



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2018 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2017 / 2018)

Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Maria Friedrich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Franziska Schneider, Esther Dammer & Tim Pfeiffer-Gerschel,
IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL.....	5
1.1	Politik und Koordination	5
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	5
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	5
1.1.3	Weitere Aspekte der Behandlungssteuerung.....	6
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	6
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage	8
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	9
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	12
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	12
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots	13
1.2.6	Weitere Informationen zu den verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	13
1.2.7	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung.....	14
1.3	Kerndaten	15
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	15
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten	16
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten ...	16
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	16
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung	17
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	18
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	18
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	20
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	21
1.4.4	Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten.....	24
1.4.5	Zielgruppenspezifische Interventionen	24

1.4.6	E-Health-Angebote für Drogenabhängige, die online Beratung und Behandlung suchen	32
1.4.7	Behandlungsergebnisse und -erfolge	34
1.4.8	Soziale Integration	36
1.4.9	Anbieter von Substitutionsbehandlung	37
1.4.10	Charakteristika der Substitutionspatienten	38
1.4.11	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	39
1.4.12	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung.....	40
2	TRENDS	42
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Substitutionspatienten	42
2.2	Zusätzliche Informationen zu Trends in der Drogenbehandlung.....	45
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	45
3.1	Neue Entwicklungen	45
4	ZUSATZINFORMATIONEN	46
4.1	Zusätzliche Informationsquellen.....	46
4.2	Weitere Aspekte.....	46
4.3	Psychiatrische Komorbidität	46
5	QUELLEN UND METHODIK	46
5.1	Quellen	47
5.2	Methodik	54
6	TABELLENVERZEICHNIS	55
7	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	56

0 ZUSAMMENFASSUNG

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

Aufgrund der Umstellung des deutschen Kerndatensatzes der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) stehen die aktuellen Daten für das diesjährige Workbook „Behandlung“ noch nicht zur Verfügung. Sie werden jedoch im Statistischen Bulletin der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht. Ab dem nächsten Berichtsjahr können die Daten der ambulanten und stationären Klienten wieder voll umfänglich ausgewertet werden.

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht (2002) bis 2010 kontinuierlich gestiegen und in den vergangenen Jahren weitgehend stabil geblieben. Sie lag am Stichtag (01.07.2017) bei 78.800 Personen. 2017 haben insgesamt 2.599 Substitutionsärzte und -ärztinnen Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

Der prozentuale Anteil älterer Drogenabhängiger, die in Einrichtungen der Suchthilfe behandelt und betreut werden, ist in den vergangenen Jahren weiterhin gestiegen und setzt somit den Trend fort, der sich schon in einer Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)¹ aus dem Jahr 2009 abzeichnet.

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

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) sind nach Cannabis die am weitesten verbreiteten illegalen Drogen. Dabei zeigen sich keine Hinweise auf regionale Unterschiede. Konsumprävalenzen für Methamphetamin sind deutlich niedriger als für NPS. Allerdings ist die regionale Verbreitung von Methamphetamin sehr unterschiedlich. Die höchsten

¹ Die DSHS ist ein nationales Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe in Deutschland. Die dokumentierten Daten basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz (KDS). Der KDS ist ein suchthilfe-spezifisches Erhebungsinstrument, das sowohl in der ambulanten, als auch der stationären Suchthilfe weitgehend genutzt wird.

Lebenszeitprävalenzen des Konsums bestehen in Sachsen und Thüringen. Neue Daten hinsichtlich der Behandlung von NPS- und Methamphetaminabhängigen liegen nicht vor. Die Behandlungskapazitäten wurden in den besonders betroffenen Bundesländern ausgeweitet. Das Hilfesystem hat auf die Herausforderungen der aktuellen Migrationsproblematik reagiert und neue Angebote für Geflüchtete geschaffen. Dennoch gibt es weiterhin zahlreiche Hürden, die Migrantinnen und Migranten daran hindern, Suchthilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat sich die Möglichkeit zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln erweitert. Allein zwei große Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK und Techniker Krankenkasse – TK) haben in den ersten zehn Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes 13.000 Anträge auf Kostenübernahmen der Cannabisbehandlung erhalten.

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente für Patientinnen und Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht.

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; vgl. Piontek et al., 2017; Bartsch et al., 2017). Sie legt einen besonderen Schwerpunkt auf Suchtprävention und Frühintervention, betont jedoch auch die Notwendigkeit von Beratung und Behandlungsangeboten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten u. a. durch die Förderung von Projekten und durch Forschungsaufträge spezifische Akzente im Bereich Behandlung setzen, was es auch in 2017 getan hat (vgl. 1.4.5 und 1.4.6).

Schwerpunkte der Drogenbeauftragten bezüglich Behandlung sind weiterhin Amphetamine, insbesondere Crystal Meth, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und Cannabis. Sie stellen neben der dominierenden Alkoholproblematik in Deutschland die größte bzw. herausforderndste Problematik dar.

Die von der Bundesregierung 2017 beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BMG, 2017) regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen neu. Sie nimmt einen wichtigen Stellenwert bei der Verbesserung und Absicherung der Substitution in der ärztlichen Praxis ein. Die Erarbeitung einer evidenzbasierten Richtlinie zur Durchführung der Substitutionstherapie wurde in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt. Die neuen Richtlinien finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung (vgl. Dammer et al., 2017). Sie stellen v.a. eine Anpassung an neue wissenschaftliche Evidenzen dar und garantieren damit die Qualität der Behandlung.

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

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

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

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

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)).

1.1.3 Weitere Aspekte der Behandlungssteuerung

Es liegen keine neuen Informationen vor.

1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung

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

Im Jahr 2017 wurde erstmals der weiterentwickelte Deutsche Kerndatensatz² (KDS 3.0) zur Anwendung gebracht, der von den Suchthilfeeinrichtungen zur Dokumentation benutzt wird. Einrichtungstypen wurden zu neuen Kategorien zusammengefasst, wie z. B. ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen, sowie Fach- und Institutsambulanzen zu der neuen Kategorie „Ambulante Einrichtungen“. Aufgrund der neuen Dokumentationsweise sind die Daten des Behandlungsjahres 2017 nur bedingt mit den Daten der Vorjahre vergleichbar und entsprechen auch nicht der Standardtabelle (ST) 24, die im Jahr 2017 entsprechend der zu jenem Zeitpunkt gültigen Kategorien ausgefüllt wurde (vgl. Tabelle 1).

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke und -gefährdete darstellen. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen allerdings keine systematisch ausgewerteten Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind neben der hausärztlichen Versorgung ca. 1.660 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 388 stationären Therapieeinrichtungen (Rehabilitation) und 1.036 Einrichtungen der Soziotherapie statt (IFT, 2017). Auch den 409 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 94 ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.367 Betten für Suchtkranke (Destatis, 2017), kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung, sondern auch für Kriseninterventionen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten zuständig.

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (89 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege. In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 56 % der Hilfeinrichtungen dar. Auch öffentlich-rechtliche und privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 8 % bzw. 2 %, stationär 14 % bzw. 29 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 1 % der ambulanten und 2 % der stationären Einrichtungen aus (Specht et al., 2018).

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

Viele Suchthilfeträger, v.a. in den größeren Städten, halten verschiedene Angebote für Drogenabhängige vor, 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 derzeit nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen

² Der KDS ist ein suchthilfespezifisches Erhebungsinstrument, das sowohl in der ambulanten, wie auch der stationären Suchthilfe weitgehend genutzt wird.

Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Die Kooperation und Vernetzung umfasst sowohl schriftliche Vereinbarungen zur Arbeitsteilung als auch klientenbezogene Fallkonferenzen. Ca. 40 bis 60 % der ambulanten Einrichtungen geben an, mit „Ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen“, „Beratungsstellen und Fachambulanzen“, „Betreutem Wohnen“ und „Arbeitsagenturen und Jobcenter“ verbindlich zu kooperieren.

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 diesjährigen Daten sind daher nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Nach wie vor stellen jedoch die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe mit 1.667 den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung. Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden. Wie niedrigschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Diese ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle & Harter, 2011). Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Grundsätzlich erfolgt die Beratung kostenlos.

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von ärztlichen Praxen durchgeführt. Sie stellen bei der Behandlung von Opioidabhängigen einen wichtigen Faktor dar. Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen dabei die medizinische Behandlung, einschließlich der Vergabe des Substituts. 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.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe*

Einrichtungsart Bezeichnungsart gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.667	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren: 1.500 - niedrigschwellige Einrichtungen: 268 - Institutsambulanzen: 84 (Daten aus Berichtsjahr 2016) (Vgl. Bartsch et al., 2017)	Ca. 600.000 - >500.000 - Keine Angaben - 91.800 (Vgl. Bartsch, 2017)
Low-Threshold agencies	Keine Angabe (k.A.)	Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.
General primary health care (e.g. GPs)	>2.600	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>78.800
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach of transferred)	69	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

* Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt und damit die Datenerhebung geändert. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene ambulante Einrichtungsarten zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Aktuelle Zahlen über spezialisierte Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen sowie ganztägig ambulante Soziotherapie, ambulantes betreutes Wohnen und Beschäftigungsprojekte liegen derzeit nicht vor. Zur Orientierung sind die jeweiligen spezialisierten Zahlen aus dem Berichtsjahr 2016 in Klammern angefügt.

(IFT, 2017; Bundesopiumstelle (BOPST), 2018; Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, 2018)

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 (z. B. in Sachsen) die Beratungs- und Behandlungskompetenzen und -kapazitäten bezüglich (Meth-)Amphetamin ausgebaut worden (Sächsische Landesstelle für Suchtfragen e.V., 2018). In der Antwort auf eine „Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Drs. 6/11188“ bestätigt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die Aufstockung der

Mittel für die crystalspezifische Suchthilfe und entsprechende Wohnprojekte, um der gesteigerten Nachfrage nach Beratung und Betreuung nachzukommen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 10.01.2018).

Insgesamt hat sich die Situation der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren nicht grundsätzlich geändert. Jedoch geht die kommunale Finanzierung in einigen Gemeinden zurück, während sich gleichzeitig das Anforderungsprofil erweitert. Vermittlungen aus den Suchtberatungs- und Behandlungsstellen machen weiterhin den größten Anteil aller Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation aus.

Eine neue Studie des Robert Koch-Instituts (RKI, 2018)³ untersucht die Behandlung von Infektionskrankheiten bei Inhaftierten. In Deutschland ist ein systematisches Screening auf Infektionskrankheiten bei Haftinsassen nicht flächendeckend eingeführt. Teststrategien auf HIV und HCV unterscheiden sich in den Bundesländern und teilweise von Justizvollzugsanstalt (JVA) zu JVA und reichen von einem Zwangstest bei Antritt der Haft bis hin zu einem Testangebot nur auf eigenen Wunsch oder bei klinischen Symptomen. Auch das TB-Screening ist heterogen, vom systematischen Röntgenthorax-Screening bei allen Personen, die in Berlin inhaftiert werden, bis hin zu einem diagnostischen Screening nur bei Symptomen in den meisten Bundesländern.

Ziel der Untersuchung war

1. die Einschätzung der Verfügbarkeit und Art von Arzneimitteln zur Behandlung der genannten Krankheiten bei Inhaftierten in Deutschland und
2. eine Schätzung des Anteils behandelter Personen unter den Inhaftierten je Bundesland und für die gesamte Studienpopulation im untersuchten Zeitraum Januar 2012 bis März 2013.

Während dieses Untersuchungszeitraums waren 67.607 Menschen in 186 Gefängnissen in Deutschland inhaftiert. Die Studie wertete keine patientenbezogenen Daten aus, sondern es wurde eine Sekundärdatenanalyse von Apothekenverkaufsdaten der Arzneimittel zur Behandlung von Opioidabhängigkeit, TB, HIV-Infektionen und HCV-Infektionen an JVAen und Justizvollzugskrankenhäusern (JVKen) in ausgewählten Bundesländern zwischen Januar 2012 und März 2013 durchgeführt.

Das „Defined Daily Dose-(DDD-)Konzept“ bildete die Grundlage für die Sekundärdatenanalyse. Substanzen, die für die Behandlung der Krankheit typischerweise verwendet werden, wurden als Markersubstanzen für die jeweilige Krankheit definiert. Es wurden definierte Tagesdosen (DDD) der Markersubstanzen verwendet, um die Anzahl der täglich behandelten Personen zu berechnen. Die DDD wurde auf Basis der aktuellen nationalen Behandlungsrichtlinien, Fachinformationen und einer Literaturrecherche festgelegt.

³ Alle in diesem Abschnitt folgenden Daten und Informationen beruhen auf der zitierten RKI-Studie.

