



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2022 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2021 / 2022)

Charlotte von Glahn-Middelmenne¹, Maria Friedrich², Franziska
Schneider³, Krystallia Karachaliou³ & Esther Neumeier³

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

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL.....	4
1.1	Politik und Koordination	4
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	4
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	5
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	6
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage.....	7
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	9
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	9
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	9
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots.....	10
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	11
1.2.7	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung.....	11
1.3	Kerndaten	13
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	13
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten	15
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten	15
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	16
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung.....	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	20
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	20
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	22
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	25
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige	34

1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge.....	37
1.4.7	Integration und Teilhabe	38
1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung.....	39
1.4.9	Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten.....	41
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	43
1.4.11	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	45
2	TRENDS.....	47
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung	47
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	52
3.1	Neue Entwicklungen	52
4	QUELLEN UND METHODIK	56
4.1	Quellen	56
4.2	Methodik	66
	TABELLENVERZEICHNIS	67
5	ABILDUNGSVERZEICHNIS.....	68

0 ZUSAMMENFASSUNG

Das Behandlungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige in Deutschland reicht von Beratung über Akutbehandlung und Rehabilitation bis zu Maßnahmen der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, d. h. in den meisten Suchthilfeeinrichtungen werden sowohl Konsumierende legaler als auch illegaler Suchstoffe beraten und behandelt. Die Behandlungsangebote für drogenabhängige Menschen und deren Angehörige sind personenzentriert. Daher gestalten sich die Behandlungsprozesse im Rahmen komplexer Kooperationen sehr unterschiedlich. Übergeordnetes Ziel der Kostenträger und Leistungserbringenden ist die soziale und berufliche Teilhabe. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung von Beratung und Behandlung auf Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

Bei 44,1 % der ambulanten Klientinnen und Klienten, die eine Behandlungsstelle aufgrund einer Problematik mit illegalen Drogen aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumierende (55,6 % der aufgrund von Cannabis behandelten waren Erstbehandelte). 20,8 % der ambulanten Patientinnen und Patienten werden wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt. Wegen Stimulanziengebrauchs begeben sich 14,8 % aller ambulanten Patientinnen und Patienten in Behandlung. Auch in die stationäre Behandlung begeben sich die meisten Patientinnen und Patienten aufgrund einer cannabinoidbezogenen Störung (30,1 %). Weitere häufige Diagnosen sind Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie (26,9 %) und Stimulanzien (19,1 %).

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2002 bis 2010 kontinuierlich gestiegen und in den vergangenen Jahren weitgehend stabil geblieben. Sie lag am Stichtag (01.07.2021) bei 81.300 Personen. 2021 haben insgesamt 2.496 Substitutionsärztinnen und -ärzte Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

Langzeittrends der stationären Suchtbehandlung zeigen, dass im Jahr 2021 der Anteil der erstmalig aufgrund von Cannabinoiden Behandelten immer noch auffällig hoch ist.

Die Corona-Pandemie hatte auch 2021 in Deutschland weiterhin Auswirkungen auf das Suchthilfesystem. Kontaktbeschränkungen und Abstandsregelungen führten dazu, dass Beratungs- und Behandlungsangebote teilweise nur reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren und dass besonders vulnerable Gruppen partiell nur schwer erreicht werden konnten. Mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung trat im April 2020 eine Regelung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung definierte. Sie erlaubt es substituierenden Ärztinnen und Ärzten beispielsweise mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und auch Patienten und Patientinnen, die unter Sichtbezug substituiert werden, Medikamente über einen Zeitraum von sieben Tagen mitzugeben (Take Home). Die Verordnung wurde am 30.05.2022 verlängert und gilt vorläufig bis zum 07. April 2023. Darüber hinaus soll das Krankenhausentlastungsgesetz sowie das Sozialdienstleister Einsatzgesetz (SodEG) für Ausfälle im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufkommen und mit Hilfe von Ausgleichszahlungen

Einrichtungen der Suchtrehabilitation unter die Arme greifen. Es wurde bis Ende Juni 2022 verlängert.

Auch in den anderen Bereichen der Suchtbehandlung und -beratung wurden diverse Anstrengungen unternommen, um trotz der Pandemie Angebote anzupassen oder zu ergänzen, um sie weiter oder wieder vorhalten zu können. Zum 30. Juni 2022 wurden die Möglichkeiten zur Erbringung der coronabedingten telefonischen und digitalen Leistungen in der Rehabilitation und Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen beendet.

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

In Deutschland ist weiterhin die 2012 veröffentlichte Drogenstrategie gültig (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012; Piontek et al., 2018; Bartsch et al., 2017). Sie ist auf vier grundlegende Säulen aufgebaut: Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Angebotsreduzierung sowie Strafverfolgung.

Präventionsmaßnahmen, z. B. Aufklärungskampagnen sollen dazu dienen, dass es gar nicht erst zum Konsum oder zu Suchterkrankungen kommt. Besonders im Blick sind hier Kinder und Jugendliche.

Beratung, Behandlung und die Hilfen zum Ausstieg sind notwendig, um bereits suchterkrankte Personen beim Ausstieg aus dem Suchtkreislauf zu unterstützen. Dafür gibt es zahlreiche ambulante und stationäre Unterstützungsmöglichkeiten, die im weiteren Verlauf dieses Berichtes näher beleuchtet werden.

Maßnahmen zur Schadensreduzierung sollen die gesundheitliche und soziale Situation der suchterkrankten Personen stabilisieren. Dies ist eine Voraussetzung, um einen späteren Ausstieg aus dem Substanzkonsum möglich zu machen.

Ein weiteres, zentrales Element ist die Angebotsreduzierung und die Strafverfolgung sowie die Bekämpfung der Drogenkriminalität. (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten u. a. durch die Förderung von Projekten und durch Forschungsaufträge spezifische Akzente im Bereich Behandlung setzen, was es auch im Jahr 2022 getan hat (vgl. Kapitel 1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen und 1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige).

Die von der Bundesregierung 2017 beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BMG, 2017) regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen neu. Die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte wurden in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK) überführt. Die Änderungen finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung. Sie nehmen einen wichtigen Stellenwert bei der Verbesserung und Absicherung der Substitution in der ärztlichen Praxis ein und stellen v. a. eine Anpassung an neue

wissenschaftliche Evidenzen dar (Dammer et al., 2017). Mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung erhielten Substitutionsärzte verschiedene Möglichkeiten, um bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten von den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung abzuweichen, wenn dies ärztlich begründbar war. Die Verordnung wurde bis zum 07. April 2023 verlängert (Bundesministerium für Justiz (BMJ), 2022).

Im Dezember 2018 ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten, mit welchem die zuvor vorrangig abstinenzorientierten Behandlungsansätze durch einen therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst wurden. Deutlicher wird, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine schwere chronische Erkrankung handelt, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf und bei der physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2018).

Weitere Informationen zur Nationalen Drogenstrategie: Workbook Drogenpolitik (Neumeier et al., 2022).

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

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

Die Bundesministerien, insbesondere das BMG, nehmen auf Bundesebene eine ressort- und institutionsübergreifende koordinierende Rolle wahr.

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

Die Kommunen sind im Rahmen der Krankenhausplanung in die Steuerung der Akutbehandlung eingebunden. Darüber hinaus unterstützen sie die Finanzierung der Suchtberatungsstellen, die in der Regel von gemeinnützigen Verbänden unter Einbringung hoher Eigenleistungen vorgehalten werden. Bei der Substitutionsbehandlung – einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung – kommt der Bundesärztekammer (BÄK) eine tragende Rolle zu. Ihr obliegt die Erarbeitung und Aktualisierung der Richtlinien der substitions-gestützten Behandlung im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Standards für die bedarfsabhängige substitionsbegleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) werden von den zuständigen Leistungserbringern in den Bundesländern in Abstimmung mit den Kommunen oder Ländern vereinbart. Die Finanzierung der PSB wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt, jedoch meist von den Kommunen getragen, entweder als pauschale Förderung der Suchtberatungsstellen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge oder als Einzelfallhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)).

1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung

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

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitserkrankte und -gefährdete darstellen. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen allerdings keine systematisch ausgewerteten Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind die 1.260 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen sowie Fach- und Institutsambulanzen (IFT, 2021). Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 325 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie in 797 soziotherapeutischen Einrichtungen (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (IFT, 2021). Auch den 398 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 92¹ ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348¹ Betten für Suchterkrankte, kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung,

¹ Diese Zahl wurde in der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2022a) nicht erneut differenziert betrachtet. Während sich also die Anzahl der psychiatrischen Fachabteilungen auf das Datenjahr 2020 bezieht (Destatis, 2022a), handelt es sich bei der Zahl der Abteilungen ausschließlich für die Behandlung von Suchterkrankungen um die Anzahl aus dem Datenjahr 2018. In der Realität wird die genaue Anzahl vermutlich nach unten abweichen. Um ein ungefähres Bild darzustellen, wurde auf die Darstellung dennoch nicht verzichtet.

sondern auch für Kriseninterventionen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten zuständig (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; Destatis, 2022a).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,5 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege (Künzel et al., 2022a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 57,2 % der Hilfeinrichtungen (Künzel et al., 2021b). Auch öffentlich-rechtliche sowie privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 6,7 % bzw. 1,0 %, stationär 9,2 % bzw. 29,6 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 1,7 % der ambulanten und 3,9 % der stationären Einrichtungen aus (Künzel et al., 2022a & b) (vgl. Tabelle 3 & Tabelle 4).

Viele Suchhilfeträger, vor allem in den größeren Städten, bieten verschiedene Angebote für drogenabhängige Menschen an: von niedrigschwelligen Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosozialer Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Hierbei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und sonstigen Vereinbarungen unterschieden. So gaben 27,2 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 15,8 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 46,6 % der Einrichtungen trafen sonstige Vereinbarungen mit Selbsthilfeverbänden (Künzel et al., 2022a).

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Seit 2017 werden Beratungs- und Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen, niedrigschwellige Einrichtungen und Institutsambulanzen im KDS 3.0 in einer Kategorie zusammengefasst. Die aktuellen Daten sind daher nicht mit denen von vor 2017 vergleichbar. Nach wie vor stellen jedoch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe mit 1.260 den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung (IFT, 2021). Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrigschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Um auf dieses Problem aufmerksam zu machen, veröffentlichte die DHS im September 2020 eine Stellungnahme („Notruf Suchtberatung“) in der u. a. die unsichere Finanzierungssituation in den Suchtberatungsstellen vor allem in Zeiten der Corona Pandemie in den Fokus gestellt wurde.

Zudem wird jedes Jahr im November der Aktionstag Suchtberatung mit Unterstützung der DHS durchgeführt, um die Öffentlichkeit über die Arbeit, den Stellenwert und die Aufgaben der Suchtberatung zu informieren.

Grundsätzlich erfolgt die Beratung in den Suchtberatungsstellen für die Klientinnen und Klienten kostenlos.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungstyp Bezeichnungsart gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungstyp Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.260*	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.496**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>81.300**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach of transferred)	k.A.***	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

(*IFT, 2021; **Bundesopiumstelle [BOPST], 2022)

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

** Es gibt aktuell weder Daten über die Anzahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen, die Suchtkranke behandeln oder behandelt haben, noch über die Anzahl der wegen Sucht in ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten. Die hier abgebildeten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte und der Substitutionspatienten und -patientinnen zum Stichtag 2021. Da ärztliche Praxen zu den ersten Anlaufstellen gehören, ist in beiden Fällen von einer deutlich höheren Zahl auszugehen (BOPST, 2022).

*** Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Schneider et al. 2021, Workbook Gefängnis.

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von ärztlichen Praxen durchgeführt. Sie stellen bei der Behandlung von opioidabhängigen Menschen einen wichtigen Faktor dar. Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen dabei die medizinische Behandlung, einschließlich der Verschreibung des Substituts (vgl. Kapitel 1.4.8). An die medizinische Behandlung ist meist eine psychosoziale Betreuung geknüpft, die von Trägern der Beratungs- und Behandlungsstellen in enger Kooperation mit den Praxen, z. T. unter demselben Dach, übernommen wird.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Zentren sind neben vielen anderen Aufgaben auch für suchtkranke Menschen zuständig. Sie werden in der Regel

öffentlich-rechtlich finanziert. In einigen Bundesländern sind Wohlfahrtsorganisationen Träger dieser Einrichtungen.

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes

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

Prinzipiell haben sich die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren nicht grundsätzlich verändert. Es ist jedoch zu beobachten, dass die kommunale Finanzierung in einigen Gemeinden zurückgeht, während sich gleichzeitig das Anforderungsprofil erweitert.

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

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

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine fundamentale Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führten 2021 insgesamt 95.691² Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betrafen (Destatis, 2022b). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbiditäten zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch von privaten Krankenversicherungen, übernommen.

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

² Die hier abgebildete Zahl wurde mit Hilfe der tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten des Statistischen Bundesamtes [Destatis] errechnet. Sie umfasst alle Behandlungen mit den Hauptdiagnosen ICD-10-GM-2017 F11 bis F16 sowie F18 und F19 (Destatis, 2022). Die Zahl bezieht sich auf das Datenjahr 2020.

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

Tabelle 2 Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)³

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	211**	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	95.691*
Residential drug treatment (non-hospital based)	325**	Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	13.061***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A.****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	797**	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

(*Destatis, 2022b; **IFT, 2021; *** DRV, 2022a)

*** Es handelt sich hierbei um die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen datiert wurden. Das Berichtsjahr ist 2020. Neuere Daten standen bis zum Abschluss dieses Berichtes nicht zur Verfügung.

**** Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Schneider et al. 2022, Workbook Gefängnis.

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Aufgrund der Corona-Pandemie war die stationäre Behandlung suchtkranker Menschen zwischenzeitlich stark eingeschränkt. Zahlen aus dem Datenjahr 2021 sind daher nur begrenzt mit denen der Vorjahre vergleichbar (vgl. Kapitel 3.1).

³ Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt und damit die Datenerhebung geändert. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene stationäre Einrichtungsarten (teilstationär / ganztägig, stationäre Rehabilitation, Adaption) zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Ähnliches gilt für Soziotherapeutische Einrichtungen. Es werden teilstationäre, ganztägig-ambulante und stationäre Einrichtungen zusammengefasst. Die Daten können nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen⁴ 2021 um weitere 3,7 % auf 68.321 (vgl. 2020: 70.976; 2019: 73.916) Anträge gesunken (DRV, 2021b). Zusätzlich verstärkt die Höhe der Nicht-Antrittsraten zur Entwöhnungsbehandlung den wirtschaftlichen Druck auf viele stationäre Einrichtungen. Für das 2017 in Kraft getretene „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ geben die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Handlungsempfehlungen, die den Zugang zur medizinischen Rehabilitation nach dem qualifizierten Entzug verbessern sollen. Patientinnen und Patienten aus dem qualifizierten Entzug sollen bei der Vergabe von Plätzen bevorzugt aufgenommen werden (Deutsche Rentenversicherung et al., 2017; Ueberschär et al., 2017).

1.2.7 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

Träger der ambulanten Beratung und Behandlung sind in Deutschland weitestgehend die Wohlfahrtsorganisationen (90,5 %; (Künzel et al., 2022a)). Ein kleinerer Teil ist jedoch in öffentlich-rechtlicher Hand, meist kommunale Einrichtungen. Die ambulante Substitutionsbehandlung wiederum wird in der Regel von ärztlichen Praxen übernommen, die privatwirtschaftlich ausgerichtet sind. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist über die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren in die Betreuung Suchtkranker eingebunden. Sie betreuen häufig Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Suchterkrankung. Daten werden nicht bundesweit, sondern nur in den Ländern, ggf. sogar nur in den Gemeinden erhoben. Daher sind detaillierte Aussagen zur Anzahl der Dienste wie auch der Fälle nicht möglich.

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

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

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (Umfasst spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	6,7 %	90,5 %	1,0 %	1,7 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeinde-psychiatrische Dienste)*	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Einrichtungen im Strafvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

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

(Künzel et al., 2021a)

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen ⁵	29 %*	33,0 %*	38 %*	-
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	9,2 %**	57,2 %**	29,6 %**	3,9 %**
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

(*Destatis, 2022a⁵; **Künzel et al., 2022b)

⁵ Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf alle Krankenhäuser in Deutschland und nicht nur auf solche, die im Bereich der Suchtbehandlung aktiv sind. Differenzierte Daten sind nicht verfügbar. Die Daten beziehen sich auf das Datenjahr 2020.

