

Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2024 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EUDA

(Datenjahr 2023 / 2024)

Krystallia Karachaliou¹, Charlotte von Glahn-Middelmenne², Esther Neumeier¹ & Franziska Schneider¹

¹IFT Institut für Therapieforschung, ²Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Gefördert durch:



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	8
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	8
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	8
1.2.5	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung	9
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	10
1.3	Kerndaten	11
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung	11
1.3.2	Verteilung Hauptdiagnosen der Behandelten	13
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogen Kerndaten	14
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patient:innen	14
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung	17
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen	17
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	17
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten	19
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	20
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	23
1.4.5	E-Health-Angebote für Drogenabhängige	28
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge	29
1.4.7	Integration und Teilhabe	29

1.4.8	Anbieter von Substitutionsbehandlung	30
1.4.9	Anzahl der Substitutionspatient:innen	31
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	32
1.5	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	33
2	TRENDS	35
2.1	Langzeitbeobachtung der Klientel in Suchtbehandlung	35
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	39
3.1	Neue Entwicklungen	39
4	QUELLEN UND METHODIK	40
4.1	Quellen	40
4.2	Methodik	43
5	TABELLENVERZEICHNIS	43
6	ABILDUNGSVERZEICHNIS.....	43

Neben den oben genannten Autorinnen des Workbooks „Behandlung“ haben weitere Expert:innen an der Erstellung des Jahresberichts mitgewirkt.

Monika Murawski, Carlotta Riemerschmid, Jürgen Klapper und PD Dr. Larissa Schwarzkopf (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung).

Unser herzlicher Dank gilt unseren Kolleg:innen Christian Becher und Petra Freitag (IFT Institut für Therapieforschung), die uns bei der Erstellung des Berichts unterstützt haben.

Die grundlegenden Informationen aus den Vorjahren wurden beibehalten.

0 ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland reicht das Behandlungssystem für Menschen mit Drogenproblemen und deren Angehörigen von Beratung über Akutbehandlung und Rehabilitation bis hin zu Maßnahmen der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, d. h. in den meisten Suchthilfeeinrichtungen werden sowohl Menschen, die legale Suchstoffe konsumieren, beraten und behandelt als auch Menschen, die illegale Suchstoffe konsumieren. Da die Versorgungsangebote personenzentriert sind, gestalten sich die Versorgungsprozesse im Rahmen komplexer Kooperationen sehr unterschiedlich. Neben medizinischen Aspekten sind die soziale und berufliche Teilhabe Kernziele der Kostenträger und Leistungserbringer. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung der Versorgung auf Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wurden Behandlungen aufgrund von Problemen mit „illegalen“¹ Drogen gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2023 bei 42,1 % aufgrund von „Cannabinoiden“ und bei 20,6 % aufgrund von „Opioiden“ begonnen. Bei weiteren 12,4 % bzw. 12,1 % bildeten „Stimulanzien“ bzw. „Multipler Substanzkonsum“² den Anlass, bei 10,2 % der Fälle war es „Kokain“. Laut DSHS erfolgten im stationären Bereich 29,1% der beendeten Behandlungen im Zusammenhang mit illegalen Drogen aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“. In 29,0 % der Fälle waren „Cannabinoide“ der Anlass, in 16,8 % der Fälle „Stimulanzien“ und in 11,5 % der Fälle „Kokain“.

¹ Für die Berechnungen in diesem Workbook wurde die Stichprobe der DSHS auf die Klientel mit problematischem Konsum "illegaler" Drogen als Behandlungsanlass reduziert. Dies umfasst Behandlungsfälle, für die eine ICD-10-Diagnose aus F11-F16 oder F18-F19 als Hauptdiagnose dokumentiert war (inklusive Störungen aufgrund von Sedativa/Hypnotika oder flüchtigen Lösungsmitteln). Durch die Beschränkung auf Zugänge bzw. Beender des Beobachtungsjahres werden Hilfesuchende in langfristiger Behandlung (z.B. substituierte Personen) nicht vollumfänglich erfasst.

² Die zugrundeliegende Diagnose F19 differenziert nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht in der Regel der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

Im Langzeitvergleich dieser Daten sank der Anteil an Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ im ambulanten Bereich zwischen 2023 und 2017 deutlich (von 30,3 % auf 20,6 %; -32 %), während der Anteil an Behandlungen aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“ deutlich zunahm (von 4,3 % auf 12,1 %; +180 %). Auch „Kokain“ bildete deutlich häufiger den Anlass als 2017 (von 6,7 % auf 10,2 %; +53 %), während „Stimulanzien“ 2023 deutlich seltener als Anlass dokumentiert war (von 14,0 % auf 12,4 %; -11 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich im stationären Bereich.

Die Zahl der gemeldeten Substituierten lag zum Stichtag (01. Juli 2023) bei 81.600 Personen, die von insgesamt 2.436 substituierenden Ärzt:innen an das Substitutionsregister gemeldet wurden (Bundesopiumstelle (BOPST), 2024).

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

In Deutschland ist die 2012 veröffentlichte Drogenstrategie Grundlage der aktuellen Drogenpolitik. Sie basiert auf vier grundlegenden Säulen: Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadens- und Angebotsreduzierung sowie Strafverfolgung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) (siehe hierzu auch Workbook „Behandlung“ 2017 (Bartsch et al., 2017)).

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.

Die 2017 von der Bundesregierung 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 (siehe Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“ 2017 (Dammer et al., 2017)).

Mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung im April 2020 erhielten Substitutionsärzt:innen verschiedene Möglichkeiten, um bei der Behandlung ihrer Patient:innen von den Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung abzuweichen, wenn dies medizinisch begründbar war. Verschiedene Regelungen hieraus wurden im Jahr 2023 verstetigt.

Im Dezember 2018 trat ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft, mit welchem die zuvor vorrangig abstinenzorientierten Behandlungsansätze durch einen

therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst wurden. Dadurch wird deutlicher, 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, 2018).

Für weitere Informationen zur Nationalen Drogenstrategie siehe auch Workbook „Drogenpolitik“ 2024, Kapitel 1.1.2.

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

Das Versorgungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige bezieht 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.

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 (Akutbehandlungen) und Rentenversicherungsträger (Rehabilitationsbehandlungen) verantwortlich.

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 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 Workbook „Behandlung“ 2017) (Bartsch et al., 2017). Die Behandlungen für Abhängigkeitserkrankte werden größtenteils kostenlos zur Verfügung gestellt.

Hausärzt:innen kommen als erste Anlaufstelle für Abhängigkeitserkrankte und -gefährdete in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu. Zu ihren Suchtbehandlungen liegen keine systematisch erhobenen Daten vor. Kernstück des Suchthilfesystems sind die 1.199³ ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen sowie Fach- und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 310 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie in 754⁴ Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten wie auch stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (IFT Institut für Therapieforschung, 2023).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,2 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 57,1 % der Hilfeinrichtungen (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (siehe auch Tabelle 3 und Tabelle 4).

Zahlreiche Suchthilfeträger, insbesondere in größeren Städten, bieten eine Vielfalt an Unterstützungsmöglichkeiten für drogenabhängige Menschen an. Diese reichen von niedrighschwelligen Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosoziale Betreuung Substituierter bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt nicht vor. In der jährlichen Dokumentation der Deutschen Suchthilfestatistik geben die Einrichtungen jedoch an, mit anderen Organisationen und Institutionen zusammenzuarbeiten – und das nicht nur innerhalb ihres eigenen Verbundes. Dabei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und weiteren Kooperationsformen unterschieden. So gaben 27,5 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 16,1 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 16,4 % der Einrichtungen trafen schriftliche Vereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a).

³ Cave: Seit 2017 sind die Einträge der Institutsambulanzen zum Teil in anderen Einträgen aufgegangen, wodurch dieser Wert nicht alle Einrichtungen enthält.

⁴ Siehe vorherige Fußnote.

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe stellen mit 1.199 Beratungsstellen den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung dar. Sie sind die ersten Anlaufstellen für Klient:innen mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden und stellen die Beratung bzw. Behandlung kostenlos zur Verfügung. Finanziert werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln. 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 wiederkehrend zu Finanzierungsproblemen.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungsart Bezeichnung nach EUDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.199*	Ambulante Einrichtungen umfassen: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrighschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.436**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>81.600**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach or transferred)	k.A.***	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

(Bundesopiumstelle (BOPST), 2024, IFT Institut für Therapieforschung, 2023)

* 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) aktualisiert, wodurch die Datenerhebung verändert wurde. Verschiedene ambulante Einrichtungsarten wurden zusammengefasst, so dass nur aggregierte Daten vorliegen. Aktuelle Zahlen zu spezialisierten Behandlungszentren, niedrighschwelligen Einrichtungen und weiteren ambulanten Angeboten liegen derzeit nicht vor.

** Aktuell gibt es weder Daten zur Anzahl der Arzt- oder Psychotherapiepraxen, die Suchtkranke behandeln, noch zur Zahl der Behandelten. Die dargestellten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf substituierende Ärzt:innen sowie Substitutionspatient:innen zum Stichtag, 01. Juli 2023. Da Arztpraxen oft die erste Anlaufstelle sind, ist von deutlich höheren Fallzahlen auszugehen (Bundesopiumstelle (BOPST), 2024).

*** Die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug wurde 2019 geändert, wodurch sich der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten änderte. Dadurch fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2021 (Schneider et al., 2021).

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel von Arztpraxen durchgeführt. Sie sind ein wichtiger Baustein in der Behandlung Opioidabhängiger. Die Ärzt:innen übernehmen die medizinische Behandlung einschließlich der Verschreibung des Substitutionsmittels (vgl. Kapitel 1.4.8). Die medizinische Behandlung wird in der Regel durch eine psychosoziale

Betreuung ergänzt, die von den Trägern der Beratungs- und Behandlungsstellen in enger Kooperation mit den Arztpraxen, zum Teil unter einem Dach, übernommen wird.

Sozialpsychiatrische Dienste und Gemeindepsychiatrische Zentren sind neben vielen anderen Aufgaben auch für Suchtkranke zuständig. Sie werden in der Regel öffentlich finanziert. In einigen Bundesländern sind die Wohlfahrtsverbände Träger dieser Einrichtungen.

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und Bereitstellung der verschiedenen Behandlungs- und Hilfsangebote bestehen Unterschiede zwischen den Bundesländern. Insbesondere in ländlichen Regionen bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patient:innen, z. B. mit Substitutionswunsch, zu gewährleisten.

Grundsätzlich haben sich die ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebote in den letzten Jahren nicht grundlegend verändert. Schwierig bleibt weiterhin die prekäre Situation der Suchtberatung. Der von der DHS seit 2020 jährlich ausgerichtete „Aktionstag Suchtberatung“ macht auf diese Missstände aufmerksam⁵.

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.

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine tragende Rolle in der Suchtkrankenversorgung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führten 2022 insgesamt 91.561⁶ Suchtbehandlungen durch (ohne Alkohol und Tabak) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbiditäten zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch von privaten Krankenversicherungen, übernommen.

Zur stationären Behandlung gehört die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind vorrangig die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach erkrankte

⁵ <https://www.dhs.de/unsere-arbeit/kampagnen/aktionstag-suchtberatung> [Letzter Zugriff: 11.09.2024].