Im Untersuchungszeitraum stellten die 11 teilnehmenden Bundesländer mit 34.191 Inhaftierten in 97 JVAen fast die Hälfte aller Inhaftierten in Deutschland dar. Insgesamt wurden 41 % der in die Studie eingeschlossenen JVAen mit Arzneimitteln gegen TB, 71 % der JVAen mit HIV-Arzneimitteln und 58 % mit HCV-Arzneimitteln versorgt. Darüber hinaus erhielten 58 % der teilnehmenden JVAen Arzneimittel zur opioidgestützten Behandlung (OST).

Die medizinische Behandlung der untersuchten Krankheiten fand im Untersuchungszeitraum in den JVAen der teilnehmenden Bundesländer statt. Es zeigten sich jedoch teils große Unterschiede im Ausmaß der Behandlung, insbesondere bei der opioidgestützten Behandlung (OST) und der HCV-Therapie.

Die große Spanne der Behandlungsprävalenzen für OST (0 % im Saarland bis 7,9 % in Bremen) deutet auf eine sehr unterschiedliche Handhabung der Behandlungsmöglichkeiten hin. Insbesondere die nördlichen Bundesländer zeigten hohe OST-Raten, was deren liberalere und auf Schadensminimierung ausgerichtete Politik unterstreicht, wohingegen im Saarland, Bayern und in den östlichen Bundesländern nur einige wenige JVAen mit OST-Mitteln beliefert wurden. Die fehlende und niedrige Behandlungsprävalenz im Saarland und in Bayern weist auf eine reine Entzugsbehandlung statt Substitution und eine stark an Abstinenz orientierte Politik im dortigen Justizvollzug hin.

Die Gesamt-OST-Behandlungsprävalenz von 2,18 % in der Studie entspricht ungefähr den OST-Behandlungsprävalenzen, die in anderen Studien für das Setting Haft festgestellt wurden (Schulte et al., 2009; Reimer, 2009). Injizierender Drogenkonsum, meist Opioidkonsum, liegt jedoch bei 22 - 30 % der Inhaftierten vor, d. h. nur etwa 10 % von diesen erhalten eine angemessene Substitution, in manchen Bundesländern weitaus weniger. OST ist, insbesondere in Kombination mit anderen Strategien zur Schadensminimierung, eine evidenzbasierte Maßnahme für die HIV- und HCV-Prävention. In der regulierten Gefängnisumgebung, mit überwachter Anwendung, Regelmäßigkeit der Aufnahme und strukturiertem täglichen Leben, ist OST gut durchführbar. Substituierte zeigen zudem häufig eine höhere Compliance in Bezug auf eine antivirale und antiretrovirale Behandlung.

Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass die Behandlung von chronischen Infektionen und OST bei Inhaftierten von strukturellen und individuellen Faktoren abhängig zu sein scheint, z. B. der Struktur der Gesundheitsversorgung in der jeweiligen JVA, aber auch von der politischen Haltung gegenüber Drogenkonsum und der Verteilung des Finanzbudgets für die medizinische Behandlung in der jeweiligen JVA und im Bundesland. Die Unterschiede spiegeln das dezentrale föderale System in Deutschland wider, in dem die Bundesländer unterschiedliche Ansätze in Bezug auf das Management der medizinischen Versorgung verfolgen (vgl. das diesjährige Workbook „Gefängnis“, Schneider et al., 2018).

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

Weitere aktuelle Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsangebote siehe Kapitel 1.4.5 Zielgruppenspezifische Interventionen.

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine in der Öffentlichkeit häufig unterschätzte Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führen jährlich insgesamt über 110.000 Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betreffen. Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbidität zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch privaten Krankenversicherungen, übernommen oder müssen vom Behandelten selbst bezahlt werden.

Zur stationären Behandlung zählt ebenfalls die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind vorrangig die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig; für junge Menschen die Kinder- und Jugendhilfe. Nachrangig sind die Krankenversicherungen zuständig.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach geschädigte Patientinnen und Patienten richten, häufig solche mit psychiatrischer Komorbidität (vgl. 4.3). 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)⁴

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	344*	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	110.000***
Residential drug treatment (non-hospital based)	388*	Stationäre Rehabilitations- einrichtungen***	19.788***
Therapeutic communities	Keine Angaben (k.A.)	k.A.	k.A.
Prisons	Ca. 47***	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	1.036***	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

(*Destatis, 2017; **IFT, 2017; *** DRV, 2017 und Nauman & Bonn, 2018)

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Ca. 10 % der Einrichtungen, die stationäre Entwöhnungen durchführen, haben Konzepte entwickelt, die Entwöhnungen auch für Patientinnen und Patienten unter Substitution anbieten. Die Voraussetzungen dafür wurden in der Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen geschaffen (Kuhlmann, 2015; Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger, 2001).

1.2.6 Weitere Informationen zu den verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen 2016 weiter gesunken. Zusätzlich verstärkt die Höhe der Nicht-Antrittsraten zur Entwöhnungsbehandlung den wirtschaftlichen Druck auf viele stationäre Einrichtungen. Es bleibt abzuwarten, ob die 2016 vereinfachten Zugangswege vom Qualifizierten Entzug in die Rehabilitation die Situation verbessern. In Mitteldeutschland (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) wurden damit gute Erfahrungen gemacht (Ueberschär et al., 2017; Bartsch et al., 2017).

⁴ 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.

1.2.7 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

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

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, niedragschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	8 %	89 %	2 %	1 %
Niedragschwellige Einrichtungen	Keine Information (k.l.)	k.l.	k.l.	k.l.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutions-behandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrische Dienste)**	80 - 100 % je nach Bundesland*	0 - 20 % je nach Bundesland*	-	-
Einrichtungen im Strafvollzug	k.l.	k.l.	k.l.	k.l.

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

** Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass jeder Landkreis (294) und jede kreisfreie Stadt (107) in Deutschland über einen SpDi bzw. ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum verfügt. Besonders in Süddeutschland sind die Dienste über Wohlfahrtsverbände organisiert. Diese teilen sich in vielen Fällen das Gebiet auf, so dass mehrere SpDis in einer kreisfreien Stadt oder einem Landkreis vorhanden sind. Insgesamt beläuft sich die Anzahl der sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Zentren auf 478.

(IFT, Nov. 2017; Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, 2018)

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).

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	14	56	29	2
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	Annähernd 0	81	4	15

(Specht et al., 2018; IFT, 2017)

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Ambulante Behandlung

Es liegen keine neuen repräsentativen bundesweiten Behandlungsdaten vor.

Stationäre Behandlung

Zur Stationären Behandlung liegen derzeit nur repräsentative Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2018) und der Deutschen Krankenhausstatistik (Destatis, 2017a) vor.

Tabelle 5 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen

	DRV Berichtsjahr 2017			Destatis Berichtsjahr 2016		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
F10 Alkohol	15.395	5.636	21.031	234.785	87.820	322.605
F11 Opioide	1.336	344	1.680			34.977
F12 Cannabinoide	2.119	430	2.459			17.495
F13 Sedativa / Hypnotika	101	146	247			10.166
F14 Kokain	517	56	573			3.247
F15 Stimulantien	1.189	398	1.587			9.695
F16 Halluzinogene	8	2	10			724
F17 Tabak	41	8	49			177
F18 Flüchtige Lösungsmittel	3	6	9			131
F19 Multipler Substanzkonsum	2.275	436	2.711			33.810
Sucht insgesamt	22.984	7.462	30.446			433.030
F11 - 16, F18 - 19 Drogen insgesamt	7.548	1.818	9.366			110.248

(DRV, 2018; Destatis, 2017a)

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten

Aufgrund der eingeschränkten Datenlage kann die Darstellung der prozentualen Verteilung der verschiedenen Substanzabhängigkeiten in der Bevölkerung nicht veranschaulicht werden.

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Hierzu liegen keine weiteren Informationen vor.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

Schneider (2016) hat in einer explorativen Studie Konsummuster und Beeinträchtigungen von 194 Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten untersucht, die in ambulanten

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

Stationäre Behandlung

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

Die Deutsche Rentenversicherung liefert eine umfangreiche Statistik ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Art, der Dauer und dem Ergebnis der Leistung sowie eine Übersicht der Aufwendungen und Erträge und des Bettenbestands in eigenen Einrichtungen. Insgesamt erhielten 9.366 Personen (7.548 Männer, 1.818 Frauen), die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, die Diagnose „Psychische Verhaltensstörungen durch Medikamente / Drogen“. Davon waren 914 Personen Ausländer. Es wurden durchschnittlich 93 Pflage tage in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter nach Abschluss der Leistung betrug 34,1 Jahre und ist im Vergleich zu anderen in Anspruch genommenen Reha-Leistungen das niedrigste Alter (zum Vergleich Alkoholrehabilitation: 46,6 Jahre) (DRV, 2018).

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2016
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation 2016
- Krankenhausdiagnosestatistik 2016 und 2017
- Regionale Monitoringsysteme, wie z. B. BADO in Hamburg (Martens & Neumann-Runde, 2016)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“.

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

Beratungs- und / oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen

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

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

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Neben Kontakt- und Gesprächsangeboten offerieren sie weitere Hilfen, wie z. B. medizinische und hygienische Grundversorgung, aufsuchende Straßensozialarbeit, Infektionsprophylaxe oder Rechtsberatung. In einigen großen Städten gibt es auch Konsumräume. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige öffentliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2018“ 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. 154.000 niedergelassene Ärzte (BÄK, 2017) mit etwa 20 % suchtkranken Patientinnen und Patienten. Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.7 bis 1.4.10.

Tabelle 6 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in ambulanten Drogeneinrichtungen

	Spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren	Niedrigschwellige Einrichtungen	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrische Zentren
Psychosoziale Beratung und Behandlung	100 %	100 % Beratung, wenn erwünscht, keine Behandlung	0	100 %
Screening und Behandlung psychischer Erkrankungen	Nur Screening, keine Behandlung	0	Behandlung nur durch Fachärzte	100 %
Case Management (CM)	95 %	CM nur bei denen, die Beratung nachfragen	Keine Angaben, CM wird in der Regel bei Abhängigkeit nicht angewandt	100 %
Substitutionsbehandlung	20 %	0	2,1	0
Andere Behandlungen	-	-	-	-

(Expertenschätzung)

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVAen) kooperieren regional mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Externe Sozialarbeiter beraten und vermitteln ggf. in Therapie nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafverfolgung bei Aufnahme einer Therapie). In manchen Gefängnissen ist eine Substitutionsbehandlung möglich (siehe auch Kap. 1.2.2).

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

Psychiatrische Institutsambulanzen

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

Sozialpsychiatrische Dienste

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

Ambulante medizinische Rehabilitation

Zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im ambulanten rehabilitativem 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 und SGB XII. Die Planung obliegt den Agenturen für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung, den Sozialhilfeträgern sowie den Leistungserbringern.

1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Insgesamt sind an der ambulanten Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen 28.631 Psychotherapeuten und 6.737 spezialisierte Fachärzte beteiligt. Von den Psychotherapeuten sind 6.084 ärztliche Psychotherapeuten und 22.547 psychologische Psychotherapeuten (DGPPN, 2017). Daten der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland weisen noch höhere Zahlen aus. Demnach sind in ambulanten Einrichtungen 32.309 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten beschäftigt. Die

Zahl der Therapeutinnen und Therapeuten hat seit 2009 kontinuierlich zugenommen⁵. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern. Wie hoch der Anteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist, die Suchtkranke behandeln, ist unbekannt.

1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote

Entgiftung

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

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

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

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

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

⁵ http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D
[Letzter Zugriff: 26.11.2018].

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

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

Tabelle 7 **Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Drogeneinrichtungen**

	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	Therapeutische Gemein-schaften	Maßregel-vollzug
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)

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

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

Versorgung Drogenabhängiger in Deutschland“ des REITOX-Berichtes 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012).

Behandlung im Strafvollzug

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Straftäter bzw. der Behandlung der für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie.

Psychiatrische Kliniken

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

Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine sogenannte Adaptionsphase anschließen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt. Sie ist insbesondere für diejenigen Patienten gedacht, bei denen ein hoher Rehabilitationsbedarf gegeben ist, wie z. B. bei Abhängigen mit psychiatrischer Komorbidität (vgl. Abschnitt 4.3). Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern. Eine ausführliche Beschreibung von Inhalten und Zielen der Adaptionsbehandlung findet sich in einer Publikation des buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss, 2016).

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

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

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

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

1.4.4 Weitere Informationen zu verfügbaren stationären Behandlungsangeboten

Es stehen keine weiteren Informationen zur Verfügung.

