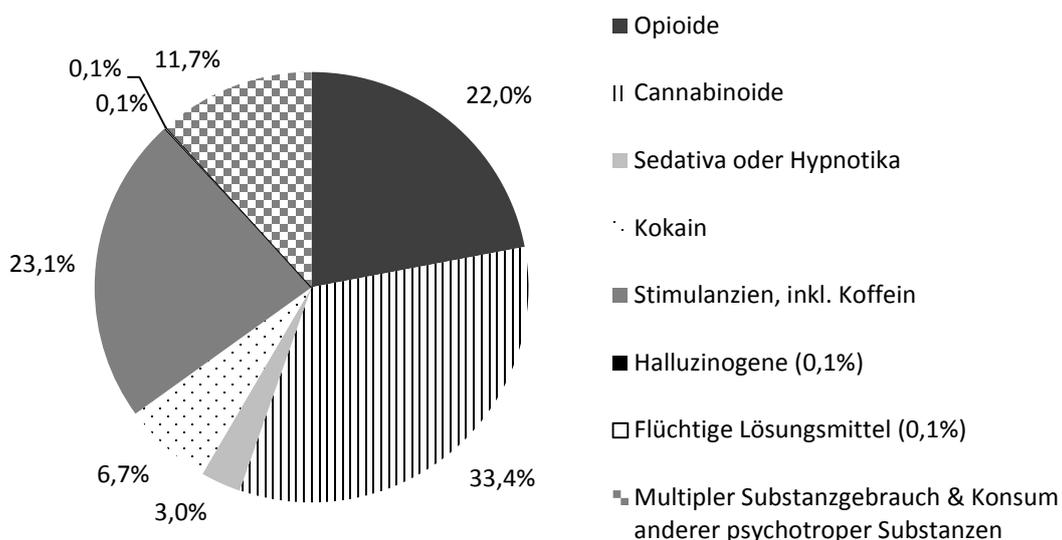
Braun et al. 2016d.

Abbildung 1 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulante Versorgung)



Braun et al. 2016d.

Abbildung 2 Anteil aller Erstbehandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)



Braun et al. 2016c.

Abbildung 3 Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten (T1.3.3)

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 2015).

Insgesamt erhielten 11.479 Personen (9.221 Männer, 2.258 Frauen), die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, die Diagnose „Psychische

Verhaltensstörungen durch Medikamente / Drogen“. Davon waren 1.170 Personen Ausländer. Es wurden durchschnittlich 94 Pflage tage in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter nach Abschluss der Leistung betrug 33,1 Jahre und ist im Vergleich zu anderen in Anspruch genommenen Reha-Leistungen das niedrigste Alter (zum Vergleich Alkoholrehabilitation: 46,0 Jahre) (DRV 2015).

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patientinnen und Patienten (T1.3.4)

Ambulante Behandlung

Tabelle 8 zeigt einen Überblick der soziodemographischen Daten der Behandelten in der ambulanten Suchthilfe.

Tabelle 8 Soziodemographische Daten nach Hauptdiagnose (DSHS ambulant, 2015)

Charakteristika	Hauptdiagnose			
	Opioide	Cannabinoide	Kokain	Stimulanzien
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn*	38,1	24,6	33,9	28,7
Alter in Jahren bei Erstkonsum*	21,4	15,4	21,8	18,8
Geschlecht (Anteil Männer)	76,4%	84,1%	86,3%	71,1%
Alleinstehend	53,3%	62,4%	45,6%	54,2%
Erwerbsstatus				
Arbeitslos	60,6%	33,3%	41,1%	49,2%
Schüler/in / In Ausbildung	1,7%	33,5%	4,0%	10,3%
Wohnungslos	3,5%	0,8%	2,0%	1,7%

*Mittelwert.

Braun et al. 2016b.

Schneider (2016) hat in einer explorativen Studie Konsummuster und Beeinträchtigungen von 194 Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten untersucht, die in ambulanten Beratungsstellen betreut oder behandelt werden. Im Vordergrund stand dabei die Frage, wodurch sich das „typische“ hochbelastete Cannabisklientel kennzeichnen lässt. Die Ergebnisse stützen die Annahme, dass die eine Beratungsstelle aufsuchenden Cannabiskonsumierenden intensive Konsummuster aufweisen und unter vielfältigen Problemlagen leiden. Zusätzlich zu suchtspezifischen Problemen besteht ein hoher sozialer und rechtlicher Hilfebedarf. Knapp die Hälfte dieser Konsumierenden wurde juristisch bereits auffällig. Der vielschichtige Beratungsbedarf zeigte sich auch in den Beratungswünschen: Als häufigstes Beratungsziel wird „Unterstützung in sozialen und rechtlichen Angelegenheiten“ genannt. Die absolute Mehrheit gibt an, bereits manifeste Auswirkungen des Konsums erlebt zu haben. Auch Symptome wie Panik, Verfolgungängste etc. wurden oftmals erlebt. Diese Symptome korrelieren hoch mit den negativen Auswirkungen im sozialen Umfeld. Dabei existieren zwischen „Stadt“ und „Land“ Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Konsumgewohnheiten (ebd.).

Stationäre Behandlung

Tabelle 9 zeigt einen Überblick der soziodemographischen Daten der Behandelten in der stationären Suchthilfe.

Tabelle 9 Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2015)

Charakteristika	Hauptdiagnose			
	Opiode	Cannabinoide	Kokain	Stimulanzien
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn* ¹⁾	36,0	27,5	33,3	29,2
Alter in Jahren bei Erstkonsum* ²⁾	20,7	15,8	21,0	18,7
Geschlecht (Anteil Männer) ³⁾	77,2%	83,8%	87,2%	74,7%
Alleinstehend ⁴⁾	56,3%	64,0%	55,0%	60,5%
Erwerbsstatus ⁵⁾				
Arbeitslos	71,5%	64,9%	62,4%	68,1%
Schüler/in / In Ausbildung	1,2%	7,3%	2,0%	3,1%
Wohnungslos	3,5%	2,8%	3,2%	3,2%

*Mittelwert.

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. 2016c.

Seit 2011 werden ergänzend zu den Standardanalysen der Deutschen Suchthilfestatistik in jährlich wechselnden Sonderauswertungen Informationen zu ausgewählten Behandlungsgruppen zusammengestellt, die auf wenigen Seiten in Form von Kurzberichten präsentiert werden. Verwiesen sei an dieser Stelle auf den Bericht zu Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2014). Hier werden Klienten bzw. Patientengruppen mit unterschiedlicher Wohnsituation vor Betreuungs- /Behandlungsbeginn hinsichtlich ihrer Merkmale vor Beginn, während des Verlaufs und zum Ende der Betreuung/Behandlung betrachtet.

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung (T1.3.5)

- Deutsche Suchthilfestatistik 2014
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2013
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B. COMBASS in Hessen (HLS 2015) oder BA-DO in Hamburg (Martens & Neumann-Runde 2014)

Weitere Informationen zum Konsum finden sich im Workbook „Drogen“.

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen (T1.4)

Im Jahr 2015 führte die DHS eine umfangreiche Analyse des deutschen Versorgungssystems durch. Demnach gliedern sich die Interventionen im Hilfesystem in folgende Bereiche (DHS 2015):

- Prävention und Frühintervention
- Akutbehandlung
- Beratung und Betreuung
- Hilfen zur Erziehung (SGB VIII)
- Suchtberatung im Betrieb
- Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung
- Suchtbehandlung
- Eingliederungshilfe
- Justiz
- Hilfen für Pflegebedürftige
- Selbsthilfe

Im Folgenden werden die Angebote der ambulanten und stationären Behandlung und ihre Aufgaben und Rechtsgrundlagen aufgelistet.

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote (T1.4.1)

Beratungs- und / oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen oder Institutsambulanzen

Zentrale Aufgabe dieser Einrichtungen ist die Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker. Die Fachkräfte motivieren Betroffene, 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.

Rechtsgrundlage ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), geplant und finanziert werden die Einrichtungen durch Kommunen und Länder.

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

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. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige staatliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch Bundesländer. Weitere Informationen sind in Abschnitt 1.2.1. sowie im Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung zu finden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen der Diagnostik und Therapie einer Krankheit eine Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Patientinnen und Patienten werden beraten und zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motiviert und vermittelt. Bundesweit arbeiten 120.700 niedergelassene Ärzte (BÄK 2016) mit etwa 20 % suchtkranken Patientinnen und Patienten². Rechtsgrundlage ist das SGB V, geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Angaben zur Substitution finden sich in Kapitel 1.4.7.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Gefängnisse kooperieren lokal mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. 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. Beispielsweise bietet die JVA Düsseldorf eine Abstinenzorientierte Abteilung für drogenabhängige Gefangene an (Justizvollzugsanstalt Düsseldorf 2016).