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

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

	Wiederaufnahmen		Erstbehandelte	
	Stationär	Ambulant	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	90,9 %	85,4 %	9,1 %	14,6 %
F12 Cannabinoide	81,4 %	44,4 %	18,6 %	55,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	89,1 %	59,1 %	10,9 %	40,9 %
F14 Kokain	83,9 %	60,7 %	16,1 %	39,3 %
F15 Stimulanzien	88,3%	65,3 %	11,7 %	34,7 %
F16 Halluzinogene	100 %	55,1 %	keine Angaben	44,9 %
F18 Flüssige Lösungsmittel	100 %	33,3 %	keine Angaben	66,7 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	90,6 %	75,9 %	9,4 %	24,1 %
Anzahl Gesamt (N)	6.502	35.324	988	22.756

(Künzel et al., 2021a & b, T2.02)

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Datenjahr 2020 insgesamt 321.769 Betreuungen (ohne Einmal-Kontakte) in 878 ambulanten Einrichtungen erfasst. Diese Zahlen beinhalten jedoch auch Behandlungen aufgrund von Tabak und Alkohol. Für die folgenden Erläuterungen wurden nur die Klientinnen und Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand. Für das Jahr 2021 liegen in den Tabellenbänden der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 64.095 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratung- oder Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (Künzel et al., 2022a).

Mittlerweile handelt es sich nur noch in 20,8 % der Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich illegaler Drogen um Klientinnen und Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In fast der Hälfte der Fälle (44,1 %) handelte es sich um Klientinnen oder Klienten mit einer psychischen Verhaltensstörung aufgrund von Cannabinoiden (vgl. Tabelle 8) (Künzel et al., 2022a). Bei Personen, die erstmalig aufgrund illegaler Substanzen in suchtspezifischer Behandlung waren, standen Cannabinoide mit 55,6 % zudem an erster Stelle.

Stationäre Behandlung

Tabelle 6 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%)

ICD-10 GM	Krankenhaus- Statistik**	DRV***	DSHS			
			2020	2020	2020****	2021*****
	Insgesamt			Männer	Frauen	Insgesamt
F11 Opioide	26,9 %	Medikamente / Drogen davon 81,3 % Männer & 18,7 % Frauen	12,1 %	10,9 %	11,6 %	11,1 %
F12 Cannabinoide	18,4 %		29,2 %	30,5 %	28,6 %	30,1 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	9,1 %		2,2 %	1,5 %	5,3 %	2,3 %
F14 Kokain	4,7 %		10,0 %	11,6 %	6,0 %	10,5 %
F15 Stimulantien	12,85 %		18,5 %	17,9 %	23,7 %	19,1 %**
F16 Halluzinogene	0,6 %		*	*	*	*
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		*	*	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,3 %		27,9 %	27,5 %	24,6 %	26,9 %
Anzahl Gesamt (N)	95.691	8.539	9.553	8.304	2104	10.410*

(**Destatis, 2022b; ***DRV 2022c; ****Künzel et al., 2021 (T3.01); *****Künzel et al., 2022b (T3.01))

*Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = < 30) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich

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

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da sich die Standards der Dokumentation an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit den Hauptdiagnosen F11–F16 und F18–F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Im Jahr 2021 wurden von insgesamt 33.880 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 135 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 10.410 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (Künzel et al., 2022b). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen liegt der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden bei 30,1 %, der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden bei 11,1 %. In Bezug auf sämtliche erfasste Hauptdiagnosen im Suchtbereich stellen Behandlungen aufgrund von Cannabinoiden mit 10,2 %, nach Behandlungen aufgrund von Alkohol (63,5 %) die größte Diagnosegruppe in stationärer Behandlung dar.

Tabelle 7 Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung

Zahl der Patienten	
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS mit HD illegale Drogen
	ambulant: 64.095
	stationär: 33.380
Alle Patienten in OST	81.300
Gesamt	Keine Angabe

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

(Künzel et al., 2022a, b; BOPST, 2022)

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten

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

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opioide	11,1 %	20,8 %
F12 Cannabinoide	30,1 %	44,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,3 %	2,0 %
F14 Kokain	10,5 %	7,7 %
F15 Stimulanzien	19,1 %	14,8 %
F16 Halluzinogene	*	*
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	26,9 %	10,4 %
Anzahl Gesamt (N)	10.410	64.095

(Künzel et al., 2022a & b, T3.01)

*Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = < 30) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

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

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

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

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

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

Hauptdiagnose	Ambulant		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt/ Unbekannt
F11 Opioide	20,4 %	22,5 %	12,9 %
F12 Cannabinoide	45,7 %	37,9 %	46,2 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1,3 %	4,6 %	4,3 %
F14 Kokain	8,5 %	4,8 %	7,5 %
F15 Stimulanzien	13,3 %	20,5 %	14,0 %
F16 Halluzinogene	0,2 %	0,3 %	1,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	10,7 %	9,5 %	14,0%
Anzahl Gesamt (N=100 %)	50.539	13.463	93

(Künzel et al., 2022a & b, T3.01)

*Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = < 30) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich

Das Durchschnittsalter bei Behandlungsbeginn liegt für die Diagnosegruppen der illegalen Drogen bei einem Mittelwert von 32,2 Jahren, wobei die männliche Klientel mit 30,7 Jahren durchschnittlich jünger ist als das weibliche Klientel mit 33,8 Jahren. Menschen mit der Hauptdiagnose F13 Sedativa/Hypnotika sind mit 40,6 Jahren die durchschnittlich älteste Diagnosegruppe, F12 Cannabinoide mit 26,0 Jahren die jüngste.

Differenziert man bei diesen Daten nach dem Geschlecht, sind bei den Männern Klienten mit der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide (25,9 Jahre) am jüngsten und F11 Opioide (40,3 Jahre) am ältesten; bei den Patientinnen liegt das niedrigste Durchschnittsalter ebenso bei der Diagnosegruppe F12 Cannabinoide (26,4 Jahre) und das höchste Durchschnittsalter bei F13 Sedativa/Hypnotika (44,9 Jahre) (Künzel et al., 2021a, T 3.02).

Zwischen 22,2 % (F18) und 53,1 % (F14) aller ambulant betreuten Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Partnerschaft (Künzel et al., 2021a, T3.03), zwischen 24,3 % (F12) und 55,9 % (F14) leben mit ihrem Partner in einem Haushalt (ebd., T3.04). Im Durchschnitt haben die behandelten Frauen 0,9 Kinder (Männer: 0,4 Kinder) (Künzel et al., 2021a, T3.06).

Zwischen 0,0 % (F18) und 19,4 % (F12) aller ambulant behandelten Klientinnen und Klienten haben einen Migrationshintergrund⁶. Im Rahmen dieses Berichtes wurden hierfür die Daten von Menschen, die selbst migriert sind, sowie derer die als Kinder von Menschen mit Migrationshintergrund geboren wurden, berücksichtigt (Künzel et al, 2022a, T3.12). Die Hauptdiagnosen mit dem größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind F12 Cannabinoide (19,4 %) und F11 Opioide (9,3 %) (ebd., T3.12). Von den Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit sind 22,9 % der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund ursprünglich aus der Türkei. Bei den Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind 16,8 % der Betroffenen mit Migrationshintergrund aus Russland und 13,4 % aus Kasachstan (ebd., T3.13).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt bei dem Großteil der Hauptdiagnosen unter 25 %. Eher hohe Anteile finden sich bei den Hauptdiagnosen Halluzinogene (23,2 %), Cannabinoide (32,9 %) und den flüchtigen Lösungsmitteln (33,3 %) (Künzel et al., 2022a, T3.16).

Durchschnittlich 11,2 % der männlichen und 9,3 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im ambulanten Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (geschlechterunabhängig, in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Opioide (14,2 %), Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie (12,8 %) und Stimulanzen (11,9 %) (Künzel et al., 2022a, T3.15).

Stationäre Behandlung

Der größte Anteil der stationär behandelten Menschen der Diagnosegruppe „illegale Drogen“ liegt sowohl bei den männlichen als auch weiblichen Patienten bei der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide (30,5 % = männlich; 28,6 % = weiblich). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (27,5 % = Männer, 24,6 % = Frauen) die zweithäufigste Diagnose. Am wenigsten Behandlungen erfolgten bei beiden Geschlechtern aufgrund der Diagnose F18 Flüchtige Lösungsmittel und F16 Halluzinogene.

Das durchschnittliche Alter der stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnosen F11–F16 sowie F18 und F19 liegt bei Betreuungsbeginn bei 33,5 Jahren. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten wurden aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika behandelt (41,0 Jahre), die jüngsten aufgrund von Halluzinogenen (27,4 Jahre) (Künzel et al., 2022b, T3.02).

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

Erkenntnisse über die Herkunft der Klientinnen und Klienten können hinsichtlich der Bedarfsplanung eine Rolle spielen, z. B. in Bezug auf sprachliche und kultursensible Angebote im Bereich Behandlung und Beratung (siehe Kapitel 1.4.4, Zielgruppenspezifische Interventionen: Migrantinnen und Migranten/ Geflüchtete) oder Prävention (Friedrich et al. 2020). Bei der Analyse dieser Daten sollte jedoch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei lediglich um eine Stichprobe der tatsächlich im Suchthilfesystem angekommenen Klientinnen und Klienten handelt. Sie dürfen nicht mit dem tatsächlichen Bedarf verwechselt werden.

Bei allen Hauptdiagnosen, die illegale Drogen betrafen, war mehr als die Hälfte der Behandelten alleinlebend (Künzel et al., 2022b, T3.04).

Zwischen 75,0 % (F16 Halluzinogene) und 100 % (F18 Flüchtige Lösungsmittel) der wegen illegaler Drogen stationär behandelten Patientinnen und Patienten sind deutsche Staatsangehörige (Künzel et al. 2021b, T3.11). Die beiden Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Migrantinnen und Migranten⁷ sind F16 Halluzinogene (25,0 %) und F14 Kokain (20,8 %) (vgl. ebd., T3.12). Von den Migrantinnen und Migranten mit einer Störung aufgrund des Konsums von Kokain kommt im stationären Setting der Großteil der Behandelten (31,8 %; N = 98) aus der Türkei.

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne angefangene Berufsausbildung liegt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe Cannabinoide (20,4 %), bei unter 20 %. Insgesamt haben die meisten Patientinnen und Patienten einen betrieblichen Berufsabschluss (55,9 %). Ein ebenfalls großer Anteil hat eine Hochschul- oder Berufsausbildung zwar angefangen, sie jedoch nicht abgeschlossen (Künzel et al., 2021b, T3.16).

Durchschnittlich⁸ 8,65 % der männlichen und 8,3 % der weiblichen Patientinnen und Patienten im stationären Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen (Künzel et al., 2021b, T3.15 m/w). Die Raten liegen (in absteigender Reihenfolge, für alle Geschlechter) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose F15 Stimulanzien (13,2 %), F11 Opioide (12,9 %) und F 14 Kokain (11,8 %) (Künzel et al., 2021b, T3.15). Alle Diagnosegruppen weisen einen hohen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Mit Ausnahme der Diagnose F16 Halluzinogene und F13 Sedativa/Hypnotika sind es in allen Diagnosegruppen deutlich mehr als die Hälfte (Künzel et al., 2021b, T3.18).

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

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

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

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

Hauptdiagnose	DSHS				Krankenhausdiagnosestatistik (Destatis)			
	Ambulant		Stationär		-14		15-17	
	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17
F11 Opioide	*	1,2 (0,4)	0	2,3 (0,2)	2,7 (0,1)	2,9 (0,4)		
F12 Cannabinoide	8,3 (1,4)	75,8 (12,8)	0	56 (1,6)	37,1 (1,1)	45,7 (10,3)		
F13 Sedativa/ Hypnotika	*	0,9 (3,5)	0	0 (0)	3,8 (0,3)	3,8 (1,7)		
F14 Kokain	*	0,6 (0,6)	0	3,4 (0,3)	0,5 (0,1)	1,4 (1,3)		
F15 Stimulanzien	1,3 (0,6)	6,2 (3,1)	0	18,2 (0,8)	21,6 (1,4)	15,0 (4,8)		
F16 Halluzinogene	*	*	0	0 (0)	4,9 (6,7)	2,3 (15,2)		
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*	0	0 (0)	0,7 (3,6)	0,2 (3,6)		
F19 And. Psychotr. Subst./ Polytoxikomanie	0,7 (0,5)	4,3 (3,0)	0	9,1 (0,3)	26,4 (0,8)	28,9 (4,4)		

(Künzel et al., 2022a, 2022b T3.02 ; Destatis, 2022b)

*Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = < 30) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten sind Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendliche (15 bis 17 Jahre)⁹. Aufgrund ihres physischen und psychischen Entwicklungsstandes sind sie, in Anbetracht der gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums, eine besonders vulnerable Gruppe. Behandlungsdaten der DSHS zeigen, dass – sowohl im Setting der ambulanten als auch stationären Behandlung – Kinder und Jugendliche am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden behandelt wurden. Laut den Daten der DSHS sind es 75,8 % in der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren, laut Destatis sind es 45,7 % aller Behandlungsfälle in der entsprechenden Altersgruppe. Im stationären Behandlungssetting wurden im Rahmen der DSHS keine Behandlungsfälle von Kindern unter 14 Jahren verzeichnet.

Die in der Tabelle in Klammern abgebildeten Zahlen geben Auskunft über den Anteil der entsprechenden behandelten Altersgruppe an allen erfassten Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass 14,2 % aller ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose F12 (Cannabinoiden) noch nicht volljährig waren. Laut Krankenhausdiagnosestatistik waren es 11,4 %. Bei der Hauptdiagnose der Halluzinogene lag der Anteil an Kindern und Jugendlichen bei 21,9 %.

⁹ Die Definition von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist – je nach Studie – unterschiedlich. Die hier dargestellten Altersgruppen wurden aufgrund ihrer Verfügbarkeit im DSHS Datensatz ausgewählt.

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2022 (Künzel et al., 2022a & b)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation (DRV, 2022c)
- Grunddaten der Krankenhäuser 2020 (Destatis, 2022a)
- Tiefgegliederte Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Destatis, 2022b)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“ (Neumeier et al., 2022).

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

Beratungs- und/ oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen

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

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

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Neben Kontakt- und Gesprächsangeboten offerieren sie weitere Hilfen, wie z. B. medizinische und hygienische Grundversorgung, aufsuchende Straßensozialarbeit, Infektionsprophylaxe oder Rechtsberatung. In einigen großen Städten gibt es auch Konsumräume. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige öffentliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ (Neumeier et al., 2021) zu finden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen von Diagnostik und Behandlung eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Sie sollen die Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motivieren und an Beratungsstellen vermitteln. Bundesweit arbeiten ca. 163.800 niedergelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte (ambulant), die ggf. erste Ansprechpersonen für suchtkranke Patientinnen und Patienten sind (BÄK, 2022). Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird

die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.6 bis 1.4.11.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVA) kooperieren regional mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Externe Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beraten und vermitteln ggf. in Therapie nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafverfolgung bei Aufnahme einer Therapie). In allen Gefängnissen ist eine Substitutionsbehandlung möglich (siehe auch Kapitel 1.2.1).

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

Psychiatrische Institutsambulanzen

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

Sozialpsychiatrische Dienste

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

Ambulante medizinische Rehabilitation

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

Ambulant betreutes Wohnen

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

Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen

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

1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern.

Sucht-Selbsthilfe

Ebenfalls für die Versorgung von Suchtkranken bedeutend ist die Sucht-Selbsthilfe, deren Angebote die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Art und Weise ergänzen. Das Angebot beruht auf einem freiwilligen Zusammenschluss. Charakteristisch für das Selbsthilfeprinzip ist der regelmäßige und selbstbestimmte Austausch der Teilnehmenden mit dem Ziel, die individuelle Lebensqualität zu verbessern. In der Regel nehmen sowohl direkt Betroffene als auch Angehörige teil. Gesetzliche Grundlage ist der § 20h des SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund fördern und unterstützen seit vielen Jahren die Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.

1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote

Entgiftung

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

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

Ein „Qualifizierter Entzug“ ergänzt die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen und bereitet oftmals weitergehende rehabilitative Maßnahmen vor. Qualifizierte Entzüge finden in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die psychophysischen Besonderheiten des Entzugs der jeweiligen

Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern und Kommunen sowie den Krankenhausträgern.

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

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

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

Angebote der Nachsorge

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

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

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

Therapeutische Gemeinschaften im ursprünglichen Sinn gibt es in Deutschland nur noch in sehr geringer Anzahl. Dennoch arbeiten zahlreiche Fachkliniken der medizinischen Suchtrehabilitation auch mit den Prinzipien der TGs. Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die das Prinzip der TGs in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 25 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen.

Behandlung im Strafvollzug

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere

Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Straftäterinnen und Straftäter bzw. der Behandlung der für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie. Weitere Informationen zu diesem Thema sind dem Workbook Gefängnis zu entnehmen (Schneider et al., 2022).

Tabelle 11 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen

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

(Expertenschätzung, Bartsch et al., 2018)

Psychiatrische Kliniken

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

Adaptionseinrichtungen

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

Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern. Eine ausführliche Beschreibung von Inhalten und Zielen der Adaptionsbehandlung findet sich in einer Publikation des bus. (2016).

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

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

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

Hierbei handelt es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII §§ 53ff. oder 67ff. sowie des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) § 35a (DHS, 2019).