1.4.5 Zielgruppenspezifische Interventionen

Kürzlich eingereiste 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 hier entwickelt – zunahmen. Um Umfang und Art des Substanzkonsums unter den jungen Geflüchteten zu ermitteln, förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Projekt „Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern“ (UMA). Ein weiteres Ziel war es, vorhandene Konzepte und Probleme der Fachkräfte im Umgang mit konsumierenden unbegleiteten minderjährigen Ausländern zu identifizieren und Möglichkeiten der besseren Versorgung dieser Zielgruppe aufzuzeigen – sie gehören zu den schutzbedürftigsten Flüchtlingsgruppen. Der Schutzbedarf zeigt sich auch deutlich in Studien zur psychischen Belastung dieser Zielgruppe. Aus den Studien geht hervor, dass schätzungsweise etwa die Hälfte von ihnen psychische Auffälligkeiten aufweist und unbegleitete minderjährige Geflüchtete signifikant häufiger als begleitete Minderjährige traumatische Erfahrungen gemacht haben. Inwiefern sich traumatische Erlebnisse in einen Substanzkonsum niederschlagen, ist bislang weitgehend unbekannt. Insgesamt liegen auch nur wenige Informationen zum Ausmaß des Substanzkonsums sowie zur Art der konsumierten Substanzen bei unbegleiteten minderjährigen Ausländern vor (Zurhold, 2017).

Eines der neu aufgebauten Angebote für Geflüchtete heißt „Guidance“ und ist in Berlin beim Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V. (DND) angesiedelt. Die Mitarbeitenden wurden hinsichtlich rechtlicher Aspekte, insbesondere Asyl- und Sozialrecht, spezifischer Methoden der Gesprächsführung (Motivierende Gesprächsführung, kultursensible Beratung) und Präventionselementen (Grundlagen Frühintervention) geschult. Alle erforderlichen Dokumente für die Beratung (z. B. Aufklärung über die Schweigepflicht und den Datenschutz) wurden übersetzt.

Das Angebot besteht neben den Einzelberatungen zum Einen in offenen Sprechstunden auf Arabisch und Persisch, die im Durchschnitt von 8 - 12 Personen nachgefragt werden, zum Anderen in Gruppenveranstaltungen zur Frühinterventionen. 2017 wurden zehn dieser Veranstaltungen durchgeführt. Die Teilnehmenden waren mehrheitlich 16 - 25 Jahre alt. Es wurde insbesondere über Tabak, Alkohol, THC und Partydrogen interaktiv aufgeklärt. Durchschnittlich nahmen 10 - 20 Personen an einem Frühinterventionskurs teil, alle Kurse wurden durch Sprach- und Kulturmittelnde begleitet.

Darüber hinaus werden Fortbildungen und Coachings für Mitarbeitende der Geflüchtetenhilfe, des Jugendamts, der Jugendhilfe, des betreuten Wohnens und von Gemeinschaftsunterkünften und Krankenhäusern durchgeführt. 2017 fanden insgesamt 24

Veranstaltungen statt, z. T. in Kooperation mit der Fachstelle für Suchtprävention. Für 2018 sind bereits 14 feste Termine vereinbart.

Im Folgenden werden einige Rahmenbedingungen beschrieben, unter denen die Beratung erfolgt.

Um die Versorgung zu ermöglichen, werden (Substitutions-)Ärztinnen und -Ärzte hinzugezogen. Diese erhalten Unterstützung durch Sprachmittler von Guidance oder dem Gemeindedolmetschdienst (GDD). Dokumente werden für die kooperierenden Ärztinnen und Ärzte übersetzt. Die Organisation der Sprachmittlung für Aufnahmegespräche und wichtiger Arztgespräche erfolgt durch Guidance. Wie in einer regulären psychosozialen Betreuung finden Einzelgespräche und Gespräche zwischen Patienten, Ärzten und Beratern statt. Für die Vermittlung in die Entgiftung (z. B. qualifizierter Entzug, Entgiftung von Beikonsum) wurden Kooperationen mit zwei Krankenhäusern geschlossen. Auch dabei werden die Aufnahme und die Klärung aller nötigen Behandlungsvoraussetzungen (Kostenübernahme, Einweisung, Sprachmittlung) durch das Projekt organisiert.

37,9 % der Ratsuchenden konsumierten Heroin oder andere Opiate, nur wenige haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe oder können den Anspruch aufgrund fehlender Sprachkompetenzen noch nicht geltend machen.

Ergebnisse der Einzelberatungen:

Im Jahr 2017 (01. Jan. 2017 - 31. Dez. 2017) wurden insgesamt 371 Betroffene oder Angehörige im Einzelsetting beraten (2016 waren es 71). Davon waren 126 Einmalkontakte und 245 Betreuungen (> 2 Kontakte). 98,1 % der Ratsuchenden waren männlich. Von den 1,9 % der Frauen waren 4 selbst betroffen, 3 Angehörige. In 84,4 % der Beratungen war Sprachmittlung nötig. Die Sprachmittlung erfolgte über die für Guidance arbeitenden Sprachmittler (Arabisch, Persisch, Usbekisch) sowie über kostenpflichtige Sprachmittler des GDD. 55,2 % der Betroffenen lebten in Gemeinschafts- oder Notunterkünften, 12,3 % im eigenen Wohnraum, 6,6 % waren wohnungslos. 25,9 % machten keine Angabe. 20,6 % der Betroffenen waren Selbstmelder, 14 % wurden durch das soziale Umfeld vermittelt – dies zeigt, dass das Angebot angenommen wird. Weitere Zuweiser waren Jugendhilfe (16,5 %), (Substitutions-)Ärztinnen und -Ärzte (12,8 %), Unterkünfte / Wohnen (15,6 %), andere Suchtberatungsstellen (5,3 %), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (1,6 %), andere Beratungsdienste (3,7 %), Jugendämter (3,3 %) und Polizei (2,5). 38,7 % der Betroffenen hatten bereits Kontakt zur Suchthilfe, z. B. zu niedrigschwelligen Projekten, waren Wiederaufnahmen aus 2016 oder hatten Kontakt im Herkunftsland.

Der Großteil der Klientinnen und Klienten verfügte über eine Duldung (54,7 %) oder hatte keine gültige Aufenthaltsgenehmigung (5,3 %) – dies wirkte sich insbesondere auf die Vermittlung und Inanspruchnahme von Hilfen sehr ungünstig aus, da entweder kein Anspruch darauf besteht oder die Einleitung von Maßnahmen sehr zeitintensiv ist.

Auch 2017 war die Hauptsuchtdiagnose die Abhängigkeit von Opiaten (37,9 % Heroin, 9,5 % Methadon, 1,6 % Buprenorphin, 4,9 % andere Opiate). 5,8 % konsumierten i.v., 61,3 % rauchend. Die intravenös Konsumierenden konnten überwiegend hinsichtlich Safer-Use und

Harm Reduction beraten werden und / oder zu Testangeboten bei Ärztinnen und Ärzten oder bei niedrighschwelligem Einrichtungen vermittelt werden. 8,9 % wurden in Substitution vermittelt, 0,6 % (eine Person) in psychosoziale Betreuung.

10,7 % der Betroffenen konsumierten abhängig Alkohol, 27,2 % Cannabis und / oder synthetische Cannabinoide, 1,2 % Kokain sowie je 0,8 % Crack, Amphetamine, XTC.

Der überwiegende Teil der Ratsuchenden (82,7 %) wurde bis zu 3 Monate betreut. Die Kontaktanzahl spiegelt den zeitlich hohen Aufwand wider: 36,3 % bis 6 Kontakte, 27,4 % bis 12 Kontakte, 36,3 % über 12 Kontakte. Letzteres bezieht sich insbesondere auf Menschen, die einen hohen Bedarf haben, aber nicht vermittelt werden konnten (kein Leistungsanspruch, Sprachbarriere). Insgesamt konnten nur 45,2 % der Klientinnen und Klienten in indizierte Maßnahmen vermittelt werden. Der Bedarf ist (auch bei den Vermittelten) wesentlich höher, insbesondere an Vermittlung in passende (therapeutische) Wohnangebote, Angebote der Jugendhilfe und (suchtspezifische-)therapeutische Maßnahmen. 29,2 % wurden in den stationären Entzug vermittelt, 8,9 % in Substitution. Nur eine Person konnte in eine stationäre Rehabilitation vermittelt werden, 1,8 % in Psychotherapie, 3,6 % in Akutbehandlungen (Psychiatrie), 1,8 % zu Institutsambulanzen, 0,6 % zur regionalen Suchtberatung. Auffällig ist, dass außer der Vermittlung in den Entzug und / oder Substitution kaum suchtspezifische Vermittlungen stattfinden konnten. Ursachen sind fehlende passende Angebote, fehlende Leistungsansprüche und Sprachbarrieren⁶.

Ältere Drogenabhängige (40+)

Relevante Daten zu älteren Drogenabhängigen stehen in Deutschland außer zu Alkohol- und Medikamentenabhängigen hauptsächlich zu Opioidabhängigen zur Verfügung. Cannabiskonsumierende sind in der Regel jünger und nicht im selben Maße gesundheitlich geschädigt wie Opioidabhängige.

Die Grundaussagen des Reitoxberichts 2009 mit dem ausgewählten Thema „Behandlung und Pflege älterer Drogenabhängiger“ sind hinsichtlich Einflussfaktoren auf das Älterwerden von Drogenabhängigen bzw. die gestiegene Lebenserwartung, die soziale Situation sowie die physische und psychische Gesundheit noch immer gültig (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Daher wird in diesem Kapitel nur über aktuelle Daten der Behandlung berichtet sowie Entwicklungen im Bereich der Einrichtungen.

Krankenhausbehandlung

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser zeigen, dass auch hier der Anteil der älteren Opioidabhängigen sehr hoch ist. 42,6 % der insgesamt 43.977 in Krankenhauspsychiatrien behandelten Opioidabhängigen waren älter als 40 Jahre. Die 40- bis 45-Jährigen bilden dabei mit 37,5 % der älteren Opioidabhängigen (40+) die Spitze. Es folgen die jeweils nächst

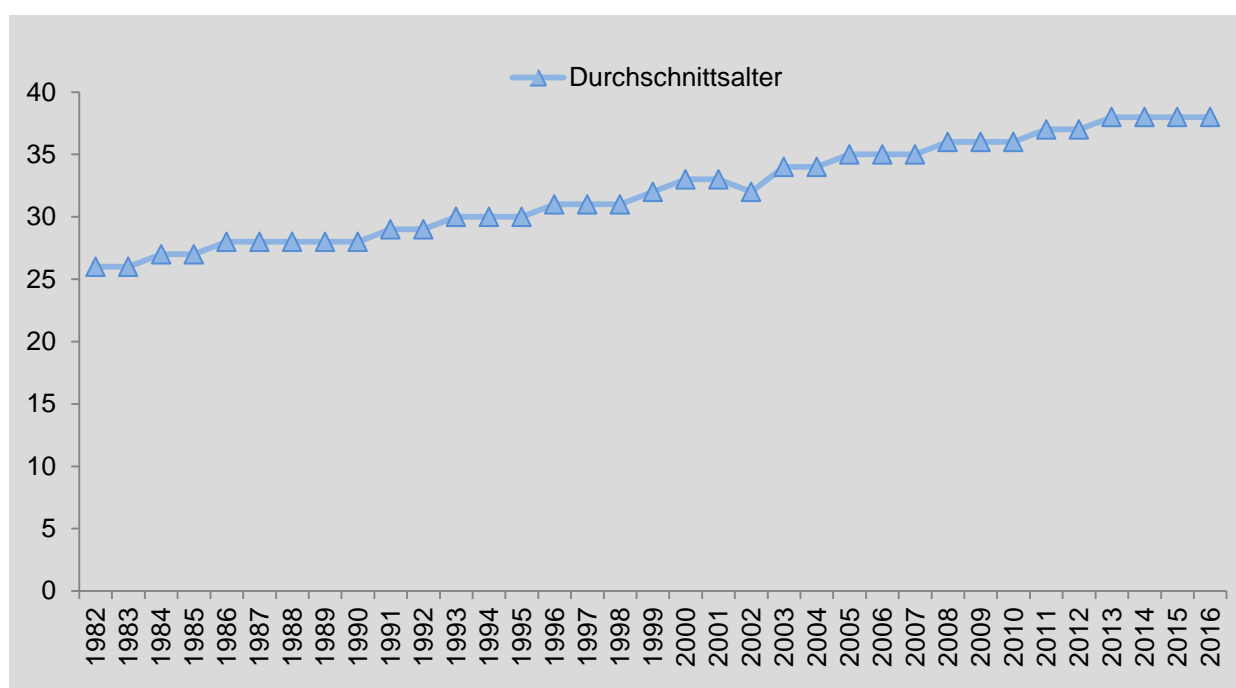
⁶ Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. Januar 2018; siehe auch Bartsch et al., 2017.

höheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 28,5 %, 16,5 % und 8,4 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 9 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2017a).

