Teilnehmen und Teilhaben

Suchthilfe in Deutschland

Herzlichen Dank für die Einladung

Interessenskonflikt

Mitgliedschaft im bus.

ein Muss!

Technisches

Muss man mitschreiben?

clemens-veltrup@gmail.com

Teilnehmen und Teilhaben

Suchthilfe in Deutschland

Wohin geht die Reise?

„Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen.“

Alle Zuschreibungen an Karl Valentin, Mark Twain, Georg Christoph Lichtenberg, Kurt Tucholsky, Winston Churchill und einige andere haben sich als falsch herausgestellt. Niels Bohr könnte es gesagt haben, aber bisher ist noch kein Beleg dafür gefunden worden.

0

other techniques than the closed-form questions included in the schedule.

But uniform support of hypotheses is not the basis for the evaluation of research. Morris and Davidsen present a careful design, discuss expected and unexpected findings with insight, and summarize data which will serve as points of departure not only for practitioners, but also for social scientists interested in the dynamics of the self, a
cultural conte

Assistant P
and Anth
Michigan S

E. M. JELLIN
Alcoholism.
Conn.: Hil
Christophe
1960. $6.0

Jellinek's
reading for re
"all who a
claimed by j
of the seriou
swers." Jell
The dean of
sented an int
ing point fo
whether on t
the disease na
important, c
quently the
holisms.

Initially,
socio-cultural
a medical pro
is a disease,
by study or
By this crite
ism may be c
as diseases
notes the rel
gious, public

and "general public" categories which may stimulate or buttress professional medical viewpoints. Purposefully in very loose fashion, Jellinek defines alcoholism in a general way as "any use of alcoholic beverages that cause any damage to the individual or society or both." To this reviewer the same flexibility would have been achieved with two modifications: (1) any repetitive use and (2) any socially recognized damage. As it stands, alcoholism is hardly to be distinguished from alcohol use.

Five "species" of alcoholism are selected as most pertinent for evaluation of the disease concept. To avoid the hidden—and often heated—implications of many

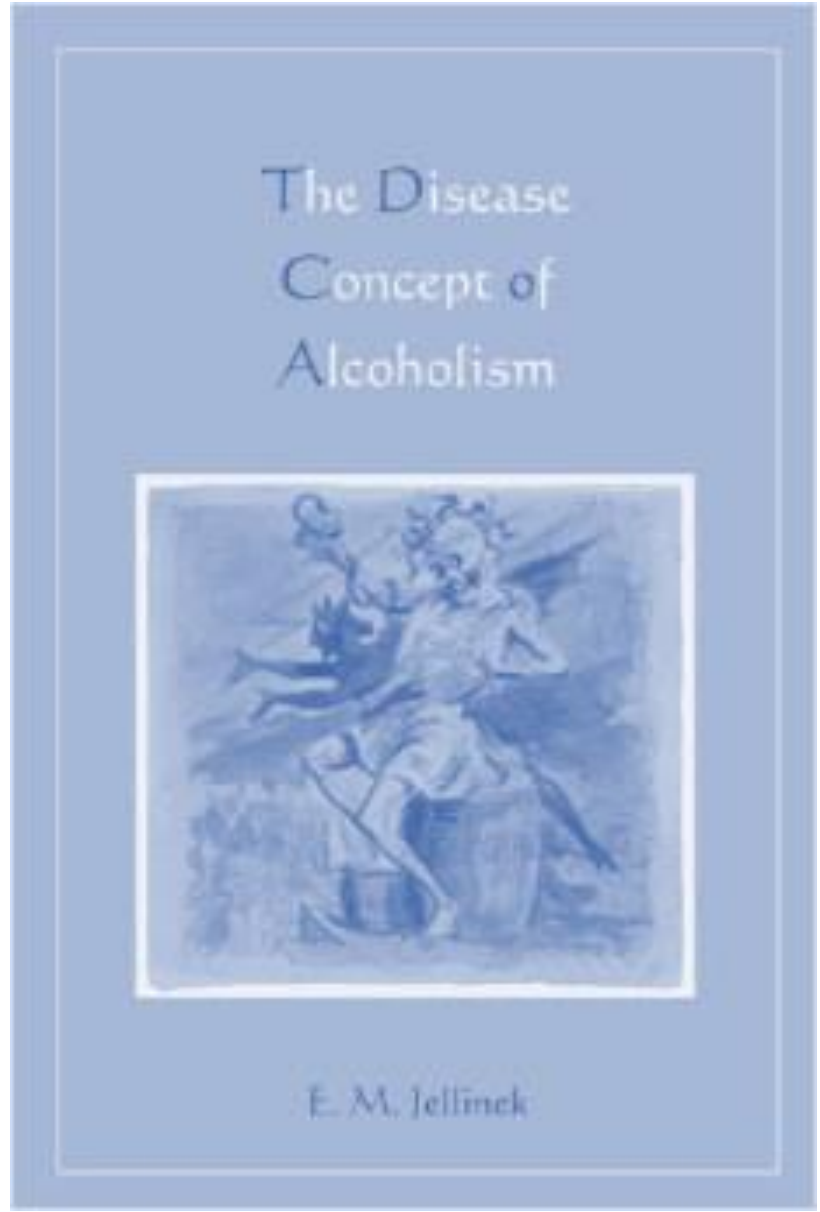
For researchers, however, the proposed classification and the emphasis on one working hypothesis are just what Jellinek called them, challenging ideas, not assertions of some final truth. For them the book presents a scholarly critique of the many relevant theories, a pertinent juxtaposition of their questions, methods, and conclusions, an examination of the crucial —and too often undefined—terms central to the field, and carefully argued and cogent suggestions for next steps in research.

SELDEN D. BACON

Director
Center of Alcohol Studies
Yale University

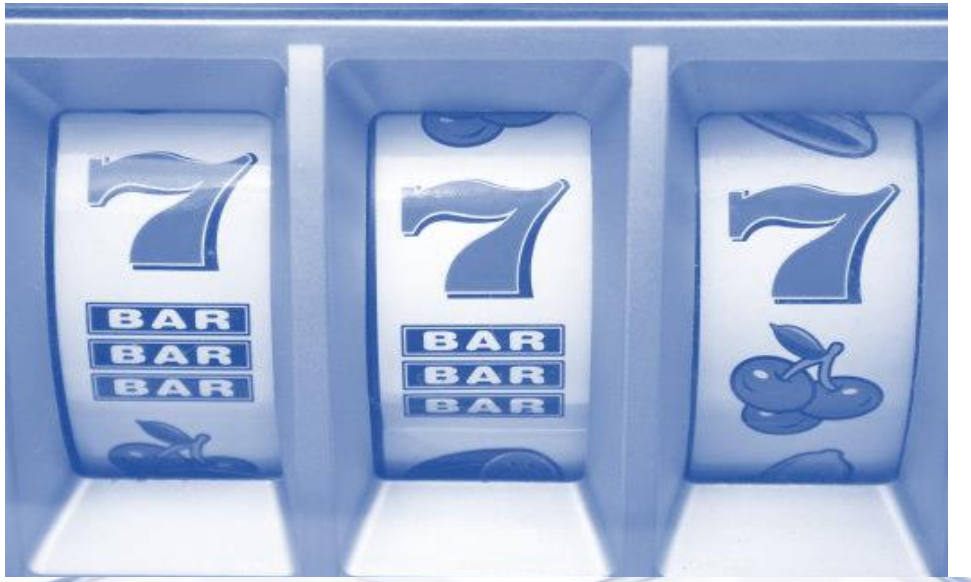
to the field, and carefully argued and cogent suggestions for next steps in research.

SELDEN D. BACON
Director
Center of Alcohol Studies
Yale University



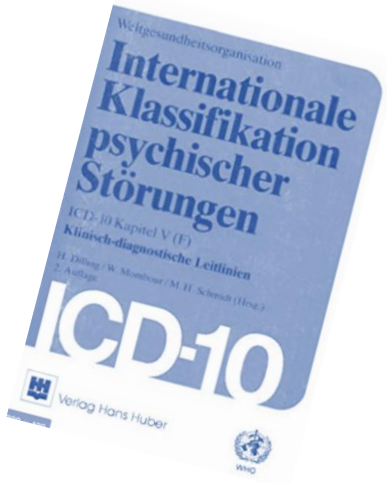
Störungen durch psychotrope Substanzen

Nicht-stoffgebundene Süchte
Verhaltenssüchte



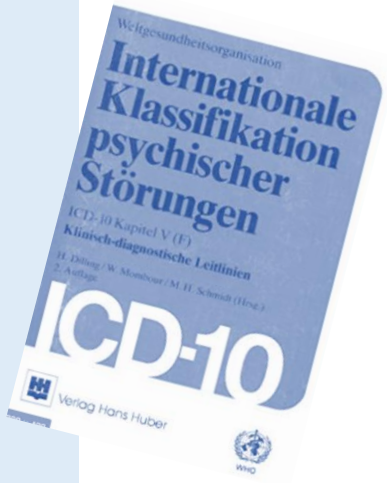
ICD-11 MMS
International Classification of Diseases
for Mortality and Morbidity Statistics
Eleventh Revision
World Health Organization
American Psychiatric Association
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®
hogrefe
Weltgesundheitsorganisation
Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ICD-10 Kapitel V (F)
Klinisch-diagnostische Leitlinien
ICD-10
Verlag Hans Huber
WHO

F1	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
F55.	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen .0 Antidepressiva .1 Laxanzien **.2 Analgetika** .3 Antazida .4 Vitamine .5 Steroide und Hormone .6 Pflanzen und Naturheilmittel .8 Sonstige Substanzen .9 Nicht näher bezeichnete Substanz
F63.	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle **.0 Pathologisches Spielen**



F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

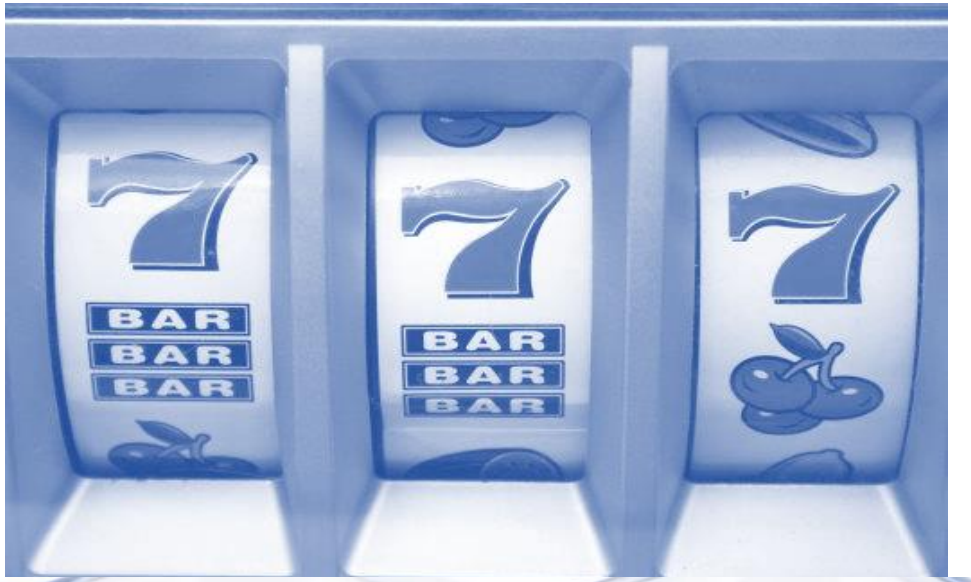
F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen



Diese Kategorie ist beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.

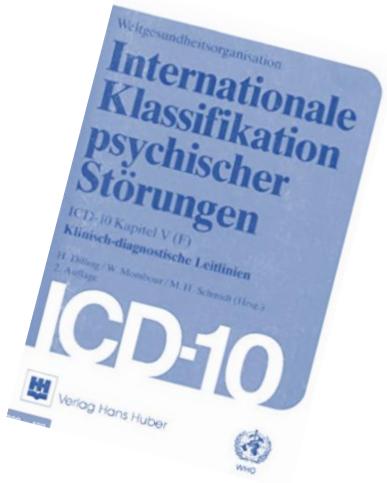
Störungen durch psychotrope Substanzen

Nicht-stoffgebundene Süchte
Verhaltenssüchte



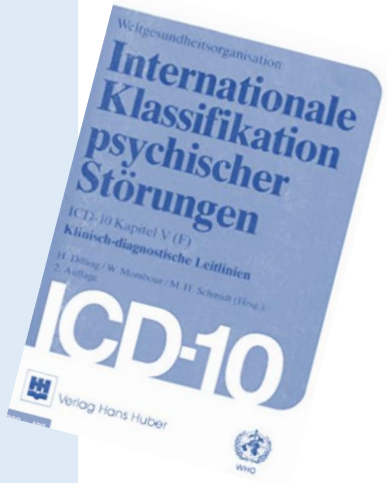
ICD-11 MMS
International Classification of Diseases
for Mortality and Morbidity Statistics
Eleventh Revision
World Health Organization
American Psychiatric Association
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®
hogrefe
Weltgesundheitsorganisation
Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ICD-10 Kapitel V (F)
Klinisch-diagnostische Leitlinien
ICD-10
Verlag Hans Huber
WHO

F1	**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
F55.	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen .0 Antidepressiva .1 Laxanzien **.2 Analgetika** .3 Antazida .4 Vitamine .5 Steroide und Hormone .6 Pflanzen und Naturheilmittel .8 Sonstige Substanzen .9 Nicht näher bezeichnete Substanz
F63.	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle **.0 Pathologisches Spielen**



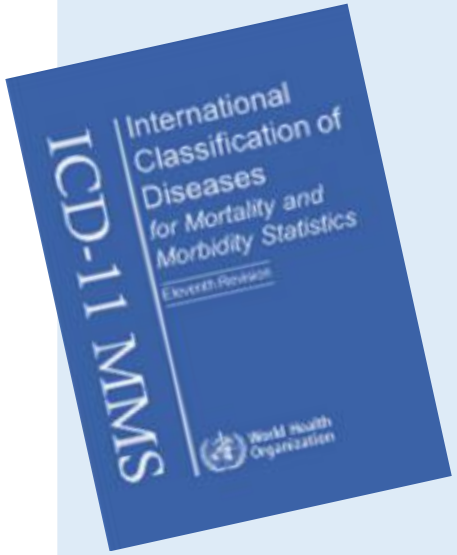
F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen



Diese Kategorie ist beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.