1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen

Migrantinnen und Migranten / Geflüchtete

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

Das Projekt „LOGIN“ (Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland), welches vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg durchgeführt und vom BMG gefördert wird, hatte das Ziel, die Verbreitung des Substanzkonsums unter Geflüchteten sowie die Inanspruchnahme der Suchthilfe durch substanzkonsumierende Geflüchtete zu ermitteln. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde das Projekt bis Ende 2021 verlängert und mit Veröffentlichung der Ergebnisse am 10.03.2022 abgeschlossen.

Um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurden im Rahmen des Projektes 1.116 Geflüchtete in vier Bundesländern (NRW, Bayern, Sachsen, Niedersachsen) per Tablet in ihrer Herkunftssprache und mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern befragt. Die Hauptherkunftsländer waren Syrien, Irak, Afghanistan und Nigeria. Die Verteilung der Geschlechter war wie folgt: 56,5 % Männer und 43,5 % Frauen.

Die Ergebnisse des „LOGIN“ Projektes ergaben, dass die Lebenszeitprävalenz bei den befragten Geflüchteten für den Konsum irgendeiner illegalen Droge mit 7,4 % (n= 83) deutlich geringer war als die Lebenszeitprävalenz der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (29,5 %). Bevorzugt konsumierten die Geflüchteten nach ihrer Ankunft in Deutschland gelegentlich Cannabis und Kokain. Dies diente zumeist dem Stressabbau, um abzuschalten oder um Langeweile zu kompensieren. Kamen verschiedene Stressoren wie belastende Fluchterlebnisse, Familienangehörige in der Heimat, ein schlechter psychischer Gesundheitszustand, das Fehlen einer Arbeit und ein unsicherer Asylstatus zusammen, so war der Anteil der Geflüchteten, die Drogen konsumierten signifikant erhöht.

Die Studie ergab weiterhin, dass nur wenige Geflüchtete in Deutschland Gebrauch von den Angeboten der Suchthilfe machten, was daran lag, dass sie nicht wussten, an wen sie sich wenden können (Zurhold und Kuhn, 2022).

Das Verbundprojekt „PREPARE“ (Prevention and Treatment of Substance Use Disorders in Refugees) widmet sich der Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei geflüchteten Menschen. Die vier Teilprojekte werden u. a. von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Universität Emden/Leer und dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg begleitet. Ziele des Verbundprojektes sind u. a.

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

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

Bei einem ersten Teilprojekt des PREPARE-Forschungsverbundes wurde der Substanzkonsum geflüchteter Menschen in der Stadt München und den umliegenden Landkreisen Erding, Dachau, Starnberg und Freising untersucht. Dafür wurden Informationen von Schlüsselpersonen in semi-strukturierten Interviews, strukturierten Befragungen und durch eine Diskussion innerhalb einer Fokusgruppe gewonnen. Der Konsum, vor allem von Alkohol, Cannabis und Neuen psychoaktiven Substanzen (dies ist eine Besonderheit am Standort München) scheinen meist unter jungen, geflüchteten Männern vorzukommen. Einflussfaktoren waren hierbei die Unterbringung in Sammelunterkünften, der Asylprozess, mangelnde Konsumkompetenz und der Stressor, ohne der Familie in Deutschland zu leben. Ein wichtiges Konsummotiv war die Selbstmedikation und Selbstregulation in psychischen Belastungssituationen (Hertner et al., 2022).

2022 ergab sich durch den Krieg in der Ukraine eine neue, dynamische Situation. Bis zum 09. September 2022 nahm die Bundesrepublik 1.008.635 Geflüchtete auf, die sich anschließend

im deutschen Ausländerzentralregister erfassen ließen. Die genaue Anzahl dürfte höher liegen, da Menschen aus der Ukraine ohne Visum in die Europäische Union und somit auch nach Deutschland einreisen können.¹⁰ Damit ergab sich auch die Notwendigkeit einer Versorgung von substanzabhängigen oder substituierten ukrainischen Geflüchteten. Viele Akteurinnen und Akteure in der Suchthilfe reagierten mit viel Engagement und schnell angestoßenen Projekten auf die Situation. Die DHS ließ beispielsweise Broschüren ins Ukrainische übersetzen und die Aidshilfe plant eine Auflistung aller Beratungsstellen, die Angebote in ukrainischer Sprache vorhalten. Mehr Informationen dazu finden sich im Kapitel 3.1

Das bundesweite Suchthilfeverzeichnis¹¹ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)¹² bietet Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. stationäre Therapieangebote nach Sprache in der beraten werden soll zu filtern.

Ältere Drogenabhängige (40+)

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser zeigen, dass der Anteil der älteren Opioidabhängigen hoch ist. 50,0 % der insgesamt 25.720 in Krankenhäusern behandelten Opioidabhängigen waren älter als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 18,4 % der behandelten Opioidabhängigen die größte Altersgruppe. Es folgen die jeweils nächst höheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 12,6 %, 9,1 % und 4,8 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 5,1 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2022b). Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) und des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen zeigen zudem, dass das Durchschnittsalter der Drogentoten in der Vergangenheit gestiegen ist: Während es im Jahr 1982 noch 26 Jahre betrug, lag es 2021¹³ bei 40,81 Jahren (BKA, 2018; Bundeskriminalamt Wiesbaden und Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2022).

Einrichtungen, wie beispielsweise Condrops¹⁴ bieten niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Unterstützung für drogenabhängige ältere Menschen an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung für betreutes Wohnen und ein Arbeitsprojekt mit ein.

¹⁰ Mediendienst Integration, [online] <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyll/ukrainische-fluechtlinge.html> [Letzter Zugriff: 15.09.2022].

¹¹ Suchthilfeverzeichnis [Online] <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff: 12.05.2022].

¹² Einrichtungsverzeichnis des bus. [Online] https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff: 12.05.2022].

¹³ Belastbare Zahlen zu Rauschgiftsicherstellungsfällen, Gesamtsicherungsmengen einzelner Rauschgiftarten und beschlagnahmten Cannabis-Plantagen können nicht ausgewiesen werden. Ferner sind in Bezug auf rauschgiftbezogene Todesfälle keine über die Anzahl der Rauschgifttoten und die Todesursachen hinausgehenden Angaben, wie z. B. zur Altersstruktur und zum Geschlecht, möglich. Weitere Informationen zur Problematik der Drogentodesfälle sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ (Neumeier et al., 2020, Abschnitt 1.1) zu finden.

¹⁴ Condrops e.V. [online] <https://www.condrops.de/hilfe/sucht/aeltere/> [Letzter Zugriff: 12.05.2022].

Auch die Drogenhilfe Schwaben bietet mit ihrem Beratungsangebot „Lebenswelt 40+“ ein spezielles, aufsuchendes Beratungsprogramm an. Dessen Ziel ist es, auch die Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten ab 40 Jahren zu erreichen und deren Lebenssituation und die Teilhabe am Leben zu verbessern, wenn ein Besuch in der Beratungsstelle nicht mehr wahrgenommen werden kann. Des Weiteren richtet sich das Programm auch an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten und Krankenhäusern.¹⁵

Darüber hinaus bieten stationäre Einrichtungen wie z. B. die salus Klinik in Hürth mit ihrem Angebot „55+ Programm für LEBENSERFAHRENE Alkohol- und Drogenpatienten“¹⁶ spezielle Behandlungsprogramme für ältere Drogenabhängige an.

Über das Suchthilfeverzeichnis der DHS sowie die Einrichtungsdatenbank des bus. können weitere Angebote identifiziert werden, die sich gezielt und ausschließlich an ältere Menschen richten.

Kokainkonsumierende

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

Das Projekt bestand aus vier Modulen: einer Onlinebefragung kokainkonsumierender Personen mit einem standardisierten Fragebogen, der Datenanalyse zu Personen in einer Beratung im 10 Jahres Verlauf, Interviews mit Spezialistinnen und Spezialisten aus dem Suchthilfesystem zu Merkmalen von kokainkonsumierenden Klientinnen und Klienten und ein Onlineworkshop mit Fachkräften, um adäquate Maßnahmen der selektiven Prävention zu erarbeiten.

Im Rahmen der Befragung kokainkonsumierender Personen konnten zwei verschiedene Gruppen ausgemacht werden: einmal eine Gruppe mit einem moderaten Konsum, wobei das Konsummotiv hedonistischer Natur war. Des Weiteren gab es eine Gruppe, die eine hohe Konsumfrequenz angab, dies betraf 19 % aller befragten Konsumierenden. Aufgrund der

¹⁵ Drogenhilfe Schwaben [online] <https://www.drogenhilfeschwaben.de/angebote/erwachsene/lebenswelt-40/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

¹⁶ Flyer des Angebotes [online] https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Kliniken/Huerth/Dokumente/Flyer/Sucht/Flyer_55__01.pdf [Letzter Zugriff: 15.09.2022].

standardisierten Befragung mittels des Severity of Dependence Scale (SDS) konnte ermittelt werden, dass knapp ein Drittel der erreichten Konsumierenden ein riskantes oder abhängiges Konsummuster zeigten.

Durch die Interviews mit Expertinnen und Experten konnte herausgearbeitet werden, dass vor allem kokainabhängige Männer im Alter zwischen 30 und 40 Jahren Eingang in das Suchthilfesystem gefunden haben. Sie konsumieren Kokain bevorzugt zur Leistungssteigerung und/oder aus hedonistischen Gründen. Außerdem wurde ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Kokain und Glücksspiel sowie von einem sexbezogenen Kokainkonsum berichtet (Zurhold et al., 2022).

Durch die Interviews und den Workshop konnte erarbeitet werden, dass eine Flexibilisierung sowie der Ausbau digitaler Angebote von Nöten sind. Darüber hinaus sollte an der öffentlichen Darstellung der Suchtberatung gearbeitet werden (UKE Hamburg et al., 2022).

Genderspezifische Angebote

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

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

- LAGAYA¹⁷ ist eine psychosoziale Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle für Frauen und Mädchen sowie deren Angehörige und Bezugspersonen in Stuttgart. Neben Einzel- und Gruppenberatung werden Aufsuchende Beratung und Betreuung, Online-Suchtberatung per E-Mail sowie psychosoziale Betreuung, Beratung und Behandlung von Substituierten angeboten.
- extra e.V.¹⁸ ist eine zentrale Anlaufstelle für Frauen, Mädchen, Mütter und Schwangere mit stoffgebundenen Süchten. Der Verein betreibt eine überregional tätige Beratungsstelle für suchterkrankte Frauen und deren Angehörige in München sowie seit 2011 ein stationäres Clearing für suchterkrankte Schwangere und Mütter. Ziel ist es dabei, die Zukunft der Familie gemeinsam zu gestalten. Extra Ambulant ist die seit 1996 agierende ambulante Suchtberatungsstelle. Dort finden Einzel- und Gruppenangebote, Krisenintervention, Beratung, Begleitung und Vermittlung sowie Freizeitangebote für Frauen und Mütter statt. Während der Öffnungszeiten können Kinder betreut werden, so dass eine Beratung der Frauen in ungestörtem, sicherem Setting möglich ist.

¹⁷ LAGAYA – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.[online] <https://www.lagaya.de/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

¹⁸ Extra e.V. - Suchtberatung für Frauen* [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

- Bella Donna Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.¹⁹ bietet suchtmittelabhängigen Frauen in Essen eine Vielzahl an Beratungs- und Behandlungsangeboten. Neben psychosozialer Betreuung, Beratung und Vermittlung in Substitutionstherapie, Begleitung während der Schwangerschaft und Freizeitgestaltung werden z. B. auch Frauen und Mädchen beraten, deren Angehörige suchterkrankt sind.
- Boys' ResorT²⁰ ist ein Gruppenangebot der Drogenberatung Hannover, das sich ausschließlich an männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit einem gefährlichen Konsum von Drogen, Glücksspiel, Medien oder Ähnlichem richtet.

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

- Die Schwulenberatung Berlin²¹ bietet eine offene queere Suchtgruppe an, in der sich Menschen ohne vorherige Anmeldung zum Thema Substanzgebrauch und -abhängigkeit austauschen können. Darüber hinaus informieren sie über relevante Themen wie beispielsweise Chemsex. Ein kostenfreier, anonymer Online-Leitfaden, der Betroffenen helfen soll ihre Konsumgewohnheiten zu verändern, kann über die Webseite bezogen werden. Des Weiteren bietet die Beratungsstelle mehrere Selbsthilfegruppen für substanzabhängige Männer und u. a. auch eine Therapeutische Wohngemeinschaft für schwule Männer mit Suchtproblemen an.
- SHALK²² NRW ist ein seit 1994 bestehendes Selbsthilfenetzwerk für homo- und bisexuelle Menschen mit einer Suchterkrankung, das zurzeit in neun Städten in NRW etabliert ist.
- „quapsss“ (Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe für MSM, die psychoaktive Substanzen im sexuellen Setting konsumieren) ist ein Angebot der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit örtlichen Organisationen und therapeutischen Fachkräften, das sich an Männer richtet, die Chemsex praktizieren. Selbsthilfegruppen in verschiedenen Städten wurden mit unterschiedlichen konzeptionellen und theoretischen Bezügen initiiert, um die physischen und psychischen Probleme, die bei der Einnahme von psychotropen Substanzen im sexuellen Kontext entstehen, durch Beratung und Therapie zu bearbeiten.

Des Weiteren bietet die Beratungsstelle 4be TransSuchthilfe²³ in Hamburg, die ihre Angebote speziell und in erster Linie nach trans, nicht binäre und genderdiverse Menschen ausrichten, Beratung und Unterstützung in Suchtfragen sowie die Vermittlung in weiterführende Hilfen an. Dabei wird die Klientel durch erfahrene Peers und Psychotherapeutinnen und -therapeuten

¹⁹ BellaDonna e.V. [online] <https://www.belladonna-essen.de/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

²⁰ Drogenberatung Hannover [online] <https://step-niedersachsen.de/einrichtungen/drobs-hannover/beratung> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

²¹ Schwulenberatung Berlin [online] <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

²² SHALK NRW [online] <https://www.shalk.de/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

²³ 4Be TransSuchthilfe, [online] <https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

betreut. Bei Bedarf organisiert die Beratungsstelle zudem Gruppen-, Multiplikatorinnen-/Multiplikatoren- und Schulveranstaltungen sowie Fortbildungen zum Thema.

Auch stationäre Einrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften haben genderspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt. So bietet z. B. die Bernhard-Salzman-Klinik in Gütersloh²⁴ ein Konzept für die Behandlung abhängiger Frauen. Auch der Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“²⁵ in Berlin oder Condrops in München halten spezifische Angebote für Frauen in verschiedenen Lebenslagen vor, z. B. Kontaktläden, Suchtberatungsstellen, soziotherapeutische WGs, Clean-WGs oder WGs der Nachsorge. Angebote für suchtkranke Frauen mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung und für Frauen, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, ergänzen die Palette. Hier können Frauen mit ähnlichen Lebenserfahrungen in einem Freiraum ohne Gewalt und Suchtmittel zusammenleben und neue Problemlösungsstrategien ausprobieren.

Des Weiteren bietet die LWL Koordinierungsstelle Sucht Interessierten auf ihrer Internetseite eine umfangreiche Zusammenfassung praxisrelevanter Literatur zum Thema männerspezifische Suchtarbeit²⁶. Darüber hinaus liefert sie eine Liste mit männerspezifischen Suchthilfeangeboten.

Weitere zielgruppenspezifische Angebote, die sich ausschließlich an Männer oder ausschließlich an Frauen richten, können ebenfalls über das Suchthilfeverzeichnis der DHS sowie das Einrichtungsverzeichnis des bus. abgefragt werden²⁷.

Drogenabhängige Schwangere und Eltern

Eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München weist darauf hin, dass repräsentative Daten zum Thema Substanzgebrauch in der Schwangerschaft in Deutschland fehlen, jedoch dringend notwendig sind, um festzustellen wie hoch der Behandlungsbedarf ist und um Lücken zu schließen (Hoch et al., 2019). Es gibt jedoch einige stationäre Angebote und Kliniken, die spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitstellen. Die Rehaklinik Lindenhof²⁸ in Schallstadt-Wolfenweiler z. B. bietet eine Mutter-Kind-Suchttherapie an, welche es den betroffenen Frauen erlaubt bis zu zwei Begleitkinder im Alter von null bis Ende des Grundschulalters mitzubringen. Darüber hinaus werden auch Schwangere, insbesondere unter Substitution, aufgenommen. Ebenso bietet extra e. V. aus München ein stationäres Clearing für suchtkranke (werdende) Mütter mit Kindern im Alter bis zu 6 Jahren an. Die Mütter bekommen vollstationär Unterstützung dabei, eine gute Bindung

²⁴ Bernhard Salzman Klinik [online] https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Letzter Zugriff 19.05.2022].

²⁵ »Die Zwiebel« [online] <https://www.prowoberlin.de/Angebot3/die-zwiebel-therapeutischer-wohnverbund-fuer-abh%C3%A4ngigkeitserkrankte-frauen.html> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

²⁶ Mann und Sucht [online] <https://www.lwl-ks.de/de/Mann-und-Sucht/> [Letzter Zugriff 22.09.2022].