Drogentote

Das Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2018“ (Dammer et al., 2018) geht detailliert auf die Problematik der Drogentodesfälle ein. Daher werden an dieser Stelle nur altersrelevante Informationen berichtet.

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Drogentodes stieg kontinuierlich von 26 Jahren im Jahr 1982 auf 38 Jahre im Jahr 2016 an. Dies zeigt, dass sich der Anstieg des Durchschnittsalters in der Behandlung auch bei den Drogentodesfällen fortsetzt (Kraus & Seitz, 2018).



(Kraus & Seitz, 2018)

Abbildung 1 Durchschnittsalter der Drogentodesfälle 1982 - 2016

Entwicklungen in der Versorgung

Einige Träger nahmen die Anregungen der im Reitoxbericht 2009 dargestellten Diskussionen über spezialisierte Alterseinrichtungen für Drogenabhängige auf und setzen sie in neuen Einrichtungen bzw. Angeboten um. So bietet z. B. Condrops niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Unterstützung an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung des betreuten Wohnens und ein Arbeitsprojekt mit ein.

Bekanntestes Projekt für ältere Drogenabhängige ist LÜSA (Langzeit Übergangs- und Stützungsangebot). LÜSA bietet für über 30 schwerstabhängige und chronisch mehrfach geschädigte drogenabhängige Menschen 30 stationäre Plätze in verschiedenen konzipierten

Wohnangeboten. Ziel des bis zu zwei Jahren (im Einzelfall auch länger) dauernden Aufenthalts ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Die von LÜSA aufgenommene Zielgruppe besteht seit Beginn des Projektes aus spezifischen Teilzielgruppen, die aufgrund ihrer psychischen oder / und körperlichen Störung dauerhaft behindert sind und auch langfristig nicht mehr in der Lage sein werden, selbständig zu wohnen / zu leben. Auf die Gesamtlaufzeit bezogen, gehören 31 % der aufgenommenen Personen zu dieser Teilzielgruppe der dauerhaft behinderten Menschen.

Im Folgenden werden einige Daten⁷ zu dieser spezifischen Teilzielgruppe vorgestellt:

- der Frauenanteil beträgt 34,4 %, der Männeranteil 65,6 %;
- 69,8 % der Bewohner / -innen sind über 45 Jahre alt; der Anteil der 35- bis 45-Jährigen beträgt 30,2 %;
- 52,2 % konsumieren seit über 25 Jahren Drogen;
- bei 30 % steht eine psychische Störung im Vordergrund der Erkrankung, bei 70 % eine physische Störung;
- 94,89 % der Bewohner / -innen sind HEP-C positiv;
- 34,8 % sind anerkannte Schwerbehinderte;
- 24,9 % stehen unter gesetzlicher Betreuung;
- 78 % haben Erfahrung mit einem Aufenthalt in einer Justizvollzugsanstalt (JVA);
- 8,7 % sind an den Folgen einer HIV/HEP C-Infektion verstorben;
- 17,4 % wurden disziplinarisch entlassen oder haben ihren Aufenthalt abgebrochen;
- 26,1 % wurden in andere Hilfeeinrichtungen vermittelt, 8,9 % in selbständiges Wohnen (z. T. „Ambulant Betreutes Wohnen“).

Im Rahmen der Betreuung HIV-positiver Menschen sind verschiedene Wohn- und Pflegeprojekte gegründet worden, die auch suchtkranke Betroffene aufnehmen, die pflegebedürftig sind. Insgesamt gibt es deutschlandweit inzwischen 53 derartige Einrichtungen, darunter ein Hospiz sowie sieben Pflegeeinrichtungen (HIV Kompass). Als Beispiel sei hier der Berliner Einrichtungsverbund „Zu Hause im Kiez GmbH“ genannt. An elf unterschiedlichen Standorten bestehen Angebote, die den Betroffenen eine bedarfsgerechte Lebensweise ermöglichen. Ziel ist es, allen Betroffenen ein selbstbestimmtes und verantwortungsbewusstes Leben zu ermöglichen.

Darüber hinaus gibt es aufgrund von Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit Modellprojekte, die eine bessere Verzahnung von Sucht- und Altenhilfe bewirken und

⁷ LÜSA – Langzeit Übergangs- und Unterstützungsangebot. Geschichte – Zahlen – Fakten [Online]. <http://www.luesa.de/> [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

Beispiele gelungener Kooperation darstellen. Sie erreichen jedoch primär Alkohol- und Medikamentenabhängige⁸.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und Methamphetamin

NPS sind nach Cannabis und der Gruppe der Amphetamine / Methamphetamine die am häufigsten konsumierten illegalen Substanzen in Deutschland (Gomes de Matos et al., 2016). Wie Methamphetamine stellen sie die notärztliche Versorgung und die Suchthilfe vor große Herausforderungen. Daher wurde erstmals in sechs Bundesländern eine Studie zur Verbreitung des Konsums durchgeführt (Gomes de Matos et al., 2018). Anhand epidemiologischer Daten aus Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen werden regionale Muster im Konsum von NPS und Methamphetamin in Deutschland beschrieben. Die Datenbasis bildet der Epidemiologische Suchtsurvey 2015 auf Grundlage einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung, die in den untersuchten Bundesländern um zusätzliche Fallzahlen erweitert wurde. Ziel war es, mögliche regionale Unterschiede des Konsums von NPS und Methamphetamin zu ermitteln.

Regionale Unterschiede im NPS-Konsum konnten nicht festgestellt werden. Der Konsum von NPS ist über die untersuchten Bundesländer hinweg gleich stark verbreitet. Methamphetamin wird selten konsumiert, wobei der Konsum in Sachsen und Thüringen vergleichsweise höher zu sein scheint. Die Analyse der Risikofaktoren muss aufgrund teils geringer Fallzahlen bezüglich des Konsums vorsichtig interpretiert werden (Gomes de Matos et al., 2018).

Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Methamphetamin schwankte zwischen 0,3 % (Nordrhein-Westfalen) und 2,0 % (Sachsen). Thüringen und Sachsen wiesen im Vergleich zum Durchschnitt signifikant erhöhte Werte auf. Für NPS fanden sich Zahlen zwischen 2,2 % (Bayern) und 3,9 % (Hamburg), wobei eine multivariate Analyse keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigte. Höheres Alter und höherer Bildungsstand waren mit einem verringerten Konsumrisiko für NPS und Methamphetamin verbunden, Tabak- und Cannabiskonsum jeweils mit einem erhöhten Konsumrisiko (Gomes de Matos et al., 2018; Workbook „Drogen“, 2018; Piontek et al., 2018).

Frauenspezifische 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. Schon 2004 erarbeitete der DHS-Fachausschuss „Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ ein Grundsatzpapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“ (DHS, 2004). Weitere Diskussionen und Veröffentlichungen folgten, wie z. B. „Qualitätsmerkmale und

⁸ BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Homepage. Forschungsbericht Analyse Sucht im Alter [Online]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Bericht_e/Forschungsbericht/Abschlussbericht_Analyse_Sucht_im_Alter.pdf [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

Empfehlungen für eine frauenspezifische Suchtarbeit“ des Arbeitskreises „Frauen und Sucht“ der Region Freiburg und Südbaden (2006) oder die Frauen-Suchtberatung in Schleswig-Holstein mit ihrem Angebot „Interessenvertretung und Qualitätssicherung“⁹.

Dennoch gibt es in Deutschland keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten. In die vorhandenen Datenbanken fließen ebenfalls alle Projekte und Angebote ein, die auch für Frauen oder auch für Männer sind. Sie haben jedoch nicht unbedingt einen genderspezifischen Behandlungsansatz.

In der ambulanten Suchtbehandlung gibt es jedoch in vielen Städten und Großräumen frauenspezifische Angebote, wie z. B. in Berlin, Essen, Frankfurt, Hamburg, München oder Nürnberg. Sie umfassen sowohl niedrigschwellige Angebote, wie Kontaktläden, als auch reguläre Frauensuchtberatungsstellen.

Auch stationäre Entwöhnungskliniken und therapeutische Wohngemeinschaften haben frauenspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt und nutzen sie, wie z. B. die Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh¹⁰ sowie der Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“ in Berlin oder Condrops in München. Die Träger 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.

Darüber hinaus fördert das BMG zielgruppenspezifische Modellprojekte für abhängige Frauen:

Eines der Projekte ist GeSA „Verbund zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht“¹¹. Ziel des Projekts ist es, Fachkräften aus der Anti-Gewalt-Arbeit und der Suchtkrankenhilfe Wissen und Kompetenzen in der Bereichen Sucht, Gewalt und Trauma zu vermitteln sowie ein funktionierendes Netzwerk zu etablieren, um eine effektive und nachhaltige Versorgung von Gewalt und Suchtabhängigkeit betroffener Frauen gewährleisten zu können. Das regionale Kooperationsmodell zur Verbesserung der Versorgung gewaltbetroffener Frauen mit Suchtmittelkonsum ist in den Regionen Rostock und Stralsund angesiedelt und soll jeweils ein regionales Netzwerk Sucht & Gewalt aufbauen. Verantwortlich für diesen Prozess sind regionale Kooperationsteams (jeweils in Rostock und Stralsund), die sich aus max. fünf Vertretungen stationärer und ambulanter

⁹ Frauen Sucht Gesundheit e.V. [Online]. <https://fsg-sh.de/interessenvertretung-und-qualitaetssicherung/> [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

¹⁰ Bernhard Salzmann Klinik. LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen. Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen [Online]. https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

¹¹ Frauen helfen Frauen e.V. [Online]. https://www.fhf-rostock.de/fileadmin/media/Dokumente_GeSA/GeSA.Handbuch.web.pdf [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

Einrichtungen beider Systeme zusammensetzen. Innerhalb des Netzwerkes geht es zunächst darum, Kenntnisse über das jeweils andere Hilfesystem zu vermitteln (Basisseminare), an der Begleitung und Behandlung Betroffener beteiligte Einrichtungen und deren Arbeitskonzepte kennenzulernen, sowie fachspezifisches Wissen zu den Themen Gewalt, Trauma und Sucht erwerben zu können (Fachforen). Ein zweiter wesentlicher Aspekt ist die Entwicklung und Erprobung einzelfallbezogener Kooperationsmodelle, die die innerhalb des Netzwerkes vorhandenen Ressourcen im Einzelfall miteinander verknüpfen bzw. sinnvoll ergänzen. Aus den Erfahrungen der bisherigen Zusammenarbeit sollen fallübergreifende und auf die spezifischen regionalen Bedingungen zugeschnittene Handlungsleitlinien erarbeitet werden. Die Erfahrungen von GeSA werden bundesweit zur Verfügung gestellt werden (BMG, 2018).

Weitere Förderungen widmen sich crystalkonsumierenden Frauen. Ca. ein Drittel aller Cystalkonsumierenden ist weiblich. Trotzdem ist zu dem Thema Frauen und Crystal bisher kaum geforscht worden. Das Forschungsprojekt „Crystalkonsum von Frauen“ sollte diese Lücke schließen.

Mittels einer qualitativen Studie zu Konsummotiven und Komorbiditäten wurde eine umfassende Erforschung frauenspezifischer Aspekte des Crystalkonsums bei einer ausgewählten Gruppe crystalkonsumierender Frauen vorgenommen. Ziel der Untersuchung war es, verschiedene Komorbiditäten, Konsummotive, -praktiken und -kontexte von crystalkonsumierenden Frauen sowie deren Wünsche an das Hilfesystem zu erheben und darüber geschlechtersensible Ansatzpunkte für Prävention und Beratungspraxis zu ermitteln. Dabei wurden auch Aspekte wie zeittypische Rollenerwartungen und der Zusammenhang zwischen erlebter sexualisierter Gewalt und späterer Abhängigkeit von Crystal Meth untersucht¹² (BMG, 2018).

Der „Dresdner Versorgungspfad Crystal“¹³ ist ein von der TU Dresden entwickeltes und in der Praxis erprobtes Konzept, das eine sozialmedizinische Koordination einer multiprofessionellen und fachgebietsübergreifenden Betreuung von Schwangeren, Familien und Kindern nach vorgeburtlichem Methamphetamingebrauch ermöglicht. Ziel des Projekts ist die Evaluation des „Dresdner Versorgungspfads Crystal“ und Entwicklung eines Konzepts für den bundesweiten Transfer (BMG, 2018).