Störungen durch Substanzgebrauch	**6C40 Störungen durch Alkohol** **6C41 Störungen durch Cannabis** **6C42 Störungen durch synthetische Cannabionoide** **6c43 Störungen durch Opioide** **6C44 Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika** **6C45 Störungen durch Kokain** **6C46 Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphtehamine, Methamphetamine oder Methcathinone** **6C47 Störungen durch synthetische Cathinone** **6C48 Störungen durch Koffein** **6C49 Störungen durch Halluzinogene** **6C4A Störungen durch Nikotin** **6C4B Störungen durch volatile Inhalanzien** **6C4C Störungen durch MDMA oder verwandte Drogen, einschließlich MDA** **6C4D Störungen durch Disssoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP (Phenylcyclidin)** **6C4E Störungen durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente** **6C4F Störungen durch multiple näher bezeichnete psychoaktiver Substanzen, einschließlich Medikamente** **6C4G Störungen durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen** **6C4H Störungen durch nicht psychoaktive Substanzen** **6C4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Substanzgebrauch** **6C4Z Störungen durch Substanzgebrauch, nicht näher bezeichnet**
Störungen durch Verhaltenssüchte	**6c50 Pathologisches Glücksspiel** **6C51 Pathologisches Spielen** **6C5Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte** **6C5Z Störungen durch Verhaltenssüchte, nicht näher bezeichnet**



Synthetische Cannabinoide („Spice“)

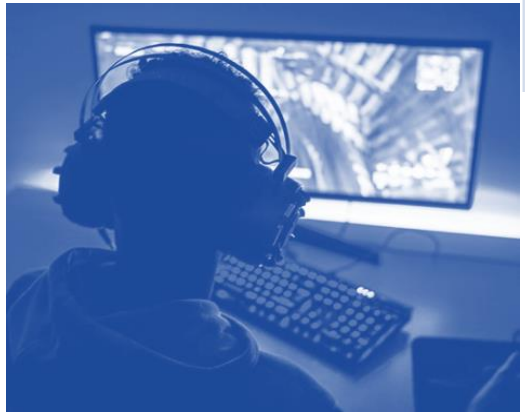
Im Reinzustand liegen diese Stoffe entweder als Feststoffe oder Öle vor. Rauchmischungen werden in der Regel in Päckchen aus Metallfolie verkauft und enthalten typischerweise 3 g getrocknetes pflanzliches Material, dem ein oder mehrere Cannabinoide zugesetzt worden sind. Vermutlich werden die Kräutermischung mit einer Lösung aus Cannabinoiden besprüht. Häufig werden auf der Verpackung viele Pflanzen aufgelistet. Die Mehrzahl davon scheint allerdings nicht darin enthalten zu sein. Nachgewiesen wurden hingegen große Mengen an Tocopherol (Vitamin E) — möglicherweise um die Analyse der aktiven Cannabinoide zu überlagern. Das Vorhandensein unterschiedlicher Cannabinoide in einigen Proben kann auch beabsichtigt sein, um den forensisch-chemischen Nachweis zu stören.

Synthetische Cathinone („Badesalz“)

Synthetische Cathinone findet man zumeist als weißes oder braunes amorphes oder kristallines Pulver vor, mitunter verkapselt. Im Gegensatz zu vielen Phenethylamin-Derivaten (MDMA usw.) sind Tabletten weniger verbreitet, werden jedoch gelegentlich auf dem illegalen Markt, vermutlich als Ersatz für MDMA, angeboten. Sie werden geschnupft oder geschluckt.

Gambling und Gaming

- Disorders due to addictive behaviours
  - 6C50 Gambling disorder
  - 6C51 Gaming disorder



Disorders due to addictive behaviours

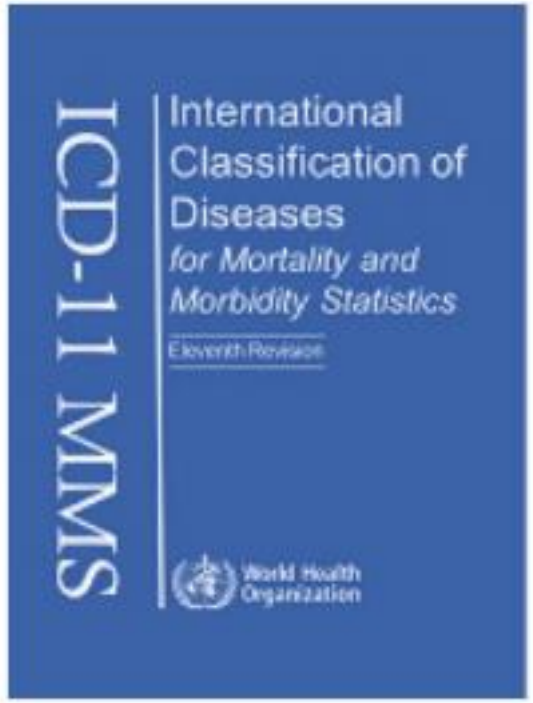
Parent

Disorders due to substance use or addictive behaviours

Show all ancestors

Description

Disorders due to addictive behaviours are recognizable and clinically significant syndromes associated with distress or interference with personal functions that develop as a result of repetitive rewarding behaviours other than the use of dependence-producing substances. Disorders due to addictive behaviours include gambling disorder and gaming disorder, which may involve both online and offline behaviour.



Code	Matching Terms
6C51.Z	Gaming disorder, unspecified
	Gaming disorder
	Digital gaming disorder
	Internet gaming disorder
	Video gaming disorder

See in hierarchy

Code	Matching Terms
QE22	Hazardous gaming

Description

Hazardous gaming refers to a pattern of gaming, either online or offline that appreciably increases the risk of harmful physical or mental health consequences to the individual or to others around this individual. The increased risk may be from the frequency of gaming, from the amount of time spent on these activities, from the neglect of other activities and priorities, from risky behaviours associated with gaming or its context, from the adverse consequences of gaming, or from the combination of these. The pattern of gaming is often persists in spite of awareness of increased risk of harm to the individual or to others.

Exclusions

Gaming disorder (6C51)

See in hierarchy

Code	Matching Terms
6C51.0	Gaming disorder, predominantly online

Description

Gaming disorder, predominantly online is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming') that is primarily conducted over the internet and is manifested by:

impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context);

increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and

continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

Code	Matching Terms
6C51.1	Gaming disorder, predominantly offline

Description

Gaming disorder, predominantly offline is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming') that is not primarily conducted over the internet and is manifested by:

impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context);

increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and

continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

See in hierarchy

Code	Matching Terms
6C50.Z	Gambling disorder, unspecified Gambling disorder Compulsive gambling addiction; betting addiction; gambling

Show all [8] ▼

See in hierarchy

Code	Matching Terms
QE70.Z	Problems related to primary support group, including family circumstances, unspecified Problem related to gambling in the family

See in hierarchy

Code	Matching Terms
6C50.0	Gambling disorder, predominantly offline

Description

Gambling disorder, predominantly offline is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour that is not primarily conducted over the internet and is manifested by:

impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context);

increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and

continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

Exclusions

Hazardous gambling or betting (QE21)

See in hierarchy

Code	Matching Terms
6C50.1	Gambling disorder, predominantly online

Description

Gambling disorder, predominantly online is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour that is primarily conducted over the internet and is manifested by:

impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context);

increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and

continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

Exclusions

Hazardous gambling or betting (QE21)

See in hierarchy

ICD 11	ICD 10
Episode durch schädlichen Gebrauch	Schädlicher Gebrauch
Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch	
Abhängigkeit	Abhängigkeitssyndrom
Intoxikation	Akute Intoxikation (akuter Rausch)
Entzug	Entzugssyndrom
Induziertes Delir	Entzugssyndrom mit Delir
Psychotische Störung	Psychotische Störung
Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen	Amnestisches Syndrom
	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
Sonstige näher bezeichnete Störungen	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
Störungen, nicht näher bezeichnet	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

6C41.0 Episode of harmful use of cannabis

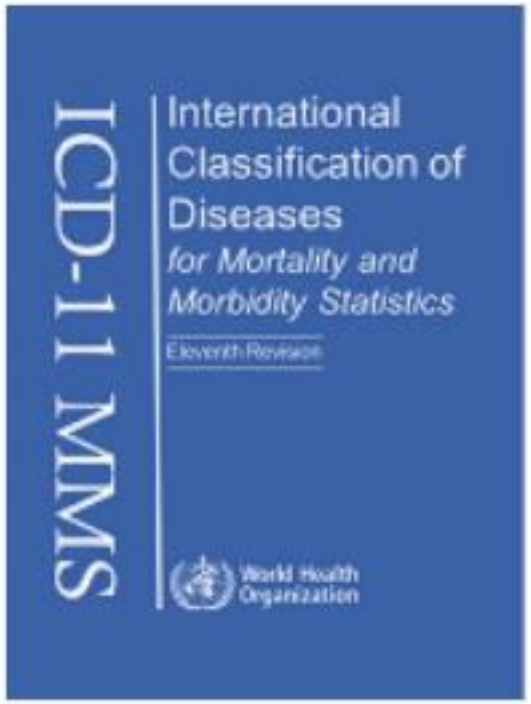
Parent

6C41 Disorders due to use of cannabis

Show all ancestors

Description

A single episode of use of cannabis that has caused damage to a person's physical or mental health or has resulted in behaviour leading to harm to the health of others. Harm to health of the individual occurs due to one or more of the following: (1) behaviour related to intoxication; (2) direct or secondary toxic effects on body organs and systems; or (3) a harmful route of administration. Harm to health of others includes any form of physical harm, including trauma, or mental disorder that is directly attributable to behavior due to cannabis intoxication on the part of the person to whom the diagnosis of single episode of harmful use applies. This diagnosis should not be made if the harm is attributed to a known pattern of cannabis use.



Einmalige Episode von körperlicher und/ oder psychi-scher Gesundheitsschädigung

wegen Intoxikation,
toxische Effekte auf Körperorgane und –funktionen,
schädliche Verabreichungsform (Applikationsform)

Nicht auf Grund eines substanzbezogenen Verhaltensmusters

Description

Disorders due to substance use include single episodes of harmful substance use, substance use disorders (harmful substance use and substance dependence), and substance-induced disorders such as substance intoxication, substance withdrawal and substance-induced mental disorders, sexual dysfunctions and sleep-wake disorders.

6C41.1 Harmful pattern of use of cannabis

Parent

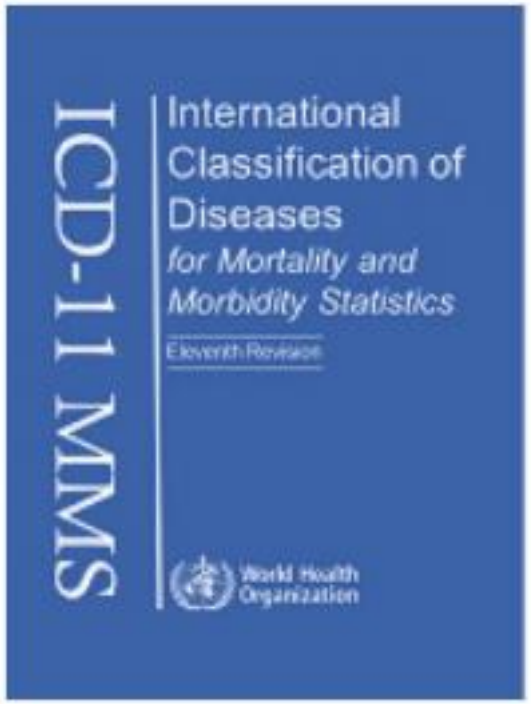
6C41 Disorders due to use of cannabis

Show all ancestors

Description

A pattern of cannabis use that has caused damage to a person's physical or mental health or has resulted in behaviour leading to harm to the health of others. The pattern of cannabis use is evident over a period of at least 12 months if substance use is episodic or at least one month if use is continuous (i.e., daily or almost daily). Harm to health of the individual occurs due to one or more of the following: (1) behaviour related to intoxication; (2) direct or secondary toxic effects on body organs and systems; or (3) a harmful route of administration. Harm to health of others includes any form of physical harm, including trauma, or mental disorder that is directly attributable to behaviour related to cannabis intoxication on the part of the person to whom the diagnosis of Harmful pattern of use of cannabis applies.