²⁷ Generell sollte beachtet werden, dass nicht in jedem Angebot, das sich ausschließlich an Männer oder Frauen richtet, auch entsprechende genderspezifische Behandlungs- oder Beratungsmethoden zur Anwendung kommen.

²⁸ Rehaklinik Lindenhof [online] <https://www.rehaklinik-lindenhof.de/> [Letzter Zugriff 29.07.2022].

zu ihrem Kind aufzubauen und abstinent oder mit beigebrauchsfreier Substitution ihr Familienleben aktiv wieder selbst zu gestalten.²⁹

Bis 2022 wurde die Intervention „SHIFT+“, ein Suchthilfe Familientraining für drogenabhängige Eltern des Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), weiterentwickelt und evaluiert. Das Projekt baut auf das Programm „SHIFT“ auf, welches im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts „Crystal Meth & Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ konzipiert und umfangreich evaluiert wurde. Bei „SHIFT+“ werden im Rahmen von zehn 90-minütigen, modularisierten Interventionseinheiten die Förderung von positivem Erziehungsverhalten, die Stabilisierung der elterlichen Abstinenz sowie die Stärkung familiärer Resilienzen thematisiert. Da sich „SHIFT“ als in der Praxis wirksames Projekt gezeigt hat, wurde im Rahmen der Weiterentwicklung „SHIFT+“ auch für den Konsum anderer Suchtmittel wie Opiate, Cannabis und Stimulanzien sowie den multiplen Substanzkonsum erweitert. Durch die Ergänzung von zwei Modulen für Angehörige und Kinder wurde zudem der Bereich der Familienresilienz vertieft. Die Umsetzung von „SHIFT+“ erfolgte in Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe an bundesweit zehn Standorten. In den zehn Sitzungen sollen bewährte sucht- und verhaltenstherapeutische Techniken und Programme vermittelt werden. Die Evaluation zeigte, dass direkt nach dem Ende des Programmes weniger depressive Symptome und ein verbesserter Umgang mit dem Thema Sucht innerhalb der Familie nachgewiesen werden konnte. „SHIFT+“ ist somit eine wirksame und praktikable Interventionsmöglichkeit, um Familien, die durch Suchterkrankungen belastet sind, systematisch zu stärken.³⁰

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher³¹ gibt es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

Es gibt jedoch in vielen Städten und Gemeinden ambulante jugend- und suchtspezifische Einrichtungen. Sie werden meist von jungen Cannabiskonsumierenden in Anspruch genommen, die wegen des Konsums anderer psychotroper Substanzen aufgefallen sind. Oftmals bieten diese Einrichtungen evaluierte Programme an, die am Übergang von Prävention zu Behandlung angesiedelt sind, wie z. B. „FreD – Frühintervention bei

²⁹ extra e.V. [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

³⁰ Shift und Shift plus [online] <https://katho-nrw.de/forschung-und-transfer/forschungsprojekte/abgeschlossen/shift-plus/shift-und-shift-plus-elterntraining> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

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

erstauffälligem Drogenkonsum“³² und das Programm „Realize it“³³ für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der DHS bundesweit 19 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten (Stand Mai 2022, DHS, 2022).

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

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigt, dass der Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den vergangenen Jahren zugenommen hat (BZgA, 2020). Das Bundesgesundheitsministerium fördert daher das Projekt „FriDA“ (Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz), welches zum Ziel hat, den Zugang von minderjährigen Cannabiskonsumierenden in die ambulante Suchthilfe zu verbessern. Bis März 2023 soll das FriDA-Beratungskonzept in zwölf Einrichtungen eingesetzt und evaluiert werden.³⁴

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

Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSK) im Juni 2021 werden insbesondere die Rechte von Kindern suchtkranker Eltern gestärkt. Diese haben fortan die Möglichkeit, auch ohne Zustimmung der Eltern oder des Jugendamtes sich direkt an eine geeignete Beratungsstelle zu wenden. Auch eine engere Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Jugendämtern wird durch das Gesetz ermöglicht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Im Mai 2022 forderten zehn Organisationen und Verbände (darunter auch die DHS), dass ein Monitoring der „KipKe-Empfehlungen“ (Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern) in regelmäßigen Abständen erstellt und den Fachausschüssen sowie den politischen Entscheidern vorgelegt wird. Dies soll dem Zweck dienen, dass die 19 Empfehlungen der Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Situation dieser Familien auch auf allen Ebenen implementiert werden.

³² FreD [online] <https://www.lwl-fred.de/de/> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

³³ Realize-it, [online] <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

³⁴ FriDA [online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/drogenbeauftragte-ludwig-unterstuetzt-jugend-fruehinterventionsprojekt-frida/> [Letzter Zugriff 22.09.2022].

Menschen mit einer geistigen Behinderung

Das Modellprojekt „TANDEM – *Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe*“³⁵ der LWL-Koordinationsstelle Sucht soll die nachhaltige Entwicklung von Vernetzungsstrukturen zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe fördern. Ziel ist es, geeignete Suchthilfeangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu entwickeln. Das Modellprojekt läuft von September 2018 bis Ende Februar 2022, sechs Einrichtungen bzw. drei Tandems aus Behinderten- und Suchthilfe nehmen teil. Ein Anschlussprojekt „TANDEM Transfer“ mit einer Laufzeit bis Ende Februar 2023 wird momentan durchgeführt. Dabei sollen die Vernetzung der Sucht- und Behindertenhilfe verstärkt und ein Schulungsprogramm für Fachkräfte aus beiden Hilfesystemen initiiert werden.³⁶

„Aktion:beratung“³⁷ (Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum) ist ein vom BMG gefördertes Projekt, welches in Kooperation von EVIM - Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH, der Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik und der Hochschule Fulda - Fachbereich Sozialwesen umgesetzt wird. Am Modellstandort Wiesbaden werden im Rahmen dieses Projektes unterschiedliche Ziele verfolgt: Ausgehend von Modellen zur Beratung suchtmittel-konsumierender Menschen soll ein Beratungskonzept für den Personenkreis mit geistiger Behinderung erarbeitet werden. Die erworbenen Erkenntnisse, Medien, Methoden und Informationsmaterial, u. a. in leichter Sprache, werden auch weiterhin nach Abschluss des Projektes im August 2021 in einer Datenbank zur Verfügung gestellt. Die teilnehmenden Fachkräfte betonten, dass gerade dieses „Handwerkszeug“ für die alltägliche Arbeit mit der Zielgruppe hilfreich ist. Das Projekt setzt auf die konsequente Beteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung bei der Umsetzung des Projektes.

Des Weiteren bietet der LWL ein Online-Einrichtungsverzeichnis an, in dessen Datenbank suchtspezifische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus sechs deutschen Bundesländern erfasst sind³⁸.

1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige

Das wohl bekannteste und älteste Projekt ist „drugcom.de“³⁹, eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Das Internetportal bietet Interessierten und

³⁵ LWL-Koordinationsstelle Sucht [online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/projektrueckschau/tandem/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

³⁶ TANDEM Transfer [online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem-transfer/> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

³⁷ Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Suchthilfezentrum Wiesbaden, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V./EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Kurzbericht/kurzbericht_geistige_behinderung_problematischer_substanzkonsum_bf.pdf [Letzter Zugriff 19.05.2022].

³⁸ Tandem-Hilfe-Finder [online] <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/tandem-datenbank/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

³⁹ Drugcom [online] <https://www.drugcom.de/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

Ratsuchenden die Möglichkeit, sich über legale und illegale Drogen umfassend zu informieren, sich auszutauschen oder professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Ziel des Angebots ist es, die Kommunikation über Drogen und Sucht anzuregen und eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu fördern. Den Besucherinnen und Besuchern der Website stehen auf drugcom.de Online-Beratungsoptionen über Chat oder E-Mail zur Verfügung. Auch aktuelle News zu allen Arten von Betäubungsmitteln werden abgebildet. Darüber hinaus können Suchtberatungsstellen in der Nähe gefunden werden.

Neben der Chatberatung verfügt drugcom.de über spezifische evaluierte Behandlungsprogramme wie z. B. „Quit the shit“⁴⁰, bei dem ein Online-Konsumtagebuch das Kernelement bildet und durch anonyme Online-Beratungsservices ergänzt wird.

Ähnlich aufgebaut, jedoch ohne feste Laufzeit, ist das Online-Suchtberatungsprojekt „KOiNTER“⁴¹, ein Angebot des jhj Hamburg e. V. Seit dem 01.12.2009 bietet „KOiNTER“ die erste virtuelle Beratung Hamburgs im Suchtbereich an. „KOiNTER“ bietet aktuell einen Chat, ein begleitetes Konsumtagebuch, Einzelberatung sowie Check-ups für Betroffene und Angehörige/Freundinnen und Freunde als Online-Angebote an. Alle Beratungsangebote sind kostenlos, streng vertraulich und können auf Wunsch anonym erfolgen.

Ein auf Methamphetamine spezialisiertes Angebot ist das Webportal „Breaking Meth“⁴². Es wird vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg betrieben und richtet sich an derzeit konsumierende und ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten von Methamphetamine. Breaking Meth bietet den Nutzenden die Möglichkeit, sich anonym zu konsumbezogenen Themen auszutauschen. Schwerpunkte sind beispielsweise Safer Use und Konsumreflexionen. Aufgrund der Betreuung durch Fachpersonal besteht zudem die Möglichkeit einer besonders niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeit zum Hilfesystem. Des Weiteren soll abstinenten Konsumentinnen und Konsumenten, die möglicherweise nicht die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen können oder wollen, eine Möglichkeit zum Austausch über das „clean sein“ und „clean bleiben“ gegeben werden.

„SoberGuides“⁴³ ist ein digitales Sucht-Selbsthilfe Projekt der Guttempler in Deutschland. Es bietet Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, mit speziell geschulten, ehrenamtlichen, cleanen Süchtigen, sogenannten „Sober Guides“, Kontakt aufzunehmen, welche sie dann bis zu drei Monate intensiv begleiten. Der Kontakt ist kostenlos und erfolgt auf Wunsch anonym telefonisch, per E-Mail oder auch durch Ortstermine. Betroffene können über die Webseite des Projektes die Profile der „Sober Guides“ einsehen und in Abhängigkeit von Suchtmittel und angegebenen Sprechzeiten individuell entscheiden, welchen Guide sie kontaktieren wollen.

⁴⁰ Quit the Shit [online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

⁴¹ Kointer [online] <https://kointer.de/kointer/index.php> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

⁴² Breaking Meth, [online] <https://www.breaking-meth.de/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

⁴³ SoberGuides [online] <https://www.soberguides.de/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

Das Bundesmodellprojekt „Digitale Lotsen“⁴⁴ richtete sich im Rahmen von bundesweit stattfindenden Fortbildungen an Fachkräfte aus der Suchthilfe. Sie sollten befähigt werden, eine auf wissenschaftlichen Grundlagen begründete Haltung zu dem Thema Digitalisierung im Arbeitsfeld der Suchthilfe zu entwickeln und als „Digitale Lotsen“ daraus Handlungsansätze für die Praxis abzuleiten. Ziel war es gerade jüngere Zielgruppen in der digitalen Lebenswelt zu erreichen oder Menschen in ländlichen Gebieten, um ihnen die Angebote der Suchthilfe einfacher zugänglich zu machen. Das Projekt wurde an drei Standorten erprobt und evaluiert. Aufgrund der Corona Pandemie musste der Projektablauf kontinuierlich angepasst werden. Nach Abschluss im August 2021 konnte festgestellt werden, dass sich die „Digitalen Lotsen“ durch die Programmteilnahme für den Transformationsprozess der Digitalisierung ihrer Suchthilfe-Arbeit gut vorbereitet gefühlt haben und somit ein Qualifizierungsprogramm entwickelt wurde, dass den digitalen Wandel in der Suchthilfe erfolgreich in die Einrichtungen tragen kann.

In dem Projekt „Digi-Sucht“⁴⁵ (Digitale Suchtberatung) wird ein Konzept zur Umsetzung einer bundesweiten, trägerübergreifenden, digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchthilfe entwickelt. Das Projekt wird von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin in Zusammenarbeit mit den Landesstellen durchgeführt und vom BMG gefördert (Tossmann und Leuschner, 2021). Ab Oktober 2022 werden erste Testdurchläufe mit einigen Beratungsstellen im Probetrieb durchgeführt, während das Portal ab 2023 allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zur digitalen Suchtberatung ermöglichen soll. Dabei sollen Onlineberatungen mit Vor-Ort-Gesprächen in Suchtberatungsstellen und weiteren Tools, wie z. B. Konsumtagebüchern, verknüpft werden (Hardeling, 2022).

Des Weiteren soll es durch „Digi-Sucht“ möglich gemacht werden, dass gerade kleine Träger im ländlichen Raum datenschutzkonform, qualitätsgestützt und vernetzt mit den Dokumentationssystemen Beratungen auch online anbieten können. Damit wird zusätzlich dem Wunsch Rechnung getragen, durch die Digitalisierung auch diejenigen Suchtberatungsstellen mitzunehmen, denen es aufgrund personeller oder mangelnder finanzieller Mittel nicht möglich ist, eigene innovative Ideen umzusetzen (Raiser, 2022).

Zusätzlich bietet diese Plattformlösung für die hilfeschuchenden Klientinnen und Klienten die Sicherheit, eine einheitliche und qualitätsgesicherte Beratung online nutzen zu können. Somit entfällt langwieriges Vergleichen vieler verschiedener Beratungsmöglichkeiten.

Eine Herausforderung ist es, dass schon eigene entwickelte digitale Lösungen in den Verbänden und Vereinen eventuell zugunsten der einen großen Plattform wieder aufgegeben, parallel genutzt oder integriert werden müssen. (Raiser, 2022)

⁴⁴ Digitale Lotsen [online]
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Digitale_Lotsen_bf.pdf [Letzter Zugriff 24.05.2022].

⁴⁵ delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung [online]
<https://delphi.de/entwickeln/konzeption-digitale-suchtberatung/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

Mit der endgültigen Aufnahme des Betriebes der Plattform wird ein großer Schritt hin zur sozialraumorientierten digitalen Beratungsmöglichkeit getan. (Hardeling, 2022)

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

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

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Die „planmäßige Beendigung“ einer Behandlung stellt ein greifbares Kriterium für die Erfolgsbewertung dar. Dabei wird unterschieden zwischen

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

Hinsichtlich dieser „planmäßigen Beendigung“ als Erfolgsindikator zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden 61,7 %⁴⁶ (Künzel et al. 2021a, T6.04) der Behandelten die Intervention planmäßig gegenüber 69,7 % (Künzel et al., 2021b, T6.04) im stationären Bereich. In der ambulanten Behandlung finden sich die höchsten Anteile an planmäßigen Beendigungen bei Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnose Halluzinogene (71,9 %), und Sedativa/Hypnotika (69,8 %), in der stationären Behandlung sind es Halluzinogene (8,0 %) und Stimulanzien (70,9 %). Unplanmäßig⁴⁷ wird eine Behandlung im ambulanten Behandlungsbereich am häufigsten in der Diagnosegruppe Flüchtige Lösungsmittel (56,3 %) und im stationären Bereich in der Hauptdiagnose Opiode (37,1 %) beendet (Künzel et al., 2021a & b).

Anfang 2021 veröffentlichte der Fachverband Sucht (FVS) die Katamnesedaten von fünf seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen (DGSS 1-4⁴⁸) (DG-Sucht, 2001; DG-

⁴⁶ Für diese Zahl wurde die Anzahl aller planmäßigen Beendigungen der Diagnosegruppen F11-16 & F18-19 mit der Anzahl aller Behandlungen der Diagnosegruppen ins Verhältnis gesetzt.

⁴⁷ Von einer unplanmäßigen Beendigung wird gesprochen, wenn die Behandlung vorzeitig auf Wunsch der Klientin/des Klienten oder disziplinarisch beendet wurde, sowie wenn ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung stattfand oder die Patientin/der Patient verstorben ist.

⁴⁸ Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantwortenden ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS4 bezieht alle

Sucht, 1985). Die aktuelle Erfolgsquote der einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2018 ist, im Vergleich zum Vorjahr, wieder gestiegen.

Die katamnestiche Erfolgsquote liegt bei 79,9 % (DGSS 1) (2017: 70,4 %; 2016: 67,7 %; 2015: 75,4 %; 2014: 74,4 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzersfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 20,1 % (DGSS 4) (2017: 17,2 %; 2016: 20,7 %; 2015: 23,3 %; 2014: 23,8 %). Durchschnittlich konsumierten rückfällige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 13,6 Wochen nach ihrer Entlassung wieder Suchtmittel. Mit Hilfe der Daten von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Katamnese einen Rückfall und den Rückfallzeitraum angegeben haben, konnte ermittelt werden, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit in den ersten drei Monaten nach Behandlungsende am höchsten ist (68,1 %) (Kemmann et al., 2021).