Minderjährige Kinder und Jugendliche

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

¹² Tifs – Tübinger Institut für gender- und diversitätsbewusste Sozialforschung und Praxis e.V. Homepage. Projekte. Crystalkonsum von Frauen [Online]. <http://www.tifs.de/wir-ueber-uns/> [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

¹³ Dresdner Versorgungspfad Crystal [Online]. <https://tu-dresden.de/med/mf/fph/forschung/forschungsprojekte> [Letzter Zugriff: 31.10.2018].

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

Ein weiteres Cannabiskonsum fokussierendes Programm ist „Realize it“, ein Beratungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) bundesweit 62 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten.

Gerade im Kinder- und Jugendbereich gibt es auch internetbasierte Programme (vgl. Kapitel 1.4.6), die den Zugang zu Information und Hilfen erleichtern.

Darüber hinaus fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) „IMAC-MIND“, einen neuen Forschungsverbund, der an der Schnittstelle zwischen Prävention und Behandlung angesiedelt ist. Er soll erforschen, wie das Suchtverhalten von Kindern und Jugendlichen verhindert und die therapeutische Versorgung verbessert werden kann. Konkrete Forschungsziele sind die Entwicklung kindgerechter Versorgungsansätze für psychische Störungen, die Erforschung prägender Einflüsse auf die Gesundheit und die jeweilige Erkrankung, sowie die Entwicklung von risikogruppenbezogenen Präventionsansätzen (UKE, 2017; Friedrich et al., 2018).

Darüber hinaus soll mit dem vom BMG geförderten Projekt „Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder“ ein Gruppenprogramm für methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren in stationären Entzugseinrichtungen entwickelt werden. Elternkompetenzen und die Familienresilienz sollen gestärkt sowie die Bereitschaft zu Abstinenz und weiterer Inanspruchnahme von Hilfen gefördert werden (BMG, 2018).

1.4.6 E-Health-Angebote für Drogenabhängige, die online Beratung und Behandlung suchen

Bislang gibt es in Deutschland keine systematische Übersicht über e-health bzw. Online-Angebote zur Beratung und Behandlung Drogenabhängiger. Das wohl bekannteste und älteste Projekt ist „drugcom.de“¹⁴, ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Das Internetportal informiert über legale und illegale Drogen und bietet Interessierten und Ratsuchenden die Möglichkeit, sich auszutauschen oder auf

¹⁴ BZgA Homepage drugcom.de. [Online]. www.drugcom.de [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

unkomplizierte Weise professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Ziel des Angebots ist es, die Kommunikation über Drogen und Sucht anzuregen und eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu fördern.

Den Besuchern der Website stehen auf drugcom.de verschiedene Beratungsoptionen zur Verfügung:

- E-Mail-Beratung
- Chat-Beratung
- Suchtberatungsstelle finden

Neben der Chatberatung verfügt Drugcom.de über spezifische evaluierte Behandlungsprogramme, wie z. B. „Quit the shit“ (BZgA). Ein weiteres Projekt ist „kointer“, ein Angebot von „JUGEND-HILFT-JUGEND“ (jhj) in Hamburg. jhj Hamburg existiert seit 1970 als Träger der Sucht- und Jugendarbeit und betreibt ein sozialtherapeutisch ausgerichtetes Hilfesystem zur Versorgung suchtmittelabhängiger Menschen sowie der Jugend- und Behindertenhilfe. Seit dem 01.12.2009 bietet es mit „kointer“ die erste virtuelle Beratung Hamburgs im Suchtbereich an. Das „kointer“-Team bietet folgende Online-Angebote zu Fragen und Problemen rund um die Themen Drogen und Sucht an:

- Chat
- Begleitetes Konsumtagebuch
- Einzelberatung
- Check-up für Betroffene und Angehörige / Freunde

Alle Beratungsangebote sind kostenlos, streng vertraulich und können bei Wunsch anonym erfolgen¹⁵.

Das jüngste und auf Methamphetamine spezialisierte Angebot ist das Webportal „Breaking Meth“¹⁶. Ziel des Projektes ist es, ein onlinebasiertes Selbsthilfeangebot für Methamphetamine-Konsumenten zu entwickeln und wissenschaftlich zu begleiten. Das Webportal wird vom Projekt Drug Scouts der kooperierenden SZL Suchtzentrum gGmbH in Leipzig betrieben. Das Angebot wird durch eine Förderung des BMG unterstützt und soll für weitere relevante Gruppen nutzbar gemacht werden. Es sollen sowohl Konsumierende mit beginnender Problemwahrnehmung und ohne Kontakt zum Hilfesystem, Menschen mit bestehendem Kontakt zum Hilfesystem als auch ehemalige Patientinnen und Patienten nach postakuter stationärer Therapie im Sinne der Rückfallprophylaxe erreicht werden.

¹⁵ Jugendhilftjugend Homepage. Kointer [Online]. <https://www.de.jugend-hilft-jugend.de/> [Letzter Zugriff: 26.11.2018].

¹⁶ Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg. Breaking Meth [Online]. <https://breaking-meth.de/> [Letzter Zugriff: 31.10.2018].

Weitere Plattformen wie IRIS, ein vom BMG gefördertes Projekt der Universität Tübingen, bieten Beratung zu Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft und geben Tipps zum Konsumstopp¹⁷.

Darüber hinaus wurde an der Hochschule Merseburg ab Dezember 2014 die App „Checkpoint-C“ für Methamphetaminkonsumierende entwickelt. Die App ist eine Navigationshilfe für den Konsumalltag mit Crystal Meth. Sie bietet die Möglichkeit, den Konsumalltag zu planen und einzuschätzen sowie das eigene Konsumverhalten zu reflektieren. Sie enthält viele Informationen für Angehörige und Interessierte, um sich zu Konsum und Substanz qualifiziert weiterzubilden. In der App enthalten ist ein Konsumtagebuch, welches dabei helfen kann, das eigene, individuelle Konsummuster zu reflektieren. Weiterhin bietet ein Teil der App die nötigen Erste-Hilfe-Grundlagen, um in einem Drogenotfall adäquat reagieren zu können.

Die Selbsttests bilden die Basis für eine Reflexion über das eigene Selbstwertgefühl, der Selbstkontrolle, die Selbstrealisierung, sowie den Realitätsbezug und helfen, einen besseren Blick auf sich selbst zu bekommen.

Erläuterungen zu Methamphetamin und das Lexikon informieren rund um die Substanz Crystal, deren Wirkungsweise, Konsumformen und -gründe sowie mögliche Kurz- und Langzeitnebenwirkungen und halten viele Tipps zu Safer-Use und dem Umgang mit Risikofaktoren (Risikomanagement) bereit. Darüber hinaus bietet die App hilfreiche Hinweise zur Kontrolle des eigenen Konsums und unterstützt eine wertneutrale Aufklärung von Konsument / -innen und deren Angehörige. Die App wurde 2018 durch eine Craving-Modul und eine Ausstiegshilfe ergänzt.

Neben diesen bundesweiten Angeboten, halten viele Suchtberatungsstellen regional online-Beratung vor. Große Träger wie die „Alternative Jugend- und Drogenhilfe mudra“ in Nürnberg oder der Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige in Berlin bieten sowohl E-Mail-Beratung, wie auch Einzel-, Gruppen- und Expertenchats an.

Auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen nutzen online-Tools, v.a. vor der Behandlung zur Kontaktaufnahme oder zur Unterstützung nach der Entlassung¹⁸.

1.4.7 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Die Daten zu den Behandlungsergebnissen bzw. -erfolgen weichen nur unwesentlich von den im Workbook 2017 genannten ab. Wie im Vorjahr stellt die „planmäßige Beendigung“ der Behandlung ein Kriterium für die Erfolgsbewertung dar. Hinsichtlich dieses Indikators zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden ca. 60 % der Behandelten die

¹⁷ IRIS: Onlineberatung für Schwangere. [Online]. <https://www.iris-plattform.de/> [Letzter Zugriff: 12.11.2018].

¹⁸ CheckPoint-C: Die Crystal-App für selbstbestimmten Konsum. [Online]. <https://checkpoint-c.de/news/> [Letzter Zugriff: 12.11.2018].

Intervention planmäßig gegenüber 72 % im stationären Bereich. In der stationären Behandlung zeigen sich über alle Substanzen höhere Raten der planmäßigen Beendigung als im ambulanten Bereich. Besonders ausgeprägt ist dieses Resultat bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit und von pathologischem Glücksspiel (85 % vs. 69 % bzw. 84 % vs. 58 %). Bei Opioidabhängigen kommt es am häufigsten zu unplanmäßigen Beendigungen: 48 % der ambulant und 42 % der stationär Behandelten brechen die Maßnahme vorzeitig ab. Es folgen Personen mit der Hauptdiagnose Stimulantienabhängigkeit (ambulant: 42 %, stationär: 30 %) vor Kokainabhängigkeit (ambulant: 39 %, stationär: 32 %) und Cannabisabhängigkeit (ambulant: 35 %; stationär: 31 %). Hinsichtlich der Beurteilung des Erfolgs durch die Professionen der Suchthilfe (Specht et al., 2018) zeigt sich über alle Suchtdiagnosen, dass eine planmäßige Beendigung mit einem höheren Behandlungserfolg verknüpft ist. Entsprechend sind unplanmäßige Behandlungsbeendigungen mit einem geringeren Erfolg verbunden.

Anfang 2018 veröffentlichte der Fachverband Sucht (FVS) die Katamnesedaten von sieben seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen¹⁹ (DG-Sucht, 2001; DG-Sucht, 1985). Die aktuellen Ergebnisse der sechsten einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2015 sind ähnlich erfolgreich wie die vorangegangenen Katamnesen. Die katamnestische Erfolgsquote liegt bei 75,4 % (DGSS1) (2014: 74,4 %; 2013: 78,2 %; 2012: 70,3 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzersolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 23,3 % (DGSS 4) (2014: 23,8 %; 2013: 24,9 %; 2012: 21,2 %) (Fischer et al., 2018).

Darüber hinaus erhebt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden, denn Ziel der DRV ist es, die Abhängigen wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Demnach waren drei Viertel der erwerbsfähigen Rehabilitanden in den letzten 12 Monaten vor der Behandlung arbeitsunfähig (Frauen: 69 %, Männer: 70 %). Durch die Entwöhnungsbehandlung konnten 69 % der Frauen und 74 % der Männer als arbeitsfähig entlassen werden. Das Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt wurde bei 87 % der Frauen und 93 % der Männer für 6 Stunden und mehr angegeben (Naumann & Bonn, 2018).

¹⁹ Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS4 bezieht alle Antworter ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamnesedaten per Definition als Rückfall (DG-Sucht 2001, DG-Sucht 1985). DGSS1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

1.4.8 Soziale Integration

Die soziale und die damit einhergehende berufliche Integration ist in Deutschland ein zentrales Anliegen der Suchtberatung und -behandlung und ist in den Zielen der Suchthilfe verankert. V. a. die für die Rehabilitation verantwortlichen Institutionen, wie die Rentenversicherungsträger und die Krankenkassen, haben gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe Standards für die soziale und berufliche Wiedereingliederung entwickelt. Hervorzuheben sind dabei die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ der „Gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – BORA“ (DRV, 2014). Diese Empfehlungen sollen dazu anregen, die Rehabilitanden noch gezielter entsprechend ihrer individuellen Teilhabebedarfe zu fördern. Zielsetzung ist es, zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Diese Zielsetzung wird als nahtstellenübergreifende Herausforderung angesehen. Wichtig ist hierbei, dass bei Bedarf eine frühzeitige Einbeziehung der Reha-Fachberatung und anderer beteiligter Institutionen stattfindet (DRV, 2014). Aus diesem Grund hat die DRV ein Forschungsprojekt (Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe) eingerichtet, das auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Expertise ein Fallmanagement-Konzept im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe entwickeln soll, das in der gesamten Rentenversicherung umsetzbar ist²⁰. Die Teilhabeleistungen der DRV werden dokumentiert und auf dem Statistikportal der DRV veröffentlicht. Im Jahr 2017 hat die DRV 175.950 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht (DRV, 2018).

Darüber hinaus gibt es seit Januar 2017 das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (BTHG), kurz Bundesteilhabegesetz. 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 werden²¹.

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

²⁰ Deutsche Rentenversicherung. [Online].
https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/0_Home/home_node.html
[Letzter Zugriff: 26.11.2018].

