



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2023 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA

(Datenjahr 2022 / 2023)

Charlotte von Glahn-Middelmenne

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	3
1	NATIONALES PROFIL	4
1.1	Politik und Koordination	4
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie.....	4
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	5
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	6
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage.....	7
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	9
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	9
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	9
1.2.5	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots.....	11
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	11
1.2.7	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung.....	11
1.3	Kerndaten	13
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung.....	13
1.3.2	Hauptdiagnosen der Behandelten	15
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten	15
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patienten.....	16
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung.....	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen.....	20
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	20
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten.....	22
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	23
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	26
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige	36
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge.....	38

1.4.7	Integration und Teilhabe	39
1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung	40
1.4.9	Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten.....	42
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	44
1.4.11	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	46
2	TRENDS	48
2.1	Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung	48
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	53
3.1	Neue Entwicklungen	53
3.2	Regulierte Abgabe von Cannabis.....	55
4	QUELLEN UND METHODIK	58
4.1	Quellen	58
4.2	Methodik	66
5	TABELLENVERZEICHNIS	67
6	ABILDUNGSVERZEICHNIS	67

0 ZUSAMMENFASSUNG

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

Bei 42,6 % der ambulanten Klientinnen und Klienten, die eine Behandlungsstelle aufgrund einer Problematik mit illegalen Drogen aufsuchen, handelt es sich um Cannabiskonsumierende (27,1 % der aufgrund von Cannabis behandelten waren Erstbehandelte). 21,5 % der ambulanten Patientinnen und Patienten werden wegen schädlichem Opioidgebrauchs behandelt. Auch in die stationäre Behandlung begeben sich viele Patientinnen und Patienten aufgrund einer cannabinoidbezogenen Störung (29,6 %) oder wegen einer Stimulanzien-Abhängigkeit (17,9 %). Eine weitere häufige Diagnose im stationären Bereich sind Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie mit 27,7 %.

Die Anzahl der gemeldeten Substituierten ist seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2002 kontinuierlich gestiegen und in den vergangenen Jahren weitgehend stabil geblieben. Sie lag am Stichtag (01.07.2022) bei 81.200 Personen. 2022 haben insgesamt 2.444 Substitutionsärztinnen und -ärzte Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet.

Langzeittrends der ambulanten Suchtbehandlung zeigen, dass im Jahr 2022 der Anteil der erstmalig aufgrund von Cannabinoiden Behandelten zwar weiterhin hoch ist, aber ein leichter Rückgang erkennbar ist (2022: 27,1 %; 2021: 29,4 %)

Die Corona-Pandemie hatte auch 2023 in Deutschland weiterhin Auswirkungen auf das Suchthilfesystem, wenn auch weniger als in den vergangenen Jahren. Vom 01.10.2022-07.04.2023 galten noch Schutzmaßnahmen wie u.a. eine verpflichtende FFP2-Maskenpflicht sowie eine Testnachweispflicht für Besuche von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie eine Maskenpflicht für Arztpraxen, Tageskliniken oder vergleichbaren Versorgungseinrichtungen. Diese letzten Maßnahmen liefen Anfang April 2023 aus. Mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung trat im April 2020 eine Regelung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung definierte. Sie erlaubt es substituierenden Ärztinnen und Ärzten beispielsweise mehr Patientinnen und Patienten als bisher zu versorgen und auch Patienten und Patientinnen, die unter Sichtbezug substituiert werden, Medikamente über einen Zeitraum von sieben Tagen mitzugeben (Take Home). Die Verordnung wurde am 30.05.2022 verlängert und wurde teilweise ab dem 08.04.2023 verstetigt. Darüber hinaus sollte das

Krankenhausentlastungsgesetz sowie das Sozialdienstleister Einsatzgesetz (SodEG) für Ausfälle im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufkommen und mit Hilfe von Ausgleichszahlungen Einrichtungen der Suchtrehabilitation unter die Arme greifen. Das Gesetz trat am 28. März 2020 in Kraft und lief am 30.06.2022 aus. Von einer Verlängerung wurde kein Gebrauch gemacht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2023).

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

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

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

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

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

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

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

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

Die von der Bundesregierung 2017 beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2017) regelt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen neu. Die medizinisch-therapeutischen

Sachverhalte liegen in der Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK). Die Änderungen finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung. Sie nehmen einen wichtigen Stellenwert bei der Verbesserung und Absicherung der Substitution in der ärztlichen Praxis ein und stellen v. a. eine Anpassung an neue wissenschaftliche Evidenzen dar (Dammer et al., 2017). Mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung erhielten Substitutionsärzte verschiedene Möglichkeiten, um bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten von den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung abzuweichen, wenn dies ärztlich begründbar war. Verschiedene Regelungen hieraus wurden im Jahr 2023 verstetigt.

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

Mit Beginn der Vorbereitung für ein Gesetzgebungsverfahren über die regulierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene im Jahr 2022 sprach der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkard Blienert, davon, dass damit ein „Paradigmenwechsel in der Sucht- und Drogenpolitik“ eingeläutet wird (Der Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2022).

Weitere Informationen zur Nationalen Drogenstrategie: Workbook „Drogenpolitik“ (Neumeier et al., 2023).

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

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

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

Bei der Steuerung und Koordination der Akutbehandlung und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen spielen in Deutschland die Kranken- und Rentenversicherungsträger eine bedeutende Rolle. Sie legen im Wesentlichen die Rahmenbedingungen und Therapiestandards fest. Dafür stimmen sie sich in regelmäßigen

Treffen und Arbeitsgruppen mit den Suchtfachverbänden ab. Die Koordinierungsstelle bzw. der Dachverband für die in der Suchthilfe tätigen gemeinnützigen Verbände ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). Suchtrehabilitationskliniken in privater Trägerschaft sind im Fachverband Sucht+ e. V. (FVS) zusammengeschlossen. Darüber hinaus gibt es Kooperationen mit weiteren Akteuren, wie z. B. Jobcentern. Für die Übernahme der Behandlungskosten sind ebenfalls die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verantwortlich: Die Krankenversicherungen für die Finanzierung der Akutbehandlung (u. a. die Entgiftung), die Rentenversicherungen vorrangig für die Finanzierung der Rehabilitation.

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

1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung

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

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitserkrankte und -gefährdete darstellen. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen allerdings keine systematisch ausgewerteten Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind die 1.228 ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen sowie Fach- und Institutsambulanzen (IFT, 2023). Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 325 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie in 772 soziotherapeutischen Einrichtungen (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie stationären Einrichtungen der

Sozialtherapie) statt (IFT, 2023). Auch den 402 psychiatrischen Fachabteilungen, davon 92¹ ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348¹ Betten für Suchterkrankte, kommt eine wichtige Bedeutung zu: Sie sind nicht nur für die Entgiftung, sondern auch für Kriseninterventionen und die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten zuständig (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018; 2022a).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,1 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 59,3 % der Hilfeinrichtungen (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b). Auch öffentlich-rechtliche sowie privatwirtschaftliche Träger sind in der Suchtbehandlung tätig, ambulant 7,1 % bzw. 1,0 %, stationär 9,9 % bzw. 26,5 %. Die Anzahl der sonstigen Träger ist gering. Sie machen 1,8 % der ambulanten und 4,3 % der stationären Einrichtungen aus (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023 a; 2023b) (vgl. Tabelle 3 & Tabelle 4).

Viele Suchhilfeträger, vor allem in den größeren Städten, bieten verschiedene Angebote für drogenabhängige Menschen an: von niedrigschwelligen Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosozialer Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitation sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt nicht vor. Jedoch geben die Suchthilfeeinrichtungen in ihrer jährlichen Dokumentation im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik an, mit anderen Einrichtungen und Institutionen (nicht nur innerhalb des eigenen Trägerverbundes) zu kooperieren. Hierbei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und sonstigen Vereinbarungen unterschieden. So gaben 28,1 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 16,6 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 18,1 % der Einrichtungen trafen schriftliche Vereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe. (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a).

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe stellen mit 1.228 Beratungsstellen den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a) dar. Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht

¹ Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Diese Zahl wurde in der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2022a) nicht erneut differenziert betrachtet. Während sich also die Anzahl der psychiatrischen Fachabteilungen auf das Datenjahr 2021 bezieht (Destatis, 2023a), handelt es sich bei der Zahl der Abteilungen ausschließlich für die Behandlung von Suchterkrankungen um die Anzahl aus dem Datenjahr 2018. In der Realität wird die genaue Anzahl vermutlich nach unten abweichen. Um ein ungefähres Bild darzustellen, wurde auf die Darstellung dennoch nicht verzichtet.

hausärztlich behandelt werden. Wie niedrigschwellige Hilfen werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln finanziert. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt immer wieder zu Finanzierungsproblemen. Um auf dieses Problem aufmerksam zu machen wird jedes Jahr im November der „Aktionstag Suchtberatung“ mit Unterstützung der DHS durchgeführt, um die Öffentlichkeit über die Arbeit, den Stellenwert und die Aufgaben der Suchtberatung zu informieren.

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

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungsart Bezeichnungsart gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.228	Ambulante Einrichtungen umfasst: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.444**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>81.200**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach of transferred)	k.A.***	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

(*IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a ; **Bundesopiumstelle [BOPST], 2023)

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

** Es gibt aktuell weder Daten über die Anzahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen, die Suchtkranke behandeln oder behandelt haben, noch über die Anzahl der wegen Sucht in ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen behandelter Patientinnen und Patienten. Die hier abgebildeten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte und der Substitutionspatienten und -patientinnen zum Stichtag 2022. Da ärztliche Praxen zu den ersten Anlaufstellen gehören, ist in beiden Fällen von einer deutlich höheren Zahl auszugehen (BOPST, 2023).

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

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

Die Sozialpsychiatrischen Dienste und Gemeindepsychiatrischen Zentren sind neben vielen anderen Aufgaben auch für suchtkranke Menschen zuständig. Sie werden in der Regel öffentlich-rechtlich finanziert. In einigen Bundesländern sind Wohlfahrtsorganisationen Träger dieser Einrichtungen.

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und der Bereitstellung einzelner Behandlungs- und Hilfeangebote finden sich in den Bundesländern Unterschiede. Gerade in ländlichen Regionen bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten, z. B. mit Substitutionswunsch, zu gewährleisten.

Prinzipiell haben sich die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren nicht grundsätzlich verändert. Schwierig ist prinzipiell weiterhin die prekäre Lage der Suchtberatung. Um auf diese Missstände und den Stellenwert der örtlichen Suchtberatungsstellen aufmerksam zu machen, rief die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2020 den „Aktionstag Suchtberatung“ ins Leben. Dieser findet seitdem jährlich im November statt.

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

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

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine fundamentale Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führten 2021 insgesamt 95.691² Suchtbehandlungen durch, die nicht Alkohol- und Tabakabhängigkeit betrafen (Destatis, 2022b). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbiditäten zu verstehen.

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

Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch von privaten Krankenversicherungen, übernommen.

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

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

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

Einrichtungsart Bezeichnung gemäß EMCDDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	209**	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	95.691*
Residential drug treatment (non-hospital based)	325**	Stationäre Rehabilitations- einrichtungen	12.660***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A. ****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	772**	Soziotherapeutische Einrichtungen	k.A.

(*Destatis, 2022b; **IFT, 2022; *** DRV, 2023a)

* Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Es handelt sich um die Zahl aus dem Berichtsjahr 2021.

*** Es handelt sich hierbei um die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen datiert wurden. Das Berichtsjahr ist 2022.

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

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

1.2.5 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des stationären Behandlungsangebots

Aufgrund der Corona-Pandemie war die stationäre Behandlung suchtkranker Menschen zwischenzeitlich stark eingeschränkt. Zahlen aus dem Datenjahr 2022 sind daher nur begrenzt mit denen der Vorjahre vergleichbar (vgl. Kapitel 3.1).

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Obwohl der stationäre Behandlungsbedarf weiterhin hoch ist, sind die Antragszahlen für Rehabilitationsbehandlungen⁴ 2022 um weitere 1,7 % auf 67.168 (vgl. 2020: 70.976; 2021: 68.321) Anträge gesunken (DRV, 2022b). Die Gründe hierfür sind trotz Bemühungen der Rentenversicherung weiterhin unklar. Zusätzlich verstärkt die Höhe der Nicht-Antrittsraten zur Entwöhnungsbehandlung den wirtschaftlichen Druck auf viele stationäre Einrichtungen.

1.2.7 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

Träger der ambulanten Beratung und Behandlung sind in Deutschland weitestgehend die Wohlfahrtsorganisationen (90,1 %; (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a)). Ein kleinerer Teil ist jedoch in öffentlich-rechtlicher Hand, meist kommunale Einrichtungen. Die ambulante Substitutionsbehandlung wiederum wird in der Regel von ärztlichen Praxen übernommen, die privatwirtschaftlich ausgerichtet sind. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist über die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren in die Betreuung Suchtkranker eingebunden. Sie betreuen häufig Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Suchterkrankung.

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

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

Tabelle 3 Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (Umfasst spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	7,1 %	90,1 %	1,0 %	1,8 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeinde-psychiatrische Dienste)*	k.A.	k.A.	k.A..	k.A.
Einrichtungen im Strafvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

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

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a)

Tabelle 4 Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen ⁵	29 %*	32 %*	39 %*	-
Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	9,9 %**	59,3 %**	26,5 %**	4,3 %**
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

(*Destatis, 2022a⁵; ** IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b)

* Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Es handelt sich um die Zahl aus dem Berichtsjahr 2021.

⁵ Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf alle Krankenhäuser in Deutschland und nicht nur auf solche, die im Bereich der Suchtbehandlung aktiv sind. Differenzierte Daten sind nicht verfügbar. Die Daten beziehen sich auf das Datenjahr 2021.

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Tabelle 5 Erst- und Wiederbehandelte anteilig nach Hauptdiagnose in Prozent

	Wiederaufnahmen		Erstbehandelte	
	Stationär	Ambulant	Stationär	Ambulant
F11 Opiode	93,2 %	84,0 %	6,8 %	16,0 %
F12 Cannabinoide	82,7 %	44,5 %	17,3 %	55,5 %
F13 Sedativa/Hypnotika	85,4 %	60,5 %	14,6 %	39,5 %
F14 Kokain	85,7 %	59,4 %	14,3 %	40,6 %
F15 Stimulanzien	89,0 %	66,0 %	11,0 %	34,0 %
F16 Halluzinogene	71,4 %	45,9 %	28,6 %	54,1 %
F18 Flüssige Lösungsmittel	100 %	60,0 %	keine Angaben	40,0 %
F19 Andere / Polytoxikomanie	89,8 %	74,8 %	10,2 %	25,2 %
Anzahl Gesamt (N)	6.612	32.010	947	20.584

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023 a ; 2023 b, T2.02)

Ambulante Behandlung

Im Rahmen der DSHS wurden im Datenjahr 2022 insgesamt 315827 Betreuungen (ohne Einmal-Kontakte) in 887 ambulanten Einrichtungen erfasst. Diese Zahlen beinhalten jedoch auch Behandlungen aufgrund von Tabak und Alkohol. Für die folgenden Erläuterungen wurden nur die Klientinnen und Klienten berücksichtigt, bei denen eine illegale Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Betreuung stand.

Für das Jahr 2022 liegen in den Tabellenbänden der DSHS Daten über die Hauptdiagnosen von insgesamt 60.190 Behandlungen vor, die wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen in ambulanten psychosozialen Beratung- oder Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe begonnen oder beendet worden sind (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T.3.01).

Es handelt sich nur in 16,0 % der Fälle mit einer Hauptdiagnose im Bereich illegaler Drogen um Klientinnen und Klienten, die sich primär wegen einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Opioiden in Beratung oder Behandlung begeben haben. In mehr als der Hälfte der Fälle handelte es sich um Klientinnen oder Klienten mit einer psychischen Verhaltensstörung aufgrund von Halluzinogenen (54,1%) oder Cannabinoiden (55,5%) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a).

Stationäre Behandlung

Tabelle 6 Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent

ICD-10 GM	Krankenhaus- Statistik	DRV***	DSHS			
			2021	2022	2021****	2022*****
	Insgesamt			Männer	Frauen	Insgesamt
F11 Opiode	26,9 %	Drogen davon 26,2 % Männer & 16,5 % Frauen	11,1 %	11,6 %	9,8 %	11,2 %
F12 Cannabinoide	18,4 %		30,1 %	29,7 %	29,6 %	29,6 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	9,1 %		2,3 %	1,8 %	5,5 %	2,5 %
F14 Kokain	4,7 %		10,5 %	11,9 %	6,3 %	10,8 %
F15 Stimulantien	12,9 %		19,1 %	16,8 %	22,2 %	17,9 %
F16 Halluzinogene	0,6 %		*	*	*	*
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		*	*	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,3 %		26,9 %	28,1 %	26,1 %	27,7 %
Anzahl Gesamt (N)	95.691	12.660	10.440	8.609	2.028	10.642**

(**Destatis, 2022b; ***DRV 2023c; **** IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a (T3.01); ***** IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b (T3.01))

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

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

Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Es handelt sich um die Zahl aus dem Berichtsjahr 2021.

In der Regel findet stationäre Behandlung in Deutschland unter drogenfreien Bedingungen statt. Da sich die Standards der Dokumentation an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit den Hauptdiagnosen F11–F16 und F18–F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. Im Jahr 2022 wurden von insgesamt 37.447 in der DSHS dokumentierten stationären Behandlungen in 162 Einrichtungen aufgrund substanzbezogener Störungen 10.642 wegen illegaler Substanzen (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) durchgeführt (IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b). Unter den in der DSHS erfassten Behandlungen mit primären Drogenproblemen liegt der Anteil derjenigen mit einer Hauptdiagnose aufgrund einer Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden bei 29,6 %, der Anteil der Behandlungen aufgrund von Opioiden bei 11,2 %.