1.4.7 Integration und Teilhabe

Sowohl die soziale, gesellschaftliche als auch die berufliche Integration und Teilhabe sind in Deutschland die zentralen Anliegen der Suchtberatung und -behandlung. Akteure wie die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen arbeiten daher gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe, den Arbeitsagenturen und Jobcentern daran, die Standards für die soziale und berufliche Wiedereingliederung, üblicherweise im Anschluss an die medizinische Rehabilitation, zu optimieren und weiterzuentwickeln (Neumeier et al., 2021 – Workbook Drogenpolitik).

Hervorzuheben sind z. B. die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 14. November 2014“ der „Gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – BORA“ (2014). Diese Empfehlungen sollen dazu anregen, die Menschen noch gezielter entsprechend ihrer individuellen Teilhabebedarfe zu fördern. Zielsetzung ist es, zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Diese Zielsetzung wird als nahtstellenübergreifende Herausforderung angesehen. Wichtig ist hierbei, dass bei Bedarf eine frühzeitige Einbeziehung der Reha-Fachberatung und anderer beteiligter Institutionen stattfindet. Um den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern, gab die Deutsche Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur für Arbeit, den Deutschen Landkreistag und den Deutschen Städtetag, zudem am 1. Juni 2018 eine Empfehlung zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen heraus. Ziel dieser ist es, Verwaltungsabläufe vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation abhängiger Menschen zu optimieren (DRV, 2018).

Darüber hinaus wurde im Dezember 2016 das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (BTHG), kurz Bundesteilhabegesetz,

Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall (DG-Sucht 2001, DG-Sucht 1985). DGSS1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

erlassen. Es soll Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung (dies schließt einen Teil der Abhängigen ein) nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden (Bundesgesetzblatt, 2016). Zur Unterstützung dieses Gesetzes startete das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Mai 2018 zudem das Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“⁴⁹. In diesem erhalten Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen gezielt Fördermittel, welche sie Modellprojekten zur Erprobung von innovativen Ideen und Ansätzen zur Verfügung stellen können (BMAS, 2018). Zur Umsetzung stehen bis 2026 insgesamt Mittel in einer Höhe von ungefähr einer Milliarde Euro zur Verfügung.

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

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

1.4.8 Anbieter von Substitutionsbehandlung

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

- medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz⁵⁰,
- medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird⁵¹,

⁴⁹ Bundesprogramm rehapro, [online] https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html [Letzter Zugriff 14.09.2022].

⁵⁰ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig sind und mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵¹ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht selber tätig sind und mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

- Apothekerinnen und Apotheker oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal⁵²,
- medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus⁵³ und
- das in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzte und dafür ausgebildete Personal⁵⁴.

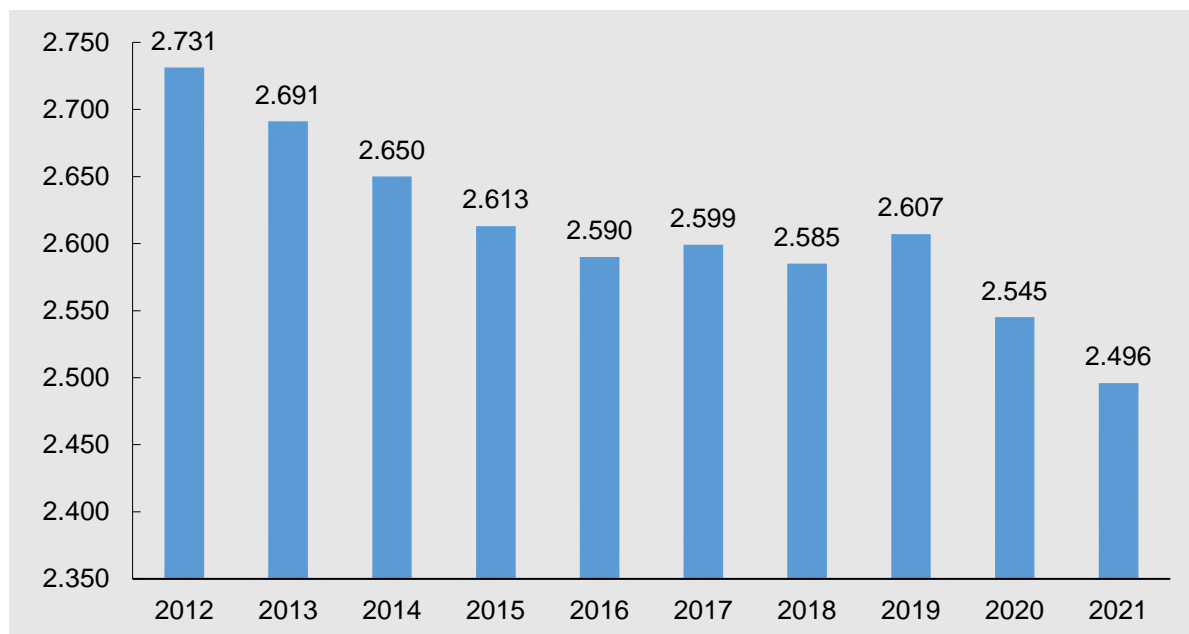
Dennoch bieten ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsform an, z. T. jedoch nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gestellt werden. Vor allem größere, auf die Substitution spezialisierte Praxen arbeiten in enger Kooperation mit Einrichtungen psychosozialer Betreuung (PSB), die zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. 2021 haben insgesamt 2.496 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte ist damit, im Vergleich zum Vorjahr (2020: 2545 Ärztinnen und Ärzte), erneut gesunken (siehe Abbildung 1). Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort.

2021 nutzten 555 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 22 % – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können sie ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 02.10.2017 bis zu zehn Patientinnen und Patienten (vorher bis zu drei) gleichzeitig substituieren, wenn sie eine suchtmmedizinisch qualifizierte Ärztin bzw. Arzt als Konsiliarärztin bzw. -arzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben rund 1,8 % aller Substitutionspatientinnen und -patienten behandelt (BOPST, 2022).

⁵² Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵³ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für dieses Krankenhaus nicht selber tätig sind und mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵⁴ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diese Einrichtung nicht selber tätig sind und mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.



(BOPST, 2022)

Abbildung 1 Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2012 bis 2021

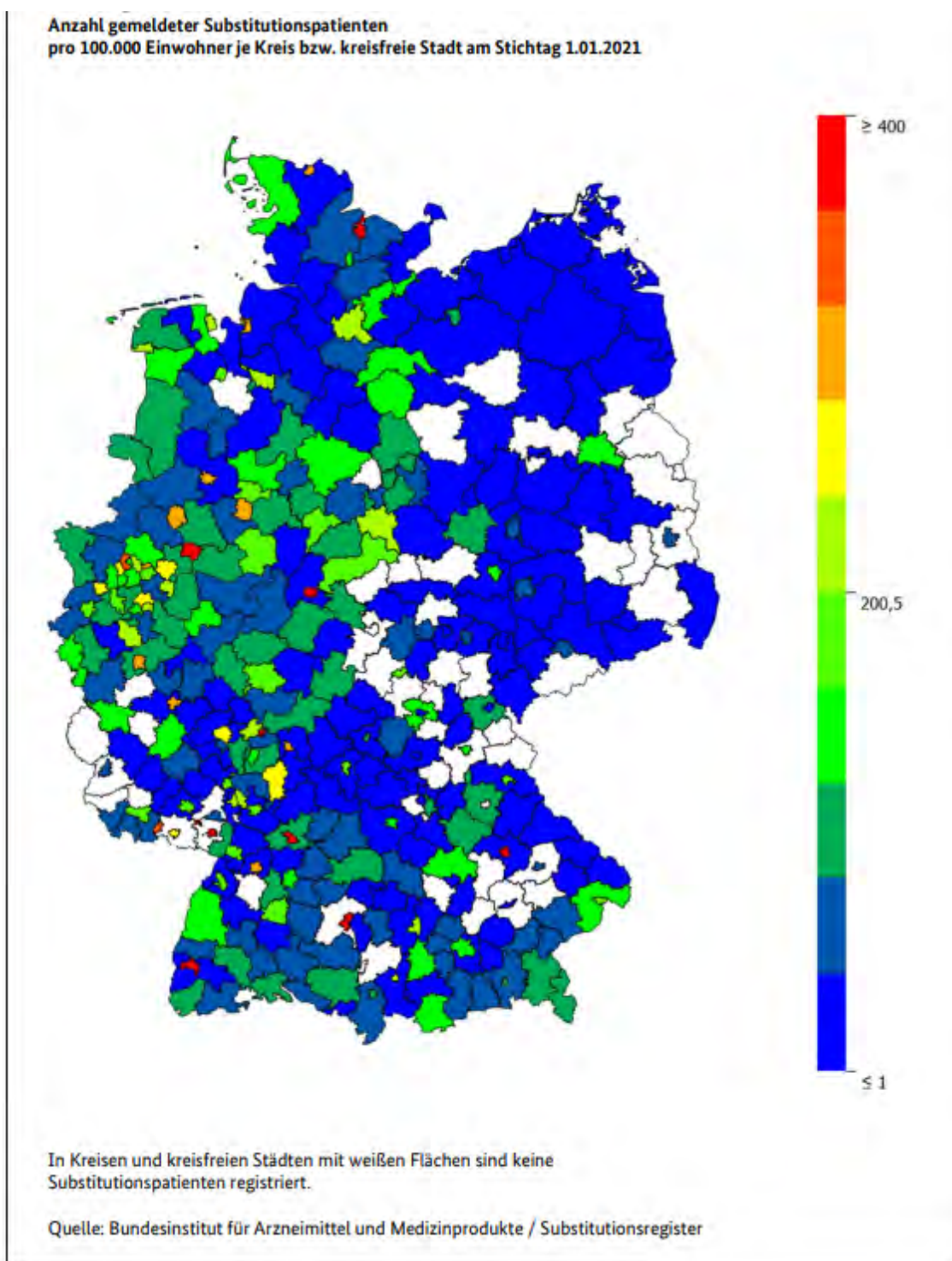
Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierender Ärztin bzw. Arzt beträgt bundesweit 33, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 51,2; Brandenburg: 5,8). Rund 14 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet. Dies weist darauf hin, dass viele Opioidabhängige in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Es gibt jedoch auch viele Praxen (25 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen (BOPST, 2022).

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

1.4.9 Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten

Zum Stichtag 1. Juli 2021 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 81.300 und ist damit exakt gleich der Zahl aus dem Jahr 2020 (vgl. Abbildung 3). Während des Lockdowns im Frühjahr 2021 und bei steigenden Corona-Zahlen im Herbst stieg die Zahl der substituierten Patientinnen und Patienten geringfügig an. Insgesamt blieb die Zahl der Substituierten im Jahr 2021 konstant.

Im Jahr 2021 wurden im Substitutionsregister rund 82.400 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich z. B. dadurch, dass dieselben Personen mehrmals an- und wieder abgemeldet wurden (BOPST, 2022).



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2022), Bericht zum Substitutionsregister, S. 10.

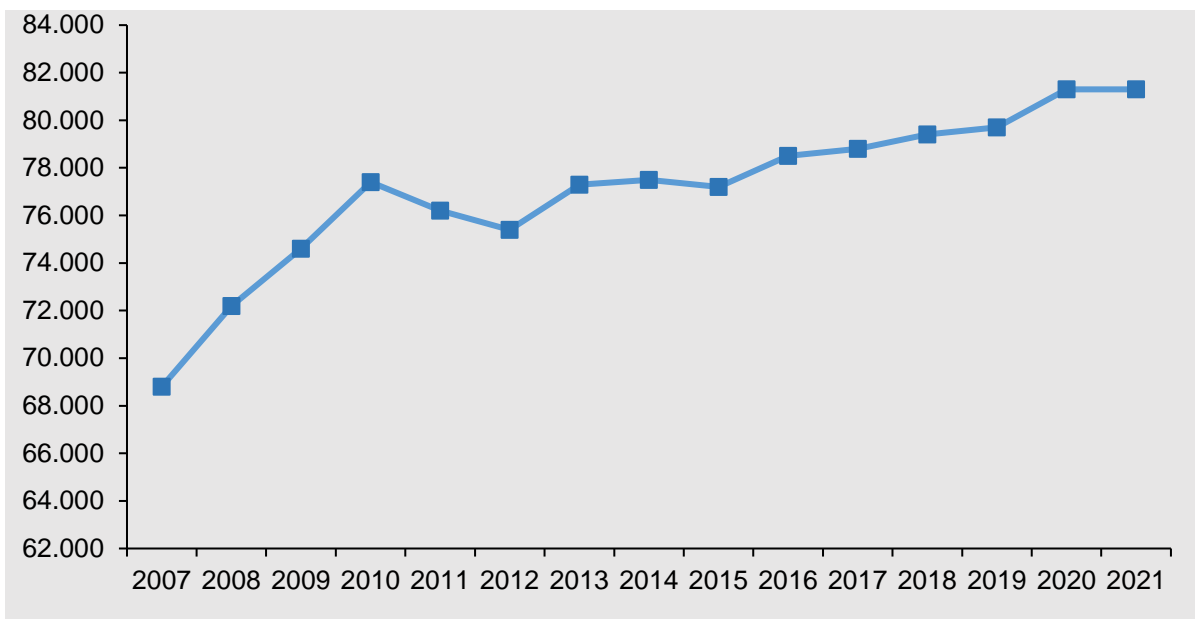
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2022).

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

Abbildung 2 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt am Stichtag 01.01.2021

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

Die Patientinnen und Patienten werden vorrangig mit Levomethadon (Anteil 37,0 %) und Methadon (Anteil 35,7 %) substituiert. 2020 hat der Anteil an Levomethadon den Anteil an Methadon erstmals geringfügig überschritten. Der Anteil von Buprenorphin (23,5 %) ist seit Jahren konstant (BOPST, 2022).



(BOPST, 2021)

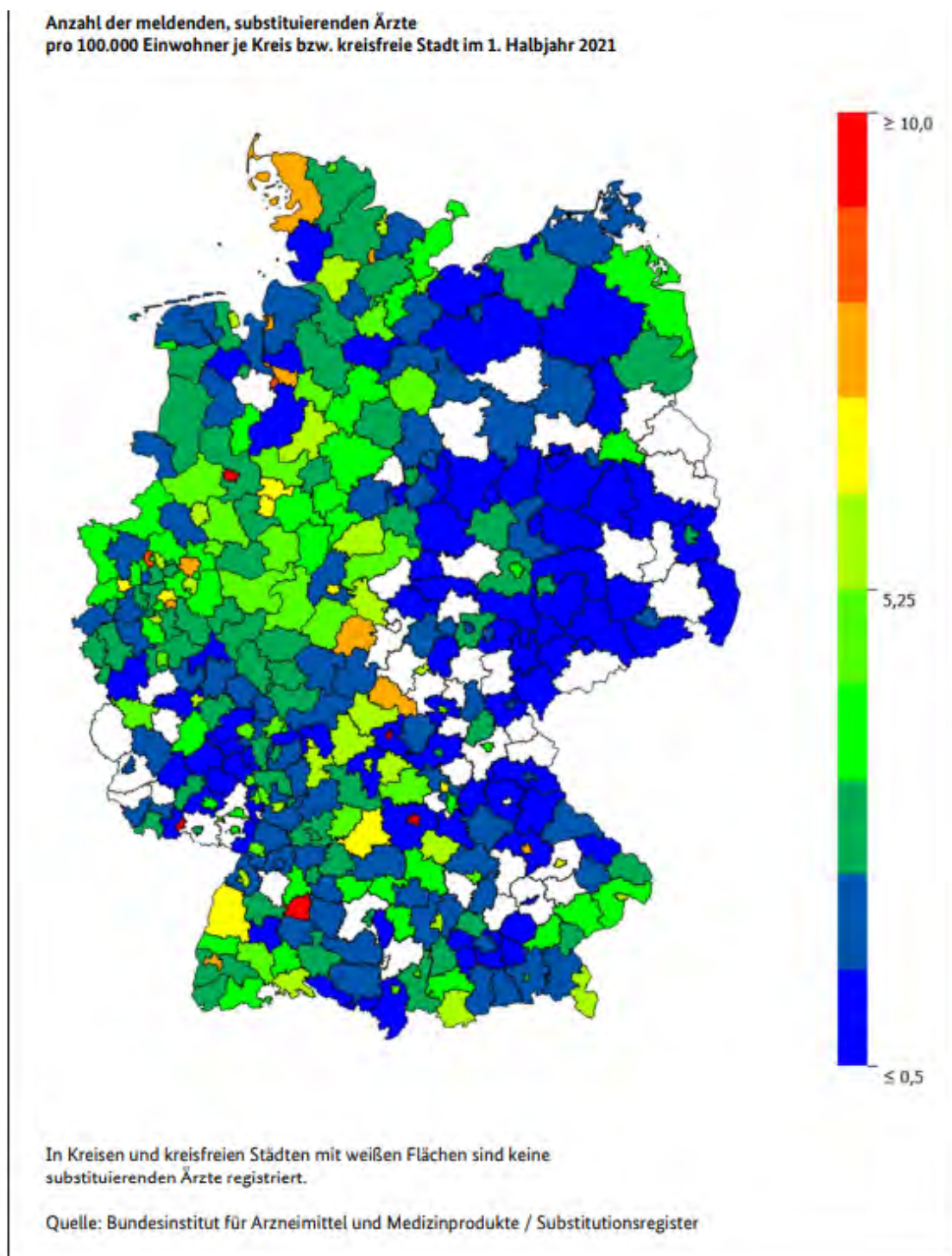
Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2008 bis 2021 (Stichtag 1. Juli)

1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Seit mehreren Jahren bereitet die Gewährleistung von Substitution Sorge, insbesondere im ländlichen Raum (Pfeiffer-Gerschel et al., 2014). Wenige Ärztinnen und Ärzte sind dort für große Landkreise zuständig und für Patientinnen und Patienten teilweise nur schwer zu erreichen (vgl. Abbildung 4). Immer mehr ältere Ärztinnen und Ärzte gehen zudem in den Ruhestand. Jüngere, die bereit sind Substitutionsbehandlungen durchzuführen, folgen kaum nach. So vergrößert sich die Versorgungslücke, was dazu führt, dass viele opioidabhängige Personen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich nur eingeschränkt erreicht werden. U. a. um dieser Problematik zu begegnen, die juristische Situation der Substitutionsärztinnen und -ärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der dritten Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (vgl. Kapitel 1.4.8). Siehe auch Reitox-Bericht 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

Mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung am 21.04.2020 und den Maßnahmen zur Erleichterung bei der Substitutionstherapie ist die Inanspruchnahme einer

Substitutionsbehandlung deutlich niedrigschwelliger gestaltet worden. Hiervon profitieren beispielsweise auch Menschen im ländlichen Raum. Die Regelungen wurden bis zum 07.04.2023 verlängert (Sucker-Sket, 2022).