⁶ Der Wert umfasst alle Behandlungen mit den Hauptdiagnosen ICD-10-GM-2017 F11 bis F16 sowie F18 und F19.

Patient:innen richten, häufig solche mit psychiatrischen Komorbiditäten; die Kosten hierfür 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)

Einrichtungsart Bezeichnung nach EUDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	208*	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	91.561**
Residential drug treatment (non-hospital based)	310*	Stationäre Rehabilitations-einrichtungen	13.097***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A.****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	754*	Einrichtungen der Sozialen Teilhabe	k.A.

(Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2024, IFT Institut für Therapieforschung, 2023, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023)

* Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt. 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. Die Daten können nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

** Datenjahr 2022.

*** Es handelt sich hierbei um die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von „illegalen“ Drogen datiert wurden; Datenjahr ist 2023.

**** Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten, weshalb ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten fehlen. Weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2024.

1.2.5 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

Träger der ambulanten Beratung und Behandlung sind in Deutschland weitestgehend die Wohlfahrtsorganisationen (90,2 %) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a). Ein kleinerer Teil ist in öffentlich-rechtlicher Hand, meist kommunale Einrichtungen, während die ambulante Substitutionsbehandlung in der Regel von ärztlichen Praxen übernommen wird. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist über die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren in die Betreuung Suchtkranker eingebunden. Sie betreuen häufig Patient:innen mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Suchterkrankung (vgl. Tabelle 3).

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

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	6,9 %	90,2 %	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.

(IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a)

* Substitutionsbehandlung wird in Deutschland mehrheitlich in ärztlichen Praxen bzw. Substitutionsambulanzen durchgeführt (IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a). In der Minderheit sind kommunale, öffentlich-rechtliche Träger.

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

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen*	28 %	32 %	40 %	-
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	12,2 %	57,1 %	26,9 %	3,8 %
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.

(IFT Institut für Therapieforchung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024)

* Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf alle Krankenhäuser in Deutschland und nicht nur auf diejenigen, die in der Suchtbehandlung tätig sind; differenzierte Daten liegen nicht vor. Die Angaben beziehen sich auf das Datenjahr 2022.

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Die von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich sind bis 2022 stetig zurückgegangen, teils bedingt durch eine geänderte Erhebungsweise ab 2015. Weitere Gründe sind die Finanzlage der Beratungsstellen mit begrenzten personellen Ressourcen (Koch, 2020) und die Auswirkungen der SARS-COV-2-Pandemie (Beck et al., 2024). 2023

wurde erstmals wieder ein leichter Anstieg verzeichnet (N=71.130) (Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2024) (vgl. Abbildung 7).

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Tabelle 5 Hauptdiagnoseverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023, gesamt und nach Geschlecht (%)

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
F11 Opioide	20,6 %	20,4 %	21,4 %	10,7 %	11,0 %	9,4 %
F12 Cannabinoide	42,1 %	43,0 %	38,7 %	29,0 %	28,6 %	30,4 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,3 %	1,6 %	4,8 %	2,6 %	1,8 %	5,8 %
F14 Kokain	10,2 %	11,2 %	6,9 %	11,5 %	12,6 %	7,2 %
F15 Stimulanzien	12,4 %	11,2 %	16,8 %	16,8 %	16,2%	19,7 %
F16 Halluzinogene	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
F19 Multipler Substanzkonsum	12,1 %	12,4 %	11,1 %	29,1 %	29,6 %	27,2 %
Anzahl Gesamt (N)	63.621	49.653	13.818	10.540	8.487	2.049

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T3.01)

Bei 150 ambulanten sowie 4 stationären Behandlungen war das Geschlecht mit „Unbestimmt“ dokumentiert.

Ambulante Behandlung

Im Datenjahr 2023 wurden in der Stichprobe der DSHS 63.621 Fälle aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen⁷ in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen begonnen (siehe Tabelle 5) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a) (T3.01). Dabei war mit 42,1 % eine Problematik aufgrund von „Cannabinoiden“ der häufigste Anlass, eine ambulante Behandlung zu beginnen, gefolgt von „Opioiden“ mit 20,6 %. Bei weiteren 12,4 % bzw. 12,1 % bildeten „Stimulanzien“ bzw. „Multipler Substanzkonsum“⁸ den Anlass, bei 10,2 % der Fälle war es „Kokain“.

⁷ Für die folgenden Erläuterungen wurden nur Behandlungsfälle der DSHS-Stichprobe berücksichtigt, bei denen eine Problematik aufgrund einer „illegalen“ Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Behandlung stand. Die Ergebnisse beziehen sich dabei auf Angaben unter Zugängen (ambulanter Bereich) bzw. Beendern (stationärer Bereich) mit einer Hauptdiagnose aus den ICD-10-Diagnosen F11-F16 und F18-F19.

⁸ Die zugrundeliegende Diagnose F19 differenziert nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

Stationäre Behandlung

Abgesehen von der suchtmmedizinischen Akutbehandlung findet stationäre Behandlung in Deutschland in der Regel 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 (nur Gesamtsummen) Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. In der Stichprobe der DSHS wurden 2023 in stationären Rehabilitationseinrichtungen 10.540 Fälle aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen beendet (siehe Tabelle 6) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b). Hierbei waren „Multipler Substanzkonsum“ mit 29,1 % der Fälle und „Cannabinoide“ mit 29,0 % die mit Abstand häufigsten Anlässe. Es folgten „Opiode“ mit 10,7 % der Fälle.

Tabelle 6 Stationäre Behandlungen nach Behandlungsanlass (%)

Hauptdiagnose	Krankenhaus- diagnosestatistik	DRV	DSHS	
	2022	2022	2022	2023
F11 Opiode	26,4 %		11,2 %	10,7 %
F12 Cannabinoide	18,9 %		29,6 %	29,0 %
F 13 Sedativa/Hypnotika	9,6 %		2,5 %	2,6 %
F14 Kokain	5,6 %		10,8 %	11,5 %
F15 Stimulantien	10,8 %		17,9 %	16,8 %
F16 Halluzinogene	0,6 %		0,2 %	0,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		0,04 %	0,1 %
F19 Multipler Substanzkonsum	28,0 %		27,7 %	29,1 %
Anzahl Gesamt (N)	91.561		13.097	10.642

(Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2024, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023) (T3.01)

Tabelle 7 Überblick des Behandlungsgeschehens aufgrund illegaler Drogen 2023

Zahl der Behandlungsfälle bzw. Patient:innen	
Begonnene ambulante Behandlungen (DSHS)	ambulant: 63.621
Beendete stationäre Behandlungen (DSHS)	stationär: 10.540
Alle Patient:innen in OST (BOPST)	81.600
Gesamt	Keine Angabe*

(Bundesopiumstelle (BOPST), 2024))(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T3.01)

* 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 nicht möglich aus den Routinedaten Gesamtschätzungen abzuleiten, insbesondere unter Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung.

1.3.2 Verteilung Hauptdiagnosen der Behandelten

Erstbehandlungen und Wiederaufnahmen nach Hauptdiagnose

In Tabelle 8 ist – soweit es dokumentiert war – dargestellt, ob die Hilfesuchenden erstmalig oder zum wiederholten Male behandelt wurden.

Tabelle 8 Erst- und Wiederbehandlungen der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023 nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	N	Wieder- aufnahme	Erst- behandlung	N	Wieder- aufnahme	Erst- behandlung
F11 Opioide	10.957	83,1 %	16,9 %	1.045	92,4 %	7,6 %
F12 Cannabinoide	23.376	44,1 %	55,9 %	2.874	84,9 %	15,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	1.303	59,2 %	40,8 %	254	85,0 %	15,0 %
F14 Kokain	5.690	59,6 %	40,4 %	1.140	83,9 %	16,1 %
F15 Stimulanzien	6.823	66,3 %	33,7 %	1.705	88,4 %	11,6 %
F16 Halluzinogene	129	54,3 %	45,7 %	16	*	*
F18 Flüssige Lösungsmittel	10	*	*	7	*	*
F19 Multipler Substanzkonsum	7.136	73,9 %	26,1 %	2.968	92,0 %	8,0 %
Gesamt	55.424	61,3 % (n = 33.447)	39,7 % (n = 21.977)	10.009	88,3 % (n = 8.839)	11,7 % (n = 1.170)

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T2.02)

* Aufgrund der kleinen Fallzahl wird kein Prozentwert ausgegeben.

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Behandlungsbezogenen Kerndaten der DSHS

Die Daten der DSHS zu Hilfesuchenden werden jährlich anhand der bundesweit gültigen Standards des Deutschen „Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchthilfe“ (KDS) erfasst. Die DSHS erfasst neben den in diesem Workbook verwendeten Daten zu „illegalen“ Drogen auch Informationen zu legalen Substanzen wie „Alkohol“ und „Tabak“ sowie zu nicht stoffgebundenen Süchten (bspw. „Pathologisches Spielen“). Im Rahmen der Erstellung dieses Workbooks wurden daher teilweise Berechnungen auf Basis der vorliegenden Daten vorgenommen, um legale Drogen und nicht stoffgebundene Süchte aus den Darstellungen auszuschließen. Hierfür wurde die Summe der absoluten Anzahl der Behandlungsfälle im Zusammenhang mit "illegalen" Drogen (in diesem Workbook: HD F11-F16 und F18-19) verwendet, um bspw. den prozentualen Anteil der einzelnen Hauptdiagnosen neu zu berechnen. Bei der Diagnose F19 ist zu beachten, dass die DSHS nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“ differenziert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

Durch die Beschränkung auf die Stichprobe Zugänge/Beender werden Hilfesuchende in langfristiger Behandlung (z. B. substituierte Personen) nicht vollumfänglich erfasst. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die fallbezogene DSHS keine Vollerhebung des gesamten ambulanten bzw. stationären Suchthilfegeschehens repräsentiert. Nähere Informationen zur DSHS und ihrer Reichweite sind den jeweiligen Jahresberichten zu entnehmen⁹.

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patient:innen

Ambulante Behandlung

In ambulanten Einrichtungen sind laut DSHS 2023 die häufigsten Hauptdiagnosen im Bereich „illegaler“ Drogen bei beiden Geschlechtern Probleme aufgrund von „Cannabinoiden“ (unter Männern: 43,0 %; unter Frauen: 38,7 %) und „Opioiden“ (unter Männern: 20,4 %; unter Frauen: 21,4 %). Probleme aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“ (unter Männern: 12,4 %; unter Frauen: 11,1 %) sind der dritthäufigste Behandlungsanlass, gefolgt von Problemen aufgrund von „Kokain“ (unter Männern: 11,2 %; unter Frauen: 6,9 %) und „Stimulanzien“ (unter Männern: 11,2 %; unter Frauen: 16,8 %) (Tabelle 5) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a) (T3.01).

Insgesamt gibt es mit einem Anteil von 78,3 % einen deutlichen Überhang an männlicher Klientel, wobei deren Anteil in den einzelnen Hauptdiagnosen zwischen 54,8 % bei Behandlungen aufgrund von „Sedativa / Hypnotika“ bis hin zu 85,3 % bei „Kokain“ schwankt (Tabelle 9) (ebd., T3.01).

⁹ www.suchthilfestatistik.de [Letzter Zugriff: 29.04.2024].