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 Arbeiterteams aus. Rechtsgrundlage ist das SGB V, geplant wird das Angebot durch die Krankenkassen.

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 Einrich-

² Schätzung der DHS.

tungen, Tageskliniken, Tagesrehabilitation). Rechtsgrundlagen sind das SGB VI sowie SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Rentenversicherungsträgern.

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. Rechtsgrundlagen sind das SGB II, SGB III, SGB VI und SGB XII. Die Planung obliegt den Agenturen für Arbeit, der Deutsche Rentenversicherung und den Sozialhilfeträgern.

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

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Insgesamt werden 16.479 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (darin enthalten auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) sowie ca. 10.000 niedergelassene Fachärzte für Psychotherapie gezählt (Leune 2014). Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern.

Weitere Informationen zu speziellen Diensten im ambulanten Bereich finden sich bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2010a; 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. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern.

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. Das Spektrum der medizinischen Rehabilitation umfasst auch arbeitsbezogene Leistungen. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der einzelnen Behandlungsformen wird individuell festgelegt. Rechtsgrundlagen sind das SGB VI sowie das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung erfolgt durch die Rentenversicherungsträger und die Gesetzliche Krankenversicherung.

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

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

Behandlung im Strafvollzug

Informationen hierzu finden sich in Kapitel 1.4.1.

Psychiatrische Kliniken

Das Angebot reicht von „qualifizierter“ Entzugsbehandlung bis zu Behandlungen für Abhängigkeitskranke mit psychiatrischen Zusatzstörungen. Bundesweit stehen über 220.000 Plätze in über 300 Einrichtungen für „Suchtpatienten“ zur Verfügung (Leune 2014). Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern.

Entzug mit Motivationsanteilen

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

Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine so genannte Adaptionphase einschließen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt. Rechtsgrundlagen sind das SGB VI sowie das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Rentenversicherungsträgern.

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

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

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

Hierbei handelt es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII §§ 53ff. oder 67ff. sowie des KJHG § 35a.

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

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

1.4.5 Behandlungsergebnisse (T1.4.5)

Die Rehabilitationsstatistik 2014 der DRV weist zum Behandlungsergebnis der insgesamt 12.833 (2013: 13.151) Leistungen für Menschen mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente/Drogen“ folgende Daten zum Behandlungserfolg aus: Bei 3.595 Personen wird das Behandlungsergebnis als unverändert beschrieben (28 %), bei 8.570 hat es sich gebessert (67 %), bei 72 Klientinnen bzw. Klienten hat sich das Ergebnis verschlechtert (0,6 %) und bei 596 ist keine Aussage möglich (4,6 %) (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) 2015). Die Werte der Behandlungsergebnisse entsprechen weitestgehend dem Vorjahresniveau.

Der Fachverband Sucht hat auf der Datenbasis von 8 Kliniken eine Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation vorgenommen und so die Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation untersucht (Fischer et al. 2016). Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) gibt unterschiedliche Möglichkeiten für eine Schätzung des Abstinenz Erfolgs an, die je nach angewandten Kriterien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Nach einer großzügigen Schätzung liegt der Anteil derjenigen, die „durchgängig abstinent leben“ bei 78,2 % der insgesamt 1.535 untersuchten Personen; nach einer konservativen Schätzung liegt der Anteil bei 24,9 %. Der wahre Wert des Behandlungserfolgs sei zwischen beiden Polen zu finden.

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS) legt jährlich eine Auswertung von Basis- und Katamnesedaten der Mitgliedseinrichtungen vor. Die Basisauswertung des Jahres 2014 umfasst 2.979 Fälle aus 23 Einrichtungen für Drogenabhängige (insgesamt 18.623 Fälle aus 105 Einrichtungen). Drogenabhängige waren mit 29 Jahren im Vergleich zu Alkoholeinrichtungen oder Tageskliniken (44,6 bzw. 44,5 Jahre) deutlich jünger. In Drogenfachkliniken beträgt der Anteil an Frauen 17 %, an Alleinstehenden 62,1 % und die Arbeitslosenquote 55,7 %. Die planmäßige Behandlung dauert in Drogenfachkliniken am längsten mit 137,8 Tagen (= 20 Wochen, in Alkoholeinrichtungen 91,6 Tage bzw. 13 Wochen). Etwas mehr als die Hälfte der Rehabilitanden beendet die Drogenbehandlung planmäßig. In Ein-

richtungen die Alkohol- und Medikamentenabhängige stationär behandeln sowie in Tageskliniken sind es über 84 % (Otto & Koch 2015).

Die Katamnesedaten des BUSS für den Indikationsbereich Drogen aus dem Jahr 2013 stammen aus 11 Rehakliniken. Von insgesamt 1.251 entlassenen Rehabilitanden haben 224 geantwortet. Die katamnestische Erfolgsquote errechnet sich aus den Patienten/-innen, die in der Katamnese ‚abstinent‘ und ‚abstinent nach Rückfall‘ angeben. Die Werte im Indikationsbereich Drogen schwanken im Zeitraum 2009 bis 2013: je nach DGSS-Berechnungsform (s. o.) liegen die Werte für großzügige Schätzungen zwischen 66 % und 53 %, für konservative Schätzungen zwischen 9 % und 18 %. Die Schwankungen können im Wesentlichen durch die Veränderungen der Stichprobe und die unterschiedliche Zahl der teilnehmenden Einrichtungen erklärt werden (2012= 15 Kliniken / 1.591 Fälle / 274 Antworten).

1.4.6 Soziale Reintegrationsangebote (T1.4.6)

Informationen zu sozialen Reintegrationsangeboten finden sich im DSHS-Kurzbericht Nr. 2/2014: Klienten / Patienten aus verschiedenen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung (Künzel et al. 2014).

Substitutionsbehandlung (OST)

1.4.7 Anbieter von Substitutionsbehandlung (T1.4.7)

2015 haben insgesamt 2.613 Substitutionsärzte Patientinnen und Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte ist ein leichter Rückgang gegenüber den Vorjahren und erreicht das Niveau des Jahres 2004. 2015 haben 517 Ärzte – also etwa 20 % der substituierenden Ärzte – die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können Ärzte ohne suchtttherapeutische Qualifikation bis zu drei Personen gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtttherapeutisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen (BOPST 2016).

Nur diejenigen Ärzte, die eine spezifische suchttmedizinische Qualifikation erworben haben, dürfen Substitutionsmittel verschreiben. Die Bundesärztekammer hat festgelegt, dass grundsätzlich der Nachweis der Zusatzweiterbildung „Suchttmedizinische Grundversorgung“ oder eine gleichwertige Qualifikation vorauszusetzen ist (BÄK 2010).

1.4.8 Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten (T1.4.8)

Zum Stichtag des 1. Juli 2015 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 77.200.

Im Jahr 2015 wurden im Substitutionsregister rund 90.300 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Personen mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden. Bundesweit wurden dem Substitutionsregister – wie in 2013 und 2014 – rund 120 Doppelbehandlungen gemeldet und durch die betroffenen Ärzte beendet (BOPST 2016).

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 29, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 40,7; Brandenburg: 6,5). Der Zugang zu Substitution ist regional sehr unterschiedlich: Zum einen ist der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung in den Stadtstaaten (insbesondere Bremen, Hamburg und Berlin), möglicherweise auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten, zum anderen liegt er in den westlichen Bundesländern deutlich höher als in den östlichen.

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

1.4.9 Charakteristika der Substitutionspatientinnen und -patienten (T1.4.9)

Hierzu liegen zurzeit keine weiteren Informationen vor.

1.4.10 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. Laut Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) § 5 dient die Substitution der Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes (BMJV 2016).

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat 2002 den Stand der medizinischen Wissenschaft der Substitutionsbehandlung durch Richtlinien festgelegt und diese 2010 überarbeitet. 2003 hat die Gesetzliche Krankenversicherung die Substitutionsbehandlung anerkannt und übernimmt somit die Kosten für die gesetzlich Versicherten. 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. Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar (Kuhlmann 2015). Die Behandlung substituiertes und abstinenter Personen unter einem Dach birgt sowohl Chancen als auch Risiken. Einerseits ist die stationäre Substitution eine Weiterentwicklung des Hilfeangebotes für Drogenabhängige, andererseits ist dieses Angebot auf einen engen Personenkreis begrenzt. Rechtliche und fachliche Voraussetzungen müssen einen angemessenen Rahmen schaffen und die Beeinflussung abstinenter Personen berücksichtigen. Aktuell wird unter Federführung der Uni Klinik Duisburg-Essen eine Studie in NRW zur Untersuchung der bisherigen Erfahrungen jener Drogen-Rehaabteilungen und -Kliniken, die auch substituierte Personen aufnehmen, geplant (ebd.). 2015 fand ebenfalls eine Veranstaltung der fünf Suchtverbände BUSS, CaSu, GVS, Fachverband Sucht und FDR in Berlin zum Thema „Wie geht es weiter ... mit der Behandlung Opiatabhängiger?“ statt. Diskutiert wurde, wie die Brückenbildung

zwischen Substitution und Entwöhnungsbehandlung gefördert und Opiatabhängigen der Zugang zur Entwöhnungsbehandlung erleichtert werden kann (Schwarzer 2015).