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2022), Bericht zum Substitutionsregister, S. 9.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2022).

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

Abbildung 4 Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt im 1. Halbjahr 2021

1.4.11 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

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

- Im März 2021 veröffentlichte die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) Empfehlungen zur substitutionsgestützten Behandlung bei Minderjährigen. Die Studienlage ist zu diesem Thema bislang begrenzt, dennoch kann auch bei Minderjährigen unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung hilfreich sein. Die Empfehlungen der BAS sollen medizinischen Fachkräften sowie Mitarbeitenden des Sucht- und Jugendhilfesystems hilfreiche Informationen an die Hand geben.
- Ende April 2020 trat die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unter der Corona-Pandemie definiert. Substituierenden Ärztinnen und Ärzten ist es im Geltungszeitraum der Verordnung z. B. erlaubt mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und Medikamente (Take Home) über einen Zeitraum von sieben oder in Einzelfällen bis zu 30 Tagen zu verschreiben. Darüber hinaus wurden die Regelungen hinsichtlich des Personenkreises, der das Substitut zum unmittelbaren Verbrauch überlässt, gelockert und rechtlich die Möglichkeit geschaffen, die Verschreibung für ein Substitutionsmittel auch ohne persönliche Konsultation an die Patientin oder den Patienten auszuhändigen (Bundesanzeiger 2020) (weitere Informationen im Kapitel 2). Die Verordnung wurde bis zum 07.04.2023 verlängert (Bundesministerium für Justiz, 2022).
- Mit einem Beschluss vom 6. September 2018 hat der G-BA die Regelungen überarbeitet, nach denen Opioidabhängige zulasten der GKV eine substitutionsgestützte Therapie erhalten können. Der bislang vorrangig abstinenzorientierte Behandlungsansatz wurde von einem therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst, die beispielsweise die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden als Behandlungsziele verankert. Der Beschluss trat am 7. Dezember 2018 in Kraft (G-BA, 2018).

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

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen grundsätzlich ein anerkanntes rehabilitationsspezifisches Qualitätsmanagement (QM) eingeführt haben, um von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern (Deutsche Rentenversicherung, Kranken-, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften) belegt werden zu können. Diese werden auch vom Gesetzgeber z. B. im Rahmen des § 137d SGB V oder des § 20 SGB IX alt bzw. § 38 SGB IX (ab 13.12.2016) gefordert. Sie können dazu unter mehr als dreißig durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannten QM-Verfahren wählen.

Die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) überwacht die Zertifizierungsstellen im Rahmen der Akkreditierung. Neu auf dem Markt hinzutretende stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben innerhalb eines Jahres nach Inbetriebnahme der Einrichtung die geforderte Zertifizierung nachzuweisen. Werden bei der Erstzertifizierung Mängel festgestellt, wird der stationären Rehabilitationseinrichtung für erforderliche Nachbesserungen eine Frist von bis zu neun Monaten eingeräumt. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat.

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

Des Weiteren führt die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch: Dabei werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Von erfahrenen und speziell geschulten Rehabilitationsärztinnen und -ärzten des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Sowohl stationäre als auch ambulante Entwöhnungsrehabilitationen werden in das Verfahren einbezogen und nach gleichen Maßstäben bewertet. Zudem werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Naumann und Bonn, 2018).

Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Suchtberaterinnen und -berater sowie Suchttherapeutinnen und -therapeuten benötigen zunächst eine einschlägige Grundausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogik, Medizin, Psychologie oder auch Krankenpflege etc. Darüber hinaus müssen sie eine zertifizierte Zusatzausbildung Suchtberatung/Suchttherapie nachweisen, welche von der DRV anerkannt sein muss, damit sie entsprechende Leistungen abrechnen dürfen. Suchtmedizinerinnen und -mediziner benötigen eine Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Mittlerweile gibt es auch spezifische Studiengänge, welche i. d. R. berufsbegleitend oder als duales Studium absolviert werden, beispielsweise Studiengänge wie Soziale Arbeit oder Psychologie mit suchtspezifischem Schwerpunkt oder Studiengänge wie Master of Science „Suchttherapie“, in dem die Zertifizierung als Suchttherapeutin oder -therapeut integriert ist.

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Soziale Arbeit, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen für die ambulanten Angebote (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der

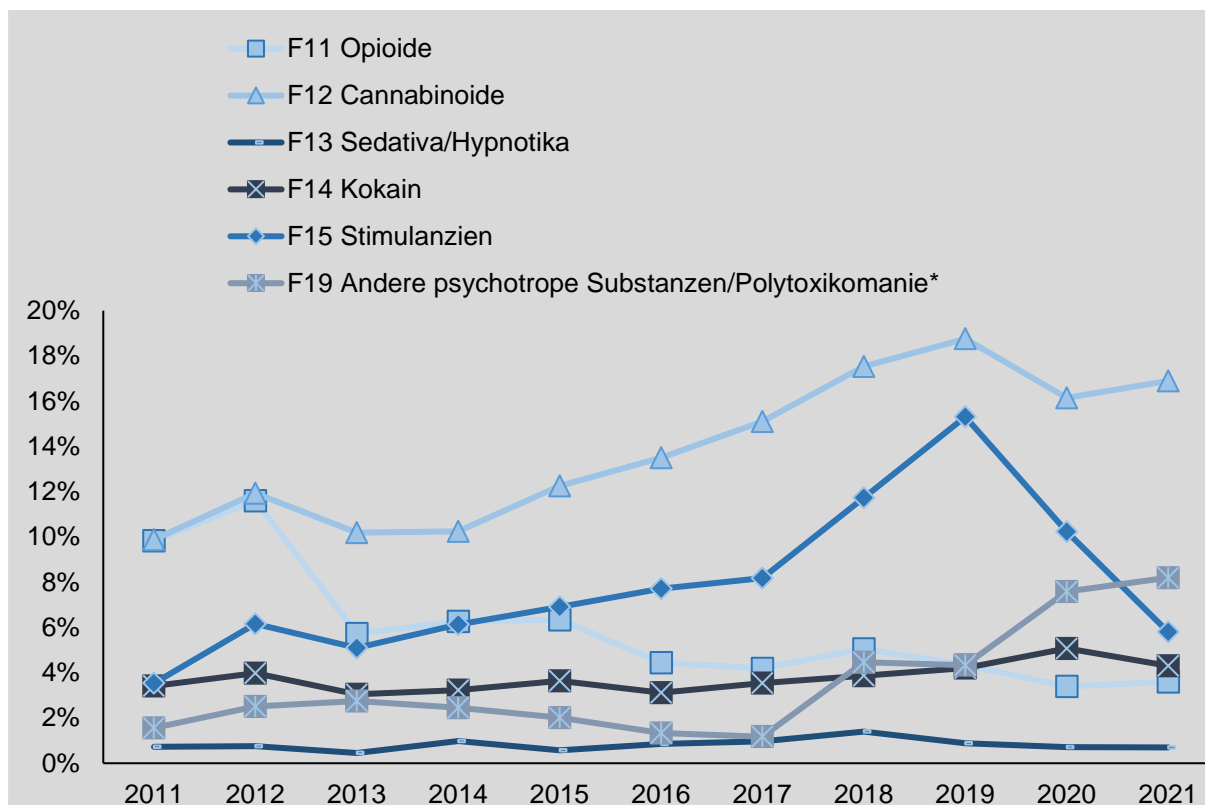
Einrichtungsträger bzw. der Länder und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (GKV und RV) federführend tätig sind (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

2 TRENDS

2.1 Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung

Erstmalig behandelte Klientinnen und Klienten

Wie anhand der Abbildung 5 zu erkennen ist, ist der Anteil der aufgrund von Cannabinoiden erstmalig stationär behandelten Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen, mit einem Peak 2019 (19 %). Seitdem gehen die Zahlen leicht zurück und lagen 2021 bei 17 %. Bis 2019 konnte ein ähnlicher Trend bei der Hauptdiagnose F15 Stimulanzien beobachtet werden. Hier hat sich die Anzahl der erstmalig stationär behandelten Patientinnen und Patienten jedoch in den vergangenen zwei Jahren um fast zwei Drittel reduziert (2019: 15 %; 2021: 6 %). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund von anderen psychotropen Substanzen oder Polytoxikomanie (F19) erstmalig behandelt wurden, ist gleichgeblieben und liegt bei 8,2 %. Die Anteile der erstmalig stationär Behandelten aufgrund der Hauptdiagnosen- F11 Opioide und F13 Sedativa/Hypnotika sind mit 3,3 % und 0,6 % gering. Für die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel wurden im Jahr 2021 keine stationären Behandlungen durch die DSHS erfasst. Bei einer Betrachtung über die letzten zehn Jahre hinweg wird deutlich, dass die prozentualen Anteile stationär behandelter Menschen mit diesen Hauptdiagnosen bei konstant unter 1 % lagen.



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

* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

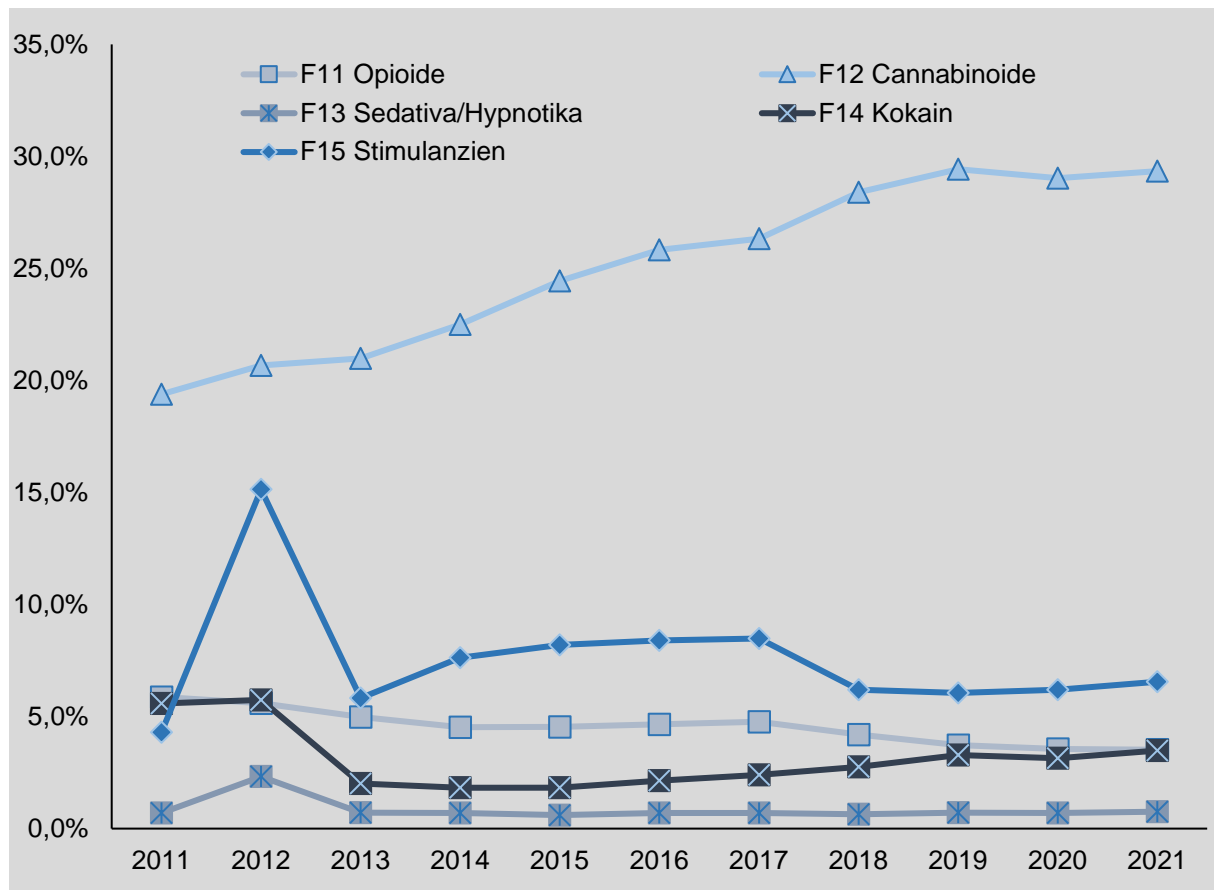
Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an sämtlichen im DSHS erfassten Behandlungsfällen (F10–F19, F50, F63).

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

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

Abbildung 5 Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2011-2021) in Prozent (%)

Die mit Abstand am häufigsten erstmalig behandelten Klientinnen und Klienten im ambulanten Setting wurden in den vergangenen Jahren aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide (29,3 %) vorstellig. Wie in der Abbildung 6 zu erkennen ist, liegt seit 2010 eine steigende Tendenz vor, welche seit dem Jahr 2019 stagniert. Der prozentuale Anteil der erstbehandelten Klientinnen und Klienten der anderen Hauptdiagnosen ist in den letzten drei Jahren weitestgehend konstant geblieben.



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

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

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

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

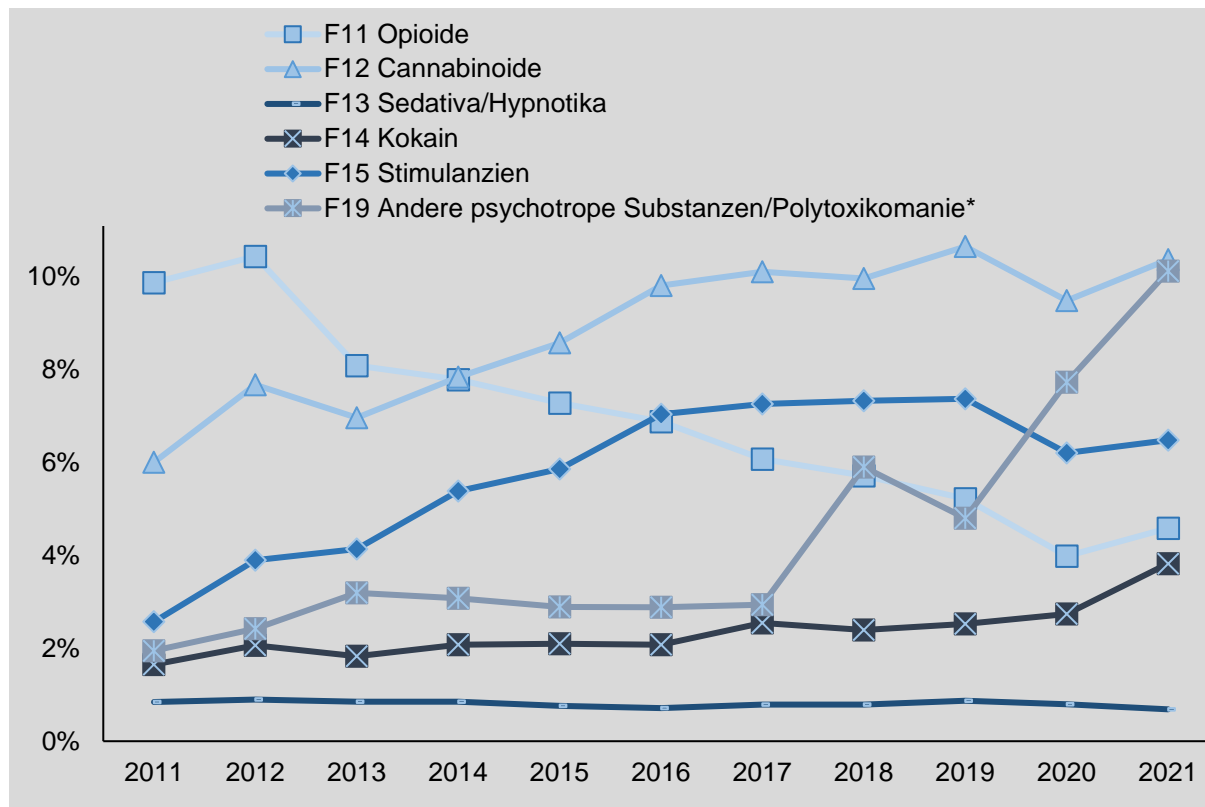
Abbildung 6 Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%)

Behandelte Klientinnen und Klienten insgesamt

Unter Berücksichtigung der Behandlungsdaten aus den vergangenen zehn Jahren fällt auf, dass sich anteilig insbesondere bei den Hauptdiagnosen im stationären Setting einiges verändert hat. Während 2010 noch 10 % aller Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden waren, sind es 2021 nur noch 5 % gewesen. Der jeweilige Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Cannabinoiden und anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie dagegen ist deutlich gestiegen und liegt bei den anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie mittlerweile auf dem höchsten Wert bei über 10 % (2021: 10,2 %) (vgl. Abbildung 7).