Ambulante Behandlungen wurden 2023 in der Gesamtheit der Fälle mit durchschnittlich 32,1 Jahren begonnen. Bei Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ ist das Durchschnittsalter mit 40,1 Jahren am höchsten, bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ mit 26,7 Jahren am niedrigsten. Unter Männern sind Betreute mit Problemen durch „Cannabinoide“ (26,9) am jüngsten und Betreute mit Problemen durch „Opioiden“ (40,3) am ältesten; bei Frauen haben Betreute mit Problemen durch „Sedativa/Hypnotika“ (43,4) das höchste, bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (26,2) das niedrigste Durchschnittsalter (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a) (T3.02).

Insgesamt befinden sich 37,6 % der ambulant Betreuten in einer Partnerschaft (ebd., T3.03) und 38,8 % leben alleine in einem Haushalt (ebd., T3.04). Betreute mit Problemen durch „Opioiden“ haben vergleichsweise häufig keinen beruflichen Abschluss (28,6 %), gleiches gilt für Betreute mit „Multiplen Substanzkonsum“ (26,4 %). In den übrigen Gruppen liegt der entsprechende Anteilswert unter 25 % (ebd., T3.16).

In Schulausbildung befinden sich 7,0 % der Betreuten, wobei der Anteil bei der Klientel mit Problemen durch „Cannabinoide“ mit 13,1 % am höchsten ist. Insgesamt haben 10,7 % der Betreuten (11,2 % der Patienten und 9,1 % der Patientinnen) die Schule ohne Abschluss verlassen. Dieser Anteil ist (geschlechterunabhängig) bei Betreuten mit Problemen durch „Opioiden“ (13,9 %) bzw. durch „Multiplen Substanzkonsum“ (12,4 %) oder durch „Stimulanzien“ (11,2 %) besonders hoch (ebd., T3.15).

Tabelle 9 Geschlechterverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023 nach Hauptdiagnose (%)

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	Gesamt (N)	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (N)	Männlich (%)	Weiblich (%)
F11 Opiode	13.095	77,4 %	22,6 %	1.126	82,9 %	17,1 %
F12 Cannabinoide	26.780	80,1 %	19,9 %	3.056	79,6 %	20,4 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1.470	54,8 %	45,2 %	274	56,6 %	43,4 %
F14 Kokain	6.502	85,3 %	14,7 %	1.217	87,9 %	12,1 %
F15 Stimulanzien	7.898	70,6 %	29,4 %	1.774	77,3 %	22,7 %
F16 Halluzinogene	144	72,9 %	27,1 %	16	*	*
F18 Flüchtige Lösungsmittel	14	*	*	7	*	*
F19 Multipler Substanzkonsum	7.718	80,1 %	19,9 %	3.070	81,8 %	18,2 %
Gesamt	63.621	78,3 %	21,7 %	10.540	80,6 %	19,4 %

(IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T3.01)

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

Stationäre Behandlung

Der größte Anteil der aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen erfolgten stationären Behandlungen entfällt laut DSHS 2023 bei beiden Geschlechtern auf Probleme durch „Cannabinoide“ (unter Männern: 28,6 %; unter Frauen: 30,4 %) sowie von Problemen durch „Multiplen Substanzkonsum“ (unter Männern: 29,6 %; unter Frauen: 27,2 %). Probleme aufgrund von „Stimulanzien“ (unter Männern: 16,2 %; unter Frauen: 19,7 %) sind jeweils der dritthäufigste Behandlungsanlass (Tabelle 6) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T3.01).

Der Anteil der männlichen Klientel ist mit 80,6 % deutlich überwiegend und bewegt sich in den einzelnen Hauptdiagnosen zwischen 56,6 % bei Behandlungen aufgrund von „Sedativa / Hypnotika“ bis hin zu 87,9 % bei „Kokain“ (Tabelle 9) (ebd., T3.01).

Das Durchschnittsalter bei Beginn des aktuellen Falles liegt bei insgesamt 33,7 Jahren. Hierbei sind Behandelte mit Problemen durch „Sedativa/Hypnotika“ die im Mittel älteste Gruppe (40,4 Jahre). Behandelte mit Problemen durch „Cannabinoide“ (31,6 Jahre) sind im Mittel am jüngsten (ebd., T3.02).

Ohne abgeschlossene Berufsausbildung sind 32,3 % der Fälle. Besonders hoch ist der entsprechende Anteil unter Behandlungen aufgrund von „Multiplen Substanzgebrauch“ (37,0 %) bzw. von „Cannabinoiden“ (32,2 %), während er bei „Kokain“ mit 25,6 % am niedrigsten ausfällt (ebd., T3.16).

Insgesamt haben 10,9 % der stationär behandelten Patienten und 8,5 % der stationär behandelten Patientinnen die Schule ohne Abschluss verlassen (ebd., T3.15). Unter Frauen war ein Schulabbruch bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (10,1 %) oder von „Stimulanzien“ (9,1 %) besonders häufig, unter Männern bei Behandlungen aufgrund von Problemen durch „Opioide“ (12,2 %) oder durch „Kokain“ (11,3 %). Behandlungsfälle von Personen in laufender Schulausbildung finden sich nur vereinzelt (ebd., T3.15).

Kinder und Jugendliche

Die besonders vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird laut Daten der DSHS nahezu ausschließlich ambulant versorgt, wobei Kinder- und Jugendpsychiatrien nicht als stationäre Einrichtungen in der DSHS enthalten sind. Laut DSHS entfielen 2023 7,3 % der ambulanten Betreuungen und 0,6 % der stationären Behandlungen aufgrund von Problemen durch „illegale“ Drogen auf die besonders vulnerable Gruppe der Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendlichen (15 bis 17 Jahre)¹⁰. Die Versorgung erfolgt dabei in erster Linie aufgrund von Problemen durch „Cannabinoide“ (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b).

¹⁰ Die Definition von Kindern und Jugendlichen ist – je nach Studie – unterschiedlich. Die hier dargestellten Altersgruppen wurden aufgrund ihrer Verfügbarkeit im DSHS-Datensatz ausgewählt.

Aus den DSHS-Zahlen geht hervor, dass 14,5 % aller ambulant behandelten Patient:innen mit der Hauptdiagnose „Cannabinoide“ noch nicht volljährig waren (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a), während es in der Krankenhausdiagnosestatistik 10,4 %¹¹ sind (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).

Eine sekundäranalytische Aufbereitung ausgewählter Krankenhausdiagnosedaten für den Zeitraum 2013 bis 2022 zu den wegen psychischer und Verhaltensstörungen vollstationär behandelten Patient:innen zeigte, dass unter Patient:innen, die wegen Missbrauchs von Cannabinoiden vollstationär behandelt werden mussten, der Anteil an Jugendlichen (15- bis 19-Jahre) und jungen Erwachsenen (20- bis 24-Jahre) überproportional hoch, während er in der Gruppe der wegen Missbrauchs von Opioiden Behandelten vergleichsweise gering ausfällt (Baumgärtner, 2024).

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2023 (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024)¹²
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2023¹³
- Grunddaten der Krankenhäuser 2022 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024)
- Diagnosen der Krankenhauspatienten 2022 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“ 2024.

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, wodurch mehr Betroffene oder Angehörige erreicht werden können. Allerdings kommt es auch zu nicht bedarfsgerechter Behandlung und Fehllokationen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2019a).

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

¹¹ In diesem Fall entspricht stationär den akut stationären Fällen.

¹² <https://www.suchthilfestatistik.de/index.html> [Letzter Zugriff: 01.10.2024].

¹³ <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Sucht-Reha/sucht-reha.html> [Letzter Zugriff 01.10.2024].

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“ 2024 zu finden.

Niedergelassene Ärzt:innen

Niedergelassene Ärzt:innen sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Ihre Aufgabe ist es, im Rahmen von Diagnostik und Behandlung eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Sie sollen die Patient:innen zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motivieren und an Beratungsstellen vermitteln. Bundesweit arbeiten 2023 ca. 163.800 niedergelassene oder angestellte Ärzt:innen (ambulant), die ggf. erste Ansprechpersonen für suchtkranke Patient:innen sind (Bundesärztekammer (BÄK), 2023). 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 1.5.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVA) kooperieren regional mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Externe Sozialarbeiter:innen 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 Suchtberater:innen 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 Abhängigen, 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 -projekte 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 Psychotherapeut:innen erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzt:innen für psychotherapeutische Medizin und Ärzt:innen 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 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 abstinentorientiert (Weinbrenner und Köhler, 2015).

Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es Klient:innen, 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 Bedürfnissen der Abhängigen orientiert.

Nachsorgeangebote können z. B. über das Internetportal www.nachderreha.de¹⁴ 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 Patient:innen. Dies gilt auch für Drogenabhängige, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Straftäter:innen 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“ 2024 zu entnehmen.

¹⁴ Letzter Zugriff: 28.09.2024.

Tabelle 10 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 bei Möglichkeit im Rahmen der Rehabilitation, sonst Überweisung in psychiatrische Klinik/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.

Expertenschätzung, Workbook „Behandlung“ 2018 (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 Patient:innen 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.

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

Migrant:innen / Geflüchtete

In den letzten Jahren wurden viele Anstrengungen unternommen, um passende Beratungs- und Behandlungsangebote für geflüchtete Menschen bereitzustellen. Drogenkonsum und -abhängigkeit, die entweder im Ausland begonnen oder im Aufnahmeland bzw. während der Flucht entwickelt wurden, sind ein wichtiges Thema für die Versorgung unter Berücksichtigung der sprachlichen und kulturellen Barrieren. 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.

Die repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe (LOGIN) zielt darauf ab, den Alkohol- und Drogenkonsum in der Heimat, auf der Flucht und im Aufnahmeland zu vergleichen und Risikofaktoren zu identifizieren. In 52 Unterkünften in vier Bundesländern wurden 1.116 erwachsene Geflüchtete befragt. Die Lebenszeitprävalenz des Alkohol- und Drogenkonsums war niedrig (28,8 % Alkohol, 7,4 % Drogen) und variierte stark nach Herkunftsland. Geflüchtete mit Drogenkonsum waren besonders durch Fluchterlebnisse und unsicheren Asylstatus belastet und kannten das deutsche Suchthilfesystem kaum. Aus den Ergebnissen leiten die Autorinnen eine substanzspezifische Aufklärung über Konsumrisiken, insbesondere bei Alkohol, Cannabis und Kokain, sowie muttersprachliche Informationen zur Suchtberatung und -behandlung ab, ebenso wie die Zusammenarbeit mit Sozialberatungen vor Ort (Zurhold und Kuhn, 2023).