In Bezug auf sämtliche erfasste Hauptdiagnosen im Suchtbereich stellen Behandlungen aufgrund von Cannabinoiden mit 9,6 %, nach der Behandlungen aufgrund von Alkoholproblemen (64,9 %), die größte Diagnosegruppe in stationärer Behandlung dar.

Tabelle 7 Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung

Zahl der Patienten	
Alle Patienten in Behandlung	Nach der DSHS mit HD illegale Drogen
	ambulant: 60.190
	stationär: 10.642
Alle Patienten in OST	81.200
Gesamt	Keine Angabe

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

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, b – T3.01; BOPST, 2023)

1.3.2 Hauptdiagnosen der Behandelten

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

Hauptdiagnose	Stationär	Ambulant
F11 Opiode	11,2 %	21,5 %
F12 Cannabinoide	29,6 %	42,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,5 %	2,2 %
F14 Kokain	10,8 %	9,0 %
F15 Stimulanzien	17,9 %	13,4 %
F16 Halluzinogene	*	0,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	27,7 %	11,1 %
Anzahl Gesamt (N)	10.642	60.190

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023 a; 2023 b, T3.01)

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

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Die DSHS erfasst neben den hier genutzten Daten zu illegalen Drogen auch Daten zu legalen Drogen wie Alkohol und Tabak sowie zu nicht stoffgebundenen Süchten. Während der Erstellung dieses Workbooks wurde daher teilweise mit den vorhandenen Daten

weitergerechnet, um legale Drogen oder nicht stoffbezogene Süchte für die Darstellungen ausschließen zu können. Dafür wurde beispielsweise mit Hilfe der Summe der absoluten Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund von illegalen Drogen der prozentuale Anteil der einzelnen Hauptdiagnosen (illegale Drogen) neu berechnet.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patienten

Ambulante Behandlung

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

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

Tabelle 9 Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht in Prozent

Hauptdiagnose	Ambulant		
	Männlich	Weiblich	Unbestimmt/ Unbekannt
F11 Opioide	21,3 %	22,4 %	7,9 %
F12 Cannabinoide	43,8 %	37,7 %	62 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1,6 %	4,6 %	4,0 %
F14 Kokain	9,8 %	6,0 %	4,0 %
F15 Stimulanzien	12,0 %	18,7 %	9,9 %
F16 Halluzinogene	0,2 %	0,3 %	0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	*	*	*
F19 Andere / Polytoxikomanie	11,3 %	10,2 %	11,9 %
Anzahl Gesamt (N=100 %)	47.505	12.584	101

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T3.01)

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

Das Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn liegt für die Diagnosegruppen der illegalen Drogen bei einem Mittelwert von 31,3 Jahren, wobei die männliche Klientel, in Abweichung zu den letzten Jahren, mit 31,5 Jahren durchschnittlich älter ist als das weibliche Klientel mit 30,8 Jahren. Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind mit 40,1 Jahren die durchschnittlich älteste Diagnosegruppe, F18 Flüchtige Lösungsmittel mit 25,3 Jahren die jüngste. (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a , T 3.02).

Differenziert man bei diesen Daten nach dem Geschlecht, sind bei den Männern Klienten mit der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide und F18 Flüchtige Lösungsmittel (26,5 Jahre) am

jüngsten und F11 Opioide (40,3 Jahre) am ältesten; bei den Patientinnen liegt das niedrigste Durchschnittsalter ebenso bei der Diagnosegruppe F18 Flüchtige Lösungsmittel (24,0 Jahre) und das höchste Durchschnittsalter bei F13 Sedativa/Hypnotika (43,9 Jahre) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T 3.02).

Zwischen 0,1 % (F16) und 18,2 % (F12) aller ambulant betreuten Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Partnerschaft (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T3.03), zwischen 32,5 % (F12) und 57,1 % (F14) leben alleine in einem Haushalt (ebd., T3.04). Im Durchschnitt haben die behandelten Frauen 0,75 Kinder (Männer: 0,6 Kinder) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a T3.06).

Zwischen 0,1 % (F16) und 18,1 % (F12) aller ambulant behandelten Klientinnen und Klienten haben einen Migrationshintergrund⁶. Im Rahmen dieses Berichtes wurden hierfür die Daten von Menschen, die selbst migriert sind, sowie derer die als Kinder von Menschen mit Migrationshintergrund geboren wurden, berücksichtigt (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T3.12). Die Hauptdiagnosen mit dem größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind F12 Cannabinoide (18,1 %) und F11 Opioide (9,3 %) (ebd., T3.12). Von den Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit sind 20,8 % der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund ursprünglich aus der Türkei. Bei den Menschen mit der Hauptdiagnose F11 Opioide sind 17,0 % der Betroffenen mit Migrationshintergrund aus Russland und 12,2 % aus Kasachstan (ebd., T3.13).

Der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung liegt bei dem Großteil der Hauptdiagnosen unter 25 %. Eher hohe Anteile finden sich bei den Hauptdiagnosen Opioiden (30,7 %), anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie (26,4 %) und den Stimulanzien (24,1 %) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T3.16).

Durchschnittlich 7,9 % der männlichen und 6,1 % der weiblichen Klientinnen und Klienten im ambulanten Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen. Die Raten liegen (geschlechterunabhängig, in absteigender Reihenfolge) am höchsten bei Behandelten aufgrund der Hauptdiagnose Opioide (13,1 %), Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (12,7 %) und Stimulanzien (11,9 %) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T3.15).

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

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

Stationäre Behandlung

Der größte Anteil der stationär behandelten Menschen der Diagnosegruppe „illegale Drogen“ liegt sowohl bei den männlichen als auch weiblichen Patienten bei der Hauptdiagnose F12 Cannabinoide (männlich 29,7 %; weiblich: 29,6 %). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist F19 Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie (Männer: 28,1 %, Frauen: 26,1 %) die zweithäufigste Diagnose. Die wenigsten Behandlungen erfolgten bei beiden Geschlechtern aufgrund der Diagnose F18 Flüchtige Lösungsmittel und F16 Halluzinogene.

Das durchschnittliche Alter der stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnosen F11–F16 sowie F18 und F19 liegt bei Betreuungsbeginn bei 32,6 Jahren. Die durchschnittlich ältesten Patientinnen und Patienten wurden aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika behandelt (40,6 Jahre), die jüngsten aufgrund von Halluzinogenen (27,5 Jahre) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T3.02).

Bei dem Großteil der Hauptdiagnosen, die illegale Drogen betrafen, waren mehr als die Hälfte der Behandelten alleinlebend (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T3.04).

Zwischen 94,9 % (F15 Stimulanzien) und 66,7 % (F18 Flüchtige Lösungsmittel) der wegen illegaler Drogen stationär behandelten Patientinnen und Patienten sind deutsche Staatsangehörige (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2021b, T3.11). Die beiden Diagnosegruppen mit dem höchsten Anteil an Migrantinnen und Migranten⁷ sind F 12 Cannabinoide (9,7 %) und F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie (9,3 %) (vgl. ebd., T3.12). Von den Migrantinnen und Migranten mit einer Störung aufgrund des Konsums von Cannabinoiden kommt im stationären Setting der Großteil der Behandelten (24,5 %; N = 95) aus der Türkei.

Der Anteil der Klientinnen und Klienten der noch keine Berufsausbildung begonnen hat liegt, mit Ausnahme der Diagnosegruppe Flüchtige Lösungsmittel (50,0 %), bei unter 20 %. Patienten mit einem akademischen Abschluss waren am häufigsten in der Diagnosegruppe F13 Sedativa/Hypnotika vertreten (7,0 %). Ein ebenfalls großer Anteil hat eine Hochschul- oder Berufsausbildung zwar angefangen, sie jedoch nicht abgeschlossen (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T3.16).

Durchschnittlich⁸ 9,0 % der männlichen und 7,7 % der weiblichen Patientinnen und Patienten im stationären Behandlungssystem haben die Schule ohne Schulabschluss verlassen (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T3.15 m/w). Frauen verließen die Schule am ehesten, wenn sie die Diagnose F 19 (andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie: 9,8%), F 15 Stimulanzien (9,6 %) oder

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

⁸ Es handelt sich um den durchschnittlichen Wert aus den Hauptdiagnosegruppen F11–F16 sowie F18 und F19 mit Ausnahme von F18, da hier N <30 war.

Cannabinoide (7,7 %) aufwiesen. Bei Männern erfolgte der Schulabbruch eher bei den Diagnosen Stimulanzien (15,6 %), Halluzinogenen (13,2 %) und Opioiden (12,4 %) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b , T3.15). Alle Diagnosegruppen weisen einen hohen Anteil arbeitsloser Klientinnen und Klienten auf. Bei den illegalen Drogen sind es, mit Ausnahme der Diagnosegruppe F13 Sedativa (41,1 %), weit über die Hälfte der Patienten, die am Tag vor Betreuungsbeginn arbeitslos waren (nach SGB II oder SGB III) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T3.18).

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

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

Hauptdiagnose	DSHS (2023)				Krankenhausdiagnosestatistik			
	Ambulant		Stationär		Destatis (2021)			
	-14	15-17	-14	15-17	-14	15-17		
F11 Opioide	* (0,1)	2,0 (0,6)	0	* (0,9)	2,7 (0,1)	2,9 (0,4)		
F12 Cannabinoide	85,3 (1,7)	83,9 (12,2)	0	55,7 (1,9)	37,1 (1,1)	45,7 (10,3)		
F13 Sedativa/ Hypnotika	* (0,2)	1,5 (4,1)	0	* (0,7)	3,8 (0,3)	3,8 (1,7)		
F14 Kokain	* (0,1)	0,8 (0,6)	0	* (0,3)	0,5 (0,1)	1,4 (1,3)		
F15 Stimulanzien	* (0,3)	6,0 (2,8)	0 (0,1)	* (0,4)	21,6 (1,4)	15,0 (4,8)		
F16 Halluzinogene	* (0,8)	* (4,1)	0	0 (0)	4,9 (6,7)	2,3 (15,2)		
F18 Flüchtige Lösungsmittel	* (12,5)	* (25)	0	0 (0)	0,7 (3,6)	0,2 (3,6)		
F19 Andere / Polytoxikomanie	* (0,4)	5,7 (3,2)	0	* (0,4)	26,4 (0,8)	28,9 (4,4)		

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a/bT3.02 ; Destatis, 2022b)

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

Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Es handelt sich um die Zahl aus dem Berichtsjahr 2021

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten sind Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendliche (15 bis 17 Jahre)⁹. Aufgrund ihres physischen und psychischen Entwicklungsstandes sind sie, in Anbetracht der gesundheitlichen Auswirkungen des Drogenkonsums, eine besonders vulnerable Gruppe. Behandlungsdaten der DSHS zeigen, dass – sowohl im Setting der ambulanten als auch stationären Behandlung – Kinder und Jugendliche am häufigsten aufgrund von Cannabinoiden behandelt wurden. Laut den

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

Daten der DSHS sind es 85,3 % aller ambulanten Behandlungen wegen illegalen Drogen in der Altersgruppe der unter 14-Jährigen. Bei den 15- bis 17-Jährigen sind es laut DSHS im ambulanten Setting 83,9 %. Im stationären Behandlungssetting wurde im Rahmen der DSHS nur ein einziger Behandlungsfall bei Kindern unter 14 Jahren verzeichnet. Dieser betraf die Hauptdiagnose F 15 Stimulanzien. Bei den 15- bis 17-Jährigen gab es einige wenige Fälle von stationären Behandlungen, allerdings waren dies sehr geringe Fallzahlen von $n = < 30$, weshalb keine aussagekräftige Darstellung möglich ist. Eine Ausnahme bildet Cannabinoide, weshalb 59 Jugendliche 2022 stationär behandelt werden mussten. Dies entspricht 1,9 % Anteil an allen Behandlungsfällen dieser Hauptdiagnose.

Die in der Tabelle in Klammern abgebildeten Zahlen geben Auskunft über den Anteil der entsprechenden behandelten Altersgruppe an allen erfassten Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass 13,9 % aller ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose F12 (Cannabinoide) noch nicht volljährig waren.

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2023 (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a/b)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation (DRV, 2023c)
- Grunddaten der Krankenhäuser 2021 (Destatis, 2022a)¹⁰
- Tiefgegliederte Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Destatis, 2022b)¹¹

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

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

Menschen mit Suchterkrankungen können verschiedenste Versorgungsangebote wahrnehmen. Dabei kann die Inanspruchnahme alternativ, nacheinander oder auch parallel erfolgen. Die Vielfältigkeit hilft, um mehr Betroffene oder Angehörige zu erreichen, als in der öffentlichen Diskussion angenommen wird. Außerdem wird eine hohe Fachlichkeit gesichert. Gleichzeitig führt die angesprochene Segmentierung auch zu Fehllokationen (DHS, 2019)

¹⁰ Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor.

¹¹ Siehe vorherige Fußnote.

Beratungs- und/ oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen

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

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

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

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen von Diagnostik und Behandlung eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Sie sollen die Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motivieren und an Beratungsstellen vermitteln. Bundesweit arbeiten ca. 163.800 niedergelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte (ambulant), die ggf. erste Ansprechpersonen für suchtkranke Patientinnen und Patienten sind (BÄK, 2022). Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.6 bis 1.4.11.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

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

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

Psychiatrische Institutsambulanzen

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

Sozialpsychiatrische Dienste

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

Ambulante medizinische Rehabilitation

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

Ambulant betreutes Wohnen

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

Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen

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

1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärztinnen

und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern.

Sucht-Selbsthilfe

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

1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote

Entgiftung

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

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

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

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird in Fachkliniken durchgeführt und umfasst Gruppentherapien, Einzeltherapien, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder Seminaren sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). Dies wird ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indizierte Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z. B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Das Spektrum der medizinischen Rehabilitation umfasst auch soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der verschiedenen Behandlungsformen wird individuell festgelegt.

Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung erfolgt durch die Rentenversicherungsträger (DRV) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ambulante und stationäre Rehabilitation sind weitestgehend abstinenzorientiert (Weinbrenner und Köhler, 2015).

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

Angebote der Nachsorge

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

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

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

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

Behandlung im Strafvollzug

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Straftäterinnen und Straftäter bzw. der Behandlung der für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei Einzel- und Gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie. Weitere Informationen zu diesem Thema sind dem Workbook „Gefängnis“ zu entnehmen (Schneider et al., 2023.)

Tabelle 11 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen

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

(Expertenschätzung, Bartsch et al., 2018; aktualisiert von Preuss 2023)

Psychiatrische Kliniken

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

Adaptionseinrichtungen

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

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

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

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

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

1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen

Migrantinnen und Migranten / Geflüchtete

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2022 ergab sich durch den Krieg in der Ukraine eine neue, dynamische Situation. Bis zum 24. August 2023 nahm die Bundesrepublik 1.081.457 Geflüchtete auf, die sich anschließend im deutschen Ausländerzentralregister erfassen ließen. Die genaue Anzahl dürfte höher liegen, da Menschen aus der Ukraine ohne Visum in die Europäische Union und somit auch nach Deutschland einreisen können.¹² Damit ergab sich auch die Notwendigkeit einer Versorgung von substanzabhängigen oder substituierten ukrainischen Geflüchteten. Viele Akteurinnen und Akteure in der Suchthilfe reagierten mit viel Engagement und schnell angestoßenen

¹² Mediendienst Integration, [online] <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html> [Letzter Zugriff: 24.08.2023].

Projekten auf die Situation. Die DHS hat zwei Broschüren ins Ukrainische übersetzt. Mehr Informationen dazu finden sich im Kapitel 3.1

Das bundesweite Suchthilfeverzeichnis¹³ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)¹⁴ bietet Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. stationäre Therapieangebote nach Sprache in der beraten werden soll zu filtern.

Ältere Drogenabhängige (40+)

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser zeigen, dass der Anteil der älteren Opioidabhängigen hoch ist. 50,0 % der insgesamt 25.720 in Krankenhäusern behandelten Opioidabhängigen waren älter als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 18,4 % der behandelten Opioidabhängigen die größte Altersgruppe. Es folgen die jeweils nächst höheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 12,6 %, 9,1 % und 4,8 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 5,1 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2022b).¹⁵ Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) und des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen zeigen zudem, dass das Durchschnittsalter der Drogentoten in der Vergangenheit gestiegen ist: Während es im Jahr 1982 noch 26 Jahre betrug, lag es 2022¹⁶ bei 40,55 Jahre. Insgesamt starben im Jahr 2022 1.990 Menschen an den Folgen des Missbrauchs illegaler Drogen (BKA, 2018; Bundeskriminalamt Wiesbaden und Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2023).

Einrichtungen, wie beispielsweise Condrops¹⁷ bieten niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Unterstützung für drogenabhängige ältere Menschen an. Dies schließt neben der Suchtberatung auch eine Einrichtung für betreutes Wohnen und ein Arbeitsprojekt mit ein.