Auch im ambulanten Setting ist zu beobachten, dass der Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden rückläufig ist (16 % aller ambulanten Suchtbehandlungen im Jahr 2011, 9 % im Jahr 2021), während anteilig immer mehr Klientinnen und Klienten aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide behandelt und beraten werden (12 % im Jahr 2011, 20 % im Jahr 2021).

Zudem ist seit 2017 ein Anstieg des Anteils von Klientinnen und Klienten der Hauptdiagnose Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie zu beobachten (0 % im Jahr 2016, 5,0 % im Jahr 2021).



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

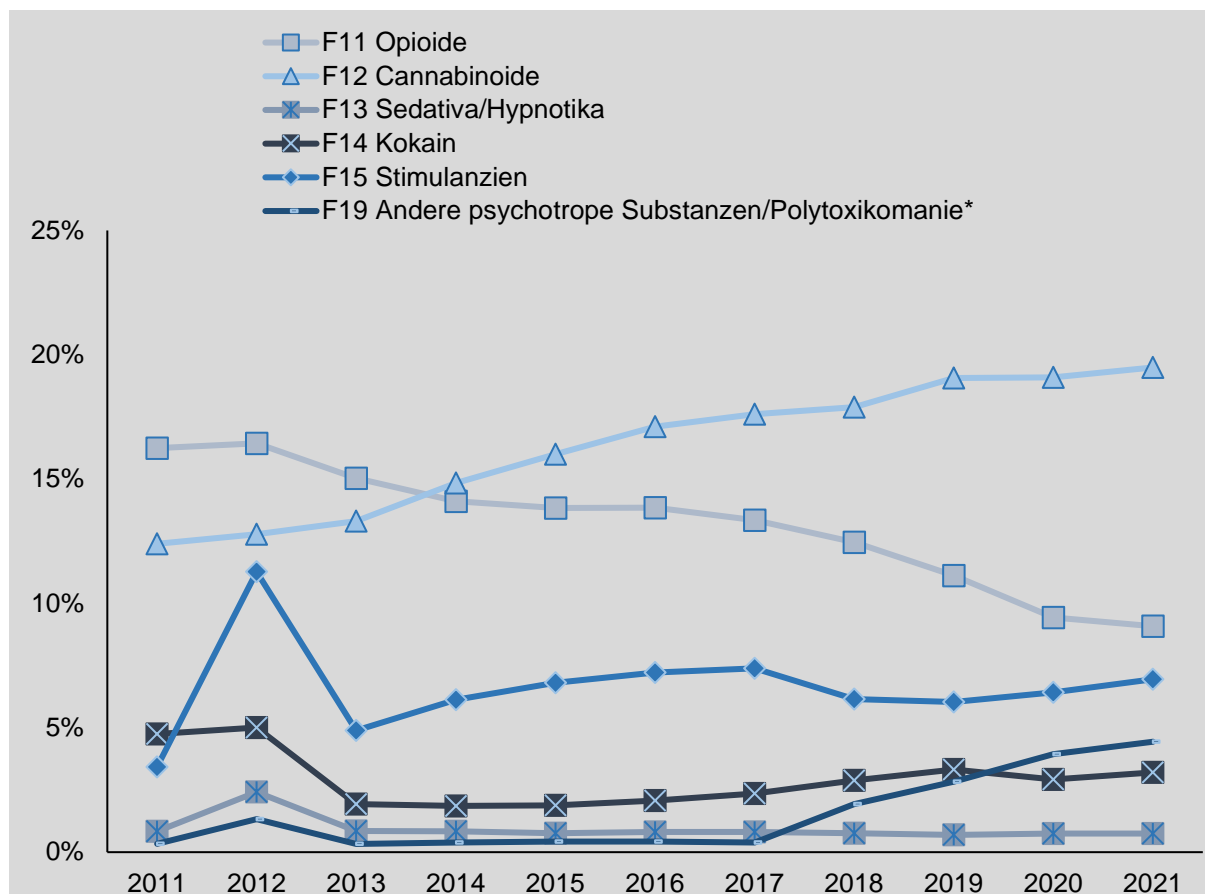
* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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

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

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

Abbildung 7 Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%)



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

* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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

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

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

Abbildung 8 Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2011-2021) in Prozent

Substitutionsbehandlungen

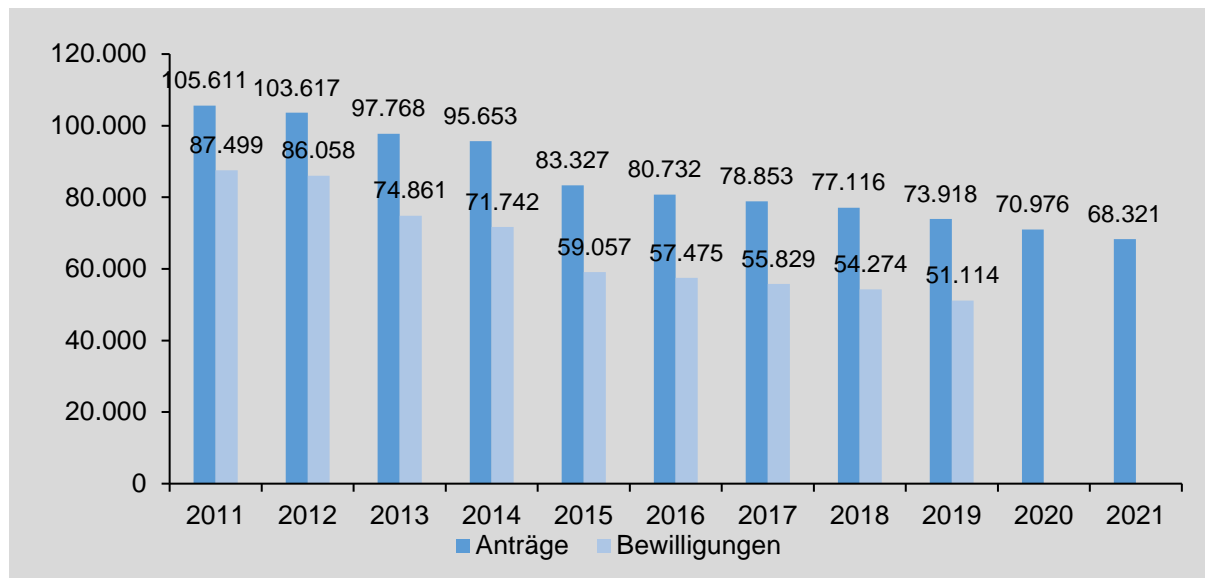
Informationen zu Trends in der Substitutionsbehandlung finden Sie in den Kapiteln 1.4.8 und 1.4.9.

Rehabilitation

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

Trotz umfassender gemeinsamer Analysen von Deutscher Rentenversicherung und Suchtverbänden konnten bislang keine eindeutigen Ursachen identifiziert werden. Da jedoch ein Großteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über Suchtberatungsstellen vermittelt

werden, könnte möglicherweise ein Zusammenhang zwischen den rückläufigen Rehabilitationsleistungen und der prekären finanziellen Lage der Beratungsstellen bestehen, welche oftmals in geringeren Ressourcen resultiert (Koch, 2020).



Quelle: Simon, Märtin & Falk (2021), DRV (2021a, b).

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

Abbildung 9 Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2011-2021)

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

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

Die Corona-Pandemie bestimmte auch in weiten Teilen die Jahre 2021 und 2022 in Deutschland. Laut RKI erkrankten bis heute offiziell rund 32,5 Millionen Menschen und es starben 148.000 Personen (Stand: 13.09.2022; RKI, 2022). Auch das Suchthilfesystem ist weiterhin von den Auswirkungen der Pandemie betroffen und vor große Herausforderungen gestellt.

Kontaktbeschränkungen, rechtliche Rahmenbedingungen (wie z. B. behördliche Belegungsstopps und Verordnungen zum Freihalten von Kapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen zur Entlastung von Akutkrankenhäusern), Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen führten auch in den Jahren 2021 und 2022 dazu, dass Beratungs- und Behandlungsangebote oder sichere geschützte Räume wie Drogenkonsumräume nur reduziert und/oder eingeschränkt möglich waren. Die Substitutionstherapie wurde als Take-Home-Regelung flexibler gestaltet (Adorjan et al., 2021; Vogelsang, 2020; Werse und Klaus,

2020; DHS, 2020a) und es wurden vielerorts schnell neue Beratungssysteme etabliert. Dies zeigte sich u. a. in der Selbsthilfe, denn viele Selbsthilfegruppen und ambulante Betreuungen mussten aufgrund der Kontaktbeschränkungen ihre Angebote reduzieren. In der ambulanten Suchthilfe wurde ebenso vermehrt zu digitalen Lösungen oder kreativen Möglichkeiten wie Beratungs-Spaziergänge, Parkbankgesprächen und der Nutzung von Fenstern als Substitutionsschalter gegriffen (fdr+, 2021). Auch die Suchtprävention weitete ihre digitalen Formate aufgrund der pandemischen Lage aus. Diese Angebote wurden von Suchterkrankten generell als hilfreich bewertet, auch wenn ihnen häufig trotzdem der persönliche Kontakt in Selbsthilfegruppen und zu anderen Betroffenen fehlte (Lochbühler, 2021). Verschiedene Möglichkeiten der digitalen Suchtberatung wurden in dem Projekt „Digisucht“ (Tossmann und Leuscher, 2021), welches vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, erarbeitet (Stöver und Werse, 2022).

Dennoch wurde der sehr wichtige persönliche Kontakt zwischen Mitarbeitenden und konsumierenden Personen stark eingeschränkt. Zusammenfassend lässt sich heute feststellen, dass die Krise gerade die vulnerabelsten Gruppen hart getroffen hat, da auch diese meist nicht gut über digitale Lösungen erreichbar sind, aber durch vermehrte Stresssituationen und Komorbiditäten zusätzlich belastet werden (Stöver und Werse, 2022). Problematisch ist in diesem Zusammenhang insbesondere auch, dass Betroffene aufgrund ihrer Stigmatisierung meist einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben, jedoch als besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf eine Covid-19-Erkrankung gelten (Adorjan et al., 2021). Studien zufolge wurden diese Auswirkungen sowohl von Mitarbeitenden als auch insbesondere vom Klientel bzw. Patientinnen und Patienten als stark belastend empfunden (Werse und Kamphausen, 2021).

Vor besondere Herausforderungen waren auch die Kliniken gestellt, die Betten für COVID-19-Erkrankte freimachen mussten und somit weniger Entgiftungsplätze bereitstellen konnten (Stöver und Werse, 2022).

Befragungen von Mitarbeitenden im Suchthilfebereich zeigen, dass nach ihrem Eindruck die Verfügbarkeit von illegalen Drogen gleichgeblieben ist oder sich verringert hat. Auch der Konsum der Drogen folgte diesem Muster (Werse, 2021). Weitere Informationen zum Thema Konsum können dem Workbook Drogen (Karachaliou et al., 2022) entnommen werden.

Über das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SoDEG) und das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden vom Gesetzgeber Möglichkeiten geschaffen, sozialen Dienstleistenden kurzfristig Liquiditätshilfen zu geben, um finanzielle Krisenfolgen abzufedern (BMAS, 2021; Vogelsang, 2020; BMG, 2020; Sucht Aktuell, 2020). Die digitalen und telefonischen Leistungen der Rehabilitation und Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen wurde allerdings zum 30.06.2022 durch die Deutsche Rentenversicherung Bund wieder aufgehoben. Diese Leistungen werden nunmehr nicht weiter vergütet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2022).

Neben der Arzneimittelversorgungsverordnung sind eine Reihe an Handreichungen verfügbar, welche z. B. den Anbietenden von Substitutionsbehandlung sowie substituierten Menschen in

der Praxis helfen sollen. Die Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland stellt beispielsweise Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte bereit (Jeschke & Meyer-Thompson, 2020).

Krieg in der Ukraine und Fluchtbewegung

Die russische Invasion in die Ukraine ab Februar 2022 löste eine humanitäre Krise aus und war Ausgangspunkt für eine Fluchtbewegung. Viele Ukrainer (vor allem Frauen und Kinder) verließen die Heimat und fanden Aufnahme in anderen europäischen Ländern. Bis Mitte Juni 2022 wurden 1.008.635 ukrainische Geflüchtete in Deutschland registriert (Stand Mitte September 2022). Die tatsächliche Zahl dürfte höher liegen, da Ukrainer sich im europäischen Schengen Raum frei und ohne Visum bewegen können (Mediendienst Integration, 2022).

Es ist Stand heute (Ende September 2022) noch zu früh, um die Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem in Deutschland messen zu können. Trotzdem ist es nötig sich innerhalb dieser dynamischen Situation vorzubereiten, um geflüchteten Menschen mit Suchterkrankungen möglichst zügig Zugang zu angemessenen Gesundheits- und Unterstützungsdiensten gewähren zu können. Die geflüchteten Menschen aus der Ukraine haben hier vor Ort Anspruch auf medizinische Versorgungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dafür werden Behandlungsscheine und in manchen Bundesländern elektronische Gesundheitskarten an die Geflüchteten ausgegeben (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2022).

Die Aidshilfe stellte auf ihrer Website⁵⁵ zahlreiche Informationen und Ansprechpartner u. a. auch für drogengebrauchende Menschen und Menschen, die in der Ukraine Teilnehmer an einer Substitutionstherapie waren, zur Verfügung. Die Website kann in unterschiedlichen Sprachen wie Deutsch, Russisch und Ukrainisch angezeigt werden (Ukraine: Hilfen für Geflüchtete, 2022). Die DHS übersetzt derzeit Broschüren in ukrainische Sprache.

Regulierte Abgabe von Cannabis

Im Zuge der Regierungsbildung wurde im Koalitionsvertrag 2021 - 2025 zwischen den Parteien Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) beschlossen, dass die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften eingeführt werden soll (Bundesregierung, 2021). Somit sollen innerhalb eines gesetzlich verankerten Rahmens der Verkauf, der Erwerb und der Besitz von Cannabis zulässig werden (Cannabis – aber sicher – Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2022). Ziel ist es, dass hierdurch die Qualität sichergestellt, die Verunreinigung durch andere Substanzen verhindert und Jugendschutz gewährleistet werden (Bundesregierung, 2021).

Zur Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens bezog der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert, auch verschiedenste Expertinnen und Experten mit ein. Im Rahmen des Konsultationsprozesses „Cannabis – aber sicher“ wurden

⁵⁵ Ukraine: Hilfen für Geflüchtete [online]. <https://www.aidshilfe.de/ukraine-hilfen-gefluechtete> [letzter Zugriff 30.06.2022].

ab Juni 2022 in fünf digitalen und hybriden Hearings rund 200 führende Expertinnen und Experten aus der Suchtmedizin, Suchthilfe, den Rechtswissenschaften, der Wirtschaft und Verbänden sowie Vertreterinnen und Vertreter von Bundesministerien, Bundesbehörden, der Länder und Kommunen angehört.

Ziel ist es, im Jahr 2023 das Gesetzgebungsverfahren zu eröffnen. Dazu soll im Herbst 2022 ein Eckpunktepapier vom Kabinett verabschiedet werden.