Gemäß den Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. der Bundesärztekammer (BÄK) ist die psychosoziale Betreuung Teil der Substitution. Auf psychosoziale Betreuung von Substituierten besteht ein Rechtsanspruch (bei Vorliegen notwendiger Voraussetzungen nach SGB XII), sie ist durch örtliche Sozialhilfeträger zu erbringen. Die Ausgestaltung psychosozialer Betreuung ist bzgl. der Organisation, Finanzierung und des Angebots in Ländern und Kommunen sehr unterschiedlich. Deimel und Stöver (2015) bieten eine Bestandsaufnahme der Konzeptionen, Praktiken und Konfliktlinien in der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger und liefern basierend darauf Ideen für eine Weiterentwicklung der psychosozialen Suchtarbeit.

Sorgen bereitet weiterhin 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 Personen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich nur unzureichend behandelt. So entsteht eine immer größer werdende Versorgungslücke.

Zudem steht das Hilfesystem vor der Herausforderung, langjährig Substituierter bzw. älter werdenden Drogenabhängigen mit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu versorgen (ggf. in geeigneten Einrichtungen) (vgl. REITOX-Bericht 2014, Kapitel 5.5.3). Regionale Untersuchungen der Substitutionsbehandlung unterstützen die Überprüfung und Optimierung von Hilfskonzepten vor Ort. Beispielsweise bietet die Stadt Karlsruhe einen Überblick zur Lebenssituation sowie zu aktuellen und erwarteten Bedarfen der Substituierten über 50 Jahren. Die Befragten äußerten deutliche Unterstützungswünsche bei der Bewältigung von Aufgaben des Alltags, bei Sozialkontakten und im Freizeitbereich. In der Beantwortung der Frage nach einem zukünftigen Unterstützungsbedarf bei zunehmender Pflegebedürftigkeit wird von den Befragten eine Aufnahme im Pflegeheim abgelehnt. Eine Alternative stellt eine betreute Wohneinrichtung dar (Stadt Karlsruhe 2015).

Im Dezember 2015 fand weiterhin die Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) in Berlin statt (Stöver 2016). Das Leitthema war: „30 Jahre Substitutionsbehandlung: Patienten, Versorger und Gesetze näher zusammenbringen“. Darunter wurden die Themen Einbezug der Betroffenenkompetenz der Patientinnen und Patienten, der Übergang von der Substitutions- in die medizinische Rehabilitationsbehandlung, die heroingestützte Behandlung in der Schweiz sowie die rechtliche Lage substituierender Ärzte und Änderungsbedarf des BtmVV diskutiert.

1.5 Qualitätssicherung (T1.5)

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten werden stetig Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit entwickelt (siehe

dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Eine Übersicht erfolgt in chronologischer Reihenfolge:

- 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.
- 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).
- Im Jahr 2010 wurde die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al. 2010); siehe auch Kapitel 7.3 des REITOX-Berichtes (Pfeiffer-Gerschel et al. 2010).
- Am 1. März 2015 sind die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Kraft getreten. Sie wurden erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). Mit diesen Empfehlungen soll angeregt werden, die Rehabilitanden noch gezielter entsprechend ihrer individuellen Teilhabebedarfe zu fördern. Zielsetzung ist es, damit zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Die Rehabilitationseinrichtungen sollen sich bei der Frage, welche erwerbsbezogenen Leistungen in Betracht kommen, anhand dieser Empfehlungen orientieren (Müller-Simon & Weissinger 2015).
- Aktuell ist die Konsultationsfassung der neuen S3-Leitlinie zur Behandlung Methamphetamin-bezogener Störungen erschienen, um dem Bedarf an differenzierten evidenzbasierten therapeutischen Optionen zu entsprechen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016).
- Darüber hinaus haben im Jahr 2016 die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände ein Positionspapier zu den Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt (Thomasius et al. 2016). Geschlossen wird, dass die Durchführung von Entzugsmaßnahmen bei Minderjährigen kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Standards erfüllen sollen. Die Behandlung suchtkranker Kinder und Jugendlicher sollte nicht gemeinsam mit Patienten erfolgen, die wegen anderer psychiatrischer Störungsbilder stationär aufgenommen werden.

Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker erlassen, in denen entsprechende Weiterbildungsgänge eine „Empfehlung zur Anerkennung“ erhalten können. Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Sozialarbeit, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen 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).

1.5.1 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung (T1.5.1)

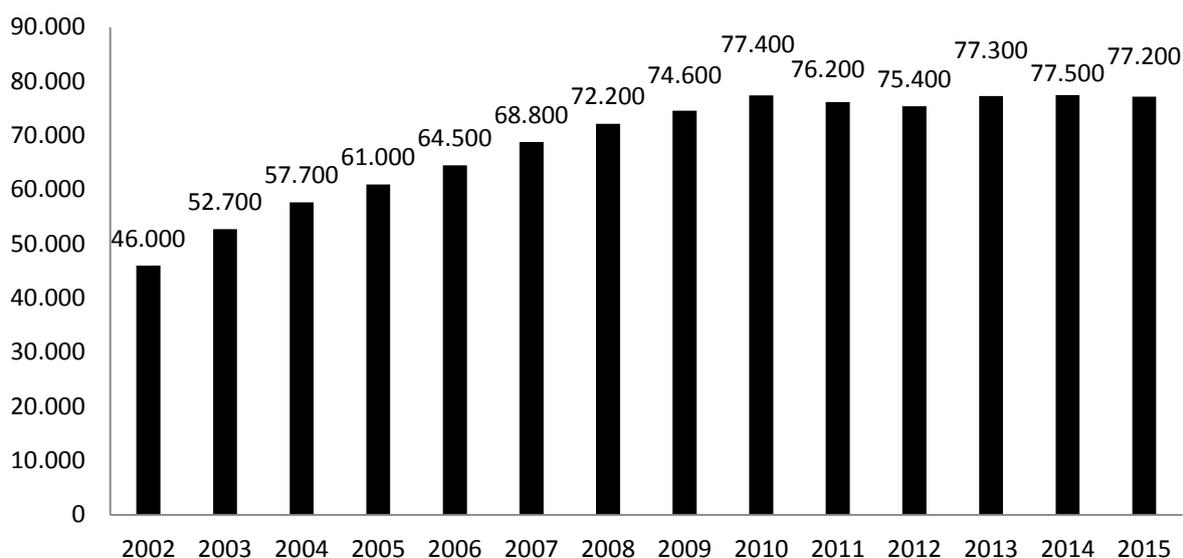
Keine neuen Informationen.

2 Trends (T2)

2.1 Langzeittrends in ambulanten und stationären Behandlungsdaten (T2.1)

Substitution

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem ist die Anzahl weitgehend stabil und lag am 1. Juli 2015 bei 77.200 Personen. Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.



BOPST 2016.

Abbildung 4 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2015 (Stichtag 1. Juli)

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen auf Kosten von Methadon (2015: 44 %) und zugunsten von Levomethadon (2015: 31,8 %) sowie Buprenorphin, das 2015 in etwa jeder fünften Substitution (23 %) zum Einsatz gekommen ist, verschoben (Tabelle 10). Der Anteil der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Personen ist seit 2005 von 82,0 % auf aktuell 75,8 % gesunken.