Des Weiteren gibt es einzelne Wohneinrichtungen für ältere Drogenabhängige in Deutschland wie z. B. die Dauerwohneinrichtung des Projektes LÜSA¹⁸ in Kamen, die einen speziellen Wohnort für ältere suchterkrankte Menschen bieten. Seit 2015 gibt es dort in einer ruhigen, ländlichen Umgebung eine Wohngemeinschaft mit 14 Plätzen. Die Bewohner sind zwischen 50 – 67 Jahre alt, wobei die drogenbedingte ca. 15 Jahre Voralterung der Bewohner beachtet

¹³ Suchthilfeverzeichnis [Online] <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff: 05.09.2023].

¹⁴ Einrichtungsverzeichnis des bus. [Online] https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff: 05.09.2023].

¹⁵ Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Es handelt sich um die Zahl aus dem Berichtsjahr 2021.

¹⁶ Belastbare Zahlen zu Rauschgiftsicherstellungsfällen, Gesamtsicherstellungsmengen einzelner Rauschgiftarten und beschlagnahmten Cannabis-Plantagen können nicht ausgewiesen werden. Ferner sind in Bezug auf rauschgiftbezogene Todesfälle keine über die Anzahl der Rauschgifttoten und die Todesursachen hinausgehenden Angaben, wie z. B. zur Altersstruktur und zum Geschlecht, möglich. Weitere Informationen zur Problematik der Drogentodesfälle sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung 2020“ (Neumeier et al., 2020, Abschnitt 1.1) zu finden.

¹⁷ Condrops e.V. [online] <https://www.condrops.de/hilfe/sucht/aeltere/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

¹⁸ Projekt LÜSA [online] <https://www.luesa.de/?site=kontakt> [Letzter Zugriff 09.11.2023].

werden muss. Das Ziel des Projektes ist es dem durch moderne Medizin immer älter werdenden Klientel eine Wohnstätte zu bieten und ihren Zustand nach einer oftmals langen, kräftezehrenden Drogenkarriere zu stabilisieren und zu halten. Alle dort lebenden Bewohner werden aktuell substituiert. Es gibt tagesstrukturierende Maßnahmen und Groß- und Kleingruppen. Dass der Bedarf hoch ist und noch nicht ausreichend gedeckt wird, zeigen Anfragen aus der ganzen Bundesrepublik. Das Projekt bietet keine Pflegemöglichkeiten und es gibt dazu auch momentan kaum Angebote in Deutschland.

Auch die Drogenhilfe Schwaben bietet mit ihrem Beratungsangebot „Lebenswelt 40+“ ein spezielles, aufsuchendes Beratungsprogramm an. Dessen Ziel ist es, auch die Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten ab 40 Jahren zu erreichen und deren Lebenssituation und die Teilhabe am Leben zu verbessern, wenn ein Besuch in der Beratungsstelle nicht mehr wahrgenommen werden kann. Des Weiteren richtet sich das Programm auch an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten und Krankenhäusern.¹⁹

Darüber hinaus bieten stationäre Einrichtungen wie z. B. die salus Klinik in Hürth mit ihrem Angebot „55+ Programm für LEBENSERFAHRENE Alkohol- und Drogenpatienten“²⁰ spezielle Behandlungsprogramme für ältere Drogenabhängige an.

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

Kokainkonsumierende

Der Kokainkonsum unter Erwachsenen hat in den letzten Jahren zugenommen (Seitz et al., 2019). Um Kokainkonsumierende besser mit den Angeboten der Suchthilfe und Prävention zu erreichen, sind zielgruppenspezifische Kenntnisse zu Konsummotiven und Risikokonstellationen notwendig. „KOKOS“ (Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum), ein Projekt des ZIS Hamburg, gefördert vom BMG, wollte Erkenntnisse zu Profilen und Hilfebedarfen von Kokainkonsumierenden gewinnen. Im Rahmen des Projektes galt es herauszufinden, welche Personen besonders gefährdet sind, einen riskanten und abhängigen Konsum zu entwickeln. Das Projekt wurde 2022 beendet. Es wurden Maßnahmen zur digitalen Prävention empfohlen, welche nun durch das Nachfolgeprojekt „KOKAIN:PREVENT“ (Entwicklung und Evaluation neuer digitaler Präventionsmaßnahmen zum erleichterten Zugang zu Suchtberatung für unterschiedliche Gruppen von Kokainkonsumierenden) umgesetzt werden. Gemeinsam mit einigen Betroffenen und Fachkräften werden Maßnahmen entwickelt, umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Dabei soll das eigene

¹⁹ Drogenhilfe Schwaben [online] <https://www.drogenhilfeschwaben.de/angebote/erwachsene/lebenswelt-40/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁰ Flyer des Angebotes [online] https://www.salus-kliniken.de/fileadmin/contents/Kliniken/Huerth/Dokumente/Flyer/Sucht/Flyer_55__01.pdf [Letzter Zugriff: 05.09.2023].

Gefährdungspotential ermittelt werden und es wird teils persönliches Feedback und Empfehlungen zur Risikominimierung geben. Desweiteren gibt es eine direkte Verlinkung mit dem verbandsübergreifenden Projekt DigiSucht, wo über regionale Fachkräfte eine digitale Suchtberatung wahrgenommen werden kann. Dieses Projekt wird voraussichtlich im Dezember 2025 beendet werden.²¹

Genderspezifische Angebote

In Deutschland gibt es bislang keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten.

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

- LAGAYA²² ist eine psychosoziale Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle für Frauen und Mädchen sowie deren Angehörige und Bezugspersonen in Stuttgart. Neben Einzel- und Gruppenberatung werden Aufsuchende Beratung und Betreuung, Online-Suchtberatung per E-Mail sowie psychosoziale Betreuung, Beratung und Behandlung von Substituierten angeboten.
- extra e.V.²³ ist eine zentrale Anlaufstelle für Frauen, Mädchen, Mütter und Schwangere mit stoffgebundenen Süchten. Der Verein betreibt eine überregional tätige Beratungsstelle für suchterkrankte Frauen und deren Angehörige in München sowie seit 2011 ein stationäres Clearing für suchterkrankte Schwangere und Mütter. Ziel ist es dabei, die Zukunft der Familie gemeinsam zu gestalten. Extra Ambulant ist die seit 1996 agierende ambulante Suchtberatungsstelle. Dort finden Einzel- und Gruppenangebote, Krisenintervention, Beratung, Begleitung und Vermittlung sowie Freizeitangebote für Frauen und Mütter statt. Während der Öffnungszeiten können Kinder betreut werden, so dass eine Beratung der Frauen in ungestörtem, sicherem Setting möglich ist.
- Bella Donna - Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.²⁴ bietet suchtmittelabhängigen Frauen in Essen eine Vielzahl an Beratungs- und Behandlungsangeboten. Neben psychosozialer Betreuung, Beratung und Vermittlung in Substitutionstherapie, Begleitung während der Schwangerschaft und Freizeitgestaltung werden z. B. auch Frauen und Mädchen beraten, deren Angehörige suchterkrankt sind.

²¹ ZIS Hamburg – Projekt: KOKAI:PREVENT [online] https://www.zis-hamburg.de/projekt_detail/kokainprevent-entwicklung-und-evaluation-neuer-digitaler-praeventionsmassnahmen-zum-erleichterten-zugang-zu-suchtberatung-fuer-unterschiedliche-gruppen-von-kokainkonsumierenden/ [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²² LAGAYA – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e. V.[online] <https://www.lagaya.de/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

²³ Extra e.V. - Suchtberatung für Frauen* [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁴ BellaDonna e.V. [online] <https://www.belladonna-essen.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

- Boys' ResorT²⁵ ist ein Gruppenangebot der Drogenberatung Hannover, das sich ausschließlich an männliche Jugendliche und junge Erwachsene mit einem gefährlichen Konsum von Drogen, Glücksspiel, Medien oder Ähnlichem richtet.

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

- Die Schwulenberatung Berlin²⁶ bietet eine offene queere Suchtgruppe an, in der sich Menschen ohne vorherige Anmeldung zum Thema Substanzgebrauch und -abhängigkeit austauschen können. Darüber hinaus informieren sie über relevante Themen wie beispielsweise Chemsex. Ein kostenfreier, anonymer Online-Leitfaden, der Betroffenen helfen soll ihre Konsumgewohnheiten zu verändern, kann über die Webseite bezogen werden. Des Weiteren bietet die Beratungsstelle mehrere Selbsthilfegruppen für substanzabhängige Männer und u. a. auch eine Therapeutische Wohngemeinschaft für schwule Männer mit Suchtproblemen an.
- SHALK²⁷ NRW ist ein seit 1994 bestehendes Selbsthilfenetzwerk für homo- und bisexuelle Menschen mit einer Suchterkrankung, das zurzeit in neun Städten in NRW etabliert ist.
- „quapsss“ ist ein Angebot der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit örtlichen Organisationen und therapeutischen Fachkräften, das sich an Männer richtet, die Chemsex praktizieren. Selbsthilfegruppen in verschiedenen Städten wurden mit unterschiedlichen konzeptionellen und theoretischen Bezügen initiiert, um die physischen und psychischen Probleme, die bei der Einnahme von psychotropen Substanzen im sexuellen Kontext entstehen, durch Beratung und Therapie zu bearbeiten.

Des Weiteren bietet die Beratungsstelle 4be TransSuchthilfe²⁸ in Hamburg, die ihre Angebote speziell und in erster Linie nach trans, nicht binäre und genderdiverse Menschen ausrichten, Beratung und Unterstützung in Suchtfragen sowie die Vermittlung in weiterführende Hilfen an. Dabei wird die Klientel durch erfahrene Peers und Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreut. Bei Bedarf organisiert die Beratungsstelle zudem Gruppen-, Multiplikatorinnen-/Multiplikatoren- und Schulveranstaltungen sowie Fortbildungen zum Thema.

Auch stationäre Einrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften haben genderspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt. So bietet z. B. die Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh²⁹ ein Konzept für die Behandlung abhängiger Frauen. Auch der

²⁵ Drogenberatung Hannover [online] <https://step-niedersachsen.de/einrichtungen/drobs-hannover/beratung> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁶ Schwulenberatung Berlin [online] <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁷ SHALK NRW [online] <https://www.shalk.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁸ 4Be TransSuchthilfe, [online] <https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

²⁹ Bernhard Salzmann Klinik [online] https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [Letzter Zugriff 05.09.2022].

Therapeutische Wohnverbund „Die Zwiebel“³⁰ in Berlin oder Condrops in München halten spezifische Angebote für Frauen in verschiedenen Lebenslagen vor, z. B. Kontaktläden, Suchtberatungsstellen, soziotherapeutische WGs, Clean-WGs oder WGs der Nachsorge. Angebote für suchtkranke Frauen mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung und für Frauen, die aus dem Maßregelvollzug entlassen werden, ergänzen die Palette. Hier können Frauen mit ähnlichen Lebenserfahrungen in einem Freiraum ohne Gewalt und Suchtmittel zusammenleben und neue Problemlösungsstrategien ausprobieren.

Des Weiteren bietet die LWL Koordinierungsstelle Sucht Interessierten auf ihrer Internetseite eine umfangreiche Zusammenfassung praxisrelevanter Literatur zum Thema männerspezifische Suchtarbeit³¹. Darüber hinaus liefert sie eine Liste mit männerspezifischen Suchthilfeangeboten.

Drogenabhängige Schwangere und Eltern

Eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München weist darauf hin, dass repräsentative Daten zum Thema Substanzgebrauch in der Schwangerschaft in Deutschland fehlen, jedoch dringend notwendig sind, um festzustellen wie hoch der Behandlungsbedarf ist und um Lücken zu schließen (Hoch et al., 2019). Es gibt jedoch einige stationäre Angebote und Kliniken, die spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitstellen. Verschiedene Kliniken wie u.a. die Rehaklinik Lindenhof³² in Schallstadt-Wolfenweiler die BABAROSSA Klinik in Kelber z. B. bieten Mutter-Kind-Suchttherapie an, welche es den betroffenen Frauen erlaubt, Begleitkinder im Alter von null 0 bis 12 Jahre mitzubringen. Darüber hinaus werden auch Schwangere, insbesondere unter Substitution, aufgenommen. Ebenso bietet extra e. V. aus München ein stationäres Clearing für suchtkranke (werdende) Mütter mit Kindern im Alter bis zu 6 Jahren an. Die Mütter bekommen vollstationär Unterstützung dabei eine gute Bindung zu ihrem Kind aufzubauen und abstinent oder mit beigebrauchsfreier Substitution ihr Familienleben aktiv wieder selbst zu gestalten.³³

Auch in Thüringen gibt es ein Pilotprojekt für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Mütter mit Kindern unter einem Jahr, dass sehr niedrigschwellig Hilfe anbietet für alle Frauen, die in der Familienplanung sind und legale oder illegale Drogen konsumieren. Momentan gibt es das Projekt „Clean4us“ nur in der Uniklinik in Jena und dieses soll nun aufgrund der hohen Nachfrage ab 2024 auch in weiteren Kliniken in Thüringen und der gesamten Bundesrepublik ausgerollt werden. Das Hauptziel des Projektes ist es mit Hilfe einer Lotsin ein ganz individuelles Hilfenetz für jede einzelne Frau zu entwickeln, um so den Familienerhalt zu gewährleisten, die Mutter-Kind-Bindung zu erhalten und die Frauen (wieder) handlungsfähig zu machen. Dabei wird an regelmäßig stattfindenden sogenannten runden Tischen gemeinsam mit der Frau und der Lotsin sowie Vertretern der Hilfesysteme wie z. B. (Familien-)

³⁰ »Die Zwiebel« [online] <https://www.prowoberlin.de/Angebot3/die-zwiebel-therapeutischer-wohnverbund-fuer-abh%C3%A4ngigkeitserkrankte-frauen.html> [Letzter Zugriff 19.05.2022].

³¹ Mann und Sucht [online] <https://www.lwl-ks.de/de/Mann-und-Sucht/> [Letzter Zugriff 22.09.2022].

³² Rehaklinik Lindenhof [online] <https://www.rehaklinik-lindenhof.de/> [Letzter Zugriff 29.07.2022].

³³ extra e.V. [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff 12.05.2022].

Hebammen, Vertreterinnen des Jugendamtes, Suchtberatungsstellen, Ärztinnen etc. versucht passende Lösungen und Wege für diese individuelle Familie zu suchen. Des Weiteren dürfen die Teilnehmerinnen an einer speziellen Chefarztsprechstunde teilnehmen, bekommen kostenlose Drogentests und im Anschluss an die Geburt werden für ein Jahr die Kosten für Verhütungsmittel übernommen. Auch eine anonyme Schwangerschaftsbegleitung oder eine vertrauliche Geburt ist möglich. Bisher wurden in den 3 Jahren seit Projektstart 40 Teilnehmerinnen betreut.³⁴

Über das Einrichtungsverzeichnis der DHS oder die Website der Interessenvertretung für Kinder aus suchbelasteten Familien (NACOA) können ambulante und stationäre Hilfsangebote speziell für Betroffene mit Kindern herausgesucht werden.³⁵

Bis 2022 wurde die Intervention „SHIFT+“, ein Suchthilfe Familientraining für drogenabhängige Eltern des Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP), weiterentwickelt und evaluiert. Das Projekt baut auf das Programm „SHIFT“ auf, welches im Rahmen des vom BMG geförderten Forschungsprojekts „Crystal Meth & Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ konzipiert und umfangreich evaluiert wurde. Bei „SHIFT+“ werden im Rahmen von zehn 90-minütigen, modularisierten Interventionseinheiten die Förderung von positivem Erziehungsverhalten, die Stabilisierung der elterlichen Abstinenz sowie die Stärkung familiärer Resilienzen thematisiert. Da sich „SHIFT“ als in der Praxis wirksames Projekt gezeigt hat, wurde im Rahmen der Weiterentwicklung „SHIFT+“ auch für den Konsum anderer Suchtmittel wie Opiate, Cannabis und Stimulanzien sowie den multiplen Substanzkonsum erweitert. Durch die Ergänzung von zwei Modulen für Angehörige und Kinder wurde zudem der Bereich der Familienresilienz vertieft. Die Umsetzung von „SHIFT+“ erfolgte in Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe an bundesweit zehn Standorten. In den zehn Sitzungen sollen bewährte sucht- und verhaltenstherapeutische Techniken und Programme vermittelt werden. Die Evaluation zeigte, dass direkt nach dem Ende des Programmes weniger depressive Symptome und ein verbesserter Umgang mit dem Thema Sucht innerhalb der Familie nachgewiesen werden konnte.³⁶

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher³⁷ gibt es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

³⁴ Clean4us [online] <https://www.uniklinikum-jena.de/geburtsmedizin/clean4us.html> [Letzter Zugriff 31.05.2023].

³⁵ NACOA [online] <https://nacoa.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

³⁶ Shift und Shift plus [online] <https://katho-nrw.de/forschung-und-transfer/forschungsprojekte/abgeschlossen/shift-plus/shift-und-shift-plus-elternttraining> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

³⁷ Unter der Bezeichnung „Kinder“ werden Menschen unter 14 Jahre verstanden, unter „Jugendliche“ Menschen zwischen 15 und 17 Jahre. Definitionen können unter Umständen je nach Studie abweichen.

Es gibt jedoch in vielen Städten und Gemeinden ambulante jugend- und suchtspezifische Einrichtungen. Sie werden meist von jungen Cannabiskonsumierenden in Anspruch genommen, die wegen des Konsums anderer psychotroper Substanzen aufgefallen sind. Oftmals bieten diese Einrichtungen evaluierte Programme an, die am Übergang von Prävention zu Behandlung angesiedelt sind, wie z. B. „FreD – Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum“³⁸ und das Programm „Realize it“³⁹ für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation zeigt die Datenbank zur Einrichtungssuche der DHS bundesweit 19 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die illegale Drogen konsumieren, anbieten (Stand Juni 2023, DHS, 2023).