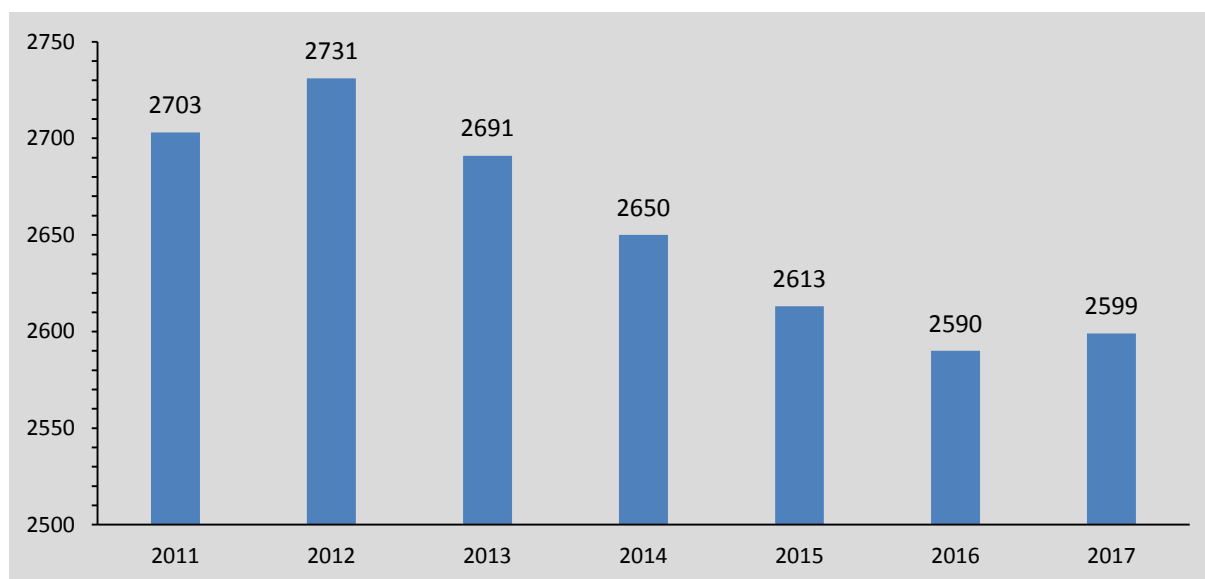
²¹ BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Homepage. Rehabilitation und Teilhabe [Online].
<https://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/reha-und-teilhabe.html>
[Letzter Zugriff: 31.10.2018].

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) listet für das Auswertungsjahr 2016 ca. 1.340 Menschen auf, die in niedrighschwelligen Beschäftigungsprojekten der ambulanten Suchthilfe tätig waren und dadurch eine sinnvolle Tagesstruktur erfahren und soziales Verhalten trainieren (DSHS, 2017).

Einen weiteren Bereich der sozialen Integration stellen Projekte und Einrichtungen des ambulanten Betreuten Wohnens dar. Sie sind bundesweit elementarer Bestandteil der ambulanten Suchthilfe. Die DSHS listet für das Auswertungsjahr 2016 ca. 2.632 Betreuungsfälle in diesem Bereich auf (DSHS, 2017).

1.4.9 Anbieter von Substitutionsbehandlung

In Deutschland dürfen nur Ärztinnen und Ärzte opioidgestützte Behandlung (Substitution) durchführen. Daher sind sie die einzigen Anbieter, wenn auch z. T. nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom ÖGD vorgehalten 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. 2017 haben insgesamt 2.599 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen ist damit erstmals seit 2012 nicht zurückgegangen, wenn auch der Anstieg nur sehr gering ausfällt (vgl. Abbildung 2). 2017 nutzten 548 Ärzte – also etwa 21 % der substituierenden Ärzte – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 2.10.2017 bis zu zehn Patienten (vorher bis zu drei Patienten) gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben rund 1 % aller Substitutionspatienten behandelt (BOPST, 2018).



(BOPST, 2018)

Abbildung 2 Anzahl der substituierenden Ärzte 2011 - 2017

Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierendem Arzt beträgt bundesweit 30, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 47; Brandenburg: 7). Rund 14 % der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet. Dies weist darauf hin, dass viele Opioidabhängige in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Es gibt jedoch auch viele Praxen (30 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen.

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

Die überwiegende Zahl der Substituierten wird ambulant von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder in speziellen Ambulanzen behandelt. Im stationären Setting ist die Substitutionsbehandlung in ca. 10 % der Kliniken mit medizinischer Rehabilitation für Drogenabhängige verfügbar (Kuhlmann, 2015).

1.4.10 Charakteristika der Substitutionspatienten

Zum Stichtag 1. Juli 2017 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 78.800 und hat damit den höchsten Stand seit 10 Jahren erreicht (vgl. Abbildung 3). Im Jahr 2017 wurden im Substitutionsregister rund 91.200 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Personen mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden. (BOPST, 2018).

In der Substitutionsbehandlung hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen auf Kosten von Methadon (40,9 %) und zugunsten von Levomethadon (34 %) sowie Buprenorphin (23,3 %) verschoben (Tabelle 7). Der Anteil der mit Methadon oder Levomethadon substituierten Personen ist seit 2005 von 82 % auf aktuell 74,9 % gesunken.

Tabelle 8 Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2017)

	2005	2010	2015	2016	2017
Methadon	66,2	57,7	44	42,5	40,9
Levomethadon	15,8	23	31,8	33	34
Buprenorphin	17,2	18,6	23	23,1	23,3
Dihydrocodein	0,7	0,3	0,2	0,2	0,1
Codein	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Diamorphin	-	0,3	0,8	0,8	1

(BOPST, 2018)

Es liegen derzeit keine neuen Informationen zu den Charakteristika Substituierter vor. Als Informationsquelle können Daten der Premosstudie genutzt werden (Wittchen et al., 2011, 2011a).

1.4.11 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Mit der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 22.05.2017 wurden die Vorschriften zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger geändert und finden seit der Bekanntmachung der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ am 2.10.2017 im Bundesanzeiger vollumfänglich Anwendung. Siehe auch Kap. 3.1 des Reitoxberichts 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

Nach der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV sind in Deutschland folgende Substanzen zur Substitution zugelassen:

1. ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel, das nicht den Stoff Diamorphin enthält,
2. eine Zubereitung von Levomethadon, von Methadon oder von Buprenorphin oder
3. in begründeten Ausnahmefällen eine Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein.

Seit Juli 2009 ist auch die Substitution mit Diamorphin gesetzlich geregelt in § 5a BtMVV (vgl. Kapitel 1.2.2 im REITOX-Bericht 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009)).

Gemäß der BtMVV stellt die BÄK in ihrer Richtlinie für die Durchführung der Substitution den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest. Die begleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) wird in der Regel durch örtliche Sozialhilfeträger pauschal übernommen oder als Einzelfallhilfe gewährt. Die Ausgestaltung der PSB ist bzgl. der Organisation, Finanzierung und des Angebots in Ländern und Kommunen unterschiedlich. Die Suchthilfe geht von einem bio-psycho-sozialen Ursachengefüge der Entwicklung einer Suchterkrankung aus und leitet daraus ab, dass sich die Behandlung von Abhängigkeiten ebenfalls an diesen drei Dimensionen orientieren muss und sie in einem abgestimmten Behandlungsprogramm integriert sein müssen. Seit Beginn der Substitutionsbehandlung in Deutschland stellt die PSB einen festen Bestandteil in der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger dar. Deimel und Stöver (2015) bieten eine Bestandsaufnahme der Konzeptionen, Praktiken und Konfliktlinien in der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger und liefern basierend darauf, Anregungen für eine Weiterentwicklung der psychosozialen Suchtarbeit.

Seit mehreren Jahren bereitet die Gewährleistung von Substitution Sorge, insbesondere im ländlichen Raum (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al., 2014). Immer mehr ältere Ärzte gehen in den Ruhestand, jüngere 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 Substitutionsärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt. Siehe auch Kap. 3.1 des Reitox-Berichts 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

Zudem steht das Hilfesystem vor der Herausforderung, langjährig substituierte bzw. älter werdende Drogenabhängige mit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu versorgen (vgl. Kapitel 1.4.5)

1.4.12 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften und Experten werden stetig Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit entwickelt (siehe dazu auch Kapitel 11 des REITOX-Berichtes 2010). Die Übersicht wird in zeitlich absteigender Reihenfolge dargestellt:

- Im Rahmen der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV im Jahr 2017 wurden auch die Richtlinien für die Substitutionsbehandlung entsprechend des Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften aktualisiert (BÄK, 2017a).
- Seit September 2016 ist die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen in Kraft (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016).
- Darüber hinaus haben im Jahr 2016 die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände ein Positionspapier zu den Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt (Thomasius et al., 2016).
- Am 1. März 2015 traten die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Kraft. Sie wurden erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (Müller-Simon & Weissinger, 2015).
- Anfang 2014 verabschiedete die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) die endgültige Fassung der Leitlinie „Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung“ (Backmund et al., 2014).
- Ebenfalls 2014 erarbeitete die Deutsche Schmerzgesellschaft in Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften eine S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS“ (Deutsche Schmerzgesellschaft 2014).
- Im Jahr 2010 wurde die Überarbeitung der 2004 publizierten S3-Leitlinie über „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr. 021/012“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) veröffentlicht (Sarrazin et al., 2010).

- Im Jahr 2006 gab die Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) die AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen unter dem Titel „Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen“ heraus (Lutz et al., 2006).
- Ebenfalls im Jahr 2006 wurden auf einer Konsensus-Konferenz die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.) für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern verabschiedet (Backmund et al., 2006).
- 2004 wurde die AWMF Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen veröffentlicht (Bonnet et al., 2004) sowie
- die Leitlinie Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (DG-Sucht & DGPPN, 2004).

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) führt jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch: Dabei werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Von erfahrenen und speziell geschulten Rehabilitationsärztinnen und -ärzten des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Sowohl stationäre als auch ambulante Entwöhnungsrehabilitationen werden in das Verfahren einbezogen und nach gleichen Maßstäben bewertet²². Zudem werden die Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen / -anteilen befragt (Naumann & Bonn, 2018).

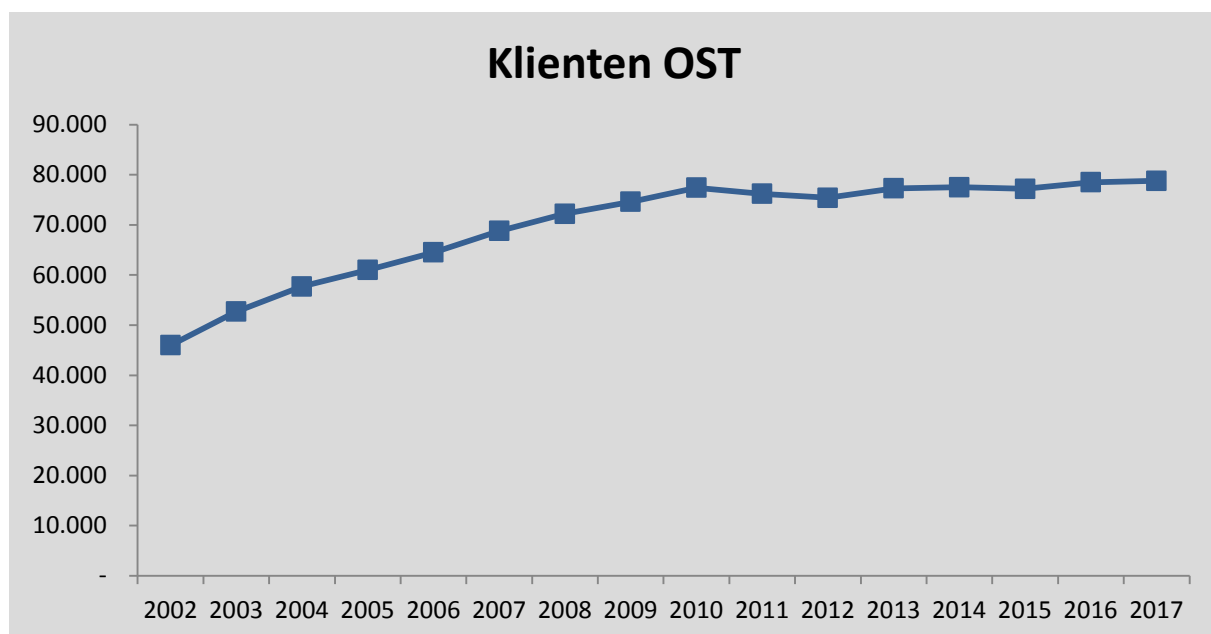
Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Für die Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Richtlinien für die Weiterbildung von Fachkräften in der Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der medizinischen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

²² Deutsche Rentenversicherung. [Online]. www.deutsche-rentenversicherung.de [Letzter Zugriff: 12.11.2018].