Im letzten Jahr oder im letzten Monat bei regelmäßigem Konsum



Mehrfach episodische oder kontinuierliche körperliche und/ oder psychische Gesundheitsschädigung

wegen Intoxikation,
toxische Effekte auf Körperorgane und –funktionen sowie psychische Befindlichkeit
schädliche Verabreichungsform (Applikationsform)

Description

Disorders due to substance use include single episodes of harmful substance use, substance use disorders (harmful substance use and substance dependence), and substance-induced disorders such as substance intoxication, substance withdrawal and substance-induced mental disorders, sexual dysfunctions and sleep-wake disorders.

Abhängigkeit

DSM V Substanzgebrauchsstörung 2-3 Kriterien: moderat mehr als 4 Kriterien: schwer	ICD 11 Abhängigkeit 2 oder mehr Kriterien über mindestens 12 Monate oder mindestens einen Monat (fast) täglich	ICD 10 Abhängigkeitssyndrom Mindestens 3 Merkmale mindestens drei Monate lang oder wiederholt über 12 Monate
Craving, das starke Verlangen nach der Substanz	Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum –bezogen auf den Beginn, die Menge, die Umstände oder Ende des Konsums. Wird oft von subjektiven Empfindungen von Drang oder Verlangen, die Substanz zu konsumieren begleitet	Ein starkes Verlangen („Craving“) oder eine Art Zwang, die Substanzen zu konsumieren
Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren		Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums. Erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant		
Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis	Physiologische Merkmale (indikativ für substanzbezogene Neuroadaptation) manifestiert sich als (1) Toleranz, (3) Entzugserscheinungen nach Konsumstopp oder –reduktion oder (3) wiederholter Konsum der Substanz um Entzug zu mindern oder zu verhindern	Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz
5Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum		Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird
Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme		
Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann	Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben, d.b. dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen, der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt	Einengung auf den Substanzgebrauch, Aufgabe oder Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessensbereiche
Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen		Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen, obwohl der Betreffende sich über Art und Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte
Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums		
Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme		
Wiederholter Substanzgebrauch führt zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen (Arbeit, Schule)		

(Heinz et al.,2022; Wiesbeck, 2015)

Diagnostische Erfassung

World Health Organization

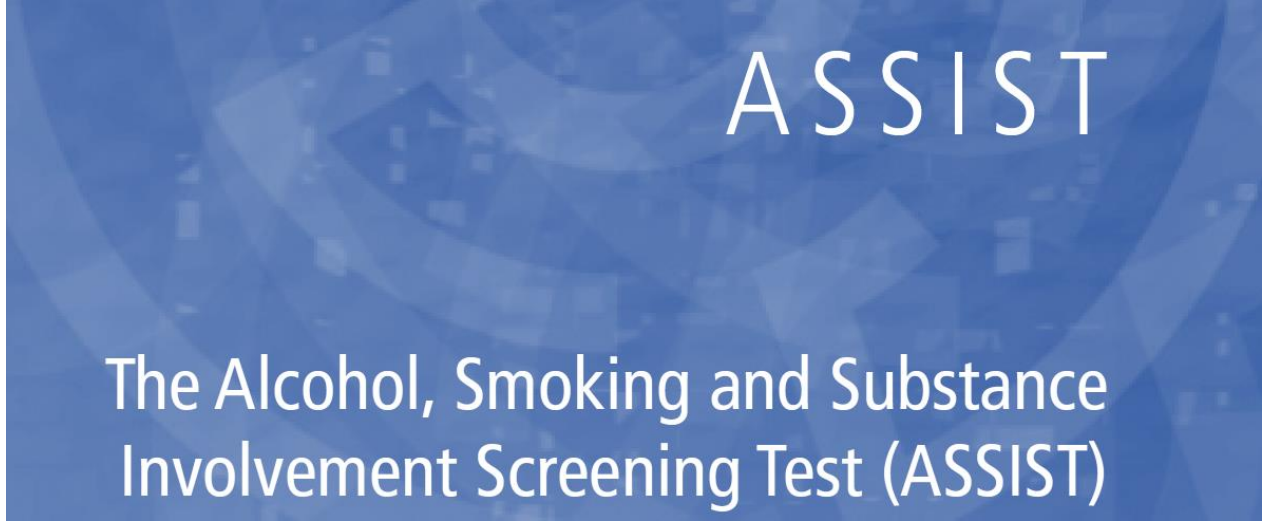
2010

ASSIST

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

Screening/ Case Finding-Instrumente

Suchtform	Testinstrument	Autor*innen/ Quelle
Alkohol	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	Babor et al. (2001)
Cannabis	Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)	Adamson et al. (2003)
Essstörungen	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	Fairburn und Beglin (1994)
Internetsucht	Compulsive Internet Use Scale (CIUS)	Meerkerk et al. (2000)
Kaufsucht	The Pathological Buying Screener	Müller et al. (2015)
Medikamente	Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch (KFM)	Watzl et al. (1991)
Pathologisches Spielen	Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)	Petry (1996)
Psychotrope Substanzen (allgemein)	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	WHO (2010)
Tabak	Fagerström Test for Cigarette Dependence	Heatherton et al. (1991)



Vielen Dank dass Sie bereit sind, an dieser kurzen Befragung zu Alkohol, Tabak und anderen Suchtmitteln teilzunehmen. Ich werde Ihnen einige Fragen dazu stellen, welche Erfahrungen Sie mit diesen Mitteln überhaupt, also im Laufe Ihres gesamten Lebens, gemacht haben, und welche Erfahrungen Sie in den letzten drei Monaten gemacht haben. Diese Mittel können geraucht, geschluckt, geschnupft, inhaliert, gespritzt oder in Form von Tabletten eingenommen werden (an dieser Stelle die Substanzliste präsentieren).

Einige der hier aufgeführten Mittel können von einem Arzt verschrieben werden (wie z.B. Amphetamine, Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel).

In diesem Interview sollen Mittel, die so eingenommen wurden, wie sie vom Arzt verschrieben wurden, nicht erfasst werden. Wenn Sie jedoch diese Medikamente aus anderen Gründen eingenommen haben, als vom Arzt verschrieben, bzw. häufiger als verschrieben oder in einer höheren Dosierung, dann teilen Sie mir dies bitte mit.

Da ich Sie auch nach Ihrem etwaigen Gebrauch verschiedener illegaler Substanzen fragen werde, möchte ich Ihnen ausdrücklich versichern, dass alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden.

World Health Organization

ASSIST

F1 Welche der folgenden Substanzen haben Sie in Ihrem Leben schon mal konsumiert?

	ja	nein
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	3
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	3
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras“, etc.)	0	3
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	3
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	3
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	3
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	3
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze“, etc.)	0	3
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	3
Andere Substanzen, und zwar:	0	3

Sofern es keinen Konsum irgendeiner psychotropen Substanz gibt, ist das Interview beendet.

F2 Betrachten wir die letzten drei Monate: Wie oft haben Sie jene Substanzen konsumiert, mit denen Sie bereits Erfahrungen gemacht haben?

	niemals	Ein oder zweimal	Einmal pro Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	2	3	4	6
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	2	3	4	6
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	2	3	4	6
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	2	3	4	6
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	2	3	4	6
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	2	3	4	6
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	2	3	4	6
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	2	3	4	6
Andere Substanzen, und zwar:	0	2	3	4	6

Wenn in den letzten drei Monaten keine Substanzen konsumiert worden sind, entfallen die Fragen 3-5 und es geht weiter mit Frage 6.
Bei den Fragen 3-5 werden nur jene Substanzen erfragt, die in den letzten drei Monaten konsumiert worden sind.

F3 Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten einen starken Wunsch, eine Art unbezwingbares Verlangen, die Substanz zu konsumieren?

	niemals	Ein oder zweimal	Einmal pro Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	3	4	5	6
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	3	4	5	6
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	3	4	5	6
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	3	4	5	6
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	3	4	5	6
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	3	4	5	6
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	3	4	5	6
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	3	4	5	6
Andere Substanzen, und zwar:	0	3	4	5	6

F4 Wie oft hat der Konsum von psychotropen Substanzen zu gesundheitlichen, sozialen, juristischen oder finanziellen Problemen geführt?

	niemals	Ein oder zweimal	Einmal pro Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	4	5	6	7
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	4	5	6	7
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	4	5	6	7
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	4	5	6	7
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	4	5	6	7
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	4	5	6	7
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	4	5	6	7
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	4	5	6	7
Andere Substanzen, und zwar:	0	4	5	6	7

F5 Wie oft konnten Sie in den letzten drei Monaten nicht das tun, was normalerweise von Ihnen erwartet wird, weil Sie Substanzen konsumiert hatten?

	niemals	Ein oder zweimal	Einmal pro Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	5	6	7	8
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	5	6	7	8
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	5	6	7	8
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	5	6	7	8
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.	0	5	6	7	8
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	5	6	7	8
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	5	6	7	8
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	5	6	7	8
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	5	6	7	8
Andere Substanzen, und zwar:	0	5	6	7	8

F6 Hat ein Freund, ein Angehöriger oder irgendjemand anderes seine Besorgnis über Ihren Substanz geäußert? (Bezieht sich auf alle Substanzen, die Sie im Leben bisher konsumiert haben)

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 3 Monaten	Ja, aber nicht in den letzten drei Monaten
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	6	3
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	6	3
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	6	3
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	6	3
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	6	3
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	6	3
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	6	3
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	6	3
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	6	3
Andere Substanzen, und zwar:	0	6	3

F7 Haben Sie jemals versucht und sind gescheitert, Ihren Substanzkonsum zu kontrollieren, zu reduzieren oder ganz aufzuhören?

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 3 Monaten	Ja, aber nicht in den letzten drei Monaten
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)	0	6	3
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)	0	6	3
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras", etc.)	0	6	3
Kokain (Koks, Crack, etc.)	0	6	3
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)	0	6	3
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.	0	6	3
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)	0	6	3
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze", etc.)	0	6	3
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)	0	6	3
Andere Substanzen, und zwar:	0	6	3

F8 Haben Sie jemals irgendein Suchtmittel gespritzt?

Nein, niemals	Ja, in den letzten 3 Monaten	Ja, aber nicht in den letzten drei Monaten
0	2	1

Auswertung

Frage 8:

Sofern jemand in den letzten drei Monaten einmal pro Woche oder weniger als an drei aufeinanderfolgenden Tagen Drogen injiziert hat, sollte eine Kurzintervention erfolgen.

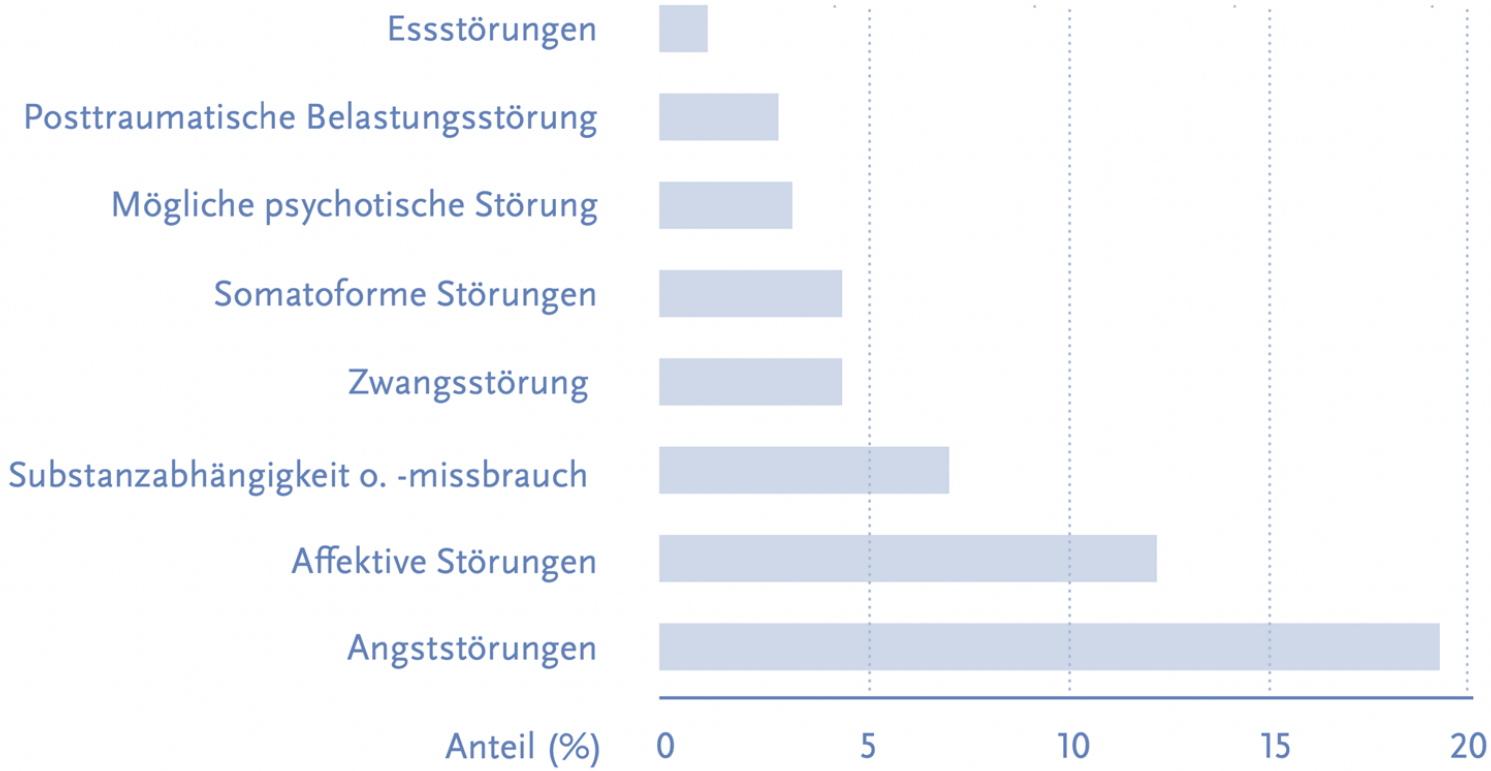
Sofern jemand mehr als einmal pro Woche oder mehr als an drei aufeinanderfolgenden Tagen Drogen injiziert hat, muss ein ausführliches Assessment erfolgen und eine intensivere Behandlung erfolgen.