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

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zeigt, dass der Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den vergangenen Jahren zugenommen hat und die Lebenszeitprävalenz für Cannabis bei den 18 - 25 Jährigen bei 50,8 % liegt (BZgA, 2023). Das BMG fördert daher das Projekt „FriDA“ (Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz), welches zum Ziel hat, den Zugang von minderjährigen Cannabiskonsumierenden in die ambulante Suchthilfe zu verbessern. Bis März 2023 soll das FriDA-Beratungskonzept in zwölf Einrichtungen eingesetzt und evaluiert werden.⁴⁰

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

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

³⁸ FreD [online] <https://www.lwl-fred.de/de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

³⁹ Realize-it, [online] <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁰ FriDA [online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/drogenbeauftragte-ludwig-unterstuetzt-jugend-fruehinterventionsprojekt-frida/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

Empfehlungen der Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Situation dieser Familien auch auf allen Ebenen implementiert werden.

Menschen mit einer geistigen Behinderung

Von September 2018 – Ende Februar 2022 wurde das Modellprojekt „TANDEM – *Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe*“⁴¹ der LWL-Koordinationsstelle Sucht durchgeführt. Dort wurde die nachhaltige Entwicklung von Vernetzungsstrukturen zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe gefördert. Ziel war es, geeignete Suchthilfeangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu entwickeln. Ein Anschlussprojekt „TANDEM Transfer“ mit einer Laufzeit bis Juni 2023 wurde durchgeführt. Dieses Programm ist auf drei Säulen aufgebaut: einem in den Niederlanden entwickelten Screening Instrument, um den Schweregrad des Substanzkonsums bei Menschen mit einer geistigen Behinderung festzustellen. Im zweiten Schritt gibt es ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual und drittens ein Suchtpräventionsprogramm speziell für diese Zielgruppe. Ziel ist es die durch „TANDEM“ entstandenen Verbindungen zwischen der Sucht- und der Behindertenhilfe zu verstärken und den Fachkräften einen „Handwerkskoffer“ mitzugeben, um bei Suchtproblemen niederschwellig und schnell helfen zu können.⁴²

„Aktion:beratung“⁴³ (Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum) war ein vom BMG gefördertes Projekt, welches in Kooperation von EVIM - Gemeinnützige Behindertenhilfe GmbH, der Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik und der Hochschule Fulda - Fachbereich Sozialwesen umgesetzt wurde. Am Modellstandort Wiesbaden wurden im Rahmen dieses Projektes unterschiedliche Ziele verfolgt: Ausgehend von Modellen zur Beratung suchtmittelkonsumierender Menschen sollte ein Beratungskonzept für den Personenkreis mit geistiger Behinderung erarbeitet werden. Die erworbenen Erkenntnisse, Medien, Methoden und Informationsmaterial, u. a. in leichter Sprache, werden auch weiterhin nach Abschluss des Projektes im August 2021 in einer Datenbank zur Verfügung gestellt. Das Projekt setzt auf die konsequente Beteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung bei der Umsetzung des Projektes.

Des Weiteren bietet der LWL ein Online-Einrichtungsverzeichnis an, in dessen Datenbank suchtspezifische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung aus sechs deutschen Bundesländern erfasst sind⁴⁴.

⁴¹ LWL-Koordinationsstelle Sucht [online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/projektrueckschau/tandem/> [Letzter Zugriff 15.09.2022].

⁴² TANDEM Transfer [online] <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/projektrueckschau/tandem/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴³ Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Suchthilfezentrum Wiesbaden, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V./EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Kurzbericht/kurzbericht_geistige_behinderung_problematischer_substanzkonsum_bf.pdf [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁴ Tandem-Hilfe-Finder [online] <https://www.lwl-ks.de/de/schwerpunkte/tandem-datenbank/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige

Die wohl bekannteste und älteste Plattform ist „drugcom.de“⁴⁵, eine Aktion der BZgA. Das Internetportal bietet Interessierten und Ratsuchenden die Möglichkeit, sich über legale und illegale Drogen umfassend zu informieren, sich auszutauschen oder professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Ziel des Angebots ist es, die Kommunikation über Drogen und Sucht anzuregen und eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu fördern. Den Besucherinnen und Besuchern der Website stehen auf drugcom.de Online-Beratungsoptionen über Chat oder E-Mail zur Verfügung. Auch aktuelle News zu allen Arten von Betäubungsmitteln werden abgebildet. Darüber hinaus können Suchtberatungsstellen in der Nähe gefunden werden.

Neben der Chatberatung verfügt drugcom.de über spezifische evaluierte Behandlungsprogramme wie z. B. „Quit the shit“⁴⁶, bei dem ein Online-Konsumtagebuch das Kernelement bildet und durch anonyme Online-Beratungsservices ergänzt wird.

Ähnlich aufgebaut, ist das Online-Suchtberatungsprojekt „KOiNTER“⁴⁷, ein Angebot des jhj Hamburg e. V. Seit dem 01.12.2009 bietet „KOiNTER“ die erste virtuelle Beratung Hamburgs im Suchtbereich an. „KOiNTER“ bietet aktuell einen Chat, ein begleitetes Konsumtagebuch, Einzelberatung sowie Check-ups für Betroffene und Angehörige/Freundinnen und Freunde als Online-Angebote an. Alle Beratungsangebote sind kostenlos, streng vertraulich und können auf Wunsch anonym erfolgen.

Ein auf Methamphetamine spezialisiertes Angebot ist das Webportal „Breaking Meth“⁴⁸. Es wird vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg betrieben und richtet sich an derzeit konsumierende und ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten von Methamphetamin. Breaking Meth bietet den Nutzenden die Möglichkeit, sich anonym zu konsumbezogenen Themen auszutauschen. Schwerpunkte sind beispielsweise Safer Use und Konsumreflexionen. Aufgrund der Betreuung durch Fachpersonal besteht zudem die Möglichkeit einer besonders niedrighschwelligeren Kontaktmöglichkeit zum Hilfesystem. Des Weiteren soll ehemaligen Konsumentinnen und Konsumenten, die nicht die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen können oder wollen, eine Plattform zum Austausch über das „clean sein“ und „clean bleiben“ gegeben werden.

„SoberGuides“⁴⁹ ist ein digitales Sucht-Selbsthilfe Projekt der Guttempler in Deutschland. Es bietet Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, mit speziell geschulten, ehrenamtlichen, cleanen Abhängigkeitserkrankten sogenannten „Sober Guides“, Kontakt aufzunehmen, welche sie dann bis zu drei Monate intensiv begleiten. Der Kontakt ist kostenlos und erfolgt auf Wunsch anonym telefonisch, per E-Mail oder auch durch Ortstermine. Betroffene können

⁴⁵ Drugcom [online] <https://www.drugcom.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁶ Quit the Shit [online] <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁷ Kointer [online] <https://kointer.de/kointer/index.php> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁸ Breaking Meth, [online] <https://www.breaking-meth.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁴⁹ SoberGuides [online] <https://www.soberguides.de/> [Letzter Zugriff 05.09.2023].

über die Webseite des Projektes die Profile der „Sober Guides“ einsehen und in Abhängigkeit von Suchtmittel und angegebenen Sprechzeiten individuell entscheiden, welchen Guide sie kontaktieren wollen.

Das Bundesmodellprojekt „Digitale Lotsen“⁵⁰ richtete sich im Rahmen von bundesweit stattfindenden Fortbildungen an Fachkräfte aus der Suchthilfe. Sie sollten befähigt werden, eine auf wissenschaftlichen Grundlagen begründete Haltung zu dem Thema Digitalisierung im Arbeitsfeld der Suchthilfe zu entwickeln und als „Digitale Lotsen“ daraus Handlungsansätze für die Praxis abzuleiten. Ziel war es gerade jüngere Zielgruppen in der digitalen Lebenswelt zu erreichen oder Menschen in ländlichen Gebieten, um ihnen die Angebote der Suchthilfe einfacher zugänglich zu machen. Das Projekt wurde an drei Standorten erprobt und evaluiert. Aufgrund der Corona Pandemie musste der Projektablauf kontinuierlich angepasst werden. Nach Abschluss im August 2021 konnte festgestellt werden, dass sich die „Digitalen Lotsen“ durch die Programmteilnahme für den Transformationsprozess der Digitalisierung ihrer Suchthilfe-Arbeit gut vorbereitet gefühlt haben und somit ein Qualifizierungsprogramm entwickelt wurde, dass den digitalen Wandel in der Suchthilfe erfolgreich in die Einrichtungen tragen kann.

In dem Projekt „Digi-Sucht“⁵¹ (Digitale Suchtberatung) wird ein Konzept zur Umsetzung einer bundesweiten, trägerübergreifenden, digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchthilfe entwickelt. Das Projekt wird von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin in Zusammenarbeit mit den Landesstellen durchgeführt und vom BMG gefördert (Tossmann und Leuschner, 2021). Ab Oktober 2022 wurden erste Testdurchläufe mit einigen Beratungsstellen im Probetrieb durchgeführt, während das Portal in 2023 allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zur digitalen Suchtberatung ermöglichen soll.

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

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

⁵⁰ Digitale Lotsen [online]

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Digitale_Lotsen_bf.pdf [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁵¹ delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung [online]

<https://delphi.de/entwickeln/konzeption-digitale-suchtberatung/> [letzter Zugriff 05.09.2023].

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

An dem Modellbetrieb und der Evaluation beteiligen sich seit 2023 mehr als 40 Suchtberatungsstellen in 13 Bundesländern. Momentan können allerdings keine Anfragen aus Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland und Schleswig-Holstein beantwortet werden. Im Laufe des Jahres werden weitere Beratungsstellen angeschlossen, so dass das Angebot weiter ausgebaut wird.

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

Aufgrund der COVID-19-Pandemie haben Online-Angebote stark an Bedeutung gewonnen. Bislang gibt es in Deutschland jedoch noch keine systematische Übersicht über E-Health bzw. Online-Angebote zur Beratung und Behandlung Drogenabhängiger.

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

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

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

Hinsichtlich dieser „planmäßigen Beendigung“ als Erfolgsindikator zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden 61,5 %⁵² (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, T6.04) der Behandelten die Intervention planmäßig gegenüber 68,0 % (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b, T6.04) im stationären Bereich. In der ambulanten Behandlung finden sich die höchsten Anteile an planmäßigen Beendigungen bei Patientinnen und Patienten der Hauptdiagnose Cannabinoiden (55,3 %), und den Halluzinogenen (48,4 %), in der stationären Behandlung sind es Stimulanzien (46,1 %) und Sedativa/Hypnotika (43,4). Unplanmäßig⁵³ wird eine Behandlung im ambulanten (35,1 %) und stationären Behandlungsbereich (21,8 %) am häufigsten in der Diagnosegruppe Opioide beendet (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a, 2023 b).

⁵² Für diese Zahl wurde die Anzahl aller planmäßigen Beendigungen der Diagnosegruppen F11-16 & F18-19 mit der Anzahl aller Behandlungen der Diagnosegruppen ins Verhältnis gesetzt.

⁵³ Von einer unplanmäßigen Beendigung wird gesprochen, wenn die Behandlung vorzeitig auf Wunsch der Klientin/des Klienten oder disziplinarisch beendet wurde, sowie wenn ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung stattfand oder die Patientin/der Patient verstorben ist.

Im Mai 2023 veröffentlichte der Fachverband Sucht (FVS) die Katamnese-daten von 6 seiner Mitgliedskliniken, die den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) entsprechen und die unterschiedlichen Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolgs berücksichtigen (DGSS 1-4⁵⁴) (DG-Sucht, 2001; DG-Sucht, 1985). Die aktuelle Erfolgsquote der einrichtungsübergreifenden Drogenkatamnese auf der Basis des Entlassjahrgangs 2020 ist, im Vergleich zum Vorjahr, leicht gesunken.

Die katamnestische Erfolgsquote liegt bei 70,1 % (DGSS 1) (2019: 76,7%; 2018: 79,9 % 2017: 70,4 %; 2016: 67,7 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzenerfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 19,8% % (DGSS 4) (2019: 18,1%; 2018: 20,1% 2017: 17,2 %; 2016: 20,7 %. Trat bei den Entlassenen ein Rückfall ein, so geschah dies meist direkt in den ersten drei Monaten nach Beendigung der Behandlung (bei 60,4%% der Rückfälle). Dies zeigt, wie wichtig eine nahtlose und intensive Weiterbehandlung ist, welche jedoch in manchen Fällen durch die „Schnittstellenproblematik“ erschwert wird. (Kemmann et al., 2023)

1.4.7 Integration und Teilhabe

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

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

⁵⁴ Die günstigste Berechnungsform DGSS1 zieht alle Katamneseantwortenden ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS4 bezieht alle Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall (DG-Sucht 2001, DG-Sucht 1985). DGSS1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

Verwaltungsabläufe vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation abhängiger Menschen zu optimieren (DRV, 2018).

Darüber hinaus wurde im Dezember 2016 das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (BTHG), kurz Bundesteilhabegesetz, erlassen. Es soll Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung (dies schließt einen Teil der Abhängigen ein) nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausführen und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden (Bundesgesetzblatt, 2016). Zur Unterstützung dieses Gesetzes startete das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Mai 2018 zudem das Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“⁵⁵. In diesem erhalten Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen gezielt Fördermittel, welche sie Modellprojekten zur Erprobung von innovativen Ideen und Ansätzen zur Verfügung stellen können (BMAS, 2018). Zur Umsetzung stehen bis 2026 insgesamt Mittel in einer Höhe von ungefähr einer Milliarde Euro bereit.

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

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

1.4.8 Anbieter von Substitutionsbehandlung

In Deutschland darf die opioidgestützte Behandlung (Substitution) nur durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Nach Inkrafttreten der dritten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (Dammer et al., 2017, Kapitel 3.1) (BMG, 2017) und mit Eintreten der „Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung“ vom 15.03.2023 ist der Kreis der zur Abgabe von Substitutionsmitteln berechtigten Personen erweitert worden. Er umfasst neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten und ihrem Fachpersonal z. B. auch

- medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz⁵⁶,

⁵⁵ Bundesprogramm rehapro, [online] https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html [Letzter Zugriff 05.09.2023].

⁵⁶ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig sind und mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

- medizinisches oder pflegerisches Personal, das von einem ambulanten Pflegedienst oder von einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung eingesetzt wird⁵⁷,
- Apothekerinnen und Apotheker oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal⁵⁸,
- medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus⁵⁹ und
- das in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingesetzte und dafür ausgebildete Personal⁶⁰,
- in begründeten Fällen darf auch anderes geeignetes, vom Arzt eingewiesenes Personal befugt werden.⁶¹

Dennoch bieten ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsform an, z. T. jedoch nicht in eigenen Praxen, sondern in Einrichtungen, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gestellt werden. Vor allem größere, auf die Substitution spezialisierte Praxen arbeiten in enger Kooperation mit Einrichtungen psychosozialer Betreuung (PSB), die zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. 2022 haben insgesamt 2.444 Substitutionsärztinnen und -ärzte zu behandelnde Opioidabhängige an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte ist damit, im Vergleich zum Vorjahr (2021: 2.496 Ärztinnen und Ärzte), erneut gesunken (siehe Abbildung 1). Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort.

2022 nutzten 523 Ärztinnen und Ärzte – also etwa 21 % – die Konsiliar-Regelung: Hiernach können sie ohne suchtmmedizinische Qualifikation bis zu zehn Patientinnen und Patienten (vorher bis zu drei) gleichzeitig substituieren, wenn sie suchtmmedizinisch qualifizierte Kolleginnen und Kollegen als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Konsiliar-Regelung nutzten, haben 1,8 % aller Substitutionspatientinnen und -patienten behandelt (BOPST, 2023).

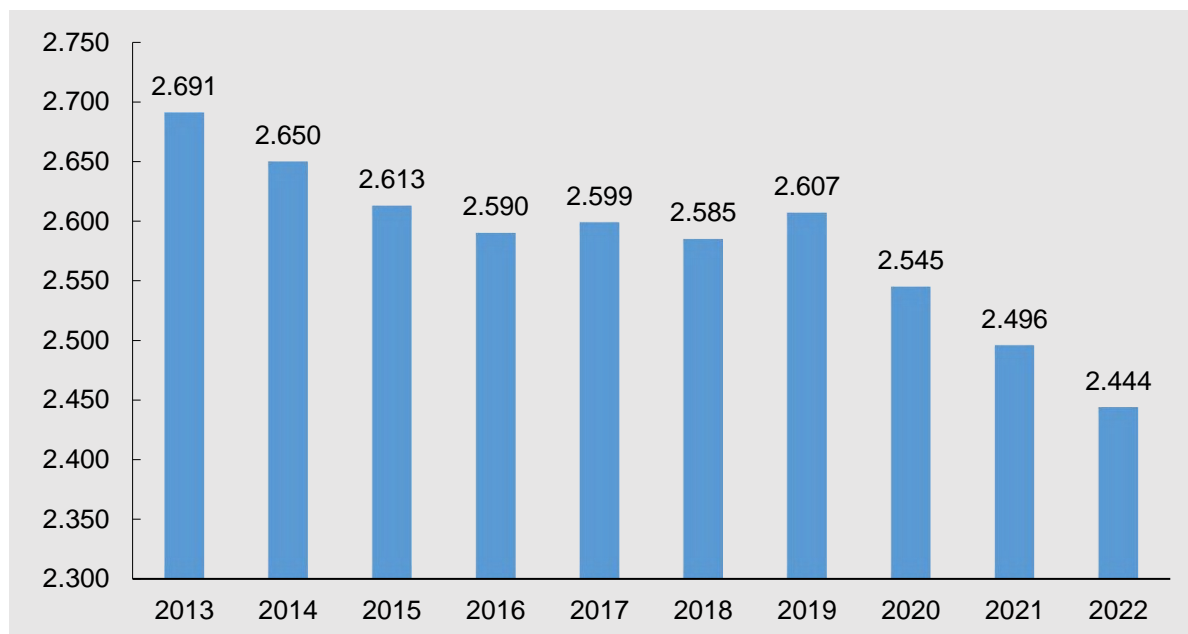
⁵⁷ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht selber tätig sind und mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵⁸ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵⁹ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für dieses Krankenhaus nicht selber tätig sind und mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen haben.