2 TRENDS

2.1 Langzeittrends in der Anzahl der Substitutionspatienten

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten ist seit Beginn der Meldepflicht 2002 bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Nach einem stabilen Verlauf in den letzten Jahren ist die Anzahl der Substituierten im letzten Jahr wieder weitgehend gleich geblieben und nur um 0,4 % angestiegen. Sie lag am Stichtag 1. Juli 2017 bei 78.800 Personen (siehe Abbildung 3). Nach wie vor bestehen deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebotes an und der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen.



(BOPST, 2018)

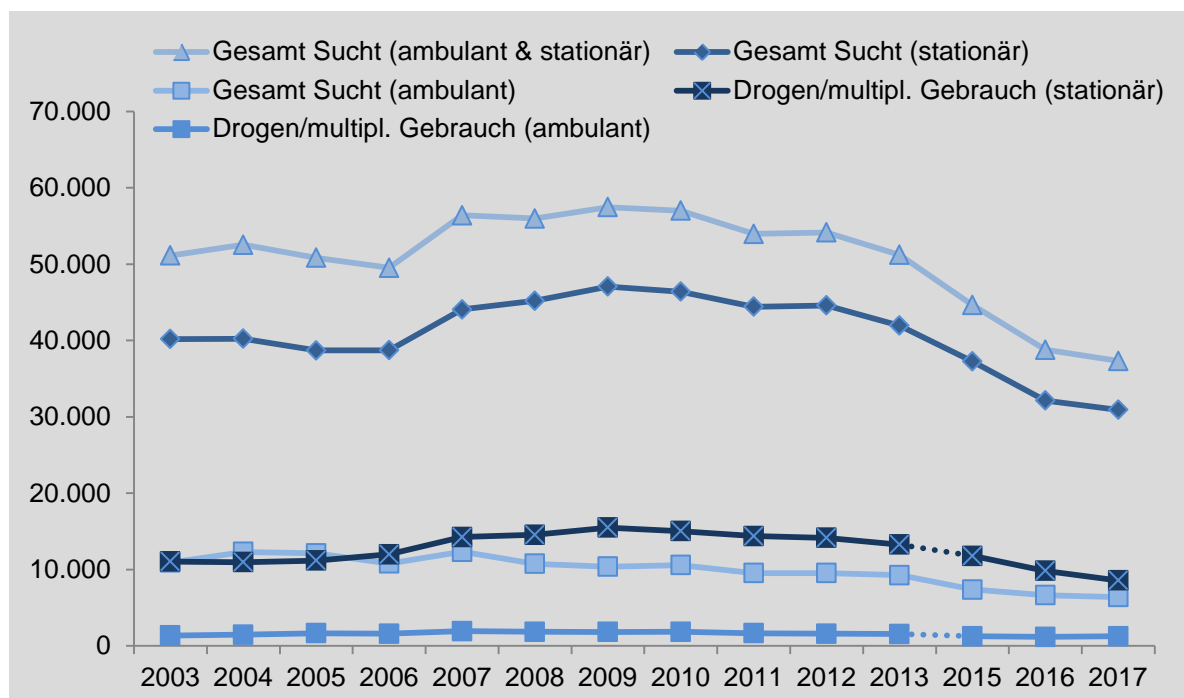
Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland (Stichtag 1. Juli)

Die Gesamtzahl der von der Rentenversicherung (RV) finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist zwischen 2003 (51.123) und 2009 (57.456) um mehr als 10 % gestiegen und sinkt seither kontinuierlich (2010: 56.997; 2017: 31.900) (Abbildung 4). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet. Der größte Teil der Rehabilitationsleistungen (69 %) wird vor dem Hintergrund alkoholbezogener Störungen erbracht. Störungen aufgrund des Konsums illegaler Drogen und multiplen Gebrauchs machen zusammen 25,3 % der Leistungen aus (Medikamente: 0,8 %). An dieser Verteilung hat sich seit 2015 wenig geändert.

Ähnliches gilt für das Verhältnis von stationären zu ambulant durchgeführten Rehabilitationsbehandlungen. Die Fallzahlen für Rehabilitation (nach den Daten der DRV) sind für Drogenpatienten (Drogen / multipler Gebrauch) zwischen 2003 und 2009 im stationären Bereich kontinuierlich gestiegen und sinken seitdem wieder. Im ambulanten

Bereich stiegen entsprechende Fallzahlen bis 2007 kontinuierlich, blieben dann bis 2010 stabil und sinken seitdem wieder (Abbildung 4).

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



Anmerkung: Keine Daten für 2014 verfügbar.

(DRV, 2018)

Abbildung 4 Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen

Tabelle 9 Veränderung der Aufschlüsselung von DRV Behandlungsdaten

	2015			2016			2017		
	stat.	teil-stat.	amb.	stat.	teil-stat.	amb.	stat.	teil-stat.	amb.
Alkohol	25.047	1.916	6.072	21.848	1.762	5.401	21.896	1.746	5.060
Drogen	11.764	412	1.258	9.824	355	1.181	9.583	371	1.271
Medikamente	423	21	58	441	22	63	438	22	71
Mehrfach	15			19		3	3		
Gesamt	37.249	2.349	7.388	32.132	2.139	6.648	31.920	2.139	6.402

*ganztägig ambulant
(DRV, 2017)

Die Gesamtzahl der akuten Suchtbehandlungen im Krankenhaus ist seit 2011 mit Schwankungen leicht gesunken, während die Drogenbehandlungen insgesamt in diesem Zeitraum gestiegen sind. Im letzten Jahr sind sie jedoch wieder geringfügig gesunken (Destatis, 2017a). Der größte Zuwachs ist 2016 bei Kokain (+ 33 %) zu verzeichnen. Es folgen Behandlungen aufgrund des Konsums von Cannabinoiden (+ 2 %). Die Behandlung von Opioidabhängigkeit ging 2016 leicht zurück (2016: - 0,2 %). Obwohl Behandlungen von Stimulantienabhängigkeit im letzten Jahr zurückgeht, ist die Anzahl der Behandlungen im Vergleich zu 2011 stark gestiegen (+ 150 %).

Insgesamt bleibt neben der Behandlung der Alkoholabhängigkeit die Anzahl der Behandlungen von Opioid-, Cannabinoid-, Stimulantien- und Kokainabhängigkeit weiterhin auf hohem Niveau (Tabelle 10).

Tabelle 10 Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern

Jahr							Veränderungen	
Hauptdiagnose Substanz	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2015- 2016	2011- 2016
Alkohol	338.355	345.034	338.204	340.500	326.971	322.608	-1,3 %	- 4,6 %
Opioide	28.956	26.512	27.962	33.686	34.916	34.977	0,2 %	20,7 %
Cannabinoiden	9.094	10.142	11.708	15.153	17.148	17.495	2 %	92 %
Sedativa / Hypnotika	10.241	9.999	9.707	10.082	10.134	10.166	0,3 %	- 0,7 %
Kokain	1.222	1.417	1.702	2.200	2.435	3.247	33 %	166 %
Stimulantien	3.878	4.519	5.810	8.627	10.216	9.695	-5 %	150 %
Halluzinogene	574	472	526	610	789	724	-8,2 %	26,1 %
Tabak	269	225	238	190	213	177	-16 %	-31 %
Flüchtige Lösungsmittel	198	155	135	159	153	131	-14 %	-76,7%
Multipler Gebrauch / andere Substanzen	41.777	43.063	43.826	35.798	35.731	33.810	-5,4 %	-19 %
Gesamt Sucht	434.564	441.538	439.818	447.005	438.706	433.030	-1,3 %	-0,3 %
Gesamt Drogen	95.940	96.279	101.376	106.315	111.522	110.245	-1,5 %	15 %

(Destatis, 2017a)

2.2 Zusätzliche Informationen zu Trends in der Drogenbehandlung

Aktuell liegen keine zusätzlichen Informationen zu diesem Thema vor.

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

Verbesserung der Zugangswege zu Behandlung

Siehe Kap. 1.2.7

Die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente

Die Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Dies gab dem BMBF Anlass, ein Forschungsprojekt (ProMeKa) des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung an der Universität Hamburg (ZIS) zu fördern, das Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten in sechs norddeutschen Bundesländern untersuchen soll. Vorrangiges Ziel des Projektes ist die Gewinnung neuer, umfassender und repräsentativer Erkenntnisse zur Verbreitung und zu Entwicklungstendenzen von Langzeitverordnungen sowie ggf. leitlinienabweichendem Verschreibungsverhalten bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial sowie Antidepressiva unter GKV-versicherten Patienten. Ferner geht es um die Identifizierung von Risikogruppen mit auffälligen und riskanten Verschreibungsmustern dieser Substanzen. Da das Forschungsprojekt erst 2019 abgeschlossen wird, liegen noch keine Daten vor.

Eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2016 hatte bereits dargestellt, dass sich die Verschreibung opioidhaltiger Medikamente für Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen in den vergangenen Jahren stark erhöht hat. In Deutschland erhielten Patientinnen und Patienten mit chronisch nicht tumorbedingten Schmerzen, nach Daten der Barmer GEK im Jahr 2010, etwa drei Viertel aller verschriebenen Opioide, teilweise trotz bestehender Kontraindikation (Just et al., 2016). In Deutschland hat sich der Anteil der gesetzlich Versicherten mit mindestens einer Opioidverordnung pro Jahr zwischen 2000 und 2010 von 3,3 auf 4,5 % erhöht. Dies entspricht einem Anstieg um 37 % (Schubert et al., 2013).

Glaeske (2018) stellte ebenfalls fest, dass sich die Verschreibung von Opioiden 2016 gegenüber 2015 z. T. stark erhöht hat: Oxycodon (+ 44 %), Tapentadol (+ 39 %), Fentanyl(-pflaster) (+ 6 %) und Hydromorphon (+ 5 %). Die ohnehin hohe Verschreibung der Kombination von Oxycodon und Naloxon (994.000 Packungen) stieg nochmals um 5 % an. Stark wirkende opioidhaltige Schmerzmittel werden zwar vor allem bei tumorbedingten Schmerzen verschrieben, doch nach den Erfahrungen in den USA mit einer freizügigen Verordnung dieser Medikamente und dem darauf folgenden dramatischen Anstieg des

missbräuchlichen und abhängigen Konsums, ist die Verschreibung der Medikamente in Deutschland weiter zu beobachten.

Cannabis als Medikament

In Deutschland haben in den zurückliegenden Jahren nur wenige hundert Patientinnen und Patienten (2014: 382 Personen) eine Erlaubnis für die legale Verwendung von Cannabis als Schmerzmittel erhalten. Im Jahr 2016 ist die Anzahl der erteilten Erlaubnisse zum Erwerb von Cannabis und der Verwendung zum Zweck der ärztlich begleiteten Selbsttherapie auf 1.061 gestiegen (vgl. Bartsch et al., 2017).

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat sich die Möglichkeit zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln erweitert. Allein zwei große Krankenkassen (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK und Techniker Krankenkasse – TK) haben in den ersten zehn Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes 13.000 Anträge auf Kostenübernahmen der Cannabisbehandlung erhalten²³.

Welche Änderungen sich insgesamt aufgrund des neuen Gesetzes ergeben werden, werden ab 2018 die Daten der Krankenkassen sowie ab 2022 die Ergebnisse der im Gesetz vorgesehenen Begleiterhebung zeigen.

4 ZUSATZINFORMATIONEN

4.1 Zusätzliche Informationsquellen

Zurzeit liegen keine zusätzlichen Informationsquellen vor.

4.2 Weitere Aspekte

Es liegen keine weiteren Informationen vor.

4.3 Psychiatrische Komorbidität

Es liegen keine neuen Informationen vor. Das Thema wurde detailliert im Workbook „Behandlung 2017“ (Bartsch et al., 2017) behandelt.

5 QUELLEN UND METHODIK

Die Quellen sind der jeweiligen Information zugeordnet und finden sich im Quellenverzeichnis unter 5.1

²³ RPOonline. [Online]. https://rp-online.de/panorama/cannabis/cannabis-auf-rezept-seit-maerz-2017-ueberraschend-stark-nachgefragt_aid-17668621 [Letzter Zugriff: 05.12.2018].