Tabelle 10 Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2015)

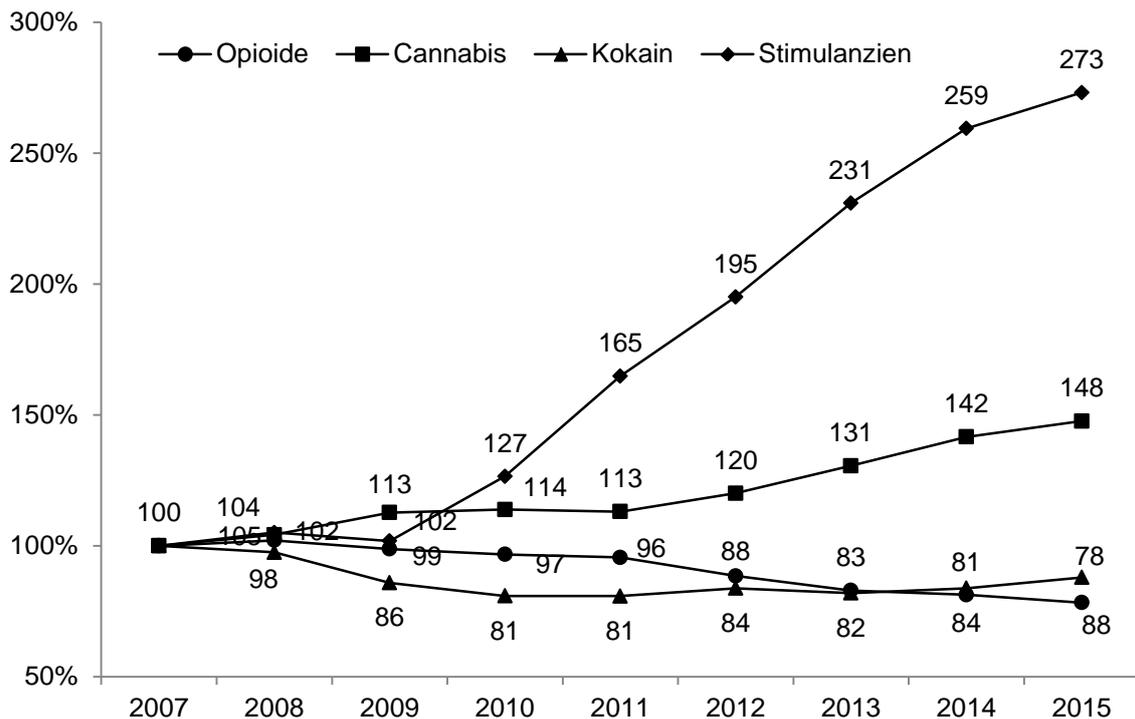
Substitutionsmittel	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Methadon	66,2	57,7	54,8	51,6	49,3	46,1	44,0
Levomethadon	15,8	23,0	25,4	27,0	28,6	30,3	31,8
Burprenorphin	17,2	18,6	19,2	20,4	21,3	22,6	23,0
Dihydrocodein	0,7	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Codein	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Diamorpin		0,3	0,4	0,7	0,5	0,7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

BOPST 2016.

Veränderungen in Zugängen ambulanter Behandlung

Insgesamt dominieren im Versorgungsbereich den DSHS-Daten zufolge unter den illegalen Drogen Störungen aufgrund des Konsums von Heroin, Cannabinoiden und Stimulanzien die Problematik in stationären sowie ambulanten Einrichtungen (Braun et al. 2016b; 2016c).

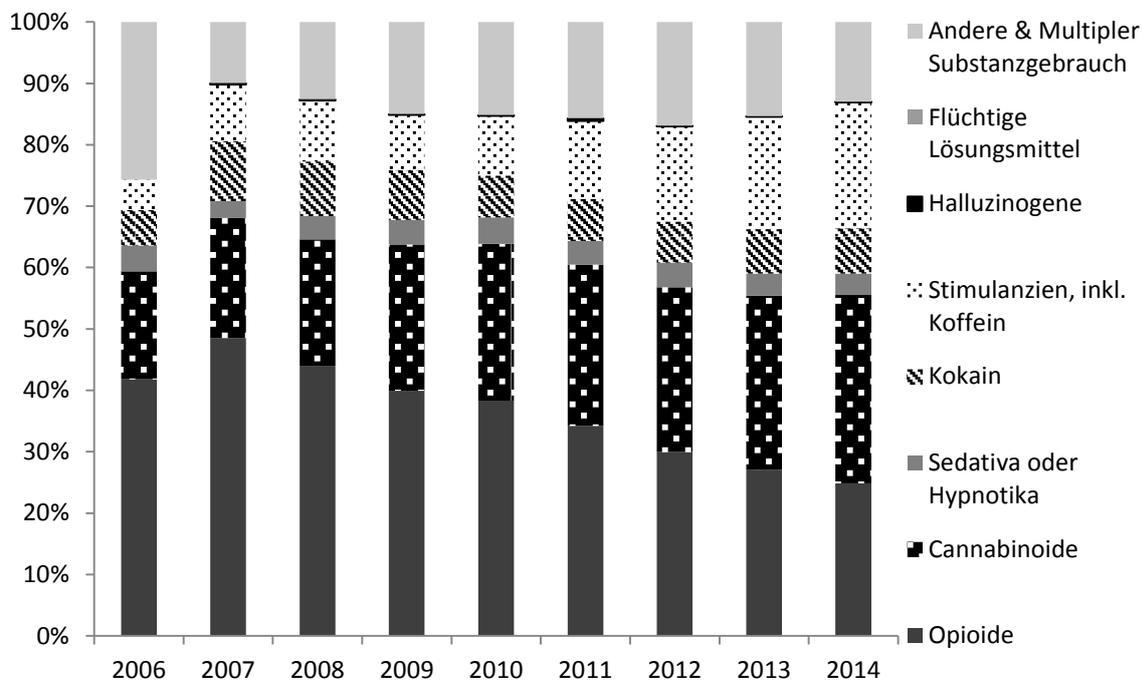
Darüber hinaus steht Cannabis bei Personen, die erstmalig ambulante Hilfe aufsuchen (Erstbehandelte) deutlich an erster Stelle der Behandlungsnachfrage, wohingegen Opioide in dieser Gruppe immer seltener Grund der Kontaktaufnahme sind. In 2013 überstieg der Anteil an Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis erstmals die mit Hauptdiagnose Opioide unter den Zugängen zur ambulanten Behandlung und machte somit die größte Einzelpopulation in dieser Subgruppe aus (Braun et al. 2016b). 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 eine fast Verdreifachung beim Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien (Braun et al. 2016b. Abbildung 5).



Braun et al. 2016b.

Abbildung 5 Veränderungen der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen seit 2007 (DSHS ambulant)

Veränderungen in Zugängen stationärer Behandlung



Braun et al. 2016c.

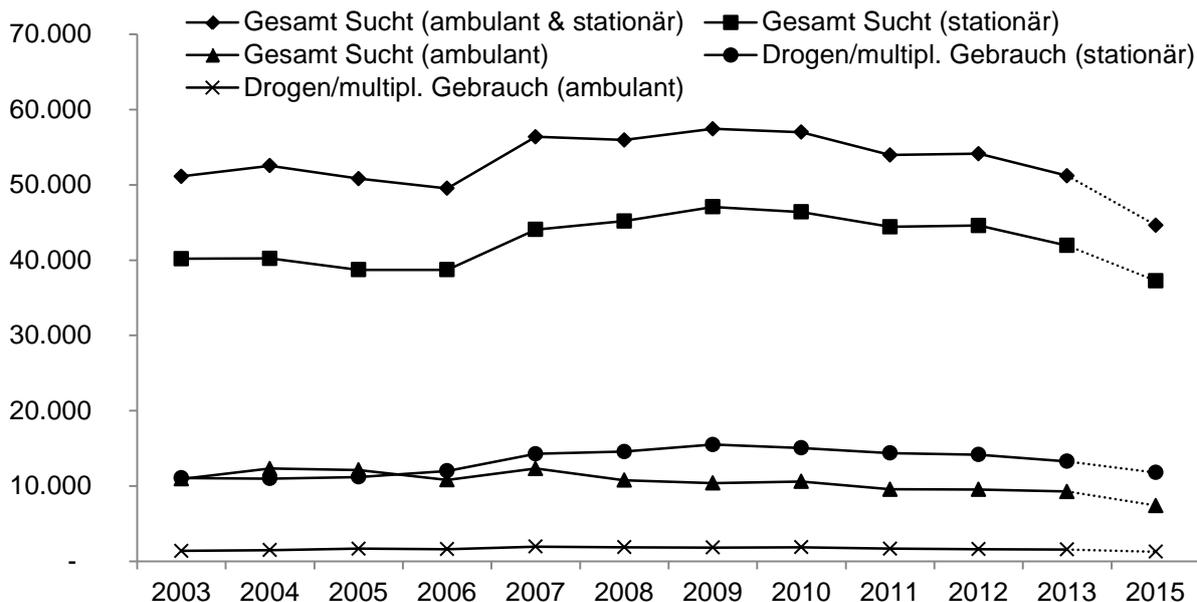
Abbildung 6 Veränderung der Zugänge zu stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)

Im stationären Bereich übertrifft der Anteil derjenigen Patienten mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis (33,4 %; 2014: 30,7 %; 2013: 28,3 %) seit 2013 den Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden (22,0 %; 2014: 24,9 %; 2013: 27,1 %) (Braun et al. 2016c, Abbildung 6). Die drittgrößte Einzelgruppe in stationärer Behandlung stellen im Jahr 2015 diejenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund von Stimulanzien (23,1 %; 2014: 20,5 %; 2013: 18,3 %), deren Anteil seit 2009 kontinuierlich zunimmt (Braun et al. 2016c).