⁶⁰ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diese Einrichtung nicht selber tätig sind und mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁶¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, [online] <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/News/Betaeubungsmittel/Aenderung-BtMVV.html;jsessionid=608B50192E95F780C159BBA0BFFFA4BA.internet271> [Letzter Zugriff 05.09.2023].



(BOPST, 2022)

Abbildung 1 Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2013 bis 2022

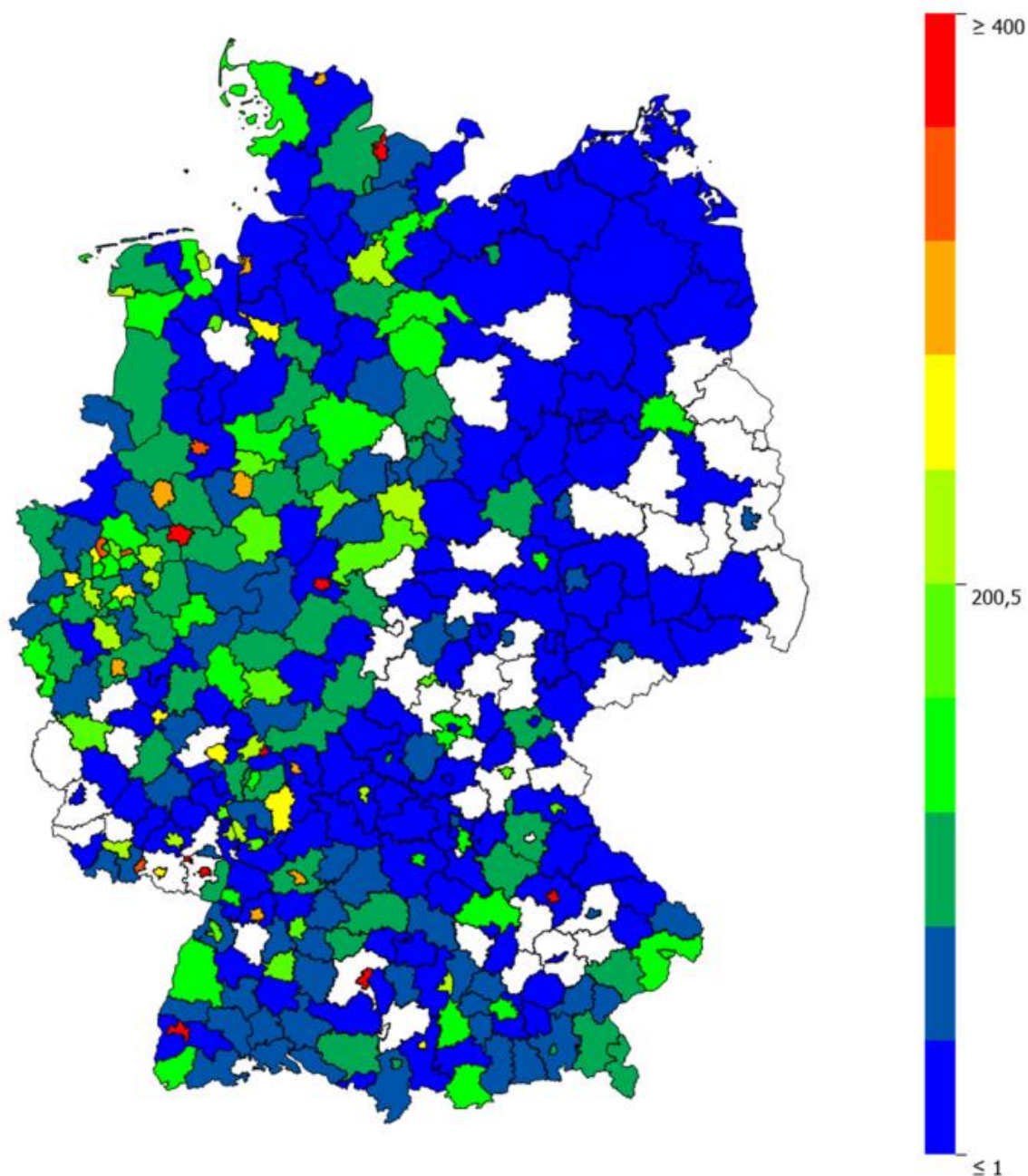
Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierender Ärztin bzw. Arzt beträgt bundesweit 33, variiert zwischen den einzelnen Bundesländern jedoch stark (Hamburg: 50,0; Brandenburg: 7,5). Rund 14 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hatten am genannten Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatientinnen und -patienten gemeldet. Dies weist darauf hin, dass viele Opioidabhängige in Schwerpunktpraxen versorgt werden. Es gibt jedoch auch viele Praxen (25 %), die nur bis zu drei Substituierte versorgen (BOPST, 2023).

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

1.4.9 Anzahl der Substitutionspatientinnen- und patienten

Zum Stichtag 1. Juli 2022 lag die Zahl der Substitutionspatientinnen und -patienten bei 81.200 und ist damit nahezu gleichgeblieben (vgl. Abbildung 3). Insgesamt blieb die Zahl der Substituierten seit 2020 nahezu gleich.

Im Jahr 2022 wurden im Substitutionsregister rund 81.200 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese Zahl ergibt sich z. B. dadurch, dass dieselben Personen mehrmals an- und wieder abgemeldet wurden (BOPST, 2023).



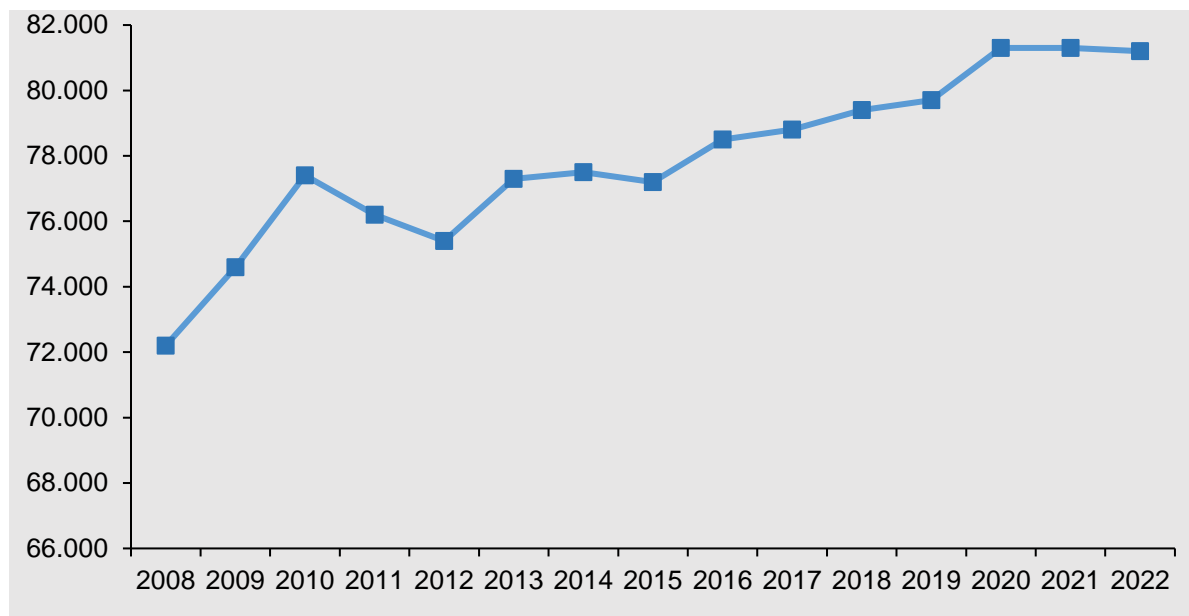
Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2023), Bericht zum Substitutionsregister

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2023).

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

Abbildung 2 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt am Stichtag 01.01.2022

Die Patientinnen und Patienten werden vorrangig mit Levomethadon (Anteil 37,8 %) und Methadon (Anteil 34,5 %) substituiert. 2020 hat der Anteil an Levomethadon den Anteil an Methadon erstmals geringfügig überschritten. Der Anteil von Buprenorphin (23,7 %) ist seit Jahren konstant (BOPST, 2023).



(BOPST, 2021)

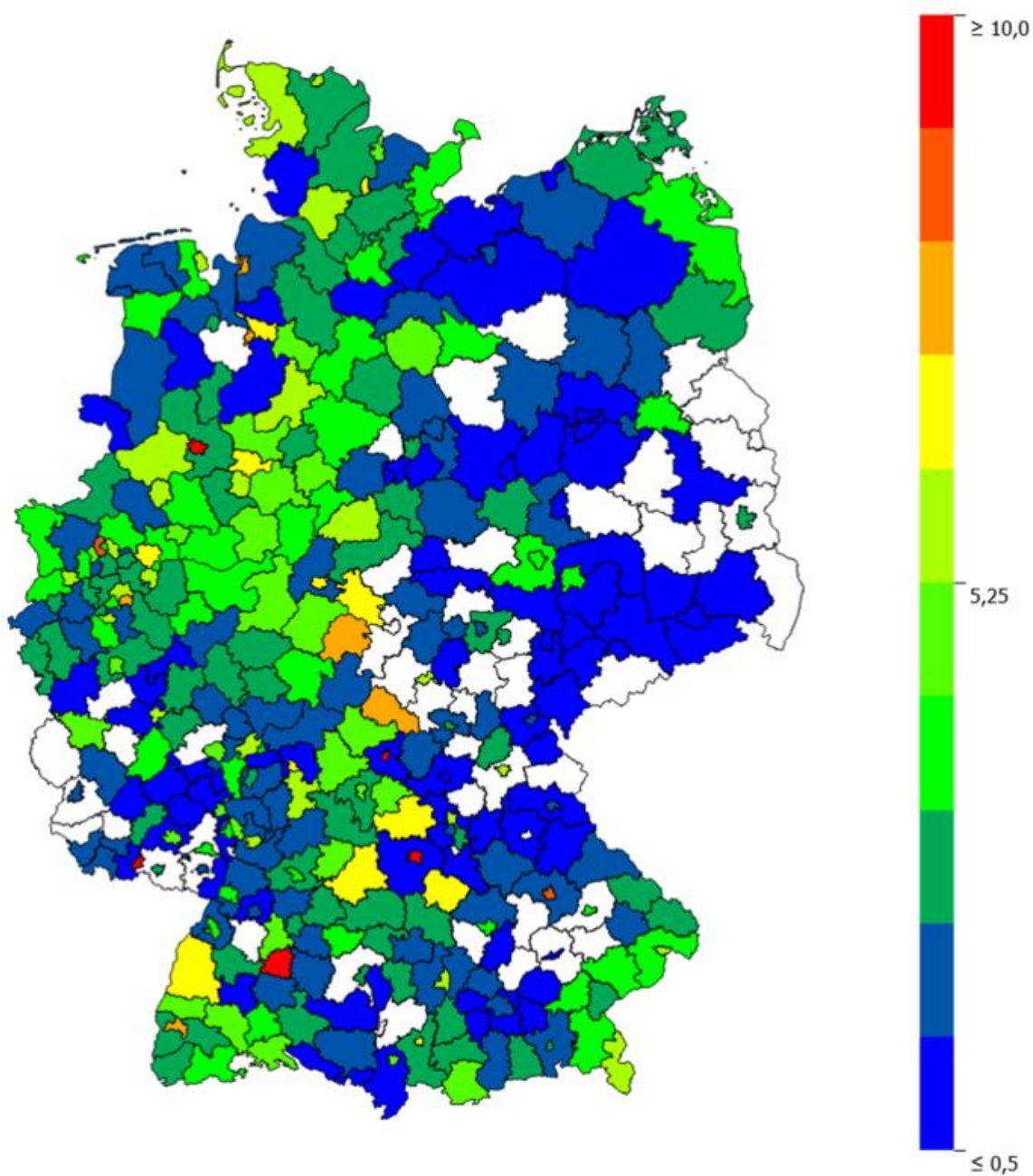
Abbildung 3 Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2008 bis 2022 (Stichtag 1. Juli)

1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Seit vielen Jahren bereitet die Gewährleistung von Substitution Sorge, insbesondere im ländlichen Raum (Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, 2023). Teilweise gibt es keine registrierten Ärztinnen und Ärzte, die Substitution anbieten oder wenige Ärztinnen und Ärzte sind dort für große Landkreise zuständig und für Patientinnen und Patienten teilweise nur schwer zu erreichen (vgl. Abbildung 4). Immer mehr ältere Ärztinnen und Ärzte gehen zudem in den Ruhestand. Jüngere, die bereit sind Substitutionsbehandlungen durchzuführen, folgen kaum nach. So vergrößert sich die Versorgungslücke, was dazu führt, dass viele opioidabhängige Personen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich nur eingeschränkt erreicht werden. U. a. um dieser Problematik zu begegnen, die juristische Situation der Substitutionsärztinnen und -ärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der dritten Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (vgl. Kapitel 1.4.8). Siehe auch Reitox-Bericht 2017 Rechtliche Rahmenbedingungen (Dammer et al., 2017).

Während der Corona-Pandemie ist mit dem Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung am 21.04.2020 und den Maßnahmen zur Erleichterung bei der Substitutionstherapie die Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung deutlich niedrigschwelliger gestaltet worden. Hiervon profitieren beispielsweise auch Menschen im ländlichen Raum. Diese Regelungen wurden teilweise durch Inkrafttreten der Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung am 08.04.2023 verstetigt. Nun ist beispielsweise nur noch eine

persönliche Konsultation der Patientinnen und Patienten in mindestens einmal in 30 Tagen festgelegt. Die benötigten „ST“-Rezepte für die Take-Home-Verschreibungen dürfen in der Zwischenzeit auch telemedizinisch übermittelt werden.



Darstellung: Bundesopiumstelle (BOPST) (2023), Bericht zum Substitutionsregister

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ BOPST (2023).

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

Abbildung 4 Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt im 1. Halbjahr 2022

1.4.11 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

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

- Im März 2021 veröffentlichte die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) Empfehlungen zur substitutionsgestützten Behandlung bei Minderjährigen. Die Studienlage ist zu diesem Thema bislang begrenzt, dennoch kann auch bei Minderjährigen unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung hilfreich sein. Die Empfehlungen der BAS sollen medizinischen Fachkräften sowie Mitarbeitenden des Sucht- und Jugendhilfesystems hilfreiche Informationen an die Hand geben.
- Ende April 2020 trat die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung in Kraft, welche mögliche Ausnahmen von der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unter der Corona-Pandemie definiert. Die Verordnung wurde mit Inkrafttreten der „Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung“ vom 08.04.2023 abgelöst und einige bewährte Änderungen verstetigt (weitere Informationen im Kapitel 1.4.10 und 2).
- Mit einem Beschluss vom 6. September 2018 hat der G-BA die Regelungen überarbeitet, nach denen Opioidabhängige zulasten der GKV eine substitutionsgestützte Therapie erhalten können. Der bislang vorrangig abstinenzorientierte Behandlungsansatz wurde von einem therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst, die beispielsweise die Sicherstellung des Überlebens und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden als Behandlungsziele verankert. Der Beschluss trat am 7. Dezember 2018 in Kraft (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2018).

Weitere Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Vorjahre sind im Workbook „Behandlung“ 2020 und 2021 zu finden (Tönsmeise et al., 2020; Höke et al. 2021).

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

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

neun Monaten eingeräumt. Werden die Mängel nicht fristgerecht behoben, erhält die Einrichtung kein Zertifikat.