Personen mit Fluchthintergrund sind besonders gefährdet, substanzbezogene Störungen zu entwickeln, gleichzeitig haben sie weniger Zugang zu Suchthilfeeinrichtungen. Geflüchtete mit substanzbezogenen Störungen haben spezifische Bedürfnisse hinsichtlich des Zugangs zu Suchthilfeangeboten und der Art der Unterstützung (Schäfer et al., 2024). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte Verbundprojekt PREPARE trägt dazu bei, diese besonders gefährdete Gruppe besser zu versorgen. Es nutzt verschiedene methodische Ansätze in vier eng vernetzten Projekten, darunter systematische „Rapid Assessments“, die mehrere Indikatoren und Informationsquellen kombinieren, qualitative Erhebungen und Interventionsstudien zur Prävention und Behandlung. Ziel von PREPARE ist es, systematische Erkenntnisse über Substanzprobleme bei Flüchtlingen in Deutschland zu gewinnen, Strategien guter Praxis in der Suchtprävention und Suchtbehandlung zu identifizieren, die Diagnostik von Substanzproblemen bei Flüchtlingen zu verbessern und innovative Interventionen zur Prävention und integrativen Behandlung von traumatisierten Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu entwickeln. Zudem befindet sich eine online Ressourcenplattform¹⁵ (in Zusammenarbeit mit der DHS erstellt) im Aufbau, deren Ziel es ist, Fachkräfte im Bereich der Arbeit mit Geflüchteten im Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Konsum- und suchtbefugenen Problemen zu unterstützen.

¹⁵ <https://www.sucht-und-flucht.de/> [Letzter Zugriff: 01.08.2024].

In einer Studie zum Umsetzungsstand von Strategien guter Praxis in der Suchthilfe für Geflüchtete zeigte sich, dass in ambulanten Einrichtungen vorrangig wenig kostenintensive Strategien umgesetzt werden und allgemeinen Fachstandards entsprechen. In der Versorgung geflüchteter Personen sind niedrighschwelligere und ressourcenintensivere Strategien erforderlich, um mehr Hilfesuchende zu erreichen (bspw. mit aufsuchenden Angeboten). Zur Überwindung der Sprachbarriere kann Mehrsprachigkeit durch geschulte Sprachmittelnde ermöglicht werden (Stylianopoulos et al., 2023).

Seit 2022 stellt der starke Zuzug ukrainischer Kriegsgeflüchteter das Substitutionsnetzwerk vor neue Herausforderungen. Genaue Zahlen und/oder neue Projekte lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht vor. Als kurzfristige Maßnahme wurden Informationsbroschüren ins Ukrainische übersetzt.

Das bundesweite Suchthilfeverzeichnis¹⁶ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)¹⁷ bieten den Nutzer:innen die Möglichkeit, Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. stationäre Therapieangebote nach gewünschter Beratungssprache zu filtern.

Ältere Drogenabhängige (40+)

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2022 zeigen, dass 54,0 % der in Krankenhäusern behandelten Opioidabhängigen (N=24.169) älter waren als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 18,9 % die größte Altersgruppe. Es folgen die jeweils nächsthöheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 14,0 %, 9,4 % und 5,8 %. Die über 60-Jährigen stellen mit 5,9 % eine nicht zu vernachlässigende Größe dar (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023). Daten des Bundeskriminalamtes (BKA) für das Jahr 2023 (Datenlieferung 2024) bestätigen die Entwicklung der letzten Jahre mit zunehmenden drogenbedingten Todesfällen (Anstieg um 11,9 % zu 2022) und steigendem Durchschnittsalter der Verstorbenen (2023: 41,0 Jahre) (siehe auch Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ 2024 Abschnitt 1.1.1).

Des Weiteren gibt es einzelne Wohneinrichtungen für ältere Drogenabhängige in Deutschland wie z. B. die Dauerwohneinrichtung für ältere suchterkrankte Menschen des Projektes LÜSA¹⁸ in Kamen. Alle dort lebenden Bewohner:innen werden substituiert.

Über das Suchthilfeverzeichnis¹⁹ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)²⁰ können weitere Angebote identifiziert werden, die sich gezielt und ausschließlich an ältere Menschen richten.

¹⁶ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

¹⁷ https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

¹⁸ Projekt LÜSA [online] <https://www.luesa.de/> [Letzter Zugriff 29.07.2024].

¹⁹ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁰ https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

Crack-Konsumierende

Vermeehrt wird in den letzten Jahren aus verschiedenen Quellen und Städten ein Anstieg des Crack-Konsums bestimmter Gruppen berichtet (vgl. hierzu Workbook „Drogen“ 2024 Abschnitt B 1.1.1), woraus sich ein erhöhter Handlungsbedarf ergibt. Um Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum und den damit verbundenen Schwierigkeiten zu erarbeiten, wurde Ende 2022 vom BMG eine Expert:innen-Gruppe mit Vertreter:innen aus Städten (Hamburg, Frankfurt, Bremen und Hannover), freien Trägern der Suchthilfe, Hochschulen und akzept e.V. eingerichtet (Stöver und Hornig, 2023). Aufbauend auf diesen von der Expert:innen-Gruppe formulierten Empfehlungen erarbeitete die Deutsche Aidshilfe e.V. in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Mitarbeiter:innen der Drogenkonsumräume in Deutschland den praxisnahen Leitfaden „Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument:innen“²¹.

Genderspezifische Angebote

In Deutschland gibt es bislang keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten. In der ambulanten Suchtbehandlung gibt es in vielen Städten und Großräumen genderspezifische Angebote, zum Teil innerhalb bestehender allgemeiner Suchthilfeeinrichtungen, zum Teil von spezialisierten Vereinen, wie z. B.:

- LAGAYA, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.²²,
- der Verein extra e.V Suchthilfe für Frauen²³,
- Bella Donna, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.²⁴,

Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen der Schwulen- und Lesbenberatung sowie Einrichtungen der Aidshilfe, Suchtberatung speziell für Menschen der LGBTQ+ Gemeinschaft an, z. B.: die Schwulenberatung Berlin²⁵, das Selbsthilfenetzwerk SHALK²⁶, das Konzept der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit örtlichen Organisationen und therapeutischen Fachkräften „quapsss“²⁷ und die Beratungsstelle „4Be TransSuchtHilfe“²⁸ in Hamburg. Auch stationäre Einrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften haben genderspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt.

²¹ https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/crack_handlungsempfehlungen_final.pdf [Letzter Zugriff 26.09.2024].

²² <https://www.lagaya.de/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²³ Extra e.V. - Suchtberatung für Frauen* [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁴ <https://www.belladonna-essen.de/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁵ <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁶ <https://www.shalk.de/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁷ <https://www.aidshilfe.de/quapsss-projektbeschreibung> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

²⁸ <https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

Die Koordinierungsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) bietet Interessierten auf ihrer Internetseite eine umfangreiche Zusammenfassung praxisrelevanter Literatur zum Thema männerspezifische Suchtarbeit und Suchthilfeangeboten²⁹.

Detaillierte Informationen zu den oben genannten Projekten finden sich im Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023).

Drogenabhängige Schwangere und Eltern

Repräsentative Daten zum Thema Substanzgebrauch in der Schwangerschaft und unter jungen Eltern sind in Deutschland bisher nur lückenhaft vorhanden. Um den Behandlungsbedarf für diese Gruppe zu erfassen, sind weitere Studien notwendig (Hoch et al., 2019). In einigen stationären Einrichtungen und Kliniken werden spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitgestellt.

Das 2016 in Dresden ins Leben gerufene Programm „Mama denk‘ an mich“ (MAMADAM)³⁰ richtet sich an Schwangere und Eltern mit den Diagnosen Methamphetaminabhängigkeit oder -schädlicher Gebrauch. Das Angebot umfasst neben der psychiatrischen Behandlung eine Mütter-orientierte suchtspezifische Gruppentherapie. Die Evaluation der ersten 100 behandelten Schwangeren bzw. Eltern zeigt einen hohen Anteil an Erstbehandelten (51 %) und ein junges Durchschnittsalter (29 Jahre) sowie prekäre sozioökonomische Verhältnisse und zahlreiche Komorbiditäten der Behandelten. Der Anteil der Neugeborenen, die während der Therapie mit ambulanten Hilfen wieder in den elterlichen Haushalt kamen, stieg von 36 % vor Beginn des Programms auf 72 %. Die Verlaufsevaluation verdeutlicht, dass die hochkomplexe Problematik von methamphetaminbezogenen Störungen in Kombination mit Schwanger- und Elternschaft durch einen ambulanten interdisziplinären Therapieansatz aufgefangen werden kann (Spreer et al., 2023).

In Thüringen wurde an der Universitätsklinik Jena von 2020 bis 2023 ein Modellprojekt für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Mütter mit Kindern unter einem Jahr durchgeführt, welches niedrigschwellige Hilfen anbot. Nach Vorlage des Evaluations- und Abschlussberichts, soll das Projekt „Clean4us“³¹ aufgrund der hohen Nachfrage und positiven Erfahrungen auf kommunaler Ebene verstetigt werden.

Über das Einrichtungsverzeichnis der DHS oder die Website der Interessenvertretung für Kinder aus suchtbelasteten Familien (NACOA) können ambulante und stationäre Hilfsangebote speziell für Betroffene mit Kindern gefunden werden³². Weitere Programme wie u. a. BABAROSSA und extra e.V., wurden im Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) beschrieben.

²⁹ <https://www.lwl-ks.de/de/Mann-und-Sucht/> [[Letzter Zugriff: 26.09.2024].

³⁰ <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/gyn/zentren/geburtshilfe/sprechstunden/angebote-bei-sucht-mamadam> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³¹ <https://www.uniklinikum-jena.de/geburtsmedizin/clean4us.html> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³² <https://nacoa.de/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher³³ gibt es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

In vielen Städten und Gemeinden gibt es 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“³⁴ und das Programm „Realize it“³⁵ für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Rehabilitation enthält das Suchthilfeverzeichnis der DHS bundesweit 20 Einträge von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die „illegale“ Drogen konsumieren, anbieten (Stand September 2024, DHS³⁶).

Im Kinder- und Jugendbereich gibt es eine Reihe von internetbasierten Programmen, die einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen und Hilfen ermöglichen (vgl. Kapitel 1.4.5).

Das vom BMG geförderte Beratungskonzept FriDA (Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz) ist ein systemisch-familienorientiertes Rahmenkonzept für die Suchtberatung Jugendlicher und zielt darauf ab, die Versorgung von cannabis-konsumierenden Minderjährigen und deren Familien in der ambulanten Suchthilfe zu verbessern. Nach einem erfolgreichen Pilotprojekt in Berlin wurden bundesweit 12 Suchtberatungsstellen nach den FriDA-Prinzipien geschult. Hauptziele sind eine bessere Erreichbarkeit von Jugendlichen mit problematischem Konsum, die Stärkung der Eltern in ihrer Rolle sowie der Ausbau der Netzwerkarbeit der Beratungsstellen, insbesondere hinsichtlich Kooperation und Vermittlung. Trotz eines deutlich höheren Betreuungsaufwands konnte im Projektzeitraum der Anteil der betreuten minderjährigen Cannabiskonsumierenden kontinuierlich gesteigert werden (Gantner et al., 2023).

Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSK) 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 Ärzt:innen und Jugendämtern wird durch das Gesetz ermöglicht³⁷.

³³ 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.

³⁴ <https://www.lwl-fred.de/de> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³⁵ <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³⁶ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³⁷ <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

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.

Weitere (ältere) zielgruppenspezifische Interventionen sind im Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) aufgeführt.

1.4.5 E-Health-Angebote für Drogenabhängige

E-Health Angebote sind, nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie, ein immer weiter genutztes Mittel, um Suchterkrankte, Suchtgefährdete und/oder deren Angehörige anzusprechen. In der Behandlung werden vermehrt digitalen Technologien im Bereich der Einzel- und Gruppentherapien sowie für angehörigorientierte Interventionen genutzt (Brünger et al., 2024). Im Folgenden sind ausgewählte Online-Plattformen aufgeführt.