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; 2015: 44.637) (siehe Abbildung 7). Der größte Teil dieser Leistungen (69,7 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht, Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen 29,2 % 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 2016).

Das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Behandlungen beträgt (über alle Leistungen hinweg) 5:1. Dieses Verhältnis hat sich seit 2003 leicht zu Gunsten der stationären Behandlungen verschoben (3,7:1 in 2003). Betrachtet man nur die Rehabilitationsleistungen für Drogen und multiplen Gebrauch, ist das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Behandlungen mit 9,4:1 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 sinken seitdem wieder (Abbildung 7).

Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die verfügbaren Statistiken der DRV für die teilstationären Behandlungen gesondert aufgeführt. Diese neue Aufschlüsselung führt zwar zu einer differenzierteren Betrachtung, aber auch dazu, dass die Daten zu den Vorjahren nicht mehr vergleichbar sind und dieses Jahr niedrig ausfallen (siehe schraffierte Linie in Abbildung 7 sowie Tabelle 11).



Anmerkung: Keine Daten für 2014 verfügbar.

DRV 2016.

Abbildung 7 Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Tabelle 11 Auswirkung der neuen Aufschlüsselung der DRV auf Behandlungsdaten

	2012		2013		2015		
	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär	teil-stationär*	ambulant
Alkohol	29.990	7.865	28.199	7.618	25.047	1.916	6.072
Drogen	12.242	1.322	13.225	1.535	11.764	412	1.258
Medikamente	461	83	467	87	423	21	58
Mehrfach	1.907	272	51	29	15		
Gesamt	44.600	9.542	41.942	9.269	37.249	2.349	7.388

* ganztätig ambulant.

Die Gesamtzahl der akuten Sucht- bzw. Drogenbehandlungen im Krankenhaus ist seit 2010 mit leichten Schwankungen etwas angestiegen (Destatis 2016). Massive Zuwächse sind bei der Zahl der Behandlungen wegen Stimulanzen (+48 % im Vergleich zu Vorjahr, + 208 % im Vergleich zu 2010), Kokain (respektive +29 % und +104 %), Cannabinoiden (+29 % und +86 %), Halluzinogenen (+16 % und +42 %) und Opioiden (+20 % und +4 %) zu verzeichnen. Rückgänge waren nur bei der Behandlung wegen flüchtigen Lösungsmitteln im Vergleich zum Stand vor vier Jahren (-7 %) und der Behandlungen wegen multiplen Substanzgebrauch (-18 % und -14 %) zu beobachten (Tabelle 12).

Tabelle 12 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern

Hauptdiagnose Substanz	Jahr					Veränderung (%)	
	2010	2011	2012	2013	2014	2014 - 2013	2014 - 2010
Alkohol	333.357	338.355	345.034	338.204	340.500	+1	+2
Opioide	32.538	28.956	26.512	27.962	33.686	+20	+4
Cannabinoide	8.145	9.094	10.142	11.708	15.153	+29	+86
Sedativa/ Hypnotika	9.270	10.241	9.999	9.707	10.082	+4	+9
Kokain	1.076	1.222	1.417	1.702	2.200	+29	+104
Stimulantien	2.805	3.878	4.519	5.810	8.627	+48	+208
Halluzinogene	430	574	472	526	610	+16	+42
Tabak	310	269	225	238	190	-20	-39
Flüchtige Lö- sungsmittel	171	198	155	135	159	+18	-7
Multipl. Ge- brauch/ and. Subst.	41.449	41.777	43.063	43.826	35.798	-18	-14
Gesamt Sucht	429.551	434.564	441.538	439.818	447.005	+2	+4
Gesamt Dro- gen	95.884	95.940	96.279	101.376	106.315	+5	+11

Destatis 2015a.

3 Neue Entwicklungen (T3)

3.1 Neue Entwicklungen (T3.1)

Behandlung Methamphetaminabhängiger

In den vergangenen Jahren stieg die Relevanz der Behandlung methamphetaminabhängiger Menschen in Deutschland aufgrund des regional angestiegenen Konsums und der Nachfrage spezifischer Behandlungsmöglichkeiten. Allerdings wird Methamphetamin im Rahmen des deutschen Kerndatensatzes bis zum Jahr 2017 nur zusammen mit Amphetaminen erfasst. Bis zu diesem Jahr fehlen detaillierte Angaben zur Verbreitung und zum Konsum. Es werden zielgruppenspezifische Angebote der Behandlung gefordert, von niedrigschwelligen Beratungsangeboten über wirksame therapeutische Interventionen bis hin zu Unterstützung bei der beruflichen / sozialen Reintegration (Rilke 2015). Im Januar 2016 wurde die neue S-3 Behandlungsleitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ veröffentlicht und im September vom Vorstand der BÄK verabschiedet. Ziel ist, auf Basis substanzspezifischer Studien eine bessere Versorgung von Betroffenen und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch

tätiges Personal in der klinischen Praxis zu ermöglichen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al. 2016).

Um dem wachsenden Bedarf nach Informationen zur Behandlung nachzukommen, hat die DHS eine Arbeitshilfe für Beraterinnen und Berater zum Umgang mit Metamphetamin konsumierenden Klientinnen und Klienten herausgegeben (DHS 2016a). Dazu sind alle wichtigen Informationen zur Substanz, Verbreitung und insbesondere Hilfen für eine Beratungssituation dargestellt.

Aktuell wird ein zielgruppenspezifisches Online-Selbsthilfeportal³ für Methamphetamin-Konsumierende vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg entwickelt und evaluiert (Milin & Schäfer 2015; ZIS 2015).

Das FreD-Programm (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument/innen) der Koordinationsstelle Sucht des LWL wird im aktuellen vom BMG geförderten Projekt „FreD-ATS“ für (Meth)- Amphetamin Typ Stimulanzien (ATS) erweitert. Das Projekt begann im Mai 2015 und hat eine Laufzeit von 20 Monaten. Aufgrund der besonderen Betroffenheit der Bundesländer Bayern, Sachsen und Thüringen wird das Projekt schwerpunktmäßig in diesen Regionen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Das Projekt hat das Ziel, eine ATS Ergänzung zum FreD-Manual zu entwickeln, anschließend in der Praxis zu erproben und zu evaluieren (LWL-KS 2016a).

Das weltweit genutzte Therapiemanual MATRIX für stimulanabhängige Menschen soll für den deutschsprachigen Raum zugänglich gemacht werden. Dieses wird durch den Verein „SuPraT“ (Suchtfragen in Praxis und Therapie) mit Sitz in Thüringen übersetzt und für den Klientenkreis der methamphetamin-abhängigen Menschen adaptiert. (Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 2016, persönliche Mitteilung).

Hamdorf und Kollegen (2015) haben zudem Katamneseergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei methamphetaminabhängigen Patientinnen und Patienten der AGH Klinik Mecklenburg vorgelegt. Es zeigte sich im Vergleich in den Abstinenzraten nach einem Jahr kein Unterschied zwischen Methamphetamin-Konsumierender (41,7%) und anderen Drogenkonsumierenden (40,4%). Zudem beendeten Methamphetamin-Konsumierende in dieser Katamnese die Behandlung häufiger regulär als andere Drogenkonsumierenden.

Kooperation zwischen Psychiatrie und Suchthilfe

Deutschland verfügt über ein ausdifferenziertes Versorgungssystem für Suchtkranke sowie für psychiatrische Patienten und Patientinnen. Allerdings wird immer wieder und an verschiedenen Schnittstellen deutlich, dass Ressourcen und Kompetenzen nicht genügend aufeinander abgestimmt sind und die Kooperation aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten zu kurz kommt.

Wesentliche Voraussetzung für die Bewilligung einer Entwöhnungsbehandlung stellen „Motivation“ und „Rehafähigkeit“ dar. Bei Menschen, die eine Abstinenz nicht erstrebenswert oder

³ <https://breaking-meth.de> [letzter Zugriff: 24.08.2016].

unrealistisch erachten, ist die Motivation zur Verhaltensänderung gering. Dennoch tauchen auch diese Erkrankten in den Hilfesystemen auf, v. a. in der Psychiatrie, – in akuten Notfall- und Krisensituationen, zur körperlichen Entgiftung oder zur Behandlung komorbider Störungen.

Der Psychiatrie kommt in der Behandlung suchtkranker Menschen eine wesentliche Bedeutung zu, ebenso wie der Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Institutionen, die ggf. in die Betreuung der Betroffenen eingebunden sind oder diese nach einer stationären Behandlung fortsetzen. Um die Benachteiligung und doppelte Stigmatisierung dieser Betroffenen aufzubrechen ist der Austausch der Fachleute entscheidend.