Berechnung des Risiko-Scores:

Tabak: Q2a +Q3a+Q4a+Q6a+Q7a

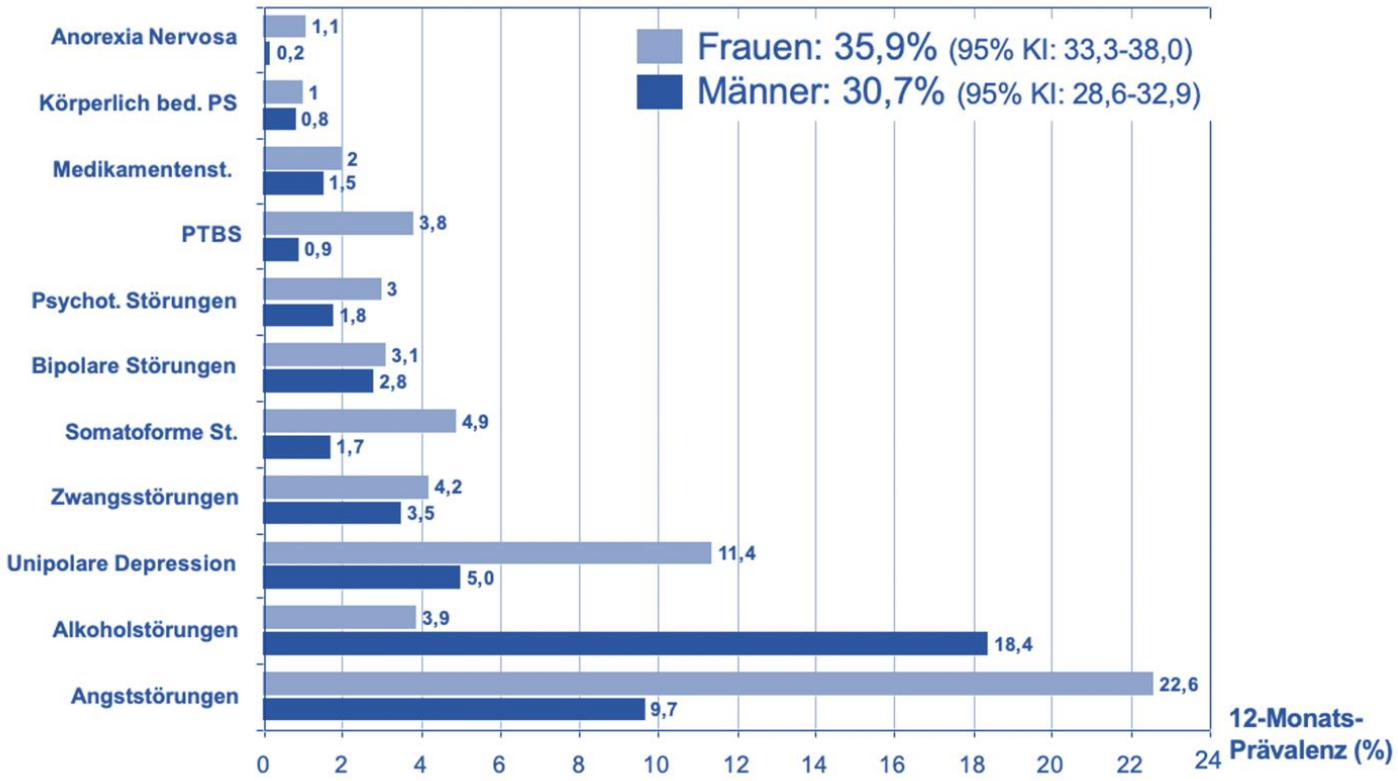
Andere Substanzen Q2x+Q3x+Q4x+Q5x+Q6x+Q7x

	Substanz Score	Keine Intervention	Kurzintervention	Intensivere Behandlung
Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen, etc.)		0-10	11-26	27 und mehr
Cannabis (Marihuana, Haschisch, „Gras“, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Kokain (Koks, Crack, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Stimulantien vom Amphetamin Typ (Speed, Meths, Ecstasy, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Inhalantien (Klebstoffe, Terpentin, etc.		0-3	4-26	27 und mehr
Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Valium, Rohypnol, Stillnox, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Halluzinogene (LSD, Ketamin; „Pilze“, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Opioide (Heroin, Morphin, Methadon, Opium, Kodein, etc.)		0-3	4-26	27 und mehr
Andere Substanzen, und zwar:		0-3	4-26	27 und mehr



12 Monats-Prävalenz

Anmerkungen Datenbasis: CIDI-Depressionsdiagnosen erhoben in DEGS1-MH (2009–2012), Altersbereich 18–79 Jahre [5]



Wittchen (2012)

12 Monats-Prävalenz

Suchtform	Auftretenshäufigkeit
Alkohol	1,6 Mio. Menschen mit aktueller Alkoholabhängigkeit 3,2 Mio. Menschen mit remittierter Alkoholabhängigkeit 2,7 Mio. Menschen mit schädlichem Alkoholgebrauch 3,2 Mio. Menschen mit riskantem Alkoholkonsum
Amphetamine	103 Tausend Menschen mit aktueller Amphetaminabhängigkeit
Cannabis	309 Tausend Menschen mit aktueller Cannabisabhängigkeit
„Esssucht“	550 Tausend Menschen mit aktueller Anorexie nervosa 800 Tausend Menschen mit aktueller Bulimia nervosa 1 Mio. Menschen mit einer „Binge-Eating-Störung“
Kaufsucht	2,5 - 5 Mio. Menschen mit kaufsüchtigem Verhalten
Kokain	41 Tausend Menschen mit aktueller Kokainabhängigkeit
Medikamente	4,6 Mio. Menschen mit einem Medikamentenmissbrauch 1,5-1,9 Mio. Menschen mit Medikamentenabhängigkeit davon bis zu 1,2 Mio. Menschen mit Benzodiazepinabhängigkeit
Opioide	166 Tausend Menschen mit aktueller Opiatabhängigkeit
Pathologisches Spielen	229 Tausend Menschen mit „Glücksspielsucht“
Tabak	4,4 Mio. Menschen mit aktueller Tabakabhängigkeit

Diverse Quellen (Veltrup, 2020)

Teilnehmen und Teilhaben

Suchthilfe in Deutschland

Wohin geht die Reise?

1. Suchthilfe
2. Suchthilfeangebote
3. Suchthilfesystem
4. Suchthilfe: Grundlagen
5. Herausforderungen

1

Suchthilfe

umfasst alle Angebote für Menschen,

um die Entwicklung von „Störungen durch psychotrope Substanzen und/ oder Suchtverhalten (SPS-SV)“ zu verhindern,

eingetretene SPS-SV Störungen einschließlich weiterer komorbider körperlicher Erkrankungen oder seelischer Störungen erfolgreich zu bewältigen

sowie aus diesen Störungen resultierende Teilhabeprobleme zu minimieren oder zu lösen

bzw. entstandene Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation zu kompensieren.

.

Suchthilfe

Die Angebote sind
personenzentriert,
verfügbar,
zielgerichtet
und auf der Grundlage von Expert*innen-Wissen („fachlichen Standards“) und wissenschaftlichen Erkenntnissen („evidenzbasiert“) entwickelt worden.

Die Angebote werden durch verschiedene Berufsgruppen vor dem Hintergrund eines bio-psychosozialen-Störungsverständnisses in multidisziplinärer Kooperation oder im interdisziplinären Team durchgeführt. Die Sucht-Selbsthilfe ist ein besonderes Angebot im Sinne einer Peer-Unterstützung.

Zentrales Ziel der Suchthilfe ist die Förderung der funktionalen Gesundheit, um die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglichst einschränkungsfrei zu erhalten oder wieder herzustellen.

Das AA-Problem

Abstinenz als zentrales Ziel der suchtbezogenen Interventionen

Akzeptierende Suchtarbeit: Befriedigung der Grundbedürfnisse. Autonomieförderung

A	bstinenz
P	unkt
A	bstinenz
R	isikoarmes
T	un

Lebenslange Abstinenz
Befristete Abstinenz
24-Stunden Abstinenz
SUCHT

A
P
A
R
T

nicht an bestimmten Orten
nicht zu bestimmten Zeiten

unkt
bstinenz

nicht unter bestimmten
psychischen Befindlichkeiten
(Ärger, Stress)

APART

bis zu 10g/20g reinen Alkohol täglich

max. 4 Standardeinheiten pro Trinkgelegenheit („binge drinking“)

Kontrolliertes Trinken

risikoarmes rinken

Erfassung von „unproblematischem“ Alkoholkonsumverhalten

Wo?
Wie?
Was?
Wieviel?
Welche?

Erfassung von „problematischem“ Alkoholkonsumverhalten

Wie soll mein Trinkverhalten in den nächsten 6 Monaten aussehen?

Abstinenz
tägliche Trinkmenge
Häufigkeit des Alkoholkonsums
höchste Trinkmenge pro Trinkereignis
Trinksituationen
Non-Trinksituationen
Bedeutsamkeit der Zielerreichung
Sicherheit, Ziel erreichen zu können

Fragen stellen:

Realistisches Ziel?

Konsistent mit Vermeidung von Trinken in Hochrisikosituationen?

Erfahrungen mit diesem Trinkverhalten?

Ausmaß an Selbstwirksamkeit?

Möglichkeit bieten, Ziel entsprechend zu verändern

Definition „Kontrolliertes Trinken”

Kontrolliertes Trinken liegt vor, wenn eine Person ihr Trinkverhalten an einem **zuvor** festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet.

rtes-trinken.de

Kontrollierter Suchtmittelkonsum

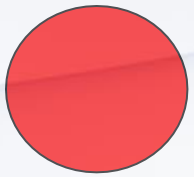
Kontrollierter Konsum

- Nicht mehr als drei Standard-Getränke
- nicht mehr als vier Konsumtage pro Woche
- kein Alkoholkonsum unter Hochrisikosituationen
- maximal ein Standardgetränk pro Stunde
- Wartezeit von 20 Minuten zwischen Trinkentscheidung und Konsum einhalten

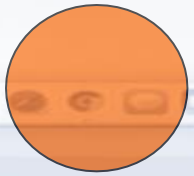
A	bstinenz
P	unkt
A	bstinenz
R	isikoarmes
T	un

Computersucht

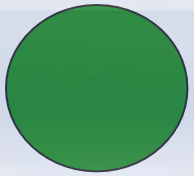
Ampelmodell:



Tabu: abhängige Anwendungen



Vorsicht: Surfen im Internet



Unbedenklich: z. B. Arbeitsprogramme

Deutsche Suchthilfestatistik

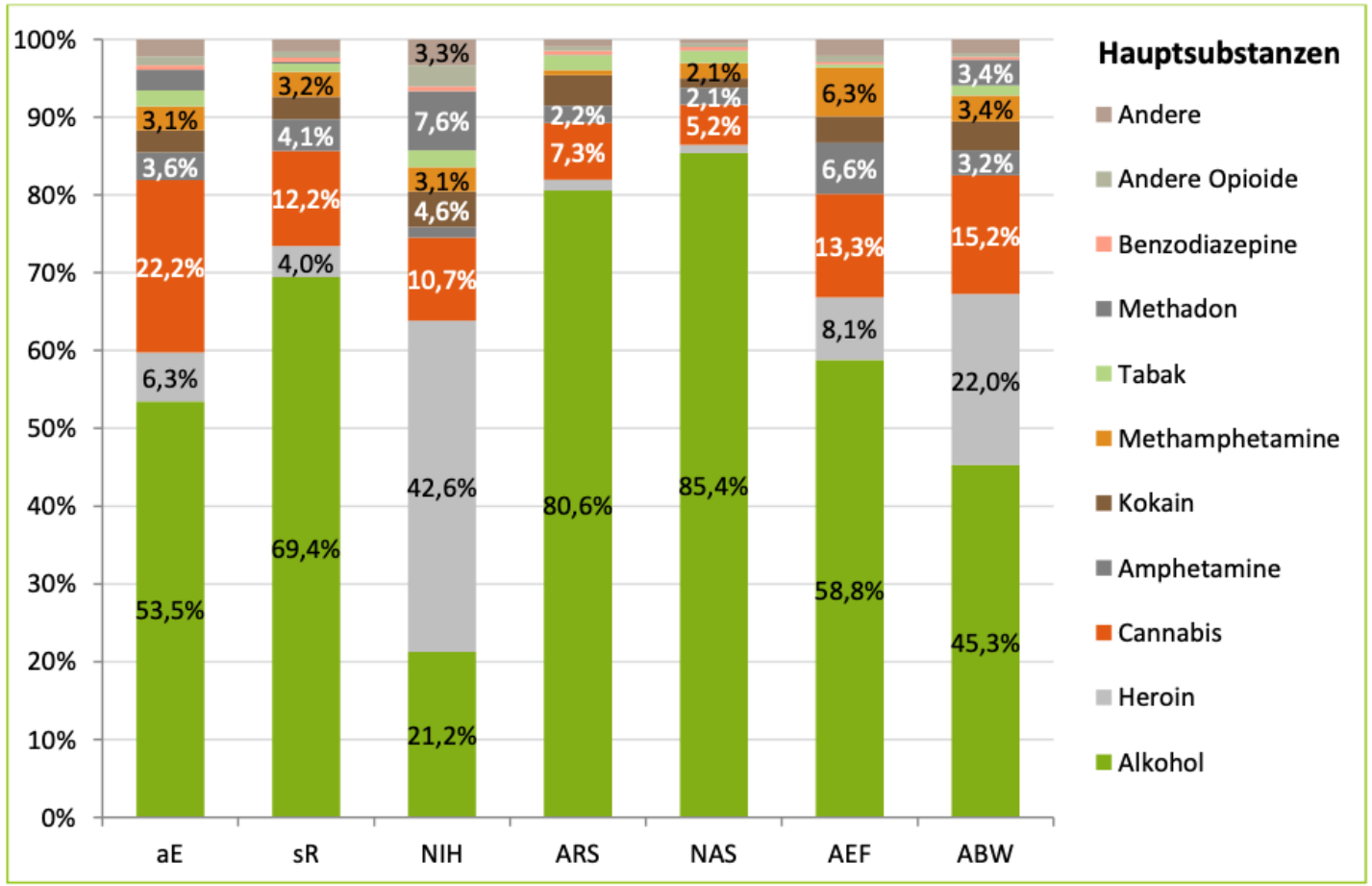
Suchtform	Auftretenshäufigkeit
Alkohol	1,6 Mio. Menschen mit aktueller Alkoholabhängigkeit 2,7 Mio. Menschen mit schädlichem Alkoholgebrauch 3,2 Mio. Menschen mit riskantem Alkoholkonsum
Amphetamine	103 Tausend Menschen mit aktueller Amphetaminabhängigkeit
Cannabis	309 Tausend Menschen mit aktueller Cannabisabhängigkeit
Kokain	41 Tausend Menschen mit aktueller Kokainabhängigkeit
Medikamente	4,6 Mio. Menschen mit einem Medikamentenmissbrauch 1,5-1,9 Mio. Menschen mit Medikamentenabhängigkeit davon bis zu 1,2 Mio. Menschen mit Benzodiazepinabhängigkeit
Tabak	4,4 Mio. Menschen mit aktueller Tabakabhängigkeit

Quelle:
Veltrup (2020)

Menschen mit einem problematischen Tabakkonsum und Menschen mit einer problematischen Einnahme von abhängigkeitserzeugenden Medikamenten werden im Suchthilfesystem „quasi“ nicht versorgt.

Hauptsubstanzen	aE	sR	NIH	ARS	NAS	ADA	ABW
	140.609	26.605	1.471	4.173	4.892	1.370	1105
Alkohol	52,5%	71,0%	24,9%	76,7%	82,1%	51,4%	57,7%
Heroin	6,3%	3,7%	28,1%	1,6%	1,2%	6,6%	15,1%
Methadon	2,5%	0,3%	12,0%	0,1%	0,1%	0,8%	1,9%
Buprenorphin	0,9%	0,2%	1,5%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%
Fentanyl	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere Opioide	1,0%	0,7%	2,3%	0,6%	0,3%	0,9%	0,8%
Cannabis	23,0%	10,9%	9,9%	9,9%	7,2%	17,8%	11,8%
And. / synth. Cannabinoide	0,2%	0,2%	0,8%	0,0%	0,1%	0,4%	0,2%
Barbiturate	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Benzodiazepine	0,6%	0,6%	0,5%	0,2%	0,6%	0,0%	0,3%
GHB / GBL	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,5%	0,2%
And. Sedativa / Hypnotika	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Kokain	3,6%	3,4%	3,9%	4,9%	1,7%	5,3%	4,6%
Crack	0,2%	0,1%	1,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,6%
Amphetamine	3,6%	4,0%	2,0%	2,4%	2,8%	9,2%	3,8%
Methamphetamine	2,8%	3,1%	3,5%	0,6%	2,2%	5,5%	1,4%
MDMA u.a.	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,2%
Synthetische Cathinone	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Andere Stimulanzien	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
LSD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Mescalin	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ketamin	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere Halluzinogene	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tabak	1,9%	1,0%	8,3%	2,6%	1,2%	0,5%	0,7%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
NPS (and. neue psychoaktive Substanzen)	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
And. psychotrope Substanzen	0,1%	0,2%	0,7%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%

aE= ambulante Einrichtungen (n=786, unbekannt: 10,0%), sR= stationäre Rehabilitationseinrichtungen (n=137, unbekannt: 4,5%), NIH=niedrigschwellige Hilfen (n=100, unbekannt: 3,8%), ARS=ambulante medizinische Rehabilitation (n=301, unbekannt: 5,6%), NAS=(Reha-)Nachsorge (n=372, unbekannt: 6,3%), ADA=Adaption (n=37, unbekannt: 2,9%), ABW=Ambulant betreutes Wohnen (n=136, unbekannt: 7,4%)



aE=ambulante Einrichtungen, sR=stationäre Rehabilitationseinrichtungen, NIH=niedrigschwellige Hilfen, ARS=ambulante medizinische Rehabilitation, NAS=(Reha-)Nachsorge, ADA=Adaption, ABW=Ambulant betreutes Wohnen

Abbildung 8. Verteilung der Hauptsubstanzen in ambulanten Einrichtungen, stationären Rehabilitationseinrichtungen sowie nach Hauptmaßnahmen

2

Suchthilfeangebote – Angebote für Menschen mit Suchtproblemen

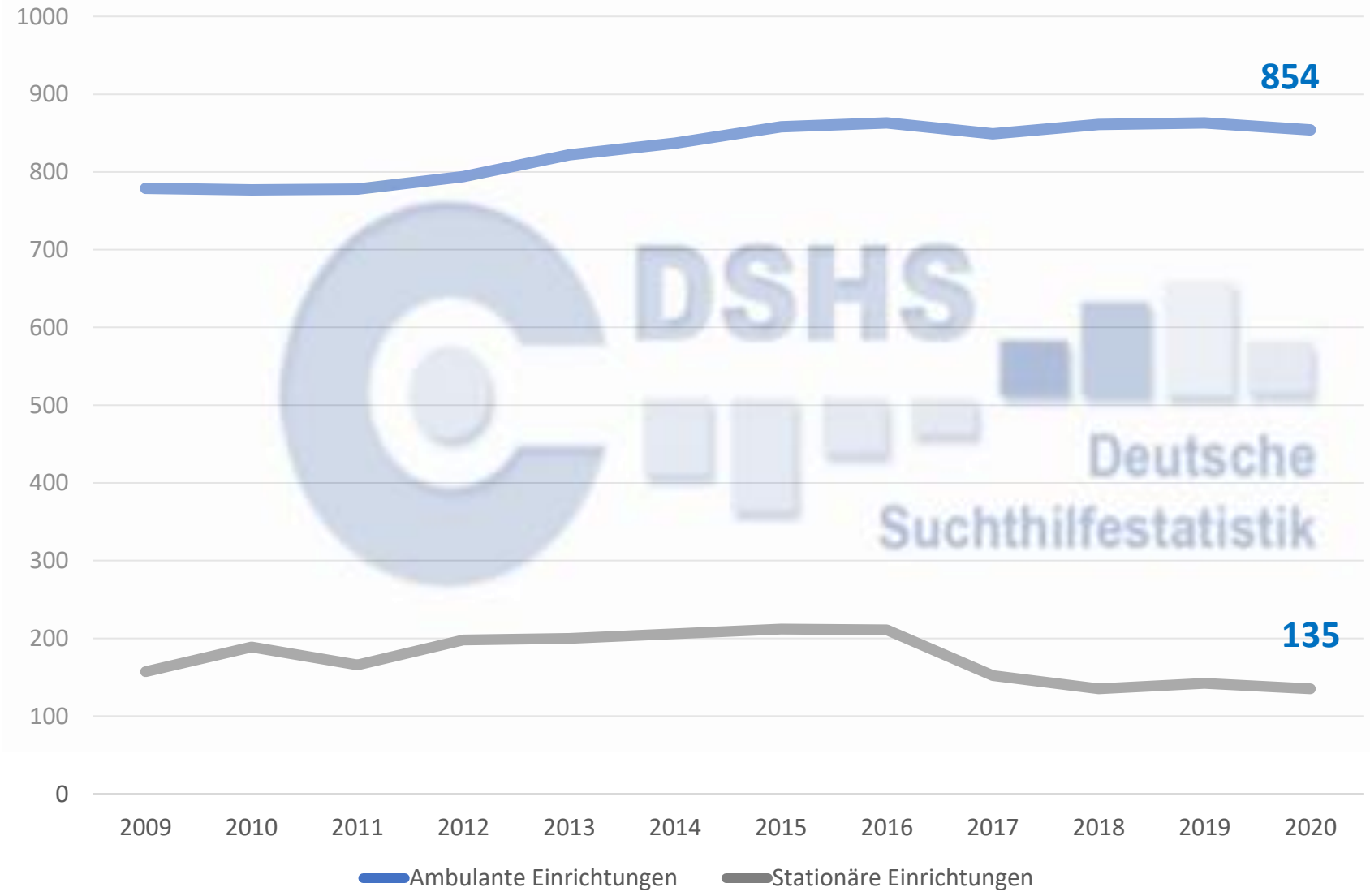
Suchthilfeeinrichtungen

Beteiligungsquote:

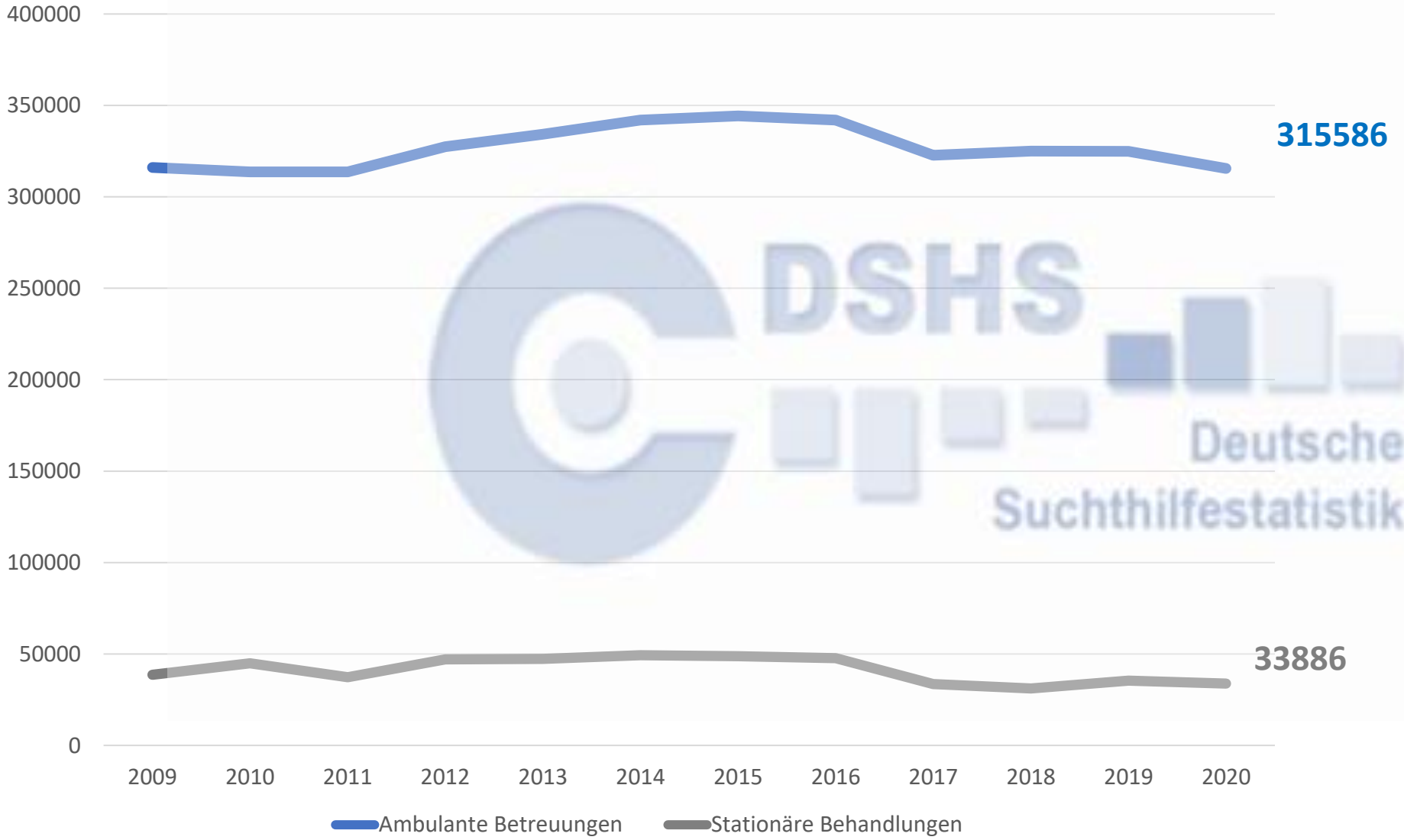
Ambulante Einrichtungen: ca. 70%

Stationäre Einrichtungen: ca. 60%

(Quelle: Jahresbericht 2020)