- „drugcom.de“³⁸ Internetportal der BZgA: allgemeine Information, Austausch und professionelle Beratung.
- „Quit the shit“³⁹, eingebettet in „drugcom.de“, spezifisch evaluierte Behandlungsprogramme.
- „Breaking Meth“⁴⁰, betrieben vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg. Richtet sich an Konsumierende und ehemalige Konsument:innen von Methamphetamin.
- „SoberGuides“⁴¹, digitales Sucht-Selbsthilfe Projekt der Guttempler. Bietet Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, mit speziell geschulten, ehrenamtlichen, cleanen Abhängigkeitserkrankten, sogenannten „Sober Guides“, Kontakt aufzunehmen.
- „Digi-Sucht“⁴², betrieben von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin in Zusammenarbeit mit den Landesstellen durchgeführt und vom BMG gefördert. Digitale Beratungsplattform für die kommunale Suchthilfe. Wird nach Testphase 2022 aktuell in 13 Bundesländern in über 300 Suchtberatungsstellen genutzt.

Neben diesen bundesweiten Angeboten bieten viele Suchtberatungsstellen regional Online-Beratungen per E-Mail oder auch über Einzel- und Gruppenchats an. Für weitere Informationen zu den oben genannten Plattformen siehe Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023).

³⁸ <https://www.drugcom.de/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

³⁹ <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

⁴⁰ <https://www.breaking-meth.de/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

⁴¹ <https://www.soberguides.de/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

⁴² <https://www.suchtberatung.digital/> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

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

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

Laut DSHS endeten 2023 47,3 % der ambulanten Behandlungen planmäßig; im stationären Bereich waren es 44,3 %. Im ambulanten Bereich endeten Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (55,4 %) bzw. von „Halluzinogenen“ (51,3 %) besonders häufig planmäßig. Im stationären Bereich galt dies für Behandlungen aufgrund von „Stimulanzien“ (50,0 %). Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ enden sowohl ambulant (63,6 %) als auch stationär (65,5 %) am häufigsten unplanmäßig (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T6.04).

Laut den letzten Katamnesedaten des Fachverbands Sucht (FVS) für den Entlassjahrgang 2021 liegt die Erfolgsquote bei 58,3 % (DGSS 1)⁴³ (2020: 70,1 %; 2019: 76,7 %) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Konservativ geschätzt liegt der Abstinenzenerfolg ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation bei 17,5 % (DGSS 4) (2020: 19,8 %; 2019: 18,1 %), wobei hier die Quote der Nicht-Antworte (70 %), die grundsätzlich als rückfällig eingestuft werden, eher eine Unterschätzung des Behandlungserfolges vermuten lässt. Das höchste Rückfallrisiko besteht im ersten Monat nach der Behandlung und liegt bei 42,6 % (Vorjahr: 41 %) (Kemmann et al., 2024).

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 aller beteiligten Akteure. Siehe ausführlich dazu Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) und „Drogenpolitik“ 2024.

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.

⁴³ Die günstigste Berechnungsform DGSS 1 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 DGSS 4 bezieht alle Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall. DGSS 1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

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

Die opioidgestützte Behandlung (Substitution) darf in Deutschland nur durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Laut der aktuellen Betäubungsmittelverschreibungsverordnung⁴⁴ umfasst der Kreis der zu Substitutionsmittelausgabe berechtigten Personen neben den Ärzt:innen und deren Fachpersonal auch:

- medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz⁴⁵,
- medizinisches oder pflegerisches Personal von ambulanten Pflegediensten oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgungseinrichtungen⁴⁶,
- Apotheker:innen oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal⁴⁷,
- medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus⁴⁸ und
- ausgebildetes Personal in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe⁴⁹,
- in begründeten Fällen auch anderes geeignetes, vom Arzt eingewiesenes Personal⁵⁰.

Dennoch bieten ausschließlich Ärzt:innen die Behandlungsform in Ihren Praxen an, dies jedoch auch 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. An das Substitutionsregister wurden 2023 behandlungsbedürftige Opioidabhängige von 2.436 Substitutionsärzt:innen gemeldet, womit die Anzahl der verordnenden Ärzt:innen im Vergleich zum Vorjahr (N=2.444) nahezu gleich blieb (siehe Abbildung 1).

⁴⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/verordnung-zur-aenderung-der-betaeubungsmittel-verschreibungsverordnung.html> [Letzter Zugriff 26.09.2024].

⁴⁵ Sofern die substituierenden Ärzt:innen nicht in der jeweiligen Einrichtung tätig sind und mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

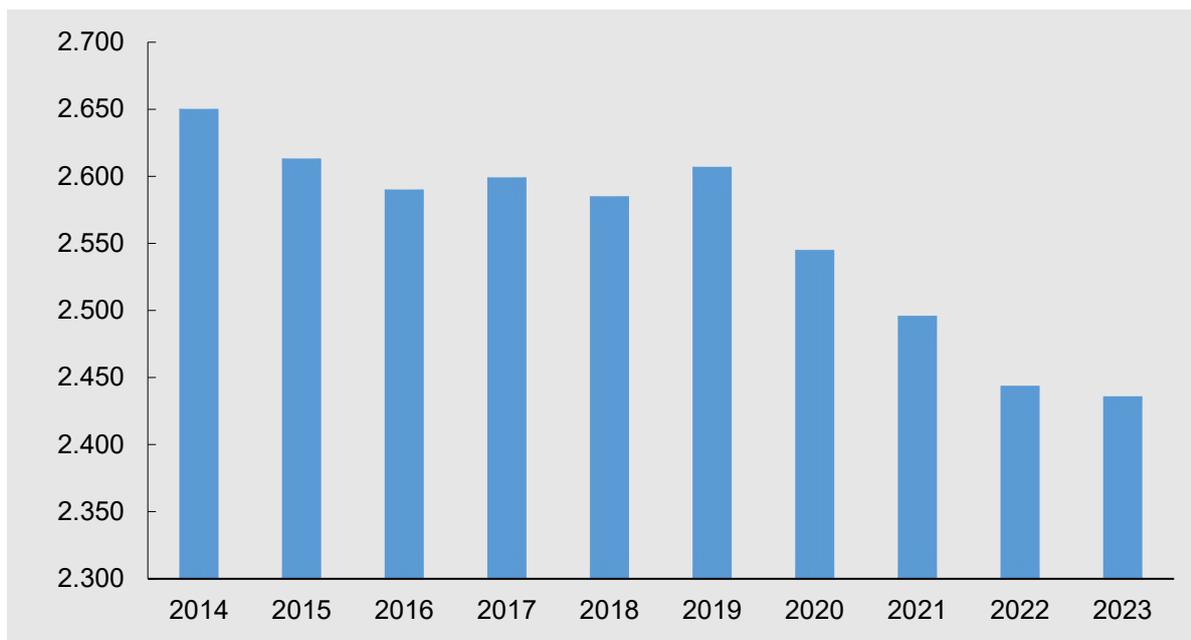
⁴⁶ Sofern die substituierenden Ärzt:innen für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht tätig sind und mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁴⁷ Sofern die substituierenden Ärzt:innen mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen haben.

⁴⁸ Sofern die substituierenden Ärzt:innen für dieses Krankenhaus nicht tätig sind und mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen haben.

⁴⁹ Sofern die substituierenden Ärzt:innen für diese Einrichtung nicht tätig sind und mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁵⁰ <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/News/Betaeubungsmittel/Aenderung-BtMVV.html> [Letzter Zugriff 26.09.2024].



(Bundesopiumstelle (BOPST), 2024)

Abbildung 1 Anzahl der meldenden substituierenden Ärzt:innen (2014-2023)

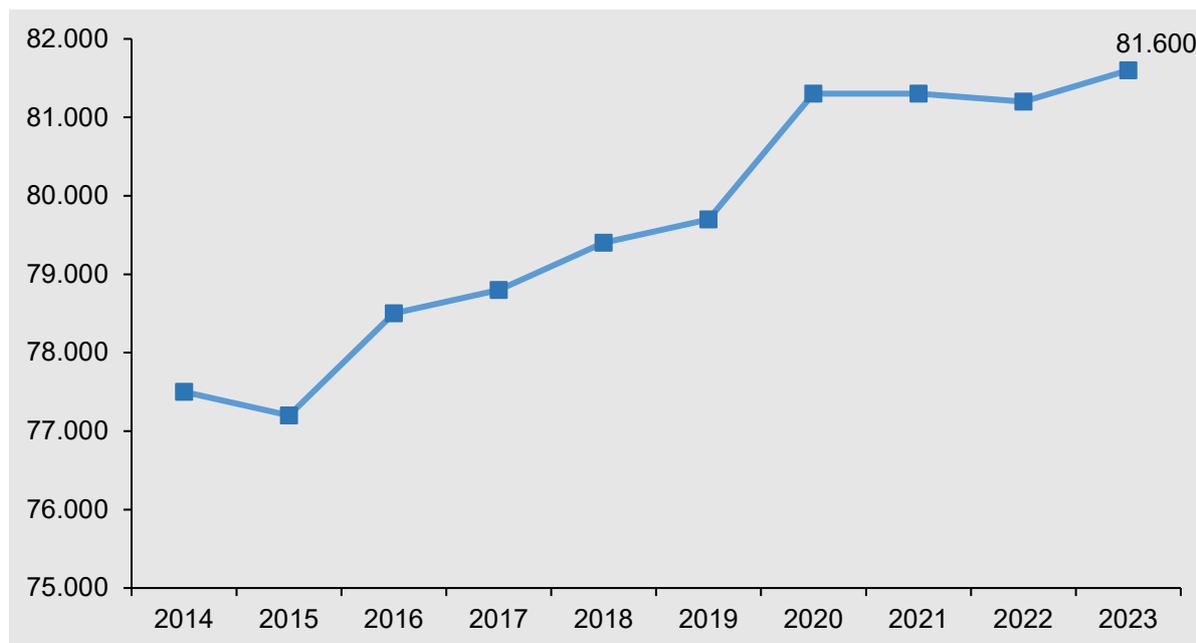
Die Konsiliar-Regelung, d. h. die Möglichkeit, ohne suchtmmedizinische Qualifikation bis zu zehn Patient:innen gleichzeitig zu substituieren, wenn dabei suchtmmedizinisch qualifizierte Kolleg:innen mit einbezogen werden, wurde 2023 von 533 Ärzt:innen genutzt. 1,7 % aller Substitutionspatient:innen wurden hierüber behandelt (Bundesopiumstelle (BOPST), 2024).

Durchschnittlich wurden 2023 pro substituierender/m Ärztin bzw. Arzt 33 Substitutionspatient:innen gemeldet, bei starker bundesweiter Varianz (Hamburg: 54,3; Brandenburg: 7,2). Die Hälfte aller Substitutionspatient:innen wurde von 14 % der substituierenden Ärzt:innen gemeldet, was auf eine Konzentration zu Schwerpunktpraxen hindeutet. In 23 % der Praxen werden nur bis zu drei Substituierte versorgt.

Der Zugang zu Substitution ist regional unterschiedlich. Der Anteil der Substituierten an der Gesamtbevölkerung ist in den Stadtstaaten, eventuell auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten und liegt in den westlichen Bundesländern höher als in den östlichen (Bundesopiumstelle (BOPST), 2024).