Mit der Kooperationstagung „Suchthilfe und Psychiatrie“ im Mai 2016 in Weimar, die die DHS und der AK-Sucht der Bundesdirektorenkonferenz der Psychiatrischen Krankenhäuser (BDK) gemeinsam durchführten, sollte der Austausch zwischen den Hilfesystemen intensiviert werden. Wichtige Vertreter und Vertreterinnen der beteiligten Arbeitsfelder der Psychiatrie und Suchthilfe wurden miteinander ins Gespräch gebracht, für die Sichtweisen der jeweils anderen Beteiligten sensibilisiert und durch die Diskussion gelungener Kooperationsbeispiele motiviert, die Diskrepanzen zwischen den Systemen zu überwinden und dadurch die Versorgung zu verbessern und bedarfsgerechter zu gestalten.

Migration und Suchthilfe

Vor dem Hintergrund der aktuellen Migrations- und Flüchtlingsthematik stellt sich auch in der nationalen Suchthilfelandschaft die Frage nach der Prävalenz des Suchtmittelkonsums und des Hilfebedarfs Flüchtender sowie passenden Behandlungsoptionen für Menschen mit Migrationshintergrund. Dazu werden diverse Veranstaltungen durchgeführt, u. a. ein Expertengespräch auf Einladung der Drogenbeauftragten im Mai 2016 zum Thema „Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Sucht- und Drogenpolitik?“ sowie die Veranstaltung der LWL-Koordinationsstelle Sucht zum Thema „Flucht – Trauma – Sucht – Was erwartet die Suchthilfe?“ (LWL-KS 2016b) und das 11. Berliner Suchtgespräch des Gesamtverbandes für Suchthilfe (GVS) mit dem Titel „Suchthilfe in der kulturellen Vielfalt“ (beide im November 2015) (GVS 2016). Darüber hinaus organisierte im März 2016 die Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS) einen Workshop zu Suchtproblemen bei Flüchtlingen (Tretter & Arnold 2016). Im Juli 2016 fand die Landestagung der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg e.V. 2016) mit dem Titel „Zuflucht gesucht“ statt.

Bei dem Expertengespräch der Drogenbeauftragten wurde deutlich, dass epidemiologische Daten zum Konsum legaler und illegaler Substanzen unter geflüchteten Menschen nicht vorliegen. Zwar hat die Drogenkriminalität unter den Zuwanderern zugenommen, allerdings parallel zu den steigenden Zuwanderungszahlen. Bei der Gesamtkriminalität unter Zuwanderern spielen Drogendelikte nach wie vor eine geringe Rolle (ca. 5 %). Mit dem Begriff „Sucht“ sollte vorsichtig umgegangen werden und in erster Linie der Fokus auf Konsum und Prävention gelenkt werden. Aufklärung über die Rechtslage und den Umgang mit Substanzen seien notwendig. Patientinnen und Patienten die mit einer Suchtproblematik kommen, sind in der

Minderheit. Allerdings beruht diese oft auf posttraumatischen Belastungsstörungen. Risikofaktoren sind junges Alter, männliches Geschlecht, kein soziales Netz und schlechter Zugang zu Bildungseinrichtungen. Weiterhin wurden der Konsum unterschiedlichster Substanzen und die Zugänge des Hilfesystems diskutiert. Eine wesentliche Barriere sind Verständigungsschwierigkeiten.

Bei der LWL-Tagung wurde hervorgehoben, dass belastende Erfahrungen und Traumatisierungen den Suchtmittelkonsum geflüchteter Menschen fördern können. Das professionelle Suchthilfesystem steht im Umgang mit Flüchtlingen vor besonderen Herausforderungen: Sprachbarrieren, ein kulturell bedingt unterschiedliches Krankheitsverständnis, ein für die Betroffenen unbekanntes, komplexes Gesundheitssystem und viele existenzielle Probleme überlagern Suchtprobleme und erschweren effektive Hilfe. Das Thema wurde aus unterschiedlichen Perspektiven in den Blick genommen und Impulse für die Arbeit vor Ort gegeben (LWL-KS 2016b). Beim Berliner Suchtgespräch wurde ebenfalls hervorgehoben, dass das Thema „Sucht und Migration“ in Verbindung mit einer verstärkten Ausprägung interkultureller Kompetenz in den Einrichtungen der Suchthilfe eine der wichtigsten Herausforderungen der nächsten Jahre darstellen wird. Im Bereich der Behandlung wurde insbesondere für eine verstärkte Kultursensibilität geworben (GVS 2016). Beim Workshop des BAS wurden neben einer Bestandsaufnahme der Problematik insbesondere Erfahrungen aus der Behandlungspraxis aufgezeigt (Tretter & Arnold 2016). Die Landestagung in Baden-Württemberg soll ebenfalls ermöglichen, sich über Prävention und Hilfe für Menschen auf der Flucht auszutauschen (Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg e.V. 2016).

Rommel und Köppen (2016) untersuchten auf Basis der DSHS die Inanspruchnahme der Suchthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund (MMH). Sie kommen zu dem Schluss, dass die Suchthilfe von MMH nicht generell seltener genutzt wird. Innerhalb der Gruppe der MMH variieren Bedarfslagen und Nutzungsverhalten. In Deutschland geborene MMH nehmen die Suchthilfe bei Problemen mit Kokain, Opioiden, Cannabinoiden und Pathologischem Spielen deutlich häufiger in Anspruch als Zugewanderte. Zugewanderte MMH, besonders Frauen, sind in Suchthilfeeinrichtungen eher unterrepräsentiert.

Auch Röhnsch und Flick (2015) befassten sich mit der Versorgung von MMH, insbesondere mit den Versorgungsvorstellungen der Migranten aus der früheren Sowjetunion mit Alkohol- oder Drogenproblemen. Anhand episodischer Interviews mit Betroffenen und Experteninterviews schlussfolgern sie, dass die Kulturspezifika von Versorgungsvorstellungen der Migranten vom Hilfesystem stärker beachtet werden sollten. Wichtig sind für die Befragten ganzheitliche Hilfen, die spirituell-religiöse Komponenten enthalten, aber auch kontrollorientiert sind.

4 Zusatzinformationen (T4)

4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T4.1)

Es gibt zurzeit keine zusätzlichen Informationsquellen

4.2 Weitere Aspekte (T4.2)

Es gibt zurzeit keine weiteren Aspekte zu berichten.

5 Anmerkungen und Anfragen (T5)

5.1 Missbrauch von Substitutionsmitteln (T5.1)

Das aktuelle Bundeslagebild 2015 zur Rauschgiftkriminalität gibt Aufschluss über die Todesursachen der Rauschgifttoten. Von insgesamt 1.226 Toten wurden 34 Personen mit monovalenten Vergiftungen durch Opiat-Substitutionsmittel gezählt (Methadon (u. a. Polamidon): 31; Buprenorphin (u. a. Subutex): 3). Bei polyvalenten Vergiftungen von Opiat-Substitutionsmitteln in Verbindung mit anderen Substanzen wurden 174 Personen gezählt (Methadon:147; Buprenorphin: 15; Sonstige: 12) (BKA 2015).

Reimer und Kollegen (2016) haben eine Übersichtsarbeit zum Missbrauch in der Substitutionsbehandlung erstellt und die Auswirkungen beleuchtet. Direkte Risiken bestehen sowohl für die Person selbst (Überdosierung, Gesundheitsschäden) sowie das Umfeld (unbeaufsichtigter Konsum, unabsichtliche Gefährdung von Kindern). Als indirekte Auswirkungen werden ökonomische Kosten, Kriminalität und Produktivitätsverluste identifiziert. Sie schlussfolgern, dass der Missbrauch von Substitutionsmitteln verstanden und reduziert werden muss. Studien aus Deutschland wurden nicht einbezogen.

2009 und 2011 wurde die nicht bestimmungsgemäße Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland vom ZIS Hamburg untersucht (Reimer 2011). In Befragungen wurde u. a. der Konsum nicht verschriebener Substitutionsmittel erhoben. Während in 2008 die Konsumprävalenz von „irgendeinem Substitutionsmittel“ innerhalb der letzten 24 Stunden noch bei 9,3 % lag, geben 2011 15,4 % der Szene-Befragten an, in den letzten 24 Stunden nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumiert zu haben. Allerdings ergeben sich Unterschiede in der Zielgruppe, da nicht nur Menschen der offenen Drogenszene befragt wurden, sondern auch im Umfeld von Substitutionspraxen / -ambulanzen. Hier gaben nur 2,8 % der Befragten den Konsum nicht verschriebener Substitutionsmittel an. Beim Konsum anderer Substanzen innerhalb der letzten 30 Tage wird Heroin unter den Teilnehmern der Szenebefragung zu fast drei Vierteln (73,6 %), bei der praxisnahen Gruppe aber nicht mal von einem Drittel (31,7 %) konsumiert. Ein ähnliches Verhältnis besteht bei Kokain (Szene 46,2 %; Praxen 22,0 %) und nicht verschriebenen Benzodiazepinen (Szene 49,8 %; Praxen 23,2 %).