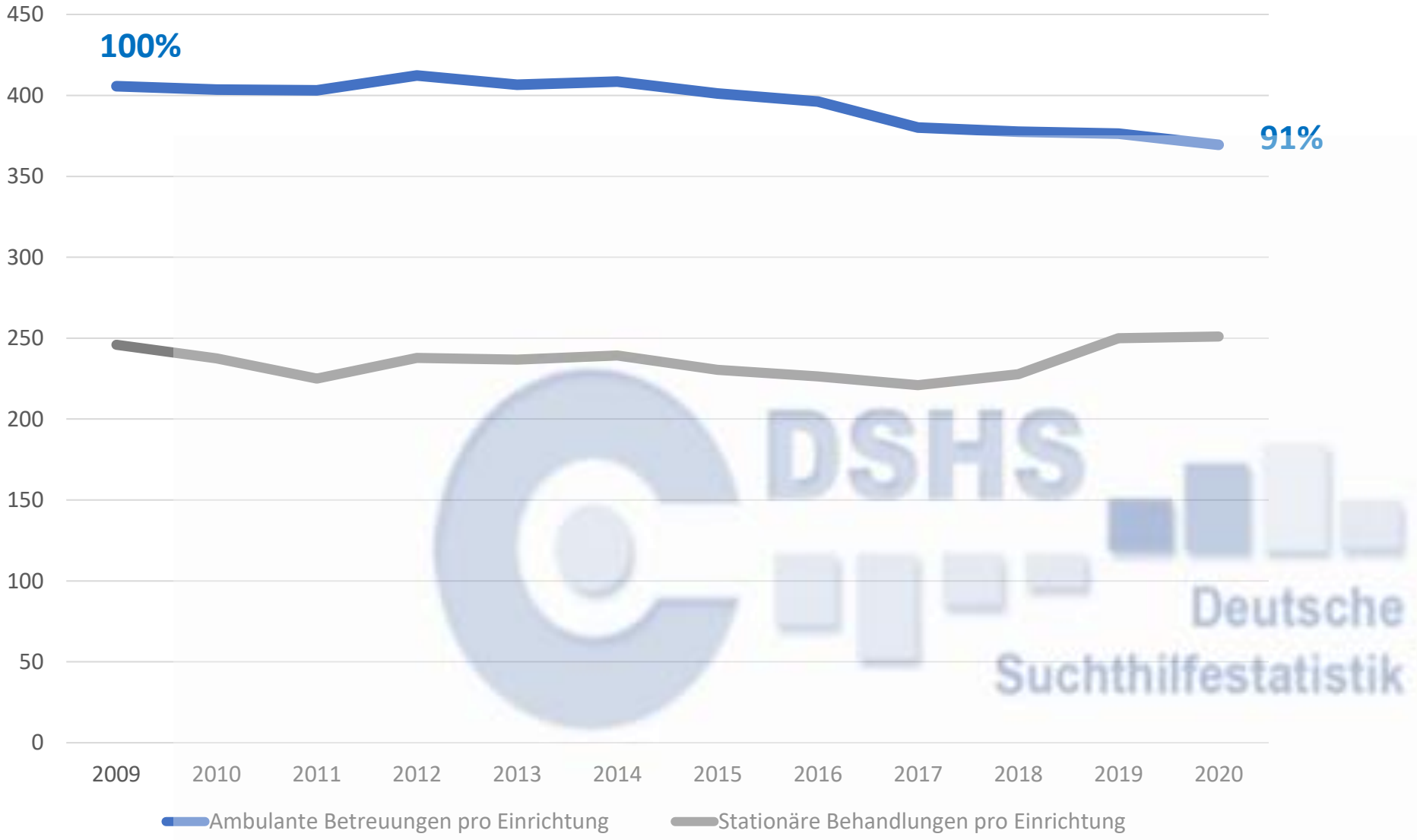


Inanspruchnahme



DSHS
Deutsche
Suchthilfestatistik

Nutzende pro Einrichtung



DSHS
Deutsche
Suchthilfestatistik

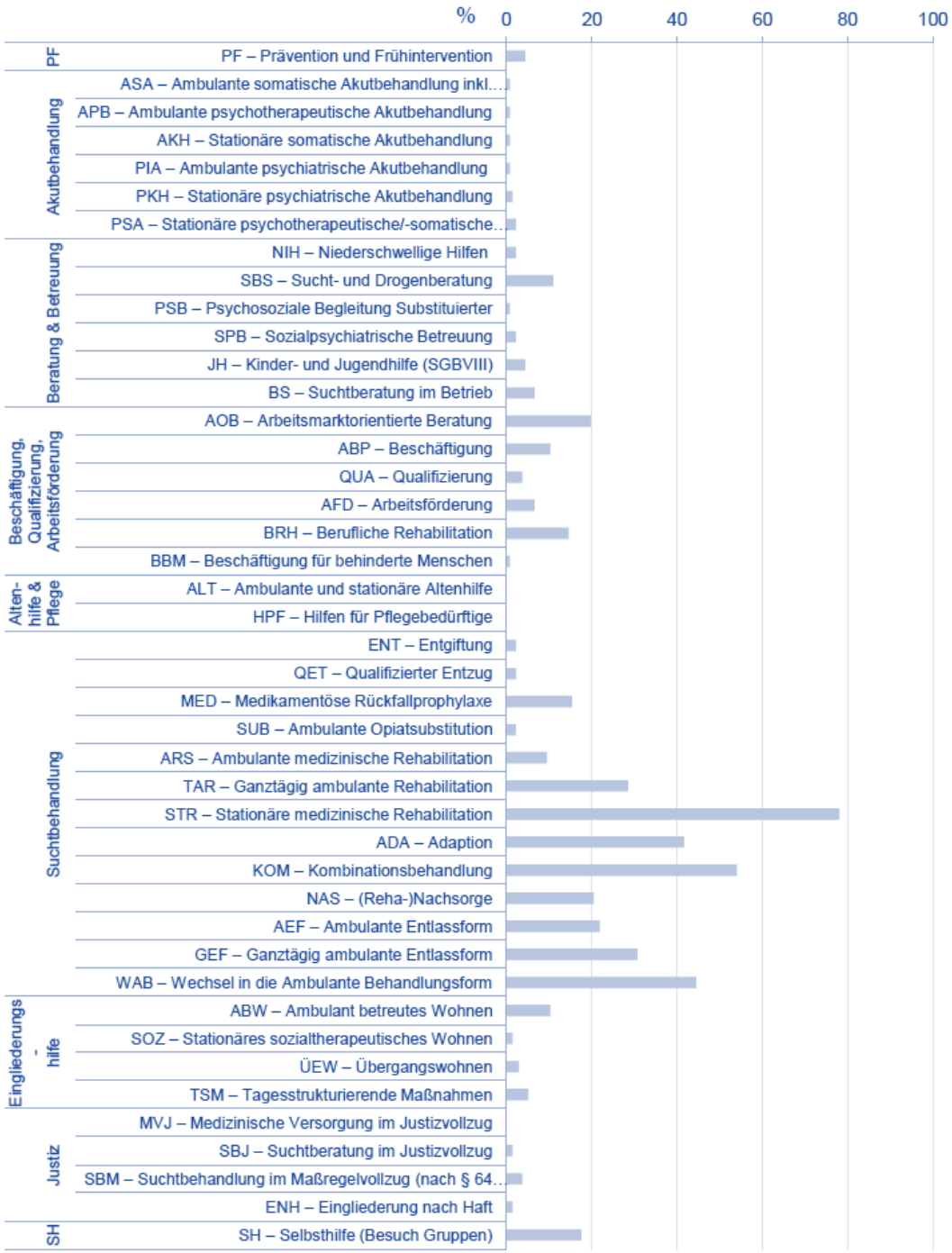
Art und Häufigkeit von Maßnahmen aus den ambulanten Einrichtungen

(Jahrgang: 2019)

DSHS
Deutsche
Suchthilfestatistik

Art und Häufigkeit von Maßnahmen aus den stationären Einrichtungen

(Jahrgang: 2019)



DSHS
Deutsche
Suchthilfestatistik

Stationäre Suchthilfe

Medizinische Rehabilitation

ca. 180 Einrichtungen mit 13.000 Plätzen und knapp 50.000 Fällen pro Jahr

- Bewilligungsquote 75%, Antrittsquote 75%
- 85% DRV / 15% GKV
- 65% Alkohol / 30% Drogen / 5% Sonstiges (Medikamente, Essstörungen, PGS)

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

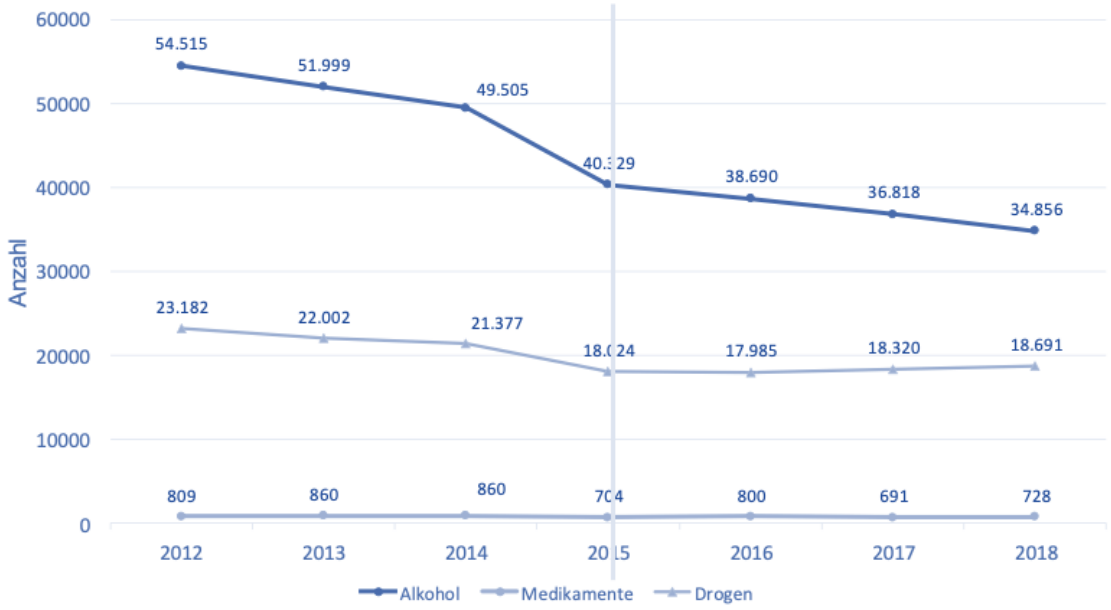
Update 2019

Reduzierung der bewilligten Leistungen

Bewilligte Entwöhnungen nach Suchtmittel

ab 2015 ohne Adaption, Nachsorge

Deutsche Rentenversicherung Bund



Alkohol

Drogen

Medikamente

Die „Besondere Wohnform“ im Rahmen der „Sozialen Teilhabe“ für Menschen mit Suchtverhalten ist ein Angebot im Sinne des SGB SGV IX/ Bundesteilhabegesetz.

Zentrale Ziel ist die Förderung von Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF zur Ermöglichung der selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Mehr als 23.000 Menschen mit Suchtproblemen werden jährlich (vor Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG) in rund 260 stationären Einrichtungen betreut.