1.4.9 Anzahl der Substitutionspatient:innen

Zum Stichtag 1. Juli 2023 lag die Zahl der Substitutionspatient:innen bei 81.600 (vgl. Abbildung 2). Insgesamt blieb die Zahl der Substituierten seit 2020 nahezu gleich. Im Substitutionsregister wurden 2023 rund 84.300 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst (Differenz zu Patienten durch mehrmalige An- und Abmeldungen). Knapp 96 % der Patientinnen und Patienten werden mit Levomethadon (38,3 %), Methadon (33,8 %) und Buprenorphin (23,6 %) substituiert. Levomethadon ist seit 2020 das am häufigsten verwendete Substitut, während die Substitution mit Methadon stetig abnimmt (Bundesopiumstelle (BOPST), 2024).



(Bundesopiumstelle (BOPST), 2024)

Abbildung 2 Anzahl gemeldeter Substitutionspatient:innen in Deutschland (2014-2023, Stichtag 1. Juli)

1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Im ländlichen Raum ist die Verfügbarkeit von Substitution geringer. Diese medizinische Versorgungslücke außerhalb der Städte führt dazu, dass opioidabhängige Personen im ländlichen Raum nur noch eingeschränkt erreicht werden. Um dieser Problematik zu begegnen, die juristische Situation der Substitutionsärzt:innen 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 1.4.9).

Während der Corona-Pandemie ist mit dem Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung im April 2020 und den Maßnahmen zur Erleichterung bei der Substitutionstherapie die Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung deutlich niedrighschwelliger 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 Patient:innen mindestens einmal in 30 Tagen festgelegt. Die benötigten „ST“-Rezepte für die Take-Home-Verschreibungen dürfen in der Zwischenzeit auch telemedizinisch übermittelt werden.

Optimierungsbedarf in der substitutionsunterstützten medizinischen Rehabilitation sehen Stöver und Kuhlmann (2023). Eine stärkere Fokussierung auf individuelle Bedarfe, Ressourcen und auf die Verbesserung der Teilhabefähigkeiten sowie eine Abkehr vom Zwang

zur Abdosierung während der Behandlung werden als Möglichkeiten zur Verbesserung definiert.

1.5 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

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

- Substanzgebrauchsstörungen (SGS) haben, wie aus einem Positionspapier von akzept e.V. (2023) hervorgeht, nicht nur negative Auswirkungen auf die betroffene Person, sondern auch auf ihre Familienangehörigen. Zu den Hauptproblemen im Zusammenhang mit SGS gehören die erheblichen Belastungen der Angehörigen, das Fehlen flächendeckender und einheitlich standardisierter Hilfsangebote sowie unzureichende praktische Konzepte. Die Arbeit mit Angehörigen zielt darauf ab, deren Lebenszufriedenheit zu steigern und positive Erlebnisse in der Familie oder Partnerschaft zu fördern. Da Kinder aus suchtbelasteten Familien ein erhöhtes Risiko haben, später selbst eine SGS zu entwickeln (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2019b), sollen auch Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen eingeführt werden. Um die Angebote für Angehörige attraktiver zu gestalten, sind unter anderem mehr Forschung zur Angehörigenarbeit, die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte, der Abbau von Stigmatisierung und die Schaffung niedrigschwelliger Zugänge zu Hilfsangeboten notwendig.
- Im März 2021 veröffentlichte die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) „Empfehlungen zur substitutionsgestützten Behandlung bei Minderjährigen“⁵¹. Die Studienlage zu diesem Thema ist 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).

Weitere Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Vorjahre sind in den Workbooks „Behandlung“ 2022 (von Glahn-Middelmenne et al., 2022) und 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) zu finden.

⁵¹ https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Empfehlungen_Substitution_Minderj%C3%A4hrige_M%C3%A4rz_2022.pdf [Letzter Zugriff: 26.09.2024].

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen ein (gesetzlich vorgeschriebenes) anerkanntes Qualitätsmanagement (QM) implementieren, um von gesetzlichen Rehabilitationsträgern (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen) belegt werden zu können. Es stehen über 30 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannte QM-Verfahren zur Auswahl. Neue Einrichtungen müssen innerhalb eines Jahres nach Eröffnung eine Zertifizierung vorweisen. Ambulante Einrichtungen sind nicht verpflichtet, ein QM-System zu haben, können aber freiwillig QS-Zertifikate erwerben. Einige Anbieter, wie Wohlfahrtsverbände, haben eigene Audits zur Qualitätssicherung, die von unabhängigen Stellen zertifiziert werden (detaillierte Beschreibung siehe Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023)).

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt seit Mitte der 1990er Jahre 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 Rehabilitationsärzt:innen des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitand:innen 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 Rehabilitand:innen zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Beck et al., 2024)

In der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken dürfen nur Fachkräfte mit entsprechender Weiterbildung tätig sein. Suchtberater:innen und -therapeut:innen benötigen eine Grundausbildung in Bereichen wie Soziale Arbeit, Medizin oder Psychologie sowie eine von der DRV anerkannte Zusatzausbildung in Suchtberatung oder -therapie. Suchtmediziner brauchen die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Es gibt auch spezifische Studiengänge, z. B. in Sozialer Arbeit oder Suchttherapie, die eine Zertifizierung integrieren. Zudem können angehende Psychotherapeuten im Rahmen der Weiterbildung Einblicke in die Suchtrehabilitation erhalten, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023).

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus den Bereichen 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.

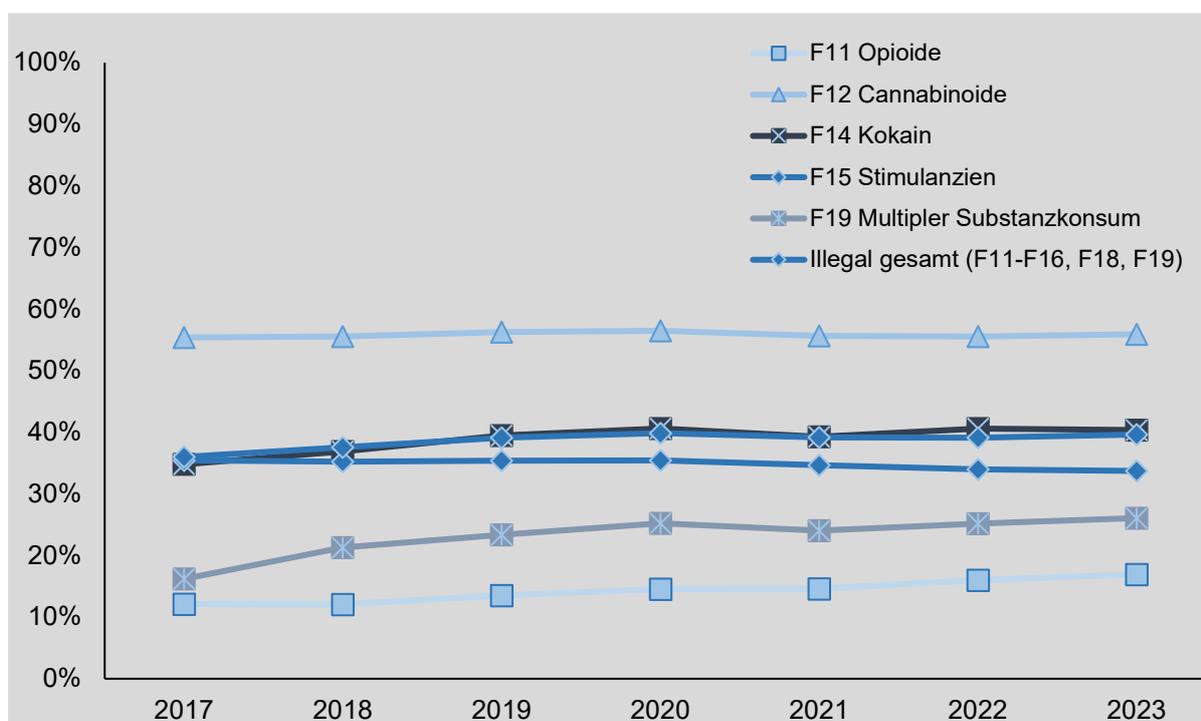
2 TRENDS

2.1 Langzeitbeobachtung der Klientel in Suchtbehandlung

Das folgende Kapitel stellt die Entwicklung ausgewählter Parameter im ambulanten (Typ 1 Einrichtungen) und stationären Bereich (Typ 2 Einrichtungen) in der DSHS seit der Einführung des KDS 3.0 im Datenjahr 2017 dar. Dabei wird ein Vergleich zwischen dem aktuellen Datenjahr 2023 und dem Basisjahr 2017 vorgenommen⁵².

Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose

Gemäß der Daten der DSHS lag der Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen im *ambulanten* Bereich insgesamt leicht höher als 2017 (von 36,0 % auf 39,7 %; +9,2 %). Ein deutlicher Anstieg an Erstbehandlungen war bei Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ (von 12,1 % auf 16,9 %; +28,5 %) und „Multiplen Substanzkonsum“ (von 16,2 % auf 26,1 %; +37,9 %) zu verzeichnen (Abbildung 3) (vgl. dazu auch Schwarzkopf et al. (2023)).



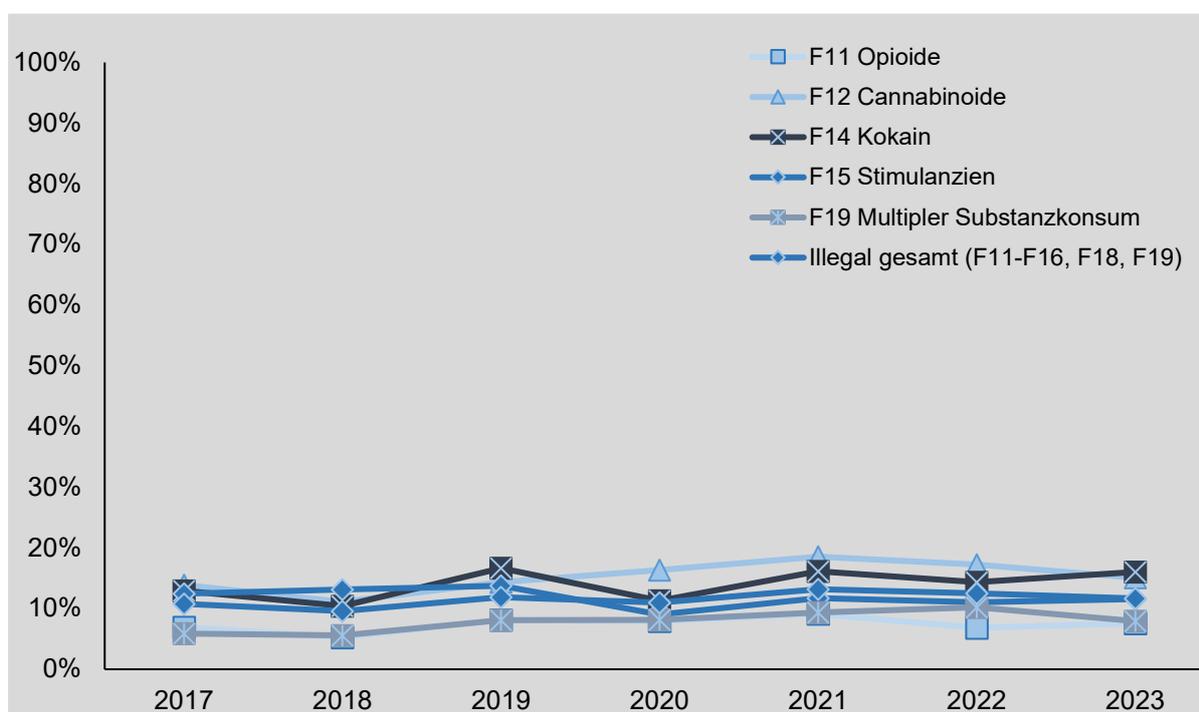
IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024 (T2.02), spezielle Berechnung.