5.2 Internet-basierte Drogenbehandlung (T5.2)

Die internet-basierte Drogenbehandlung steckt in Deutschland in den Anfängen. Die DG Sucht setzte das Thema „Webbasierte Interventionen in der Suchtbehandlung und -prävention“ auf die Tagesordnung ihrer Klausurtagung 2015 (Rumpf & Thomasius 2015). Vorgestellte Arbeiten behandelten u.a, ob persönliche oder computerisierte Alkoholinerventionen wirkungsvoller sind (Freyer-Adam et al. 2015) und wie Jugendliche mit einem Internet- und SMS-Programm zum Thema Alkohol erreicht werden können (Haug et al. 2015).

Für die Behandlung im illegalen Drogenbereich sind die Ergebnisse der Europäischen Studie „Click for Support“⁴ zur Ermittlung webbasierter Hilfen und letztlich zur Entwicklung von Richtlinien für effektive Programme relevant (Sarrazin & Steffens 2015). In Deutschland wurden zehn webbasierte Informations- und Beratungsportale analysiert und bewertet, darunter fünf, die explizit illegale Drogen fokussieren. „Quit the shit“⁵ hat als einziges alle sechs zu erfüllenden Qualitätskriterien erfüllt und wurde zudem auf seine Wirksamkeit hin evaluiert (ebd.). Die im Projekt entwickelten Leitlinien finden sich unter <http://www.clickforsupport.eu/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

Darüber hinaus machen Hoch und Kollegen (2016) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu digitalen Interventionen für problematisch Cannabiskonsumierende in nicht-klinischen Settings darauf aufmerksam, dass diese zu einem Konsumrückgang beitragen sowie die Barrieren der Inanspruchnahme einer Behandlung senken können. Einbezogen wurden vier Studien, darunter das deutsche Programm „Quit the Shit“. Auch Tossmann und Kollegen (2016) untersuchten systematisch Online-Interventionen für Alkohol- und Cannabis-Konsumierende. Auch sie kommen zu dem Schluss, dass „Quit the Shit“ eine mittelfristige Wirksamkeit zur Reduktion des Cannabiskonsums im Rahmen randomisierter Kontrollstudien unter Beweis stellen konnte.

Bewährt hat sich zudem das Programm „Realize it“⁶ zur Reduktion des Cannabiskonsums. Innerhalb von 10 Wochen werden in fünf Einzelsitzungen und einer Gruppensitzung Risikosituationen, Kontrollstrategien und Alternativen zum Konsum besprochen. Zentraler Bestandteil des Programms ist das Begleitbuch für die Klienten. Ziel ist es, das Programm durch die Erweiterung auf das Smartphone weiter zu entwickeln und qualitativ aufzuwerten. Für Nutzerinnen und Nutzer soll dadurch die Attraktivität des Programms erhöht werden. Auf Seiten der Beratungsstellen soll der Beratungsprozess noch stärker strukturiert und interaktiv werden. Seit März 2016 ist das Begleitbuch für die Klientinnen und Klienten auch für das Smartphone verfügbar. Derzeit wird der Einsatz des „Realize It“ Smart-Books in 18 Beratungsstellen deutschlandweit getestet. Der Implementierungsprozess wird evaluativ begleitet (Kasten 2016, persönliche Mitteilung).

Es stehen weiterhin umfangreiche Informationsportale zu bestimmten Suchtstoffen und für verschiedene Zielgruppen zur Verfügung. Dazu gehören beispielsweise das Einrichtungsverzeichnis der DHS⁷ oder das Informationsportal der BZgA⁸, das über legale und illegale Drogen informiert. Zum Teil wird auch eine Beratung angeboten. Die neu entwickelte Datenbank MethCare des Vereins SuPraT, Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V., bietet weltweit vor-

⁴ <http://www.clickforsupport.eu/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

⁵ <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

⁶ <https://www.realize-it.org/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

⁷ www.suchthilfeverzeichnis.de [letzter Zugriff: 25.08.2016].

⁸ <http://www.drugcom.de/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

handene Literatur zu Methamphetamin (u. a. zu Prävalenz, Folgeschäden, Therapieoptionen, Komorbidität) an⁹.

Zudem erweitern Suchtverbände, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen 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. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE) bietet für Jugendliche und Eltern eine Online-Beratung an¹¹.

Weissinger (2016) merkt an, dass ein vorsichtiger Umgang mit dem Begriff Behandlung geboten ist, denn Online Therapie ist – im Unterschied zur Beratung und Prävention – derzeit in Deutschland (noch) nicht zugelassen (persönliche Mitteilung).

5.3 Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumierende (T5.3)

Spezifische Behandlungsprogramme für NPS Konsumierende sind in Deutschland nicht bekannt. Simon und Kollegen (2016) empfehlen auf Basis der Berichterstattung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) den Einsatz von Elementen guter klinischer und akutmedizinischer Praxis, angepasst an die individuellen Bedingungen und ergänzt um spezifische Elemente, wo dies möglich ist.

6 Quellen und Methodik (T6)

6.1 Quellen (T6.1)

Die Quellen sind der jeweiligen Information zugeordnet und finden sich im Literaturverzeichnis.

Hauptquellen für das Kapitel Behandlung sind:

- Deutsche Suchthilfestatistik (Basis: Deutscher Kerndatensatz)
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung
- Regionale Monitoringsysteme
- Substitutionsregister
- Jahrbuch Sucht 2016 der DHS

⁹ <http://suprat.de/methcare.html> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

¹⁰ <https://www.elternberatung-sucht.de/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

¹¹ <http://www.bke.de/> [letzter Zugriff: 25.08.2016].

6.2 Methodik (T6.2)

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 (2015: 858 bzw. 73,56 %) der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Braun et al. 2016b). In den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird der aktuelle KDS (DHS 2010b) verwendet, der 2007 überarbeitet wurde und 2017 in einer neuen Version erscheinen wird. Auf Grund der Überarbeitungen sind die Daten aus verschiedenen Zeiträumen immer nur bedingt miteinander vergleichbar.

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

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

Stationäre Betreuung

Im stationären Bereich beteiligten sich 2015 212 Einrichtungen (entspricht 63,88 %; 2014 waren es 206 Einrichtungen) an der Bundesauswertung der DSHS (Braun et al. 2016c).

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

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

Substitutionsbehandlung

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

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., Rütger, 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 substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2016). Ärztestatistik 2015. [online]. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/gesamtzahl-der-aerzte/> [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- BKA (Bundeskriminalamt) (2015). Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2014 – Tabellenanhang. Verfügbar unter: http://www.bka.de/nn_233866/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html?nnn=true [letzter Zugriff: 14-07-2016].
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz) (2016). Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV) § 5 Verschreiben zur Substitution [online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/_5.html [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2013). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2013, Bonn.
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2016). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2016 [online]. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn. Verfügbar unter: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.html [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016a). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. 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. (2016b). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016c). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptationseinrichtungen. Bezugsgruppe: 4 Beender mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016d). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 20 Personen (letzte Betreuungsepisode) – Alle (ohne EK). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. [online]. Verfügbar unter: http://www.caritas-suchthilfe.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=395135&form_typ=115&acid=01C4E62E959C48609379B3F6EC6A48D3C3B1C&ag_id=5505 [letzter Zugriff: 14-07-2014].
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015). Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2015a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2014. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2015b). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2014. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- 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: 26-04-2012a].
- 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) (2015). Versorgungsstrukturen. [online]. Verfügbar unter: <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen.html> [letzter Zugriff: 31-08-2015].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2016a). Arbeitshilfe für Beraterinnen und Berater zum Umgang mit Metamphetamin konsumierenden Klientinnen und Klienten [online]. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Methamphetamin.pdf [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2016b). Jahrbuch Sucht 2016. Pabst, Lengerich.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012a). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012b). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2012. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Drogen- und Suchtbericht. Juni 2016. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG (Bundesministerium für Gesundheit), BÄK (Bundesärztekammer) (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen,