46.270 Personen (32% Frauen, 68% Männer) besuchten im Jahr 2017 – ohne Einbezug der Teilnehmer/innen der Anonymen Alkoholiker – Selbsthilfegruppen der fünf Suchthilfe- und Abstinenzverbände aufgrund einer Alkoholabhängigkeit (Naundorff et al., 2018).

(Weissinger, Veltrup et al. ,2020)

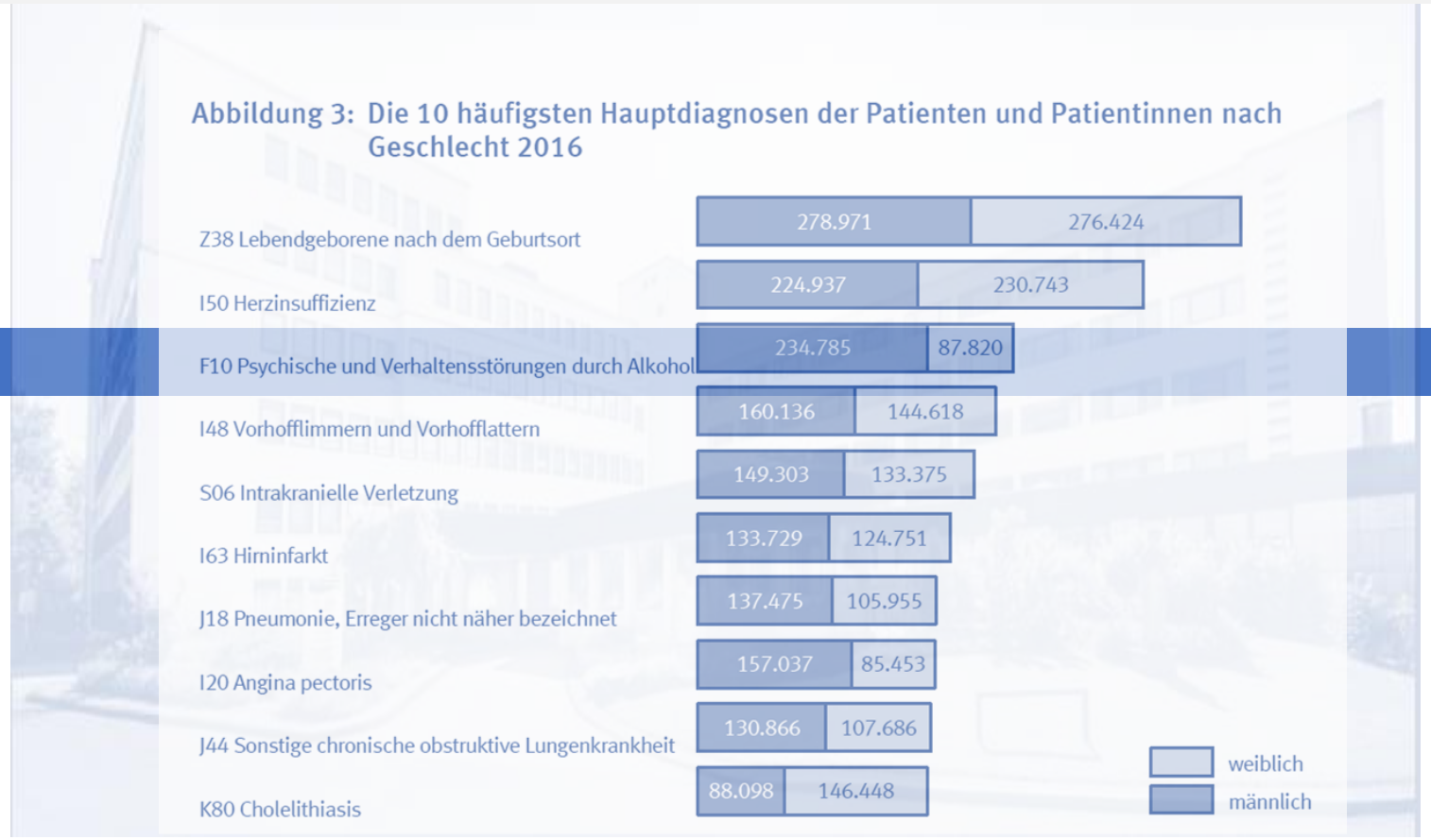
MEDIZINISCHE
VERSORGUNG

Krankenhausbehandlung

Die stationäre Akutbehandlung von Menschen mit Suchtverhalten ist ein Angebot im Sinne des SGB V.

In Deutschland sind Störungen durch Alkohol die zweithäufigste Diagnose im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt.

Die größte Patient*innengruppe in der stationären psychiatrischen Akutbehandlung bilden Menschen mit Störungen durch psychotrope Substanzen



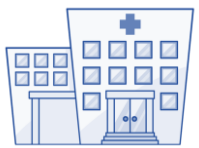
Destatis (2019)

Die 10 häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen

Insgesamt | **Frauen** | Männer

Vollstationär behandelte Patientinnen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) im Krankenhaus nach der ICD-10 in 2016

ICD-10	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	563 694
F33	Rezidivierende depressive Störung	93 071
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	87 820
F32	Depressive Episode	68 807
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	38 780
F20	Schizophrenie	34 149
F45	Somatoforme Störungen	29 006
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	24 659
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	23 704
F25	Schizoaffektive Störungen	18 599
F41	Andere Angststörungen	16 938



Die 10 häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen

Insgesamt | Frauen | **Männer**

Vollstationär behandelte Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) im Krankenhaus nach der ICD-10 in 2016

ICD-10	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	658 543
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	234 785
F20	Schizophrenie	53 302
F33	Rezidivierende depressive Störung	51 936
F32	Depressive Episode	49 614
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	32 294
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	26 697
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	25 841
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	21 506
F45	Somatoforme Störungen	14 268
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	14 101

In Deutschland sind Störungen durch Alkohol die zweithäufigste Diagnose

Die größte Patient*innengruppe (249125) in der stationären psychiatrischen Akutbehandlung bilden Menschen mit Störungen durch psychotrope Substanzen. Dies entspricht 33,4%.

	Männer	Frauen
Alkohol (F10)	128362	45439
Opioide (F11)	20828	5727
Cannabinoide (F12)	11744	2506
Sedativa und Hypnotika (F13)	3729	3137
Kokain (F14)	2950	617
Andere Stimulanzien (F15)	6160	2228
Halluzinogene (F16)	185	55
Tabak (F17)	16	2
Flüchtige Lösungsmittel (F18)	45	36
Multipler Substanzgebrauch (F19	12503	2855

Destatis (2020)

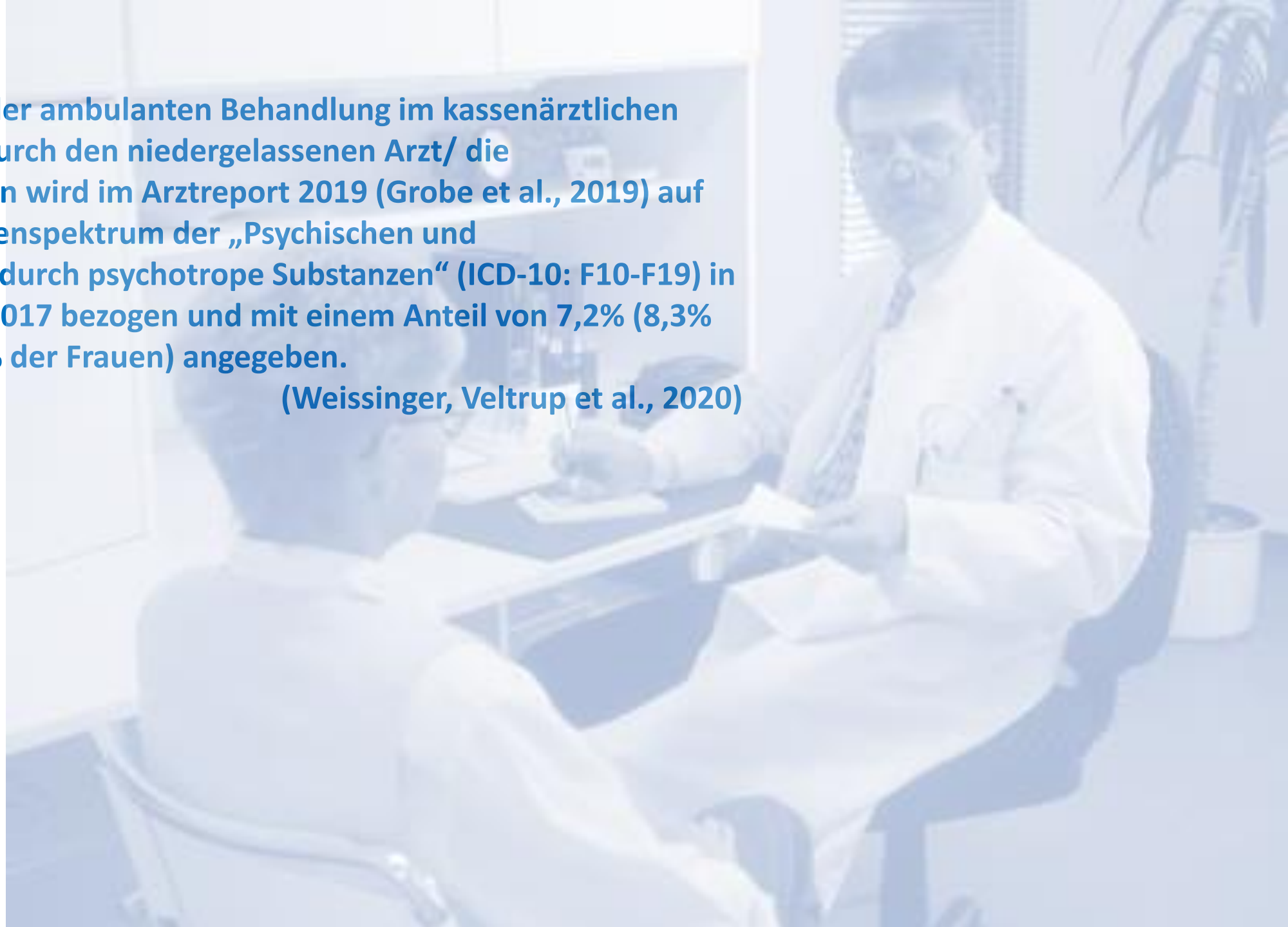
Art der Behandlung/ Intervention	Häufigkeit	Referenz
Krankenhausbehandlungen im Jahre 2017 (vollstationär)		
wegen psychischer oder Verhaltensstörung durch Alkohol (alle ICD-10 F10-Diagnosen)	314.211	Statistisches Bundesamt (2018)[1]
aufgeteilt nach Störung:		
○ davon wegen Intoxikation (ICD-10 F10.0)	111.839	
○ davon wegen schädlichem Alkoholkonsum (F10.1)	4.141	
○ davon wegen Alkoholabhängigkeit (F10.2)	131.368	
○ davon wegen Entzugssyndrom (F10.3)	53.629	
○ davon wegen Delir (F10.4)	6.867	
○ davon wegen Sonstigen (F10.5-F10.9)	6.367	
aufgeteilt nach Fachabteilungen		
○ davon in Krankenhäusern für Kinder und Jugendliche (Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie)	12.208	
○ davon in Krankenhäusern der psychiatrisch/ psychotherapeutischen Versorgung (Psychiatrie und Psychotherapie (inkl. Sucht) und Psychotherapeutische Medizin)	180.393	
○ davon in anderen Fachabteilungen („Erwachsenensomatik")	121.610	
aufgeteilt nach Verweildauerklassen		
○ Stundenfälle	48.224	
○ 1-3 Tage („Kurzliegende")	91.430	
○ länger als 3 Tage	174.557	
Qualifizierte Entzugsbehandlungen (ohne Differenzierung des Entlassungsgrundes)		
○ in psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäusern (nach §17d KHG, OPS 9-647)	77.450	Statistisches Bundesamt (2020), PEPP Statistik, [2]
○ davon mit einer Verweildauer von 15-21 Tagen	21.750	
○ davon mit einer Verweildauer von >21 Tagen	16.470	
○ in somatischen Krankenhäusern (nach § 17b KHG, OPS 8-985)	7.938	Statistisches Bundesamt (2020), DRG Statistik [2]
○ davon mit einer Verweildauer von 15-21 Tagen	914	
○ davon mit einer Verweildauer von >21 Tagen	90	
Maßregelvollzug nach § 64 StGB:		Statistisches Bundesamt (2015) [3]
○ Unterbringung nach § 64 StGB (Stichtag 31.04.2013)	1.358	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen durch die gesetzliche Rentenversicherung als Leistungsträger (die DRV ist in 85% der Fälle Leistungsträger)	ca. 30.000	Deutsche Rentenversicherung (2018)[4]

Volker Weissinger, Clemens Veltrup, *Klaus Amann,* **Erika Baum, Gallus Bischof, Heribert Fleischmann, Ulrich Frischknecht, Arthur Günthner, Rita Hansjürgens, Werner Höhl,** *Bettina Jäpel, Gerhard Längle,* **Michael Müller-Mohnssen, Ariane Schulte, Rainer Thomasius, Irmgard Vogt, Tina Wessels, Falk Kiefer, Sabine Hoffmann (2020)**