Abbildung 3 Anteil der ambulanten Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2023) (%)

⁵² Die Berechnungen basieren auf unveröffentlichten Tabellenbänden der einzelnen Datenjahre analog zum jeweils zitierten Tabellenband des Jahres 2023. Methodologische Anmerkungen zu den Berechnungen auf Basis der DSHS-Daten finden sich in Kapitel 1.3.3. Für die Einordnung des Unterschieds zwischen 2017 und 2023 wurde folgende Einteilung gewählt: Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%. Zu beachten ist, dass es sich dabei nicht um die absolute Differenz, sondern um die prozentuale Veränderung zwischen den beiden Endpunkten handelt.

Im Vergleich zu 2017 war das Durchschnittsalter über alle Behandlungen hinweg aufgrund „illegaler“ Drogen 2023 um 0,9 Jahre höher (31,2 zu 32,1) (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a) (T3.02, spezielle Berechnung). Der Frauenanteil stieg bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (ähnlich wie im stationären Bereich) im Vergleich zu 2017 stark an (von 16,5 % auf 19,9 %; +21,0 %) (ebd., T3.01, spezielle Berechnung).

Über alle Hauptdiagnosen in Zusammenhang mit „illegalen“ Drogen hinweg ist im *stationären* Bereich 2023 ein leicht höherer Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen zu verzeichnen als 2017 (von 10,8 % auf 11,7 %; +8,0 %). Erstbehandlungen aufgrund von „Kokain“ (von 13,0 % auf 16,1 %; +19,3 %) nahmen deutlich zu, während für „Stimulanzien“ ein leichter Rückgang zu beobachten war (von 12,5 % auf 11,6 %; -7,9 %) (Abbildung 4).



IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024 (T2.02), spezielle Berechnung.

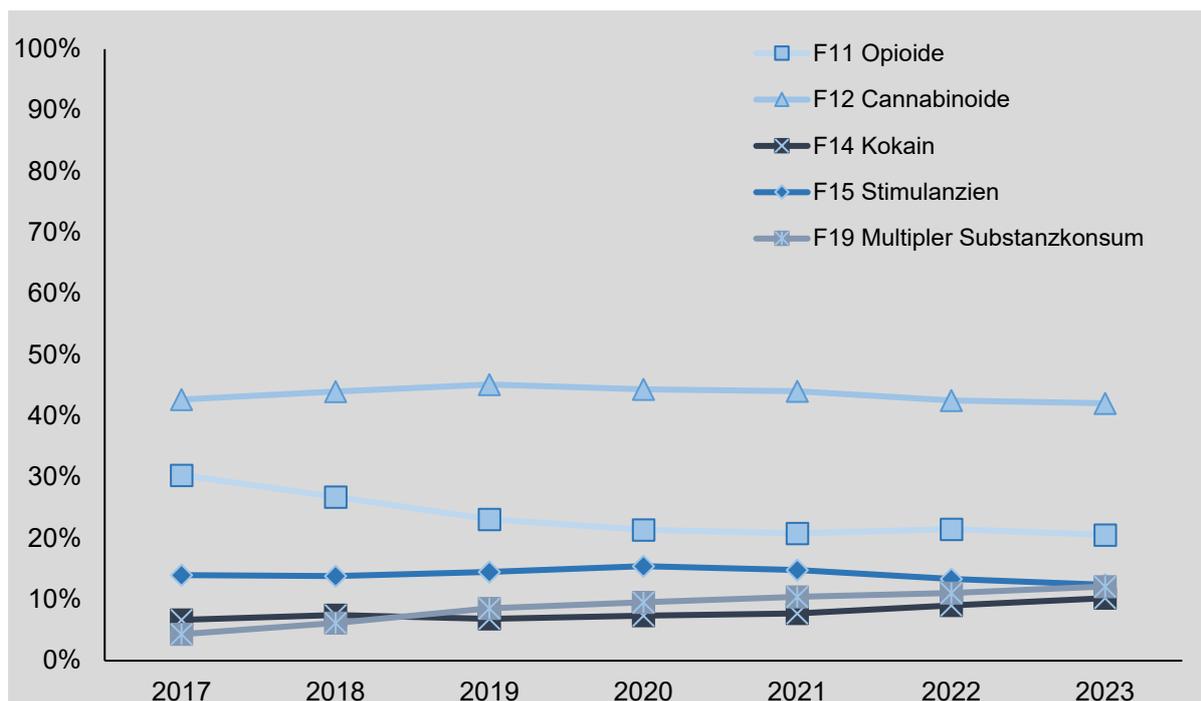
Abbildung 4 Anteil der stationären Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2023) (%)

Das Durchschnittsalter stieg insgesamt um 1,9 Jahre (von 31,8 auf 33,7 Jahre), wobei der Anstieg bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (von 28,3 auf 31,6; + 3,3 Jahre) und „Stimulanzien“ (von 30,0 auf 33,8; +3,8 Jahre) besonders hoch ausfällt (IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b) (T3.02, spezielle Berechnung).

Der Frauenanteil bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ stieg im Vergleich zu 2017 deutlich an (von 16,1 % auf 20,4 %; +26,3 %), während er bei „Opioiden“ deutlich sank (von 20,5 % auf 17,1 %; -16,5 %) (ebd., T3.01, spezielle Berechnung).

Behandelte Patient:innen insgesamt

Im *ambulanten* Bereich ist der Anteil an Behandlungen aufgrund von "Opioiden" zwischen 2017 und 2023 deutlich gesunken (von 30,3 % auf 20,6 %; -32,1 %). Gleichzeitig war für „Multiplen Substanzkonsum“ eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (von 4,3 % auf 12,1 %; +179,9 %). Weiterhin wurde 2023 ein deutlich höherer Anteil an Behandlungen aufgrund von "Kokain" durchgeführt als 2017 (von 6,7 % auf 10,2 %; +53,1 %). Behandlungen aufgrund von "Stimulanzien" erfolgten hingegen anteilmäßig deutlich seltener (von 14,0 % auf 12,4 %; -11,2 %) (Abbildung 5) (vgl. dazu auch Schwarzkopf et al. (2023)).



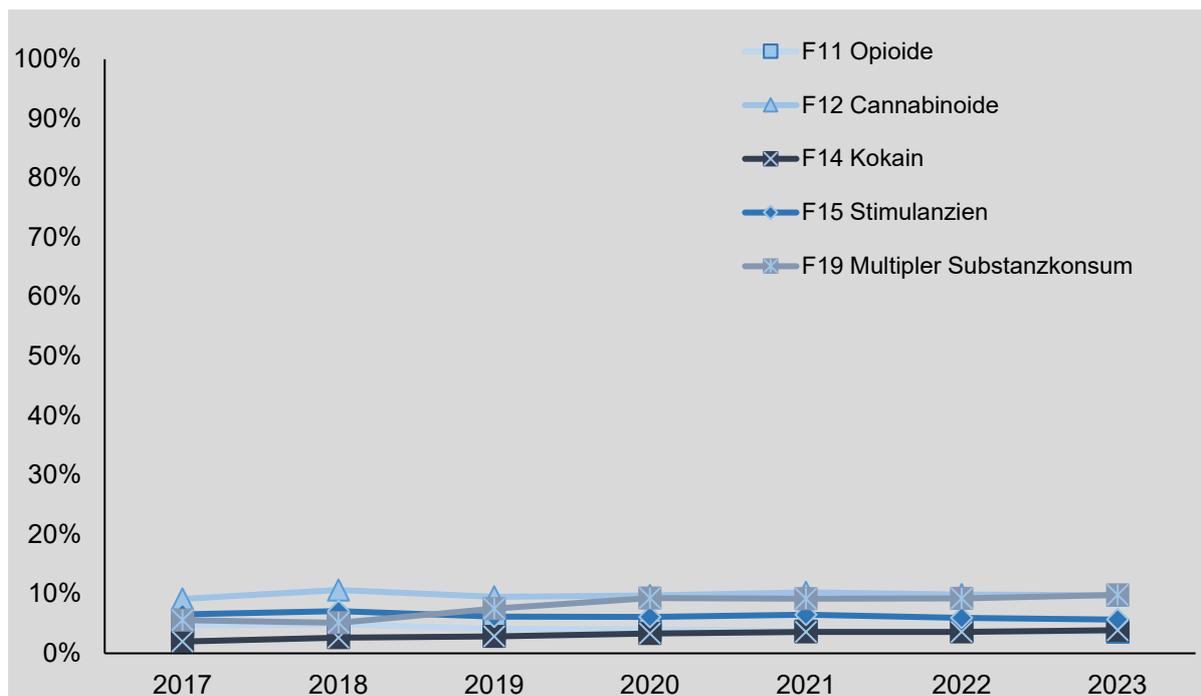
IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024 (T3.01), spezielle Berechnung.

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.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an in der DSHS erfassten Behandlungsfällen mit den Hauptdiagnosen F11-F16, F18-F19.

Abbildung 5 Hauptdiagnoseverteilung ambulanter Behandlungen (2017-2023) (%)

Im Jahresvergleich 2023 zu 2017 ist im *stationären* Bereich ein deutlicher Rückgang des Anteils von Behandlungen aufgrund von "Opioiden" festzustellen (von 16,4 % auf 10,7 %; -34,7 %). Gleichzeitig nahmen Behandlungen aufgrund von "Multiplum Substanzkonsum" anteilmäßig deutlich zu (von 19,3 % auf 29,1 %; +51,2 %). Zudem entfiel 2023 ein deutlich größerer Anteil der Behandlungen auf "Kokain" (von 6,9 % auf 11,5 %; +68,4 %), während bei „Stimulanzien“ (von 22,6 % auf 16,8 %; -25,6 %) ein deutlicher und bei "Cannabinoiden" ein leichter Rückgang zu beobachten ist (von 31,6 % auf 29,0 %; -8,3 %) (Abbildung 6) (siehe auch Schwarzkopf et al. (2023)).



IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024 (T3.01), spezielle Berechnung.

Die Hauptdiagnosen F13 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.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an in der DSHS erfassten Behandlungsfällen mit Hauptdiagnose F11-F16, F18-F19.