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

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

Weiterhin dürfen in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nur Fachkräfte mit einschlägiger Weiterbildung tätig werden. Suchtberaterinnen und -berater sowie Suchttherapeutinnen und -therapeuten benötigen zunächst eine einschlägige Grundausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogik, Medizin, Psychologie oder auch Krankenpflege etc. Darüber hinaus müssen sie eine zertifizierte Zusatzausbildung Suchtberatung/Suchttherapie nachweisen, welche von der DRV anerkannt sein muss, damit sie entsprechende Leistungen abrechnen dürfen. Suchtmedizinerinnen und -mediziner benötigen eine Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Mittlerweile gibt es auch spezifische Studiengänge, welche i. d. R. berufsbegleitend oder als duales Studium absolviert werden, beispielsweise Studiengänge wie Soziale Arbeit oder Psychologie mit suchtspezifischem Schwerpunkt oder Studiengänge wie Master of Science „Suchttherapie“, in dem die Zertifizierung als Suchttherapeutin oder -therapeut integriert ist. Im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer können auch angehende Psychotherapeuten in der Suchtrehabilitation einbezogen werden. Somit möchte man den angehenden Therapeuten die Möglichkeit geben auch in dieses Arbeitsfeld Einblicke zu bekommen und gleichzeitig dem Fachkräftemangel begegnen. Dieses Feld bietet sich an, da mit Suchterkrankungen häufig auch Komorbiditäten einhergehen und vielfältige Erfahrungen sowohl in ambulanten als auch in stationären Settings gesammelt werden können. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023)

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus Soziale Arbeit, Psychologie,

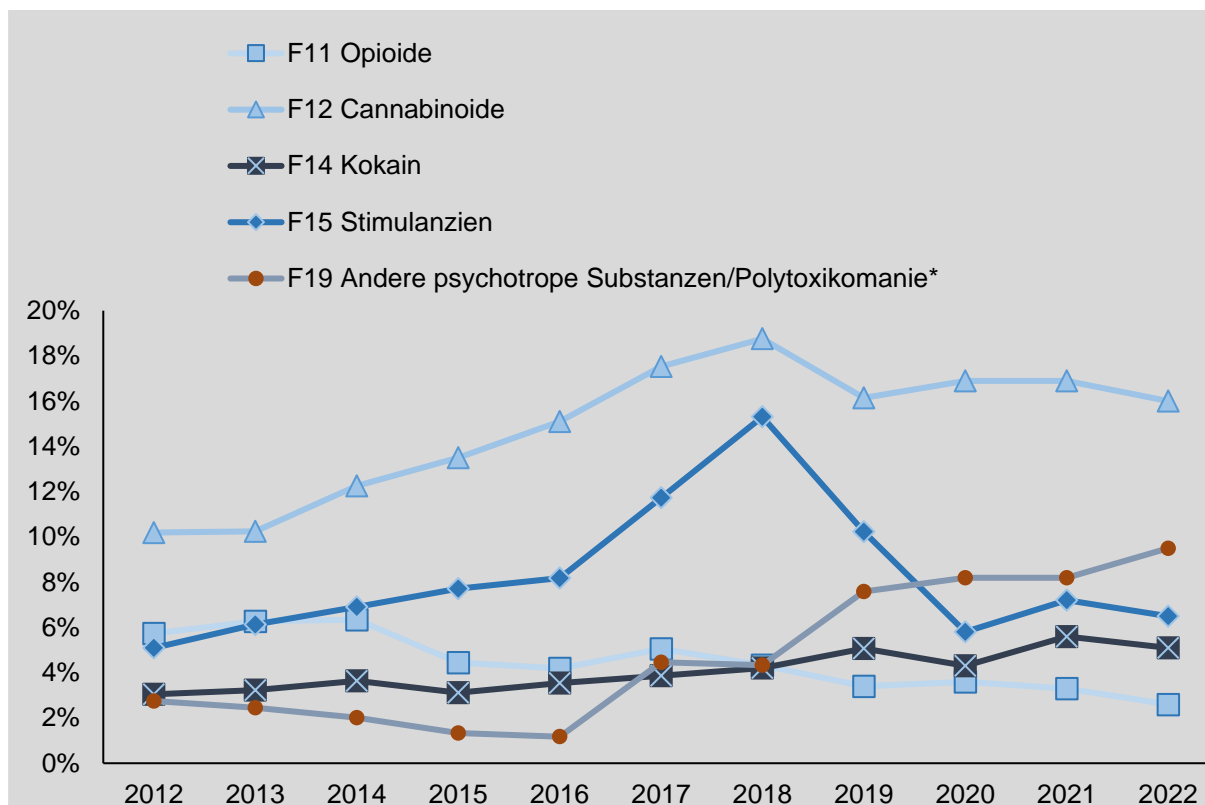
Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen für die ambulanten Angebote (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. der Länder und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (GKV und RV) federführend tätig sind.

2 TRENDS

2.1 Langzeittrends in der Anzahl der Menschen in Suchtbehandlung

Erstmalig behandelte Klientinnen und Klienten

Wie anhand der Abbildung 5 zu erkennen ist, ist der Anteil der aufgrund von Cannabinoiden erstmalig stationär behandelten Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen, mit einem Peak in 2019 (19 %). Seitdem gehen die Zahlen leicht zurück und lagen 2022 bei 16 %. Bis 2019 konnte ein ähnlicher Trend bei der Hauptdiagnose F15 Stimulanzien beobachtet werden. Hier hat sich die Anzahl der erstmalig stationär behandelten Patientinnen und Patienten jedoch in den vergangenen zwei Jahren um gut die Hälfte reduziert (2018: 15 %; 2022: 7 %). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund von anderen psychotropen Substanzen oder Polytoxikomanie (F19) erstmalig behandelt wurden, ist leicht gestiegen und liegt bei 9,5 %. Die Anteile der erstmalig stationär Behandelten aufgrund der Hauptdiagnosen- F11 Opioide und F13 Sedativa/Hypnotika sind mit 2,6 % und 1,1 % gering. Für die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel wurden im Jahr 2022 kaum stationären Behandlungen durch die DSHS erfasst (F16: 0,1 %; F18: 0,4 %). Bei einer Betrachtung über die letzten zehn Jahre hinweg wird deutlich, dass die prozentualen Anteile stationär behandelter Menschen mit diesen Hauptdiagnosen bei konstant unter 1 % lagen. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.



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

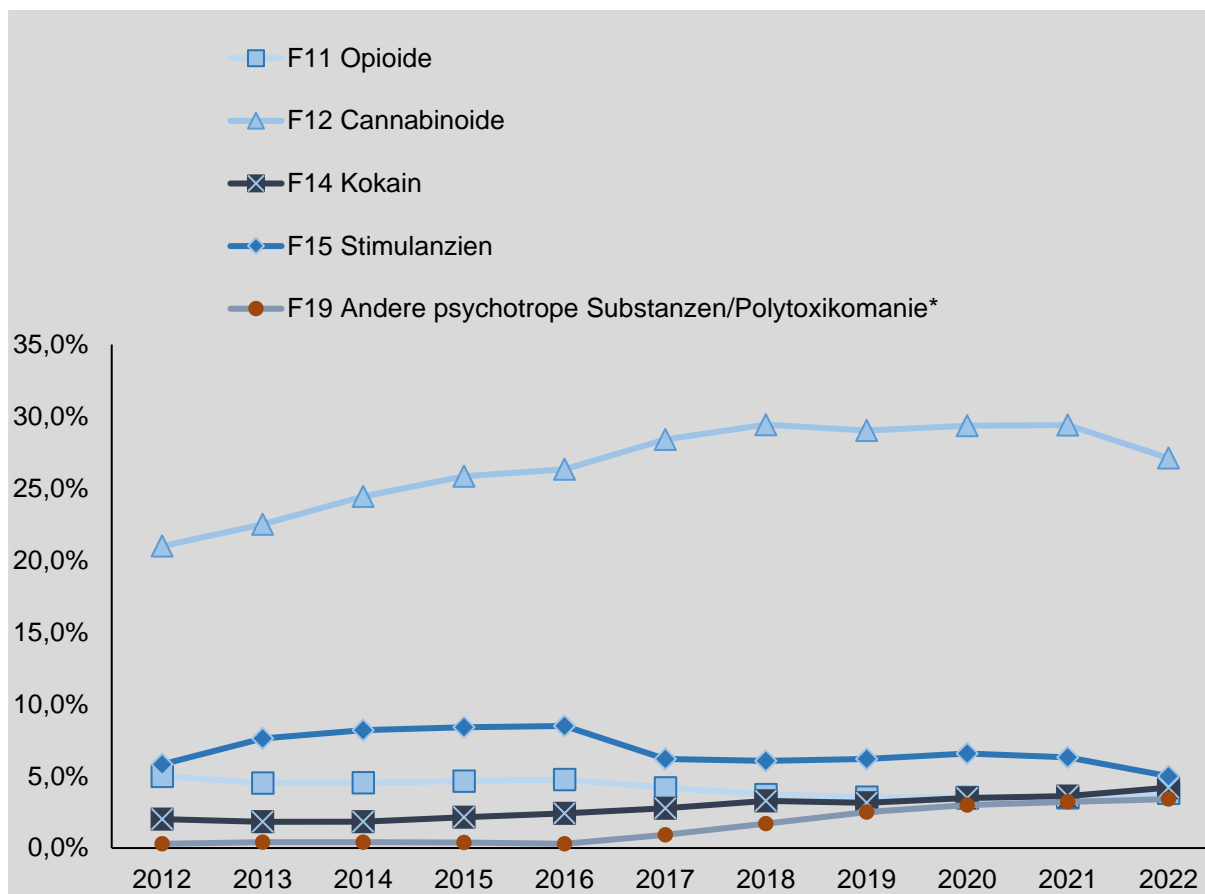
Aufgrund der Umstellung des KDS sind die Daten ab dem Jahr 2017 nur bedingt mit denen der Vorjahre zu vergleichen.

* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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

Abbildung 5 Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent

Die mit Abstand am häufigsten erstmalig behandelten Klientinnen und Klienten im ambulanten Setting wurden in den vergangenen Jahren aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide (27,1 %) vorstellig. Wie in der Abbildung 6 zu erkennen ist, liegt seit 2010 eine steigende Tendenz vor, welche seit dem Jahr 2019 stagniert und im Datenjahr 2022 erstmalig leicht zurückging. Der prozentuale Anteil der erstbehandelten Klientinnen und Klienten der anderen Hauptdiagnosen ist in den letzten drei Jahren weitestgehend konstant geblieben.



Die Hauptdiagnosen F13 Sedativa, F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen im gesamten beobachteten Zeitraum unter 2,5%. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

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

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

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

Abbildung 6 Erstmals ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent

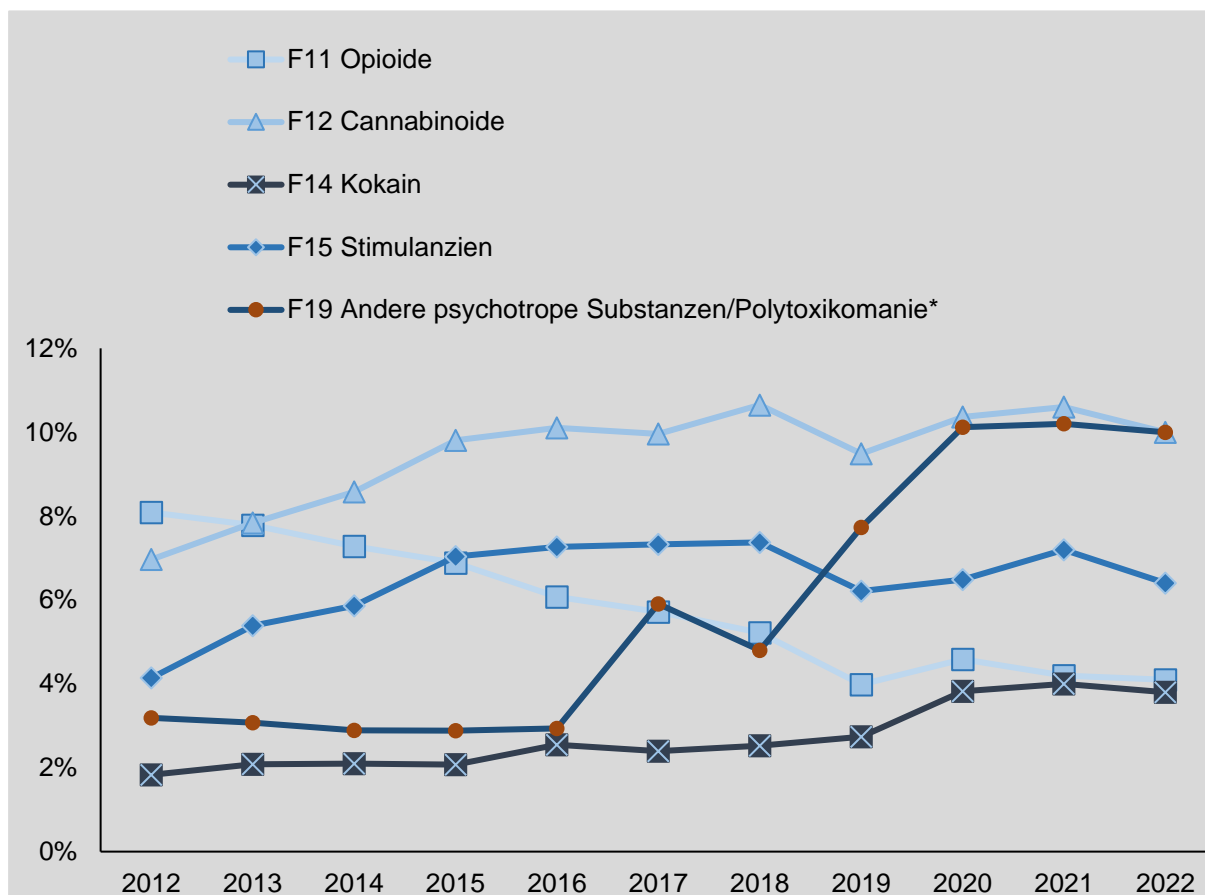
Behandelte Klientinnen und Klienten insgesamt

Unter Berücksichtigung der Behandlungsdaten aus den vergangenen zehn Jahren fällt auf, dass sich anteilig insbesondere bei den Hauptdiagnosen im stationären Setting einiges verändert hat. Während 2010 noch 10 % aller Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden waren, sind es 2022 nur noch 4,1 % gewesen. Der jeweilige Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Cannabinoiden und anderen psychotropen Substanzen/Polytoxikomanie dagegen ist deutlich gestiegen und liegt bei beiden Substanzen auf dem höchsten Wert bei 10 % (vgl. Abbildung 7).

Auch im ambulanten Setting ist zu beobachten, dass der Anteil der Behandlungsfälle aufgrund von Opioiden rückläufig ist (16 % aller ambulanten Suchtbehandlungen im Jahr 2011, 9 % seit dem Jahr 2019), während anteilig immer mehr Klientinnen und Klienten aufgrund der Hauptdiagnose Cannabinoide behandelt und beraten werden (12 % im Jahr 2011, 18,4 % im

Jahr 2022). Allerdings sind die Zahlen damit 2022 leicht gesunken und momentan auf dem Niveau von 2017.

Zudem ist seit 2017 ein Anstieg des Anteils von Klientinnen und Klienten der Hauptdiagnose Andere psychotrope Substanzen/Polytoxikomanie zu beobachten (0 % im Jahr 2016, 5,1 % im Jahr 2022; siehe Abb. 8).



Die Hauptdiagnosen F 13 Sedativa/ Hypnotika, F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1 %. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

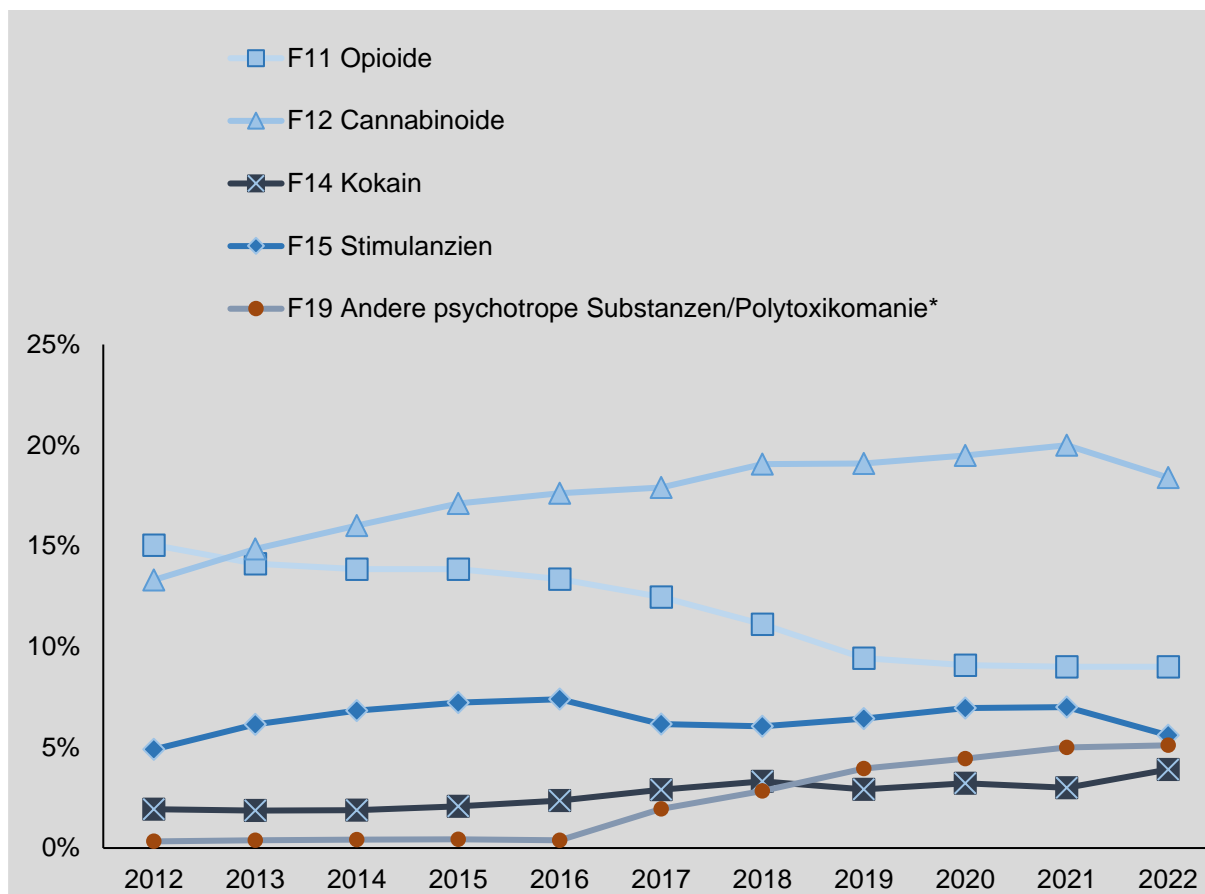
* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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

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

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

Abbildung 7 Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent



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

* Erst ab DSHS 2017 einschließlich Polytoxikomanie.