4 QUELLEN UND METHODIK

4.1 Quellen

- Adorjan, K., Haussmann, R., Rauen, K. & Pogarell, O. (2021). Folgen der Covid-19-Pandemie für Menschen mit Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. Nervenarzt, 92: 571-578. DOI: 10.1007/s00115-021-01105-0.
- Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H.F., Tüscher, O., Lieb, K., Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Heinz, A. & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Nervenarzt, 92: 562-570. DOI: 10.1007/s00115-021-01129-6.
- Aerzteblatt (2021). Substitutionsversorgung: Appell an Ärzte für mehr Engagement. [Online]. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/124981/Substitutionsversorgung-Appell-an-Aerzte-fuer-mehr-Engagement>. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Alles über Drogen (Cannabis, Alkohol, Ecstasy, Halluzinogene, Kokain, Nikotin, Opiate, Speed) - drugcom (2022). [Online] <https://www.drugcom.de/> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- AOK Gesundheitspartner (o. D.). Pflege-Rettungsschirm, [Online]. Verfügbar unter <https://www.aok.de/gp/pflege-rettungsschirm> [letzter Zugriff 08.09.2022].
- Bartsch, G., Friedrich, F., Schulte, L., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München.
- Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). Cannabis – aber sicher, [Online]. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/> [letzter Zugriff 13.07.2022].
- Bernhard Salzmänn Klinik (2014). Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen, LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, [Online] https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [letzter Zugriff 19.05.2022].
- Bundesärztekammer (BÄK) (2021). Ärztestatistik zum 31.12.2020. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Bundesanzeiger (2020). Verordnung über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung). Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO_Bgbl.PDF [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Bundesgesetzblatt (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF->

- [Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf? blob=publicationFile&v=7](#) [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021). BMAS - Einsatz und Absicherung sozialer Dienstleister, www.bmas.de, [Online] <https://www.bmas.de/DE/Corona/einsatz-und-absicherung-sozialer-dienstleister.html#:~:text=Das%20Sozialdienstleister-Einsatzgesetz%20%28SodEG%29%20regelt%3A%20Den%20Einsatz%20sozialer%20Dienstleister,soziale%20Dienstleister%20nach%20dem%20SodEG%20wurde%20am%2018.> [letzter Zugriff 08.09.2022].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Knappschaft Bahn See (o. D.). Bundesprogramm rheapro, [Online] https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html [letzter Zugriff 14.09.2022].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3_BtMVVAEndV.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)(2020). Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu (Pressemitteilung vom 27.03.2020). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesministerium für Justiz (2022). Dritte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, in: Bundesanzeiger, 30.05.2022, [Online] <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/kryp49hsf6EZUBt7S26/content/kryp49hsf6EZUBt7S26/BAanz%20AT%2030.05.2022%20V1.pdf?inline> [letzter Zugriff 15.06.2022].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2022). Bericht zum Substitutionsregister. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/SubstBericht2021> [Online]. [Letzter Zugriff 28.04.2022].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2018). Bundeslagebild Rauschgift 2017. <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildZ.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Bundesregierung (2021). Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, [Online] <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [letzter Zugriff 13.07.2022].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. [bus.] (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019 – Zentrale Studienergebnisse.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_01_Juli_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 02.08.2021].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (o. D.): Quit the Shit, [Online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. <https://docplayer.org/23188118-Perspektiven-einer-zukunftsorientierten-ambulanten-regionalen-suchthilfe-diskussionspapier.html> [Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].
- Condrobs e.V. (2021). Hilfe für ältere Drogenabhängige •, Condrobs e.V., [Online] <https://www.condrobs.de/hilfe/sucht/aeltere/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017). Deutschland. Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Rechtliche Rahmenbedingungen, Workbook Legal Framework. DBDD, München.
- Delphi GmbH (o. D.). Realize-it, [Online] <https://www.realize-it.org/> [letzter Zugriff 19.05.2022].
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). Cannabis – aber sicher, [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/> [letzter Zugriff 13.07.2022].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik [Online] https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [letzter Zugriff 15.06.2022].
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). 1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben - Zahl erneut gestiegen. Pressemeldung. Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/> [letzter Zugriff 08.09.2022].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47(8), 3-94.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland–Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven Update 2019. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.08.2021].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020a). Suchthilfe während und nach der Corona-Krise absichern! (DHS Stellungnahme). https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-

- stellungennahmen/Suchthilfe waehrend und nach der Corona-Krise absichern.pdf
[Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020b). Suchtberatung ist wichtiger denn je! - Corona legt den Finger in die Wunde („Notruf Suchtberatung“). https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktionstag_Suchtberatung/DHS_Notruf_Suchtberatung_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (o.J.). Aktionstag Suchtberatung: „Kommunal wertvoll.“ <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/kampagnen/aktionstag-suchtberatung> [Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2021). Suchthilfeverzeichnis der DHS. <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Online]. [Letzter Zugriff 29.06.2021].
- Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (o. D.). Shift und Shift Plus Elterntraining, [Online] <https://katho-nrw.de/forschung-und-transfer/forschungsprojekte/abgeschlossen/shift-plus/shift-und-shift-plus-elterntraining> [letzter Zugriff 19.05.2022].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018). Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018. Homepage | Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 01.Juli 2018 | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de) [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2022a). Entwöhnungsbehandlungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2020, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F30_Rehabilitation%2F20_Berichte%2FEntw%C3%B6hnungsbehandlungen+f%C3%BCr+Erwachsene.srx%28Report%29 [Letzter Zugriff 03.08.2022].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2022b). Statistik über Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVwV für Januar - Dezember 2021 Table: 002.0 RV Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen sowie Veränderungen zum Vorjahr nach Antragsart (medizinische Reha-Leistungen). https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/antraege/tabellen_2021/202112_Reha_Antraege_Tabelle02.htm [Letzter Zugriff 25.05.2022].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2021c). Rehabilitation 2020. Band 222, https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/aktuelle_statistikbaende/documents/Rehabilitation_2020.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 13.07.2022].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2022). Beendigung der Corona-bedingt erbrachten telefonischen und digitalen Leistungen in der Rehabilitation und Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen.

Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017). Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017.

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4_Nahtlosverfahren_qualifizierter_Entzug-Suchtrehabilitation/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021a). Kinder- und Jugendschutzgesetz beschlossen. Pressemeldung, 22.04.2021.

<https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-beschlossen/> [Online]. [Accessed 15 Aug. 2022].

Drogenhilfe Schwaben (2022). Drogenhilfe Schwaben: Lebenswelt 40+, Drogenhilfe Schwaben|Wir helfen weiter! [Online]

<https://www.drogenhilfeschwaben.de/angebote/erwachsene/lebenswelt-40/> [letzter Zugriff 12.05.2022].

Drops Hannover (o. D.). „Boys‘ ResorT“, Step Niedersachsen, [Online] <https://step-niedersachsen.de/einrichtungen/drops-hannover/beratung> [letzter Zugriff 12.05.2022].

Fdr+ (2021). Auswertung der Befragung der fdr+ Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe Im Juni 2020, Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., [Online] https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf. [letzter Zugriff 12.05.2022].

Friedrich, M., Tönsmeise, C., Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Prävention. Workbook Prävention, DBDD. München.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL). Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].

Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [BORA] (2014). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. <https://www.deutsche->

- [rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?jsessionid=51B1D63635A417D05C2CFDD925E00DD4.delivery1-2-replication?blob=publicationFile&v=1](https://www.rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?jsessionid=51B1D63635A417D05C2CFDD925E00DD4.delivery1-2-replication?blob=publicationFile&v=1) [Online]. [Letzter Zugriff 15.09.2022].
- Guttempler (2022). SoberGuides - Ehrenamtliche Begleiter*innen aus der Sucht, SoberGuides, [Online] <https://www.soberguides.de/> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Hardeling, A. (2022). Digitalisierung in der Suchtberatung: Herausforderungen und Handlungsbedarf, Konturen online, [Online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/digitalisierung-in-der-suchtberatung/> [letzter Zugriff 14.09.2022].
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)(2021). Covid-19 und die Auswirkungen auf die Behandlung von opioidabhängigen Menschen. HLS, Forschungsbrief 58, 8-10.
- Hertner, L., Stylianopoulos, P., Penka, S.: (2022). PREPARE-Forschungsbericht zum Substanzkonsum geflüchteter Menschen – Standort: München. www.sucht-und-flucht.de [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Hoch, E., Apelt, S. M., Lauffer, P., Buchner, S. & Wilming, I: (2019). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2021). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2021. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Suchthilfezentrum Wiesbaden, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V./EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH (2021). Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum -- aktionberatung, Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens, [Online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Kurzbericht/kurzbericht_geistige_behinderung_problematischer_substanzkonsum_bf.pdf [letzter Zugriff 19.05.2022].
- Jeschke, P. & Meyer-Thompson, H.G. (2020). Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland. Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19. Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte. https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Handreichung_Kurzfassung_Subst_und_Sars_2_Covid_19_-16320-final-.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- JHJ Hamburg (o. D.). Die erste Suchtberatung für Hamburg - Kointer, [Online] <https://kointer.de/kointer/index.php> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Karachaliou, K., Seitz, N.-N., Neumeier, E., Schneider, F., Höke, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Drogen. Bericht 2021 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EMCDDA (Berichtsjahr 2020/2021). DBDD, München.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022). Übergangslösung: Geflüchtete aus der Ukraine erhalten Behandlungsscheine – Hinweise für Praxen, [Online] https://www.kbv.de/html/1150_57290.php [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2022). [for:schen]: Forschungsbericht 2016-2020, in: Forschungsbericht der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen 2016-2020, S. 13, [Online] https://katho-nrw.de/fileadmin/media/hochschule/OEffentlichkeitsarbeit/katho_Forschungsbericht_2016_2020_Online.pdf.
- Kemmann, D., Muhl, C., Funke, W., Erben, C., Fischer, M., Bachmeier, R., Klein, T., Link, S. & Granowski, M. (2021). Effektivität der stationären abstinenten-orientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 1, 61-68.
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021a). Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für ambulante Einrichtungen (Typ 1, Bezugsgruppe: Beender ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021b). Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2, Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021c). Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Jahresauswertung, Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 1, Bezugsgruppe: Beender Erstbehandelte ohne Einmalkontakte). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhn, S. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarf von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) & Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengige.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- LINDENHOF Rehaklinik für suchtkranke Frauen, Schallstadt-Wolfenweiler (o. D.). [Online] <https://www.rehaklinik-lindenhof.de/> [letzter Zugriff 29.07.2022].
- Lochbühler, K., Kühnl, R., Maspero, S., Aydin, D. & Hulm, M. (2021). Phar-Mon plus. Der Konsum etablierter sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen. Ergebnisse des Projekts Phar-Mon plus aus dem Jahr 2020, IFT Institut für Therapieforschung, München. [Online].

- https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/Lochbuehler_et_al_2021_Pharmol_plus-2020.pdf [letzter Zugriff 29.06.2022].
- LWL Koordinationsstelle Sucht (o. D.). LWL | TANDEM-Transfer, TANDEM Transfer - Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe, [Online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem-transfer/> [letzter Zugriff 19.05.2022].
- LWL-Koordinationsstelle Sucht (o. D.). Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten (FreD), [Online] <https://www.lwl-fred.de/de/> [letzter Zugriff 19.05.2022].
- LWL-Koordinationsstelle Sucht (2020). Nachrichten aus der LWL-Koordinationsstelle Sucht. LWL-KS-Newsletter, 18(3), [Online] <https://www.lwl.org/ks-download/downloads/newsletter/Newsletter03-2020.pdf> [Letzter Zugriff 01.09.2021].
- Mediendienst Integration (2022). Ukrainische Flüchtlinge | Flucht & Asyl | Zahlen und Fakten | MDI, [Online] <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung, Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (publisher), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K. Höke, C., Friedrich, M., Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Drogenpolitik. Bericht 2021 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EMCDDA (Berichtsjahr 2020/2021). DBDD, München.
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019). Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Pabst, Lengerich, 180-191.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Stumpf, D., Budde, A. & Rummel, C. (2014). Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Drogensituation 2013/2014. DBDD, München.
- Piontek, D., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Drogen. DBDD, München.
- Raiser, P. (2022). Bundesweite Plattformlösungen für die Digitalisierung der Suchtberatung. Die Sozialplattform und das Konzept DigiSucht, Konturen online [Online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/bundesweite-plattformloesungen-fuer-die-digitalisierung-der-suchtberatung/> [Letzter Zugriff 14.09.2022].
- Robert Koch Institut (2022). RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - COVID-19, Fallzahlen in Deutschland und weltweit, [Online] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html/ [letzter Zugriff 14.09.2022].
- Salus Kliniken (o. D.). 55+ [Online] <https://www.salus-kliniken.de/huerth-sucht/ihre-behandlung/sonderprogramme/55/> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Schmitt, S. (2022). Digitale Lotsen – Ein Qualifizierungsprogramm zur Förderung der Digitalkompetenz in der Suchthilfe, Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. [Online].

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Digitale_Lotsen_bf.pdf [letzter Zugriff 24.05.2022].
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Deutschland. Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). Workbook Gefängnis. DBDD, München.
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2020/2021). Workbook Gefängnis. DBDD, München.
- Schwulenberatung Berlin (2022). ALKOHOL & ANDERE DROGEN, Wir helfen - Alkohol und Drogen, [Online] <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [letzter Zugriff 12.05.2022].
- Seitz, N.-N., Böttcher, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1990-2018. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Simon, R., Martin, S. & Falk, J. (2021). Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2021. Pabst, Lengerich. 197-206.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 26), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022a). Grunddaten der Krankenhäuser 2020. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 27), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022b). Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2020. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FGesundheit%2FKrankenhaeuser%2FPublikationen%2FDownloads-Krankenhaeuser%2Ftiefgegliederte-diagnosedaten-5231301207015.xlsx%3F_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK [Online]. [Letzter Zugriff 14.09.2022].
- Stöver, H. & Wese, B. (2022). Drogenkonsum während der Pandemie. Aktuelle Daten zur Situation Drogen gebrauchender Menschen. Dr. med. Mabuse, Nr. 255, 86–88. [Online] https://www.researchgate.net/publication/357186899_Drogenkonsum_waehrend_der_Pandemie_-_Aktuelle_Daten_zur_Situation_Drogen_gebrauchender_Menschen.
- Sucht Aktuell (Hrsg.) (2020). Auswirkungen der Corona Pandemie auf die (Sucht-) Rehabilitation – aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Sucht Aktuell, 2; 24-36.
- Sucker-Sket, K. (2022). Erleichterte Abgaberegeln sollen bis 25. November verlängert werden, DAZ.online, [Online] <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/05/10/erleichterte-abgaberegeln-sollen-bis-25-november-verlaengert-werden> [letzter Zugriff 21.09.2022].

- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München.
- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2019/2020). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München
- Tossmann, P. & Leuschner, F. (2021). Digitale Suchtberatung. Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung. delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin [Online]. https://delphi.de/wp-content/uploads/2021/01/Konzept-DigiSucht_2021_BMG.pdf [Letzter Zugriff 25.05.2022].
- Uberschär, I., Kampczyk, U., Schmidtke, B., Retzlaff, R. (2017). Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. Sucht Aktuell, 1-2017, 11-14.
- Zurhold, H., Lindemann C., Jacobsen, B., Milin, S. & Schäfer, I. (2022). Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum (KOKOS). Sachbericht. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). [Online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Kokos_Abschlussbericht_neu_bf_180322.pdf [letzter Zugriff 03.08.2022].
- Vogelsang, M. (2020). Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie. Sucht Aktuell, 2: 14-23.
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht Aktuell, 22 (2), 31-34.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021). Corona und Drogenhilfe – Zur Situation in „harten“ Drogenszenen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Corona_und_Drogenhilfe_bf.pdf [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022.]
- Werse, B. & Klaus, L. (2020). Corona, „harte Szene“ und Drogenhilfe: Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. Sucht, 66: 278-285.
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (o. D.). Breaking Meth, [Online] <https://www.breaking-meth.de/> [letzter Zugriff 15.09.2022].
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (2020). Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei Geflüchteten (PREPARE). https://www.zis-hamburg.de/projekt_detail/prepare/ [Online]. [Letzter Zugriff 22.09.2022].
- Zurhold, H. & Kuhn, S. (2022). Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe (LOGIN), Abschlussbericht für das Bundesgesundheitsministerium [Online]. Availabel https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/LOGIN_Abschlussbericht_final.pdf [Letzter Zugriff: 11.05.2022].

4.2 Methodik

Die Methodik der vergangenen Jahre wurde beibehalten (Höke et al., 2021; Tönsmeise et al., 2020).

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

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	8
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	10
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent (%).....	12
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent (%).....	12
Tabelle 5	Erst- und Wiederbehandelte anteilig nach Hauptdiagnose in Prozent (%).....	13
Tabelle 6	Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent (%).....	14
Tabelle 7	Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung	15
Tabelle 8	Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent (%) im ambulanten und stationären Setting	15
Tabelle 9	Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht in Prozent (%).....	16
Tabelle 10	Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Prozent (Prozentualer Anteil an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose).....	19
Tabelle 11	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen.....	24

5 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2012 bis 2021.....	41
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt am Stichtag 01.01.2021	42
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2008 bis 2021 (Stichtag 1. Juli).....	43
Abbildung 4	Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt im 1. Halbjahr 2021.....	44
Abbildung 5	Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2011-2021) in Prozent (%).....	48
Abbildung 6	Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%)	49
Abbildung 7	Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2010-2020) in Prozent (%)	50
Abbildung 8	Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2011-2021) in Prozent.....	51
Abbildung 9	Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2011-2021)	52