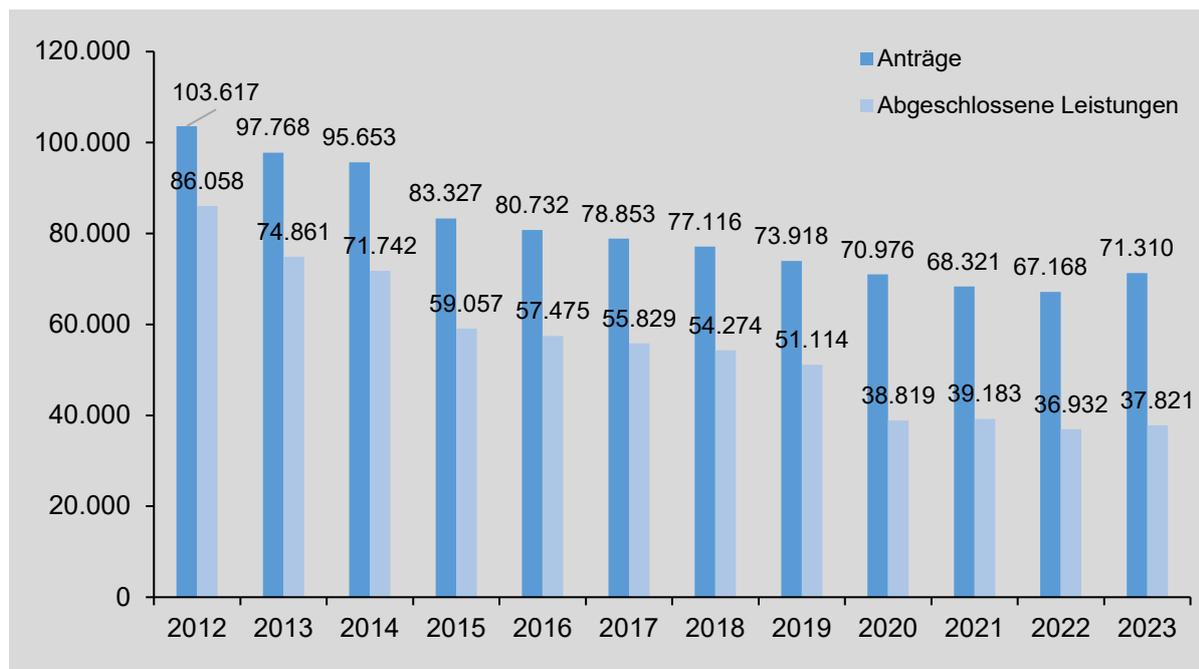
Abbildung 6 Hauptdiagnoseverteilung stationärer Behandlungen (2017-2023) (%)

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 bis 2022 stetig zurückgegangen (siehe Abbildung 7). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet (Ostholt-Corsten und Kley, 2019). Weitere Ursachen für den Rückgang werden in der schwierigen Finanzlage der Beratungsstellen und den daraus resultierenden geringen personellen Ressourcen (Koch, 2020) sowie seit 2020 in den Folgen der SARS-COV-2-Pandemie vermutet (Beck et al., 2024). Im Jahr 2023 ist erstmals wieder ein leichter Anstieg zu beobachten (Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2024). Hauptgrund für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (2023: 64 %), gefolgt von Drogen- (35 %) und Medikamentenabhängigkeit (1 %).



(Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2024)

Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die Statistiken der DRV für teilstationäre Behandlungen gesondert aufgeführt. Dies und das Wegfallen der Nachsorgefälle führen dazu, dass die Daten zu den Vorjahren nicht mehr vergleichbar und niedriger sind.

Abbildung 7 Sucht-Rehabilitation - Anträge und Anzahl der abgeschlossenen Leistungen (DRV) (2012-2023)

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

Drug-Checking

In Berlin ermöglicht das Analyse- und Beratungskonzept Drug-Checking der Drogen- und Suchthilfe seit Juni 2023 Konsumierenden kostenfreie und anonyme Analysen erworbener Substanzen auf mögliche Verunreinigungen. Es zielt darauf ab, über Entwicklungen des Grau- und Schwarzmarkts für psychoaktive Substanzen zu informieren und auf individueller Ebene eine Orientierung zur Minderung des Risikos beim Konsum zu bieten sowie Vergiftungen durch Verunreinigungen zu verhindern⁵³.

⁵³ Drugchecking Berlin (2024). [Online] <https://drugchecking.berlin/> [letzter Zugriff 26.09.2024].

4 QUELLEN UND METHODIK

4.1 Quellen

- akzept e.V. (2023). Angehörigenarbeit in der Suchthilfe - Warum Verbesserungen in der Praxis notwendig sind. Positionspapier [Online]. Frankfurt. Available: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/angeh%C3%B6rigenarbeit0623.pdf> [Accessed 02.08.2024].
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schneider, F., Dammer, E. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Behandlung, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schulte, L., Dammer, E. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Deutschland, Workbook Behandlung, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Baumgärtner, T. (2024). Der Missbrauch psychotroper Substanzen in Deutschland und den Bundesländern unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungen in den drei Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen - Sekundäranalytische Aufbereitung ausgewählter Krankenhausdiagnosedaten zu den wegen psychischer und Verhaltensstörungen vollstationär behandelten Patient*innen 2013 bis 2022, Sucht.Hamburg gGmbH, Hamburg.
- Beck, L., Simon, R., Steinbrecher, A. & Falk, J. (2024). Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung DHS. Jahrbuch Sucht 2024, 197-210 DOI: 10.2440/012-0012.
- Brünger, M., Köhn, S., Burchardi, J. M., Schlumbohn, A., Jansen, E., Schall, F. & Spyra, K. (2024). Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation. Available: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/auswirkungen-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-sucht-rehabilitation/> [Accessed 04.01.2024].
- Bundesärztekammer (BÄK). (2023). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger [Online]. Berlin. Available: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf [Accessed 02.09.2024].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3_BtMVVAEndV.pdf [Accessed 04.11.2024].
- Bundesopiumstelle (BOPST). (2024). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2024 [Online]. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Available: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Su bst_Bericht2024.pdf? blob=publicationFile [Accessed 16.10.2024].
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2023). Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen. Available: https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf [Accessed 15.05.2024].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe. [Online]. Available: <https://www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stell/ambulante-regionale/11-03-18diskussionspapierambulantesuchthilfe.pdf?d=a&f=pdf> [Accessed 14.11.2024].
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017).

- Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019a). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019, Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2019b). Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/images/Titelbilder/Suchtprobleme_in_der_Familie.pdf [Accessed 12.09.2024].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). (2024). Rehabilitation 2024, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung [Online]. Available: https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikaende/documents/Rehabilitation_2023.pdf [Accessed 19.09.2024].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Gantner, A., Tossmann, P., Bobbink, J., Spohr, B. & Kasten, L. (2023). FriDA: Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz. Ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung von cannabis-konsumierenden Minderjährigen und deren Familien in der ambulanten Suchthilfe [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Abschlussbericht_FriDA.pdf [Accessed 16.09.2024].
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL). Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. Available: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVB-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf [Accessed 19.05.2024].
- Hoch, E., Apelt, S., Lauffer, P., Buchner, S. & Wilming, I. (2019). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1). Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender-Erstbehandelte. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024a). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1: Ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024b). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung (2023). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Dezember 2023, IFT Institut für Therapieforschung, München.

- Kemmann, D., Muhl, C., Bachmeier, R., Klein, T. & Dyba, J. (2024). Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2021 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 05/24, 37-45.
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation. Available: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Accessed 19.05.2024].
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019). Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)(Hrsg.), Pabst, Lengerich.
- Schäfer, I., Heinz, A., Penka, S., Lindert, J., Klein, M., Albayrak, S., Lotzin, A., Hiller, P., Milin, S. & Raiser, P. (2024). Prävention und Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Geflüchteten - Der Forschungsverbund PREPARE. Sucht, 69, 235-242 DOI: 10.1024/0939-5911/a000832.
- Schneider, F., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Neumeier, E. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Gefängnis, DBDD, München.
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2023). Suchthilfe in Deutschland 2022: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) [Online]. München: IFT Institut für Therapieforschung. Available: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2022_Jahresbericht.pdf [Accessed 16.10.2024].
- Spreer, M., Petzold, J., Krüger, M., Weber, B., Hahn, S., P.Pyrc, C., Zimmermann, U. S. & Pilhatsch, M. (2023). Verlaufsevaluation eines multimodalen Therapieprogrammes für Methamphetamin-konsumierende Schwangere, Mütter und Väter. Psychiatrische Praxis, 50, 316-320 DOI: 10.1055/a-2076-7652.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). Statistischer Bericht - Diagnosen der Krankenhauspatienten 2022 [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-diagnosedaten-5231301227015.xlsx? blob=publicationFile> [Accessed 12.09.2024].
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Grunddaten der Krankenhäuser 2022. EVAS-Nummer 23111 [Online]. Wiesbaden. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx? blob=publicationFile> [Accessed 16.09.2024].
- Stöver, H. & Hornig, L. (2023). Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen-und Suchthilfe [Online]. Berlin: akzept e.V. Available: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/01/HandlungsempfehlungenCrack2023.pdf> [Accessed 14.11.2024].
- Stöver, H. & Kuhlmann, T. (2023). Verbesserung der Opioidsubstitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Suchttherapie, 24, 5-6 DOI: 10.1055/a-1975-1457.
- Stylianopoulos, P., Hertner, L., Schäfer, I., Heinz, A. & Penka, S. (2023). Erleichterter Zugang zur ambulanten Suchthilfe für Geflüchtete. Sucht, 69 DOI: 10.1024/0939-5911.
- von Glahn-Middelmenne, C. (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.

- von Glahn-Middelmenne, C., Friedrich, M., Schneider, F., Karachaliou, K. & Neumeier, E. (2022). Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021/2022). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- Weinbrenner, S. & Köhler, J. (2015). Abstinenzorientierung in der Entwöhnungsbehandlung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Sucht Aktuell, 2015, 21-24.
- Zurhold, H. & Kuhn, S. (2023). Alkohol und illegale Drogen unter Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Sucht, 69, 214-223 DOI: 10.1024/0939-5911/a000834.

4.2 Methodik

Die grundlegenden Informationen aus den Vorjahren wurden beibehalten.

Im Allgemeinen gilt die Methodik der jeweils zitierten Studie. Bei abweichender Vorgehensweise wird an entsprechender Stelle im Text darauf hingewiesen.

5 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	7
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	9
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung (%).....	10
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung (%)	10
Tabelle 5	Hauptdiagnoseverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023, gesamt und nach Geschlecht (%)	11
Tabelle 6	Stationäre Behandlungen nach Behandlungsanlass (%).....	12
Tabelle 7	Überblick des Behandlungsgeschehens aufgrund illegaler Drogen 2023.....	13
Tabelle 8	Erst- und Wiederbehandlungen der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023 nach Hauptdiagnose.....	13
Tabelle 9	Geschlechterverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2023 nach Hauptdiagnose (%).....	15
Tabelle 10	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen.....	22

6 ABILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der meldenden substituierenden Ärzt:innen (2014-2023)	31
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Substitutionspatient:innen in Deutschland (2014-2023, Stichtag 1. Juli).....	32

Abbildung 3	Anteil der ambulanten Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2023) (%)	35
Abbildung 4	Anteil der stationären Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2023) (%)	36
Abbildung 5	Hauptdiagnoseverteilung ambulanter Behandlungen (2017-2023) (%)	37
Abbildung 6	Hauptdiagnoseverteilung stationärer Behandlungen (2017-2023) (%)	38
Abbildung 7	Sucht-Rehabilitation - Anträge und Anzahl der abgeschlossenen Leistungen (DRV) (2012-2023)	39