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

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

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

Abbildung 8 Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent

Substitutionsbehandlungen

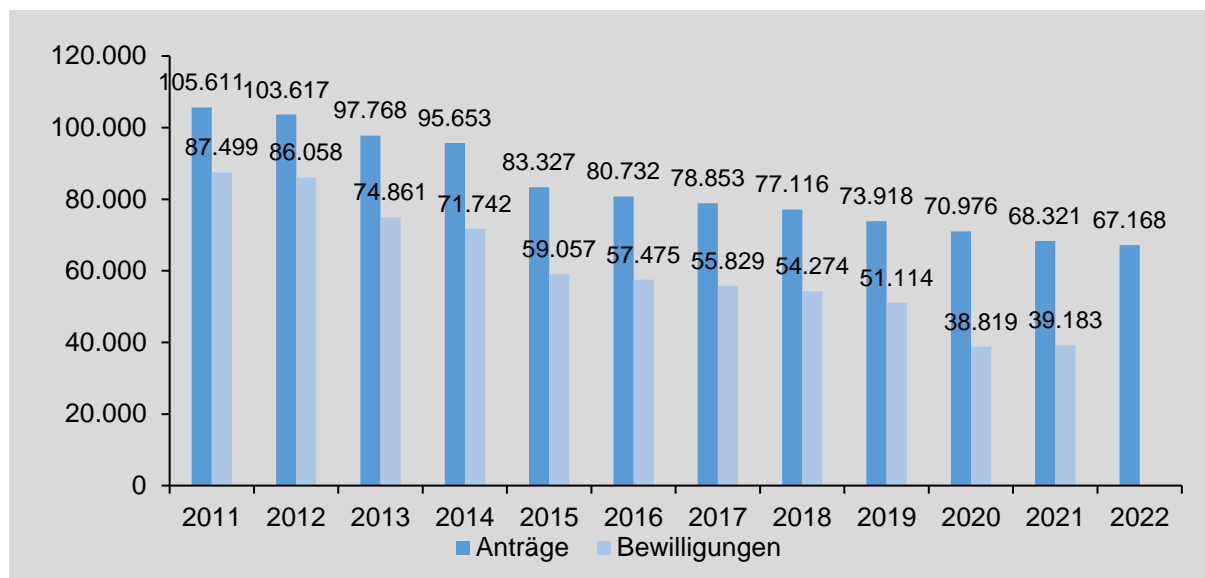
Informationen zu Trends in der Substitutionsbehandlung finden Sie in den Kapiteln 1.4.8 und 1.4.9.

Rehabilitation

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

Trotz umfassender gemeinsamer Analysen von Deutscher Rentenversicherung und Suchtverbänden konnten bislang keine eindeutigen Ursachen identifiziert werden. Da jedoch

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



Quelle: Simon et al. (2022), DRV (2023a, b).

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

Abbildung 9 Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2012-2022)

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

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

Die Corona-Pandemie bestimmte in weiten Teilen die Jahre 2021, 2022 und bis zum Frühjahr auch das Jahr 2023. Laut RKI erkrankten bis heute in Deutschland offiziell rund 38,4 Millionen Menschen und es starben 174.970 Personen (Stand: 30.08.2023; World Health Organisation (WHO), 2023). Auch das Suchthilfesystem war von den Auswirkungen der Pandemie betroffen und vor große Herausforderungen gestellt.

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

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

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

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

Neben der Arzneimittelversorgungsverordnung ist eine Reihe an Handreichungen verfügbar, welche z. B. den Anbietenden von Substitutionsbehandlung sowie substituierten Menschen in der Praxis helfen sollen. Die Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland stellt beispielsweise Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte bereit (Jeschke und Meyer-Thompson, 2020). Teilweise wurden die während der COVID-Pandemie eingeführten Regelungen für die Substitution auch nach Beendigung der Ausnahmen von der BtMVV am 07.04.2023 beibehalten und verstetigt, da sie sich als praktikabel und sicher erwiesen haben.

Krieg in der Ukraine und Fluchtbewegung

Die russische Invasion in die Ukraine ab Februar 2022 löste eine humanitäre Krise aus und war Ausgangspunkt für eine Fluchtbewegung. Viele Ukrainer (vor allem Frauen und Kinder) verließen die Heimat und fanden Aufnahme in anderen europäischen Ländern. Bis Ende August 2023 wurden 1.081.457 ukrainische Geflüchtete in Deutschland registriert. Die tatsächliche Zahl dürfte höher liegen, da Ukrainer sich im europäischen Schengen Raum frei und ohne Visum bewegen können (Mediendienst Integration, 2023).

Die geflüchteten Menschen aus der Ukraine haben hier vor Ort Anspruch auf medizinische Versorgung gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dafür werden Behandlungsscheine und in manchen Bundesländern elektronische Gesundheitskarten an die Geflüchteten ausgegeben (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2022).

Die Aidshilfe und die Suchtkoordination NRW stellen auf ihren Webseiten^{62,63} zahlreiche Informationen und Ansprechpartner u. a. auch für drogengebrauchende Menschen und Menschen, die in der Ukraine Teilnehmer an einer Substitutionstherapie waren, zur Verfügung. Die Website der Aidshilfe kann in unterschiedlichen Sprachen wie Deutsch, Russisch und Ukrainisch angezeigt werden (Ukraine: Hilfen für Geflüchtete, 2022). Die DHS übersetzte und veröffentlichte zwei Broschüren in ukrainische Sprache: „Drogen? Alkohol? Tabletten? Irgendwann ist Schluss mit lustig“ und „Informationen zu Alkohol und anderen Drogen“.

3.2 Regulierte Abgabe von Cannabis

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

Zur Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens bezog der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert, auch verschiedenste Expertinnen und Experten mit ein. Im Rahmen des Konsultationsprozesses „Cannabis – aber sicher“ wurden ab Juni 2022 in fünf digitalen und hybriden Hearings rund 200 führende Expertinnen und Experten aus der Suchtmedizin, Suchthilfe, den Rechtswissenschaften, der Wirtschaft und

⁶² Ukraine: Hilfen für Geflüchtete [online]. <https://www.aidshilfe.de/ukraine-hilfen-gefluechtete> [letzter Zugriff 01.09.2023].

⁶³ Angebote der Suchthilfe NRW für Geflüchtete im Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg [online]. https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Suchthilfeangebote_Ukraine-Gefluechtete_05.07.2022.pdf [letzter Zugriff 05.05.2023].

Verbänden sowie Vertreterinnen und Vertreter von Bundesministerien, Bundesbehörden, der Länder und Kommunen angehört.

Im Frühjahr 2023 begann mit der Ressortabstimmung eines ersten Gesetzentwurfes das Gesetzgebungsverfahren. Parallel wurde ein Eckpunkte Papier öffentlich vorgestellt. Um das Cannabis Projekt völker- und europarechtlich abzusichern, gab es im Herbst 2022 einen Austausch zwischen den beteiligten Bundesministerien und der EU-Kommission in Brüssel. Ergebnis ist ein Modell mit zwei Säulen und verschiedenen Stufen: das „Care“-Modell (Club-Anbau & Regional Modell). Die Elemente nehmen dabei Bezug auf Beispiele aus dem EU-Raum. Das Papier skizziert dabei zwei Säulen, die die neue Gesetzgebung prägen sollen: Die zwei Säulen sind 1. „Privater & gemeinschaftlicher, nicht-kommerzieller Anbau“ und 2. „Regional verortete Modellvorhaben mit kommerziellen Lieferketten“.

Zu 1: Unter engen gesetzlichen Voraussetzungen als Privatperson zum Eigenbedarf oder im Rahmen nicht-gewinnorientierter Vereinigungen gemeinschaftlich soll Cannabis zum Gebrauch für die Vereinsmitglieder angebaut werden dürfen. Der Anbau soll ausschließlich zur Deckung des Eigenkonsum-Bedarfs genehmigt sein. Die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften u.a. mit Vor-Ort-Besichtigungen soll durch die Landesbehörden erfolgen. Vorgesehen sind Zutrittskontrollen, Dokumentations- und Berichtspflichten und Genuss-Cannabis soll nicht im- oder exportiert werden dürfen. Dem Papier nach sollen die Vereine nur Mitglieder aufnehmen dürfen, die 18 Jahre und älter sind sowie einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland haben. Zusätzlich dürfen sie nicht mehr als 500 Mitglieder haben und die Anzahl dieser Vereine kann anhand der Bevölkerungsdichte begrenzt werden.

Straffreier Besitz soll auf 25 g beschränkt sein. Privat sollen straffrei maximal 3 weibliche blühende Pflanzen angebaut werden. Der Anbauort muss vor dem Zugriff durch Kinder oder Jugendliche geschützt sein. In Anbauvereinigungen soll die Abgabe von geernteten Cannabis (-blüten) dem Papier nach nur und ausschließlich an Mitglieder der jeweiligen Anbauvereinigung erlaubt sein. Eine Weitergabe an Dritte soll nicht gestattet werden. Dabei sind Vorgaben zu beachten: so sollen maximal 25 g Cannabis pro Tag und Person und nicht mehr als 50 g pro Monat abgegeben werden dürfen. Haben die Mitglieder das 18. aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet, so ist die Monatsmenge auf 30 g mit einem maximalen 10% THC Gehalt begrenzt. Des Weiteren sollen maximal 7 Samen oder 5 Stecklinge pro Monat an Mitglieder ausgegeben werden dürfen. Die Abgabe soll nur in Reinform (Blüten oder Harz) und nur in neutraler Verpackung mit beigefügten Informationen erfolgen.

Der Konsum des Genuss-Cannabis in den Räumen des Vereins sowie in der Öffentlichkeit im Umfeld von Schulen, Kindergärten oder Fußgängerzonen und in Gegenwart von Minderjährigen soll verboten sein. Außerdem sollen in den Vereinigungen auch keine anderen Genussmittel/Rauschmittel wie Tabak oder Alkohol konsumiert werden dürfen. Des Weiteren sollen die Vereine nicht werben dürfen (allgemeines Werbeverbot).

Um den Jugendschutz zu gewährleisten und Prävention zu beachten soll es in jedem Verein einen Jugendschutz-, Sucht- und Präventionsbeauftragten geben, dieser muss

nachgewiesene Sachkenntnisse haben und den Kontakt zu den Suchtberatungsstellen vor Ort sicherstellen. Wenn Jugendliche Cannabis konsumieren oder besitzen, soll eine Teilnahme an Frühinterventions- und Präventionsprogrammen angeboten werden.

Liegen Verurteilungen vor, die ausschließlich auf Handlungen im Zusammenhang mit Cannabis hervorgehen und die nach dem neuen Gesetz nicht mehr strafbar sind, soll die Möglichkeit bestehen, diese Einträge auf Antrag aus dem Bundeszentralregister löschen zu lassen.

Nach vier Jahren soll die Säule 1 wissenschaftlich evaluiert werden, zur Frage ob die damit angestrebten Ziele (Jugend- und Gesundheitsschutz sowie Zurückdrängung des Schwarzmarktes) erreicht wurden oder wo gegebenenfalls noch Anpassungen erfolgen müssen.

Säule 2: Auf Grundlage der zweiten Säule sollen wissenschaftlich konzipierte, regionale und zeitlich begrenzte Modelle ermöglicht werden. Dazu sollen die Produktion, der Vertrieb und die Abgabe von Genuss-Cannabis an Erwachsene in lizenzierten und staatlich kontrollierten Geschäften innerhalb von Model-Regionen ermöglicht werden. Mit einer Evaluation sollen die Auswirkungen dieser legalen Geschäfte und ihrer kommerziellen Lieferketten auf den Gesundheits- bzw. Jugendschutz und den Schwarzmarkt wissenschaftlich untersucht werden. Die Projektdauer soll ab bereitgestellter Lieferkette 5 Jahre betragen. Die Abgabestellen würden in mehreren Bundesländern eingerichtet werden und die Ergebnisse der Evaluation auch den europäischen Partnern und der EU-Kommission zur Verfügung zu gestellt werden.

Bei der Umsetzung dieses 2-Säulen-Modells würde die Bundesregierung darauf achten, dass die völker- und europarechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden. Es gibt eine enge und transparente Abstimmung mit den europäischen Partnern.

Eine Studie zu den Effekten der Cannabislegalisierung wurde von dem Bundesministerium für Gesundheit beim Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg in Auftrag gegeben und deren Ergebnisse im April 2023 vorgestellt. Darin wurde untersucht welche Effekte eine Freigabe von Cannabis in Ländern hatte, die diesen Weg schon gegangen sind wie z. B. Kanada, Uruguay und einige Bundestaaten der USA. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler empfahlen unter anderem eine Begrenzung des kommerziellen Marktes zum Beispiel durch ein staatliches Verkaufsmonopol und ein umfassendes Marketingverbot. Auch weitere Maßnahmen wie Cannabis Social Clubs und Edibles wurden beleuchtet (Manthey et al.; 2022)

Im Juli des Jahres 2023 erfolgte die Übermittlung eines abgestimmten Referentenentwurfes zur ersten Säule. Im Rahmen der Verbändebeteiligung wurden Fachgesellschaften und ausgewiesene Experten der Thematik zur Abgabe einer Stellungnahme eingeladen. Nach der parlamentarischen Sommerpause ist davon auszugehen, dass der Gesetzentwurf durch die politischen Gremien des Bundestages und beratende Ausschüsse behandelt wird.

Drug-Checking

Seit dem 06.06.2023 ist es in der Hauptstadt möglich erworbene Drogen vor dem Konsum kostenlos und anonym analysieren zu lassen, um auszuschließen, dass diese verunreinigte Substanzen enthalten. Die Proben von Marihuana, Haschisch, Kokain, Ecstasy und Speed können bei drei verschiedenen Beratungsstellen immer dienstags abgegeben werden. Die abgebenden Personen erhalten gleichzeitig ein Beratungsgespräch und einen Code mit dem sie drei Tage später das Ergebnis online abrufen können. Die Drogen werden dann im Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin untersucht. Fallen dabei Streckmittel oder andere gefährliche Substanzen in der Probe auf, werden Warnungen im Netz veröffentlicht, um so auch andere Konsumenten und Fachpersonal zu warnen. Das Projekt dient dazu, den Konsumenten die Möglichkeit zu geben ihren Drogengebrauch und die Wirkung so wie das individuelle Risiko zu reflektieren, Strategien zur Risikominimierung zu erlernen und eine Konsumveränderung anzuregen (Fixpunkt 2023).

4 QUELLEN UND METHODIK

4.1 Quellen

- Adorjan, K., Haussmann, R., Rauen, K. & Pogarell, O. (2021). Folgen der Covid-19-Pandemie für Menschen mit Schizophrenie, Demenz und Abhängigkeitserkrankungen. Nervenarzt, 92: 571-578. DOI: 10.1007/s00115-021-01105-0.
- Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H.F., Tüscher, O., Lieb, K., Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Heinz, A. & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Nervenarzt, 92: 562-570. DOI: 10.1007/s00115-021-01129-6.
- Alles über Drogen (Cannabis, Alkohol, Ecstasy, Halluzinogene, Kokain, Nikotin, Opiate, Speed) - drugcom (2022). [Online] <https://www.drugcom.de/> [letzter Zugriff 5.09.2023].
- Bartsch, G., Friedrich, F., Schulte, L., Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Deutschland. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Behandlung. Workbook Treatment. DBDD, München.
- Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). Cannabis – aber sicher, [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2023) 2022 erneuter Anstieg bei Zahl der Drogentoten, [Online]. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/2022-erneuter-anstieg-bei-zahl-der-drogentoten/> [letzter Zugriff 17.05.2023].
- Bernhard Salzmann Klinik (2014). Konzept zur Behandlung von abhängigen Frauen, LWL–Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, [Online] https://www.lwl.org/527-download/BSK/Konzepte/Behandlung_abhaengiger_Frauen.pdf [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Bundesärztekammer (2022). Ärztestatistik zum 31.12.2022, [Online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztostatistik_2022_09062023.pdf [letzter Zugriff 09.11.2023].
- Bundesanzeiger (2020). Verordnung über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung,

- der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung). Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO_Bgbl.PDF [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Bundesgesetzblatt (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?blob=publicationFile&v=7> [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021). BMAS - Einsatz und Absicherung sozialer Dienstleister, [Online] <https://www.bmas.de/DE/Corona/einsatz-und-absicherung-sozialer-dienstleister.html#:~:text=Das%20Sozialdienstleister-Einsatzgesetz%20%28SodEG%29%20regelt%3A%20Den%20Einsatz%20sozialer%20Dienstleister,soziale%20Dienstleister%20nach%20dem%20SodEG%20wurde%20am%2018.> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023). BMAS - Antworten zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz, [Online] <https://www.bmas.de/DE/Service/Corona/Fragen-und-Antworten/Fragen-und-Antworten-Sozialdienstleister-Einsatzgesetz/faq-sozialdienstleister-einsatzgesetz.html> [letzter Zugriff 25.08.2023].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3_BtMVVAEndV.pdf [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Bundesministerium für Gesundheit (2023) „Eigenanbau und Modellversuch - Bundesregierung einigt sich auf Eckpunkte zu Cannabis“ [Online]. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/eckpunkte-cannabis-12-04-23.html> [letzter Zugriff 17.05.2023].
- Bundesministerium für Justiz (2022). Dritte Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, in: Bundesanzeiger, 30.05.2022, [Online] <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/kryp49hsf6EZUBt7S26/content/kryp49hsf6EZUBt7S26/BAanz%20AT%2030.05.2022%20V1.pdf?inline> [letzter Zugriff 15.06.2023].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2023). Bericht zum Substitutionsregister. <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/node.html> [Online]. [Letzter Zugriff 25.08.2023].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2023). Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung. <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/News/Betaeubungsmittel/Aenderung-BtMVV.html> [Online]. [letzter Zugriff 12.06.2023].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2023) Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf [Online]. [letzter Zugriff 25.08.2023].
- Bundeskriminalamt (BKA) (2018). Bundeslagebild Rauschgift 2017. <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildZ.html> [Online]. [letzter Zugriff 15.08.2023].