Hauptquellen für das Kapitel Behandlung sind:

- Deutsche Suchthilfestatistik (Basis: Deutscher Kerndatensatz)
- Krankenhausdiagnosestatistik
- Deutsches Krankenhausverzeichnis
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung
- Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Regionale Monitoringsysteme
- Substitutionsregister
- DHS Jahrbuch Sucht 2018

5.1 Quellen

Arbeitskreis Frauen und Sucht. Qualitätsmerkmale und Empfehlungen für eine frauenspezifische Suchtarbeit [Online]. https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/10_andere/suchtberatung/pdf/Frauenspez_Sucht.pdf . [Accessed 6/18/2018].

Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 8 (3) 129-133.

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.

BÄK - Bundesärztekammer (2017). Ärztstatistik zum 31.12.2017 [Online]. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf [Accessed 6/22/2018].

BÄK – Bundesärztekammer (2017a). Richtlinie der Bundesärztekammer zur substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger [Online]. https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_substitution/rili_baek_substitution.pdf [Accessed 6/22/2018].

Bernhard Salzmann Klinik. LWL – Rehabilitationszentrum Ostwestfalen. Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen [Online]. https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Accessed 6/18/2018].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018). Persönliche Mitteilung (07.06.2018)

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) [Online]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3._BtMVVAEndV.pdf [Accessed 6/22/2018].

Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U., Tossmann, P. (2004). AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen [Online].

- https://www.researchgate.net/publication/8497592_AWMF-Leitlinie_Cannabis-bezogene_Storungen [Accessed 06/08/2017].
- BOPST (Bundesopiumstelle) (2018). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2018 [Online].
https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Accessed 6/7/2018].
- Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017). Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Deutsche Suchthilfestatistik 2016, Bezugsgruppe 2. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. [Online].
<https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Accessed 06/22/2018].
- Bündnis 90/ Die Grünen(02.11.2017). Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen Drs 6/11188, Thema: Umsetzung 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums [Online]. https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/Grosse_Anfragen/6_Drs_11188_0_1_1_1_.pdf [Accessed 6/8/2018].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe.
- BZgA Homepage drugcom.de. [Online]. <https://www.drugcom.de/> [Accessed 6/20/2018].
- Checkpoint-C Homepage [Online]. <https://checkpoint-c.de/news/> [Accessed 06/21/2018].
- Deutsche AIDS-Hilfe. HIV Kompass [Online]. <http://www.kompass.hiv/kompass> [Accessed 4/6/2018].
- 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 [online]. Available at https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2017/WB_02_Rechtliche_Rahmenbedingungen_Germany_DE.pdf [accessed: 20.06.2018]
- Deimel, D. & Stöver, H. (2015). Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (Sonderheft). 28 (1) (95).
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2017). Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 20 und 26), Wiesbaden.
- Destatis - Statistisches Bundesamt (2017a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2014). S3 - Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen -"LONTS" [online]. Available at:

- http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003I_S3_LONTS_2015-01.pdf [accessed: 8 Jun. 2017]
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2017). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. Status March 2017 [online]. Available at: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/.../2017-03_Factsheet_Psychiatrie.pdf. [accessed: 14 Jun. 2017]
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.
- DG-Sucht - Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie & DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2004). Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. AWMF Leitlinien-Register Nr. 076/007. Entwicklungsstufe 2 [online]. Available at: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231198_EN_DE04_007_AWMF [accessed: 8 Jun. 2017]
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2004). Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ ein Grundsatzpapier “Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten [online]. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Geschlechtsspezifische_Arbeit/Gender_mainstreaming_2003.pdf [accessed: 25.06.2018].
- DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2016). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 [online]. Available at: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/Manual_KDS-E_F.pdf [accessed: 25.Jun. 2018]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Drogenbeauftragte, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg) (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen [Online]. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024m_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf [Accessed 6/25/2018].
- DRV - Deutsche Rentenversicherung (2017). Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben in 2016. Statistikportal. Stand 18.05.2017 [Online]. <https://statistik-rente.de/drv/> [Accessed 5/16/2018].
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2018). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2017. Band 213.
- DRV - Deutsche Rentenversicherung. Homepage. Schwerpunktthema Qualitätssicherung. Peer Review-Verfahren - Experten bewerten den Reha-Prozess [Online]. <http://www.deutsche->

- rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/peer_review_node.html [Accessed 06/25/2018].
- DRV - Deutsche Rentenversicherung, GKV – Gesetzliche Krankenversicherung, DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017). Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 [Online]. https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/_jcr_content/par/download_16/file.res/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf. [Accessed 6/25/2018].
- DSHS – Deutsche Suchthilfestatistik (2017). Tabellenbände Datenjahrgang 2016 [Online]. <https://www.ift.de/download.html> . [Accessed 6/22/2018].
- Fischer, M., Kemmann, D., Domma-Reichart, J., Heinrich, J., Post, Y., Schulze, M., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Missel, P., Weissinger, V. (2018). Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation FVS- Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 1-2018, 77-86.
- Frauen Sucht Gesundheit [Online]. <https://fsg-sh.de/interessenvertretung-und-qualitaetssicherung/> [Accessed: 6/18/2018].
- Friedrich, M., Bartsch, G., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T. (2018). Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017 / 2018). Prävention. Workbook Prevention. DBDD. München.
- Gbe-bund.de (2018). An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). [Online]. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=64723881&nummer=305&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=75888270 [Accessed 6/22/2018].
- GeSA Homepage [online]. <http://www.fhf-rostock.de/einrichtungen/gesa/gesa.html> [Accessed 6/18/2018].
- Glaeske, G. (2018). Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel mit missbrauchspotenzial. In: Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), Pabst, Lengerich.
- Gomes de Matos, E., Hannemann, T.-V. Atzendorf, J., Kraus, L., Piontek, D. (2018). Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen und Methamphetamin. Auswertung der Daten aus sechs deutschen Bundesländern. Deutsches Ärzteblatt, 115(4), 49-55.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L., Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. Sucht 62(5), 271-281.
- HIV-Kompass Deutsche AIDS-Hilfe [Online]. <http://www.kompass.hiv/kompass> [Accessed 6/4/2018].
- IRIS-Plattform Homepage [Online]. <https://www.iris-plattform.de/> [Accessed: 6/20/2018].

- IFT Institut für Therapieforschung (2017). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2017. IFT München.
- IRIS-Plattform Homepage [online]. Available at: <https://www.iris-plattform.de/> [accessed: 20.06.2018].
- Jugendhilftjugend Homepage. Kointer [Online]. <https://de.jugend-hilft-jugend.de/Online-Angebot/> [Accessed: 6/20/2018].
- Just, J., Mücke, M. Bleckwenn, M. (2016). Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden. Prävention, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 113(13), 213-220.
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle. Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhlmann, T. (2015). Indikationskriterien für eine abstinenzgestützte versus substituionsgestützte medizinische Rehabilitation aus der klinischen Praxis. Sucht Aktuell 2-2015; 39-42.
- Künzel, J., Braun, B. & Brand, H. (2014). Klienten/Patienten aus unterschiedlichen Wohnsituationen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Lutz G., Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. (S2-Leitlinie). Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Deutscher Ärzteverlag.
- LÜSA – Langzeit Übergangs- und Unterstützungsangebot. Geschichte – Zahlen – Fakten [Online]. <http://www.luesa.de/?site=fakten> [Accessed 6/8/2018].
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2016). Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V, Hamburg.
- Müller-Simon, B. & Weissinger, V. (2015). BORA-Veranstaltung. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [online]. Available at: http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [accessed: 8 Jun. 2017].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste. Persönliche Information vom 28.05.2018.
- Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e.V. (2018). Guidance – Suchtberatung für Geflüchtete – ein Teilprojekt des Drogennotdienstes – P 408, Aktuelle Zahlen und Inhalte.
- 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. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD

- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012. DBDD (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Karachaliou, K., Lieb, C. & Raiser, P. (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C. & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2008/2009. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Piontek, D., Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017). Bericht des nationalen Reitox-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland (Datenjahr 2016/2017). Drogen.
- Specht, B., Braun, B., Thaller, R., Jahresstatistik 2016 der professionellen Suchthilfe. In: Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), 143-168. Pabst, Lengerich.
- Reimer, J., Schulte, B., Stöver, H. (2009) Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenenes Handeln notwendig. Deutsches Ärzteblatt, 106(45): A-2227 / B-1908 / C-1867.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2018). Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid- Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 2018/13.
- RPonline (2018). Cannabis aus der Apotheke überraschend stark nachgefragt [Online]. https://rp-online.de/panorama/cannabis/cannabis-auf-rezept-seit-maerz-2017-ueberraschend-stark-nachgefragt_aid-17668621 [Accessed 06/22/2018].
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Zeitschrift für Gastroenterologie 48, 289-351.
- Sächsische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2018). Persönliche Information vom 31.05.2018.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (10.01.2018). Antwort auf: Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Drs.-Nr.: 6/11188 Thema: Umsetzung 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums [Online]. https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/Grosse_Anfragen/6_Drs_11188_Antwort.pdf [Accessed 6/8/2018].

- Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. Sucht 62 (1) 23-30.
- Schneider, F., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., Friedrich, M. (2018). Deutschland. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017 / 2018). Gefängnis. Workbook Prison. DBDD. München.
- Schubert, I., Ihle, P., Sabatowski, R. (2013). Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010 – a study based on insurance data. Deutsches Ärzteblatt International, 110, 45-51.
- Schulte B, Stöver H, Thane K, et al. (2009). Substitution treatment and HCV/ HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5(1), 39-44.
- Specht, B., Braun, B., Thaller, R., Jahresstatistik 2016 der professionellen Suchthilfe. In: Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (Hrsg.), S. 143-168. Pabst, Lengerich.
- Spitzenverbände der Krankenkassen und Verband Deutscher Versicherungsträger (VDR) (4 May 2001). Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" [online]. Available at: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf [accessed: 18 Jun. 2018].
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O., Reis, O. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen – SUCHT (2016), 62, 107-111.
- Tifs - Tübinger Institut für gender- und diversitätsbewusste Sozialforschung und Praxis e.V. Homepage. Projekte. Crystalkonsum von Frauen [Online]. <http://www.tifs.de/projekte/> (Accessed 6/18/2018)
- Ueberschär, I., Kampczyk, U., Schmidtke, B., Retzlaff, R. (2017). Die Notwendigkeit eines einfachen Zugangs in die Rehabilitation Suchtkranker. Sucht aktuell, 1-2017, 11-14.
- UKE - Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf Pressestelle (2017). Sucht bei Kindern und Jugendlichen. Neuer Forschungsverbund zur Prävention und Behandlung [Online]. <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/sucht-bei-kindern-und-jugendlichen/> [Accessed 6/19/2018].
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht aktuell, 22 (2), 31-34.
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. (2011). Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. "Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome" [Online]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf [Accessed 6/25/2018].
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T. (2011a). Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. Suchtmedizin 13_(5) 280-286.

- ZIS-Homepage [online] Available at: <http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/ProMeKa/?L=1&cHash=81874f5c6093d3fc57f579ab8100daf4>. [accessed: 13 Jul. 2017]
- Zurhold, H. (2017). Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA). Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Projektnummer: ZMVI1-2516DSM211, ZIS

5.2 Methodik

Ambulante Betreuung

Für ambulant betreute Klienten liefert die Deutsche Suchthilfestatistik auf der Basis des KDS umfangreiche Daten für den Großteil der ambulanten Einrichtungen, die mit Landes- und kommunalen Mitteln gefördert werden (Braun et al., 2017). In den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird der überarbeitete KDS 3.0 (DHS, 2016) verwendet. Auf Grund der Überarbeitungen sind die Daten aus verschiedenen Zeiträumen immer nur bedingt miteinander vergleichbar.

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

Stationäre Betreuung

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

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

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bildet alle Fälle ab, die von diesem Leistungsträger finanziert wurden. Dabei entfällt jedoch der Teil der stationären

Behandlungen, die eine Akutbehandlung darstellen oder aus anderen Quellen finanziert wurden.

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

Daten aus regionalen Monitoringsystemen dienen als wertvolle Ergänzung nationaler Statistiken.

Substitutionsbehandlung

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

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe*	9
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	13
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent (%).....	14
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent (%).....	15
Tabelle 5	Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen	16
Tabelle 6	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in ambulanten Drogeneinrichtungen.....	19
Tabelle 7	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Drogeneinrichtungen.....	22
Tabelle 8	Art und Anteil (%) der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2005 - 2017)	38
Tabelle 9	Veränderung der Aufschlüsselung von DRV Behandlungsdaten.....	43

Tabelle 10	Stationäre Behandlung von Drogenproblemen in Krankenhäusern	44
------------	---	----

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Durchschnittsalter der Drogentodesfälle 1982 - 2016.....	27
Abbildung 2	Anzahl der substituierenden Ärzte 2011 - 2017.....	37
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland (Stichtag 1. Juli).....	42
Abbildung 4	Veränderung der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlungen.....	43