- Konsultationsfassung [online]. Verfügbar unter: www.crystal-meth.aeqz.de [letzter Zugriff:07-09-2016].
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2015). Rehabilitation 2014. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 204. DRV, Berlin.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2016). Rehabilitation 2015. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Band 207. DRV, Berlin.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Heinrich, J., Schulze, M., Kunert, H., Muhl, C., Post, Y., Susemihl, I., Bachmeier, R., Missel, P., & Kreutler, A. (2016). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell **1** 21-29.
- Freyer-Adam, J., Baumann, S., Schnuerer, I., Haberecht, K., John, U., & Gaertner, B. (2015). Persönliche vs. computerbasierte Alkoholintervention für Krankenhauspatienten: Studiendesign. Sucht **61** (6) 347-355.
- G-BA (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.
- GVS (Gesamtverband für Suchthilfe) (2016). Das 11. Berliner Suchtgespräch – Suchthilfe in kultureller Vielfalt [online]. Verfügbar unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Dokumentation/11_BS_G_Doku.pdf [letzter Zugriff: 25-08-2016].
- Hamdorf, W., Susemihl, I., & Schacht-Jablonowsky, M. (2015). Katamneseergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei methamphetaminabhängigen Patienten. Sucht Aktuell **2015** (2) 43-45.
- Haug, S., Paz Castro, R., & Schaub, M. P. (2015). Erreichbarkeit Jugendlicher für ein Internet- und SMS-Programm zum Thema Alkohol. Sucht **61** (6) 357-365.
- Hildebrand, A., Sonntag, D., Bauer, C., & Bühringer, G. (2009). Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. Sucht **55** (Sonderheft 1) 15-34.
- HLS (Hessische Landesstelle für Suchtfragen) (Hrsg.) (2015). Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen – Landesauswertung der COMBASS-Daten 2014. Frankfurt.
- Hoch, E., Preuss, U. W., Ferri, M., & Simon, R. (2016). Digital Interventions for Problematic Cannabis Users in Non-Clinical Settings: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis. European Addiction Research **22** (5) 233-242.
- IFT Institut für Therapieforschung. (2016). DBDD Einrichtungsregister: Registerauszug 11.2015. IFT München.
- Justizvollzugsanstalt Düsseldorf (2016). Abstinenzorientierte Abteilung (AoA) [online]. Verfügbar unter: http://www.jva-duesseldorf.nrw.de/aufgaben/sozialdienst/4_aoa/index.php [letzter Zugriff: 24-08-2016].

- Künzel, J., Braun, B. & Brand, H. (2014). Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhlmann, T. (2015). Indikationskriterien für eine abstinenzgestützte versus substituionsgestützte medizinische Rehabilitation aus der klinischen Praxis. Sucht Aktuell 2015 (2) 39-42.
- Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg e.V. (2016). Landestagung 2016 – Zuflucht gesucht. [online]. Verfügbar unter: <http://www.suchtfragen.de/> [letzter Zugriff: 25-08-2016].
- Leune, J. (2014). Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2014, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), S. 181-202. Pabst, Lengerich.
- LWL-KS (LWL-Koordinationsstelle Sucht) (2016a). FreD-Crystal. Frühintervention für erstauffällige (Meth)- Amphetaminkonsument/innen – Erweiterung des FreD-Programmes [online]. Verfügbar unter: http://www.lwl.org/FreD/fred_crystal_meth [letzter Zugriff: 07-09-2016].
- LWL-KS (LWL-Koordinationsstelle Sucht) (2016b). Flucht – Trauma – Sucht Was erwartet die Suchthilfe? 33. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Forum Sucht, Band 48. [online]. Verfügbar unter: www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_48_Flucht-Trauma-Sucht.pdf [letzter Zugriff: 25-08-2016].
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2014). Suchthilfe in Hamburg – Statusbericht 2014 der Hamburger Basisdokumentation in der ambulanten Suchthilfe und in der Eingliederungshilfe. BADO e.V. (Hrsg.), Hamburg.
- 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. [online]. Berlin. Verfügbar unter: http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?_blob=publicationFile&v=3 [letzter Zugriff: 07-09-2016].
- Otto, I. & Koch, A. (2015). Verbandsauswertung des buss. Überblick zu den Basisdaten 2014 und den Katamnesedaten 2013.
- Otto, I. & Koch, A. (2016). Belegungsumfrage des buss. Reha-Einrichtungen zunehmend unter Druck.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.

- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Karachaliou, K., Lieb, C. & Raiser, P. (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A. & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2012/2013. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2013/2014. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Reimer, J. (2011). Folgestudie zur nicht bestimmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland. Kurzfassung. ZIS (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), Hamburg.
- Reimer, J., Wright, N., Somaini, L., Roncero, C., Maremmanni, I., McKeganey, N., Littlewood, R., Krajci, P., Alho, H., & D'Agnone, O. (2016). The Impact of Misuse and Diversion of Opioid Substitution Treatment Medicines: Evidence Review and Expert Consensus. European Addiction Research **22** (2) 99-106.
- Rilke, O. (2015). Methamphetamin- (Crystal-) Missbrauch in Sachsen 2009-2014 – Trends, Auswirkungen und Herausforderungen für die sächsische Suchtkrankenhilfe. Sucht Aktuell **2015** (2) 47-52.
- Röhnsch, G. & Flick, U. (2015). Versorgungsvorstellungen von Migranten aus der früheren Sowjetunion mit Alkohol- oder Drogenproblemen in Deutschland. Psychiatrische Praxis **42** (7) 370-376.
- Rommel, A. & Köppen, J. (2016). Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Psychiatrische Praxis **43** (2) 82-88.
- Rummel, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K. & Budde, A. (2015). Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Workbook Behandlung. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Rumpf, H.-J. & Thomasius, R. (2015). Webbasierte Interventionen in der Suchtbehandlung und -prävention: Lösung der Zukunft? Sucht **61** (6) 343-345.
- 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.
- Sarrazin, D. & Steffens, R. (2015). "Click for Support" - Guidelines for Effective Web-Basend Interventions for Young People in Selective Drug Prevention. Sucht **61** (6) 367-376.
- Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. Sucht **62** (1) 23-30.
- Schwarzer, S. (2015). Mensch und Milligramm. Suchtexperten diskutieren über die Behandlung Opiatabhängiger [online]. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/mensch-und-milligramm/> [letzter Zugriff: 24-08-2016].
- Simon, R., Pirona, A., & Montanari, L. (2016). Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) – neue Anforderungen an das Suchthilfesystem? Suchttherapie **17** (1) 27-33.
- Stadt Karlsruhe (2015). Abschlussbericht. Evaluation Drogenhilfe Karlsruhe. Schwerpunkt Substitution. Stadt Karlsruhe. Sozial- und Jugendbehörde. Jugend- und Drogenberatung, Karlsruhe.
- Stöver, H. (2016). Für Sie unterwegs – Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger im Fokus. Suchttherapie **17** (1) 1-2.
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O., & Reis, O. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Sucht **62** (2) 107-111.
- Tossmann, P. & Gantner, A. (2016). Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen. Suchttherapie **17** (2) 85-89.
- Tossmann, P., Leuschner, F., Jonas, B., Goecke, M., & Lang, P. (2016). Online-Interventionsprogramme zur Reduzierung des Alkohol- und Cannabiskonsums – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Sucht **62** (2) 95-106.
- Tretter, F. and Arnold, M. (2016). Dokumentation BAS e.V. Workshop Suchtprobleme bei Flüchtlingen [online]. Verfügbar unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Tagungsdokumentationen/BAS_e.V._Workshopdokumentation_Suchtprobleme_bei_Fl%C3%BChtlingen_2016_final.pdf [letzter Zugriff: 25-08-2016].
- 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).....	9
Tabelle 2	Anzahl der verfügbaren Plätze in der ambulanten Suchthilfe	10
Tabelle 3	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen)	11
Tabelle 4	Anzahl der verfügbaren Plätze in der stationären Suchthilfe	13
Tabelle 5	Hauptdiagnosen bei ambulanter Betreuung (DSHS ambulant, 2015).....	15
Tabelle 6	Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen.....	16
Tabelle 7	Zusammenfassung – Patienten in Behandlung	17
Tabelle 8	Soziodemographische Daten nach Hauptdiagnose (DSHS ambulant, 2015)	19
Tabelle 9	Soziodemographische Daten nach Hauptdroge (DSHS stationär, 2015)	20
Tabelle 10	Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005-2015)	31
Tabelle 11	Auswirkung der neuen Aufschlüsselung der DRV auf Behandlungsdaten	34
Tabelle 12	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern	35

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)	17
Abbildung 2	Anteil aller Erstbehandelten nach Hauptdiagnose (ambulant)	18
Abbildung 3	Anteil aller Behandelten nach Hauptdiagnose (stationär)	18
Abbildung 4	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2002 bis 2015 (Stichtag 1. Juli).....	30
Abbildung 5	Veränderungen der Zugänge zu ambulanter Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen seit 2007 (DSHS ambulant).....	32
Abbildung 6	Veränderung der Zugänge zu stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (DSHS ambulant)	32
Abbildung 7	Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen	34