- Bundesregierung (2021). Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, [Online] <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [letzter Zugriff 13.08.2023].
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. [bus.] (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. <https://www.konturen.de/kurzmeldungen/die-adaptionsbehandlung/> [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2023). Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends, https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA_Alkoholsurvey_2021.pdf [Online]. [letzter Zugriff 31.05.2023].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bzga) (o. D.): Quit the Shit, [Online] <https://www.quit-the-shit.net /qts/> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. <https://docplayer.org/23188118-Perspektiven-einer-zukunftsorientierten-ambulanten-regionalen-suchthilfe-diskussionspapier.html> [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Condrobs e.V. (2021). Hilfe für ältere Drogenabhängige, Condrobs e.V., [Online] <https://www.condrobs.de/hilfe/sucht/aeltere/> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., Friedrich, M. (2017). Deutschland. Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Rechtliche Rahmenbedingungen, Workbook Legal Framework. DBDD, München.
- Delphi GmbH (o. D.). Realize-it, [Online] <https://www.realize-it.org/> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). Cannabis – aber sicher, [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis-aber-sicher/> [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik [Online] https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf [letzter Zugriff 15.06.2023].
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2022). 1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben - Zahl erneut gestiegen. Pressemeldung. [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/> [letzter Zugriff 08.09.2023].
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47(8), 3-94.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven, Update 2019. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-

- stellungennahmen/Die Versorgung Suchtkranker in Deutschland Update 2019.pdf
[Online]. [Letzter Zugriff 11.09.2023].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020a). Suchthilfe während und nach der Corona-Krise absichern! (DHS Stellungnahme).
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchthilfe_waehrend_und_nach_der_Corona-Krise_absichern.pdf
[Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (o.J.). Aktionstag Suchtberatung: „Kommunal wertvoll.“ <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/kampagnen/aktionstag-suchtberatung> [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2021). Suchthilfeverzeichnis der DHS. <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Online]. [letzter Zugriff 24.08.2023].
- Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (o. D.) Shift und Shift Plus Elterntaining, [Online] <https://katho-nrw.de/forschung-und-transfer/forschungsprojekte/abgeschlossen/shift-plus/shift-und-shift-plus-elterntaining> [letzter Zugriff 19.05.2023].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018). Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018. <https://brels.de/wp-content/uploads/2019/02/Empfehlungen-zur-Zusammenarbeit-bei-der-Unterst%C3%BCtzung-arbeitsuchender-abh%C3%A4ngigkeitskranker-Menschen.pdf> [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2023a). Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2022, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F30_Rehabilitation%2F20_Berichte%2FMed.+Reha+bei+Abh%C3%A4ngigkeitserkrankungen+f%C3%BCr+Erwachsene.srx%28Report%28 [Online]. [letzter Zugriff 22.08.2023].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2023b). Statistik über Anträge auf Rehabilitationsleistungen und ihre Erledigung gemäß § 3 RSVvV für Januar - Dezember 2021 Table: 002.0 RV Anzahl der Anträge auf medizinische Rehabilitationsleistungen sowie Veränderungen zum Vorjahr nach Antragsart (medizinische Reha-Leistungen). [https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/antraege/tabellen_2022/202212_Reha_Antraege_Tabelle02.htm](https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/antraege/tabellen_2022/202212_Reha_Antraege_Tabellen02.htm) [letzter Zugriff 19.07.2023].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2023c). Rehabilitation 2022. Band 222. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.html [Online]. [letzter Zugriff 11.09.2023].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2022). [Beendigung der Corona-bedingt erbrachten telefonischen und digitalen Leistungen in der Rehabilitation und Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen.](#)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017). Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.8_Psychiatrie-Psychosomatik/2.3.8.4_Nahtlosverfahren_qualifizierter_Entzug-

- Suchtrehabilitation/2017_HE_Nahtlosverfahren_2017-08-01_final.pdf [Online]. [letzter Zugriff 11.09.2023].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021). Kinder- und Jugendschutzgesetz beschlossen. Pressemeldung, 22.04.2021. <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-beschlossen/> [Online]. [letzter Zugriff 15 Aug. 2023].
- Der Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2022). Rede des Sucht- und Drogenbeauftragten auf der Hanfparade 2022. Pressemeldung, 13.08.2022. [Online] <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/rede-des-sucht-und-drogenbeauftragten-auf-der-hanfparade-2022/> [letzter Zugriff 22.08.2023].
- Drogenhilfe Schwaben (2022). Drogenhilfe Schwaben: Lebenswelt 40+, Drogenhilfe Schwaben|Wir helfen weiter! [Online] <https://www.drogenhilfeschwaben.de/angebote/erwachsene/lebenswelt-40/> [letzter Zugriff 11.09.2023].
- Drops Hannover (o. D.). „Boys‘ ResorT“, Step Niedersachsen, [Online] <https://step-niedersachsen.de/einrichtungen/drops-hannover/beratung> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- drugchecking.berlin (2023) Das Beratungs- und Testangebot zu psychoaktiven Substanzen [Online] <https://drugchecking.berlin/> [letzter Zugriff 07.06.2023].
- Fdr+ (2021). Auswertung der Befragung der fdr+ Mitgliedsorganisationen und -einrichtungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe Im Juni 2020, Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., [Online] https://www.fdr-online.info/wp-content/uploads/2020/07/Anonymisierte-Auswertung-Mitgliederbefragung_Corona-2020.pdf. [letzter Zugriff 12.05.2023].
- Fixpunkt (2023). Drugchecking., [Online] <https://www.fixpunktggmbh.org/project/drugchecking/> [letzter Zugriff 09.11.2023].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL). Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [BORA] (2014). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf;jsessionid=51B1D63635A417D05C2CFDD925E00DD4.delivery1-2-replication?blob=publicationFile&v=1 [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Guttempler (2022). SoberGuides - Ehrenamtliche Begleiter*innen aus der Sucht, SoberGuides, [Online] <https://www.soberguides.de/> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Hardeling, A. (2022). Digitalisierung in der Suchtberatung: Herausforderungen und Handlungsbedarf, Konturen online, [Online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/digitalisierung-in-der-suchtberatung/> [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) (2021). Covid-19 und die Auswirkungen auf die Behandlung von opioidabhängigen Menschen. HLS, Forschungsbrief 58, 8-10.
- Hertner, L., Stylianopoulos, P., Penka, S. (2022). PREPARE-Forschungsbericht zum Substanzkonsum geflüchteter Menschen – Standort: München. www.sucht-und-flucht.de [letzter Zugriff 11.09.2023].

- Hoch, E., Apelt, S. M., Lauffer, P., Buchner, S. & Wilming, I. (2019). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Höke, C., Friedrich, M., Schneider, F., Karachaliou, K. & Neumeier, E. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020 / 2021). Deutschland, Workbook Behandlung. DBDD, München.
- Institut für Therapieforschung (IFT) (2022). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2022. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023a) Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1) Bezugsgruppe: Beender ohne Einmalkontakte. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023b) Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023c) Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2) Bezugsgruppe: Beender ohne Einmalkontakte. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Suchthilfezentrum Wiesbaden, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V./EVIM Gemeinnützigen Behindertenhilfe GmbH (2021). Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum – aktionberatung, Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens, [Online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Kurzbericht/kurzbericht_geistige_behinderung_problematischer_substanzkonsum_bf.pdf [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Jeschke, P. & Meyer-Thompson, H.G. (2020). Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland. Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19. Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte. https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Handreichung_Kurzfassung_Subst_und_Sars_2_Covid_19_-16320-final-.pdf [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- JHJ Hamburg (o. D.). Die erste Suchtberatung für Hamburg - Kointer, [Online] <https://kointer.de/kointer/index.php> [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Karachaliou, K., Rauschert, C., Schneider, F., von Glahn-Middelmenne, C., Friedrich, M., & Neumeier, E., (2022). Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021 / 2022). Deutschland, Workbook Drogen. DBDD, München.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022). Übergangslösung: Geflüchtete aus der Ukraine erhalten Behandlungsscheine – Hinweise für Praxen, [Online] https://www.kbv.de/html/1150_57290.php [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (2022). [for:schen]: Forschungsbericht 2016-2020, in: Forschungsbericht der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen 2016-2020, S. 13, [Online] https://katho-nrw.de/fileadmin/media/hochschule/Oeffentlichkeitsarbeit/katho_Forschungsbericht_2016_2020_Online.pdf.
- Kemmann, D., Muhl, C., Erben, C., Funke, W., Link, S., Susemihl, I., Domma-Reichart, J., Bachmeier, R., Klein, T., & Dyba, J. (2023). Effektivität der stationären abstinenz-

- orientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2020 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 05/23, 37-44.
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Online]. [Letzter Zugriff 05.09.2023].
- Kraus, L., Seitz, N.-N. (2018). Analyse drogeninduzierter Todesfälle. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kuhn, S. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarf von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) & Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengige.pdf [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- LINDENHOF Rehaklinik für suchtkranke Frauen, Schallstadt-Wolfenweiler (o. D.). [Online] <https://www.rehaklinik-lindenhof.de/> [Online]. [letzter Zugriff 20.07.2023].
- Lochbühler, K., Kühnl, R., Maspero, S., Aydin, D. & Hulm, M. (2021). Phar-Mon plus. Der Konsum etablierter sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen. Ergebnisse des Projekts Phar-Mon plus aus dem Jahr 2020, IFT Institut für Therapieforschung, München. https://ift.de/wp-content/uploads/2022/09/Lochbuehler_et_al_2021_Phar-Mon_plus-2020.pdf Online. [letzter Zugriff 14.09.2023].
- LWL Koordinationsstelle Sucht (o. D.). LWL | TANDEM-Transfer, TANDEM Transfer - Besondere Hilfen für besondere Menschen im Netzwerk der Behinderten- und Suchthilfe, <https://www.lwl-ks.de/de/projekte/tandem-transfer/> [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- LWL-Koordinationsstelle Sucht (o. D.). Frühintervention bei erstauaffälligen Drogenkonsumenten (FreD), <https://www.lwl-fred.de/de/> [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Manthey, J., M. Rosenkranz, B. Jacobsen, U. Vertheim, T. Hayer, J. Kalke (2022): (Vorläufige) Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung der Cannabislegalisierung in Deutschland – Ergebnisse eines systematischen Reviews, Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/11/CannabisReview_28102022.pdf. [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Mediendienst Integration (2023). Ukrainische Flüchtlinge | Flucht & Asyl | Zahlen und Fakten | MDI, <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/ukrainische-fluechtlinge.html> [Online] [Letzter Zugriff 24.08.2023].
- Naumann, B. & Bonn, V. (2018). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung, Jahrbuch Sucht 2018, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (publisher), 169-185. Pabst, Lengerich.
- Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K. Höke, C., Friedrich, M., Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020 / 2021). Deutschland, Workbook Drogenpolitik. DBDD, München.
- Neumeier, E., Karachaliou, K. & Schneider, F. (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022 / 2023). Deutschland, Workbook Drogenpolitik. DBDD, München.
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019). Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Pabst, Lengerich, 180-191.

- Piontek, D., Dammer, E., Schneider, F., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Drogen. DBDD, München.
- Raiser, P. (2022). Bundesweite Plattformlösungen für die Digitalisierung der Suchtberatung. Die Sozialplattform und das Konzept DigiSucht, Konturen online <https://www.konturen.de/fachbeitraege/bundesweite-plattformloesungen-fuer-die-digitalisierung-der-suchtberatung/> [Online] [letzter Zugriff 14.09.2023].
- Salus Kliniken (o. D.). 55+ <https://www.salus-kliniken.de/huerth-sucht/ihre-behandlung/sonderprogramme/55/> [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Schmitt, S. (2022). Digitale Lotsen – Ein Qualifizierungsprogramm zur Förderung der Digitalkompetenz in der Suchthilfe, Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. [Online]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/Kurzbericht_Digitale_Lotsen_bf.pdf [letzter Zugriff 24.05.2023].
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020 / 2021). Deutschland, Workbook Gefängnis. DBDD, München.
- Schneider, F., Karachaliou, K. & Neumeier, E. (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2022). Deutschland, Workbook Gefängnis. DBDD, München.
- Schwulenberatung Berlin (2022). ALKOHOL & ANDERE DROGEN, Wir helfen - Alkohol und Drogen, <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Seitz, N.-N., Böttcher, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1990-2018. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Simon, R., Martin, S. & Falk, J. (2021). Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2021. Pabst, Lengerich. 197-206.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 26), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022a). Grunddaten der Krankenhäuser 2020. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (p. 27), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022b). Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2020. Statistisches Bundesamt (Destatis). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FGesundheit%2FKrankenhaeuser%2FPublikationen%2FDownloads-Krankenhaeuser%2Ftiefgegliederte-diagnosedaten-5231301207015.xlsx%3F_blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Stöver, H. Wense, B. (2022). Drogenkonsum während der Pandemie. Aktuelle Daten zur Situation Drogen gebrauchender Menschen. Dr. med. Mabuse, Nr. 255, 86-88. [Online] [letzter Zugriff: 14.09.2023].
- Sucht Aktuell (Hrsg.) (2020). Auswirkungen der Corona Pandemie auf die (Sucht-) Rehabilitation – aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Sucht Aktuell, 2; 24-36.

- Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Bericht 2020 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2019 / 2020). Deutschland, Workbook Behandlung. DBDD, München.
- Tossmann, P. & Leuschner, F. (2021). Digitale Suchtberatung. Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung. delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin [Online]. [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Vogelsang, M. (2020). Suchrehabilitation in Zeiten der Pandemie. Sucht Aktuell, 2: 14-23.
- Weinbrenner, S. & Köhler, A. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht Aktuell, 22 (2), 31-34.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021). Corona und Drogenhilfe – Zur Situation in „harten“ Drogenszenen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Corona_und_Drogenhilfe_bf.pdf [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023.]
- Werse, B. & Klaus, L. (2020). Corona, „harte Szene“ und Drogenhilfe: Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. Sucht, 66: 278-285.
- World Health Organization (WHO) (2023). WHO Coronavirus – Covid 19 – Dashboard Germany, <https://covid19.who.int/region/euro/country/de> [Online] [letzter Zugriff 30.08.2023].
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (o. D.). Breaking Meth, <https://www.breaking-meth.de/> [Online] [letzter Zugriff 05.09.2023].
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) (2020). Prävention und Behandlung von Suchtproblemen bei Geflüchteten (PREPARE). https://www.zis-hamburg.de/projekt_detail/prepare/ [Online]. [letzter Zugriff 04.09.2023].
- Zurhold, H. & Kuhn, S. (2022). Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe (LOGIN), Abschlussbericht für das Bundesgesundheitsministerium https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/LOGIN_Abschlussbericht_final.pdf [Online]. [letzter Zugriff: 11.05.2023].
- Zurhold, H., Lindemann C., Jacobsen, B., Milin, S. & Schäfer, I. (2022). Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum (KOKOS). Sachbericht. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Kokos_Abschlussbericht_neu_bf_180322.pdf [Online] [letzter Zugriff 03.08.2023].

4.2 Methodik

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

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

5 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	8
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	10
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung in Prozent	12
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung in Prozent	12
Tabelle 5	Erst- und Wiederbehandelte anteilig nach Hauptdiagnose in Prozent	13
Tabelle 6	Stationär Behandelte nach Hauptdiagnosen in Prozent	14
Tabelle 7	Zusammenfassung: Alle Klientinnen und Klienten in Behandlung	15
Tabelle 8	Hauptdiagnosen der Behandelten in Prozent im ambulanten und stationären Setting	15
Tabelle 9	Ambulant Behandelte nach Hauptdiagnose und Geschlecht in Prozent	16
Tabelle 10	Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Prozent (Prozentualer Anteil an allen Behandlungsfällen nach Hauptdiagnose).....	19
Tabelle 11	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen.....	25

6 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2013 bis 2022.....	42
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt am Stichtag 01.01.2022	43
Abbildung 3	Anzahl gemeldeter Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland von 2008 bis 2022 (Stichtag 1. Juli).....	44
Abbildung 4	Anzahl meldender, substituierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt im 1. Halbjahr 2022.....	45
Abbildung 5	Erstmalig stationär behandelte Patientinnen und Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent	49
Abbildung 6	Erstmalig ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent.....	50
Abbildung 7	Stationär behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent.....	51

Abbildung 8	Ambulant behandelte Patienten nach Hauptdiagnose und Jahr (2012-2022) in Prozent.....	52
Abbildung 9	Sucht-Rehabilitation – Anträge und Bewilligungen (DRV) nach Jahren (2012-2022)	53