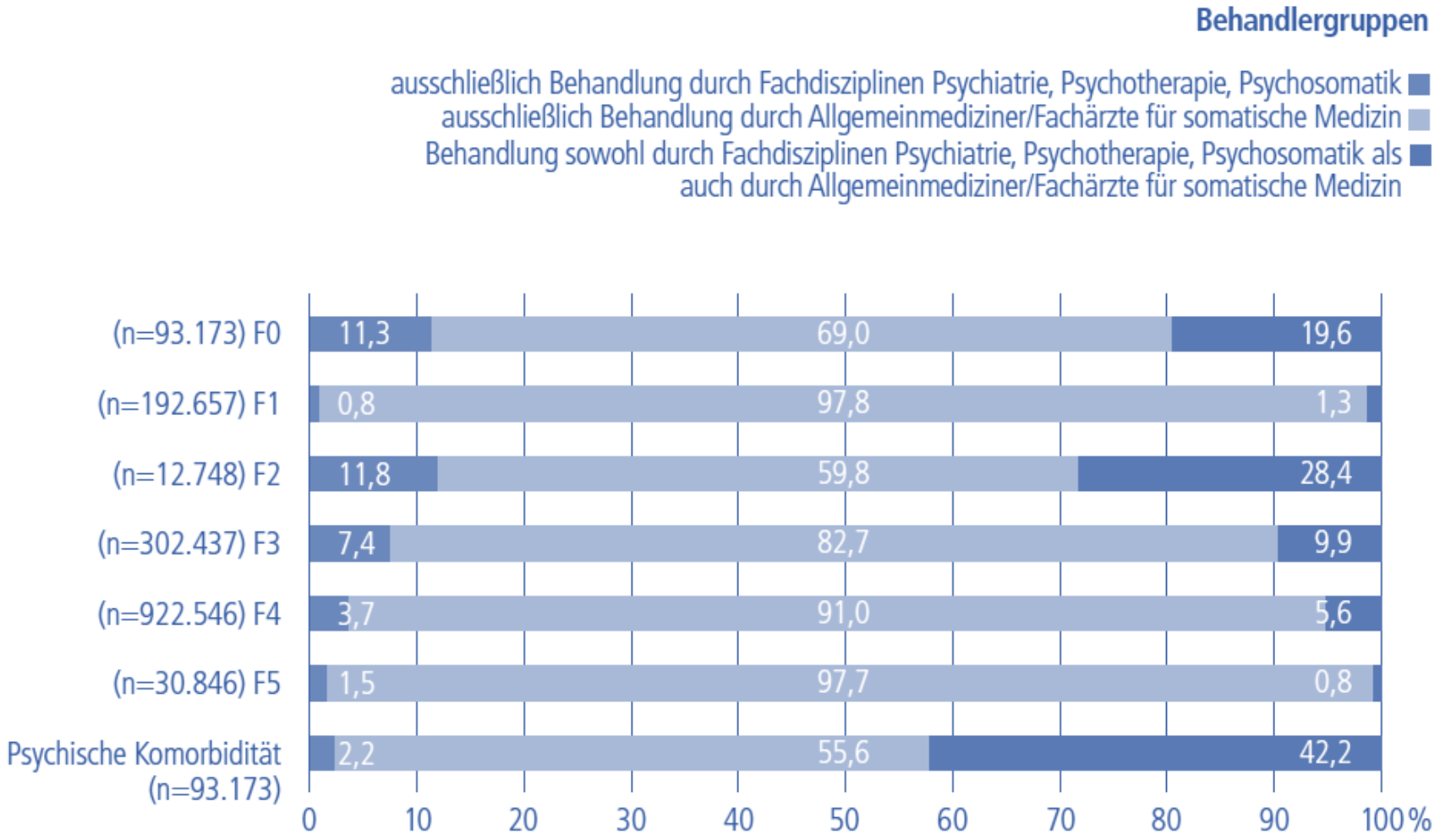
Ambulante “medizinische“ Versorgung

Die Größenordnung der ambulanten Behandlung im kassenärztlichen Versorgungssystem durch den niedergelassenen Arzt/ die niedergelassene Ärztin wird im Arztreport 2019 (Grobe et al., 2019) auf das gesamte Diagnosenspektrum der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10: F10-F19) in den Jahren 2005 bis 2017 bezogen und mit einem Anteil von 7,2% (8,3% der Männer und 6,2% der Frauen) angegeben.

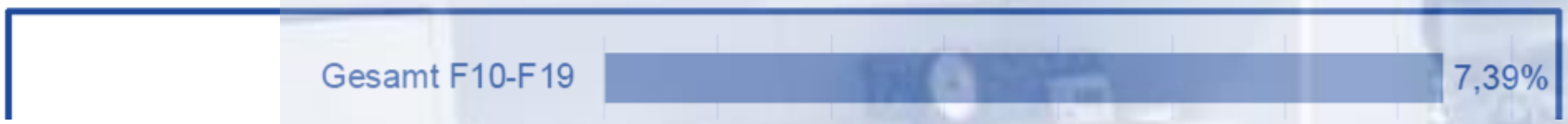
(Weissinger, Veltrup et al., 2020)



Ambulante Behandlung nach Behandlergruppen und Diagnosen

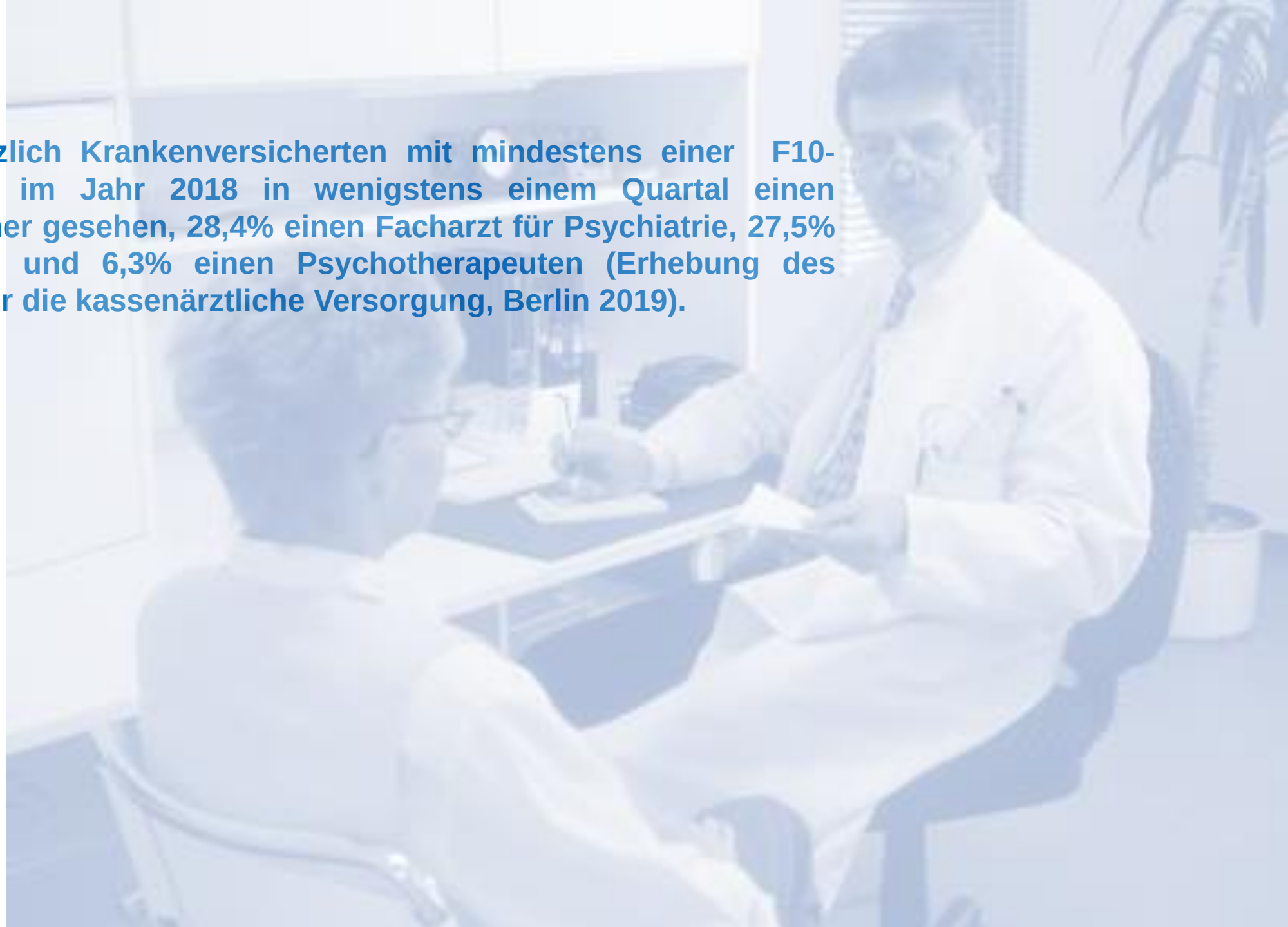


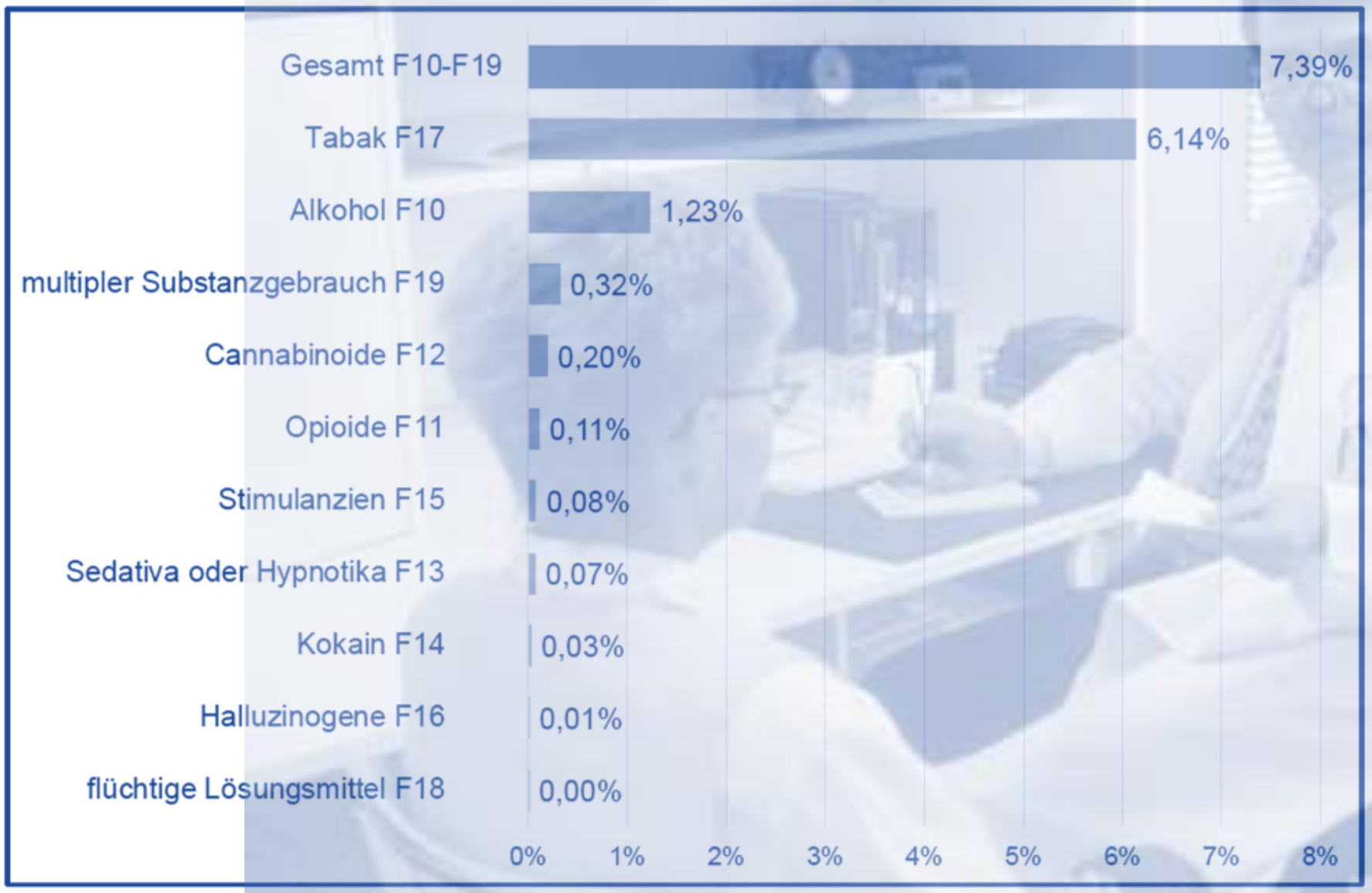
Report Psychotherapie (2020)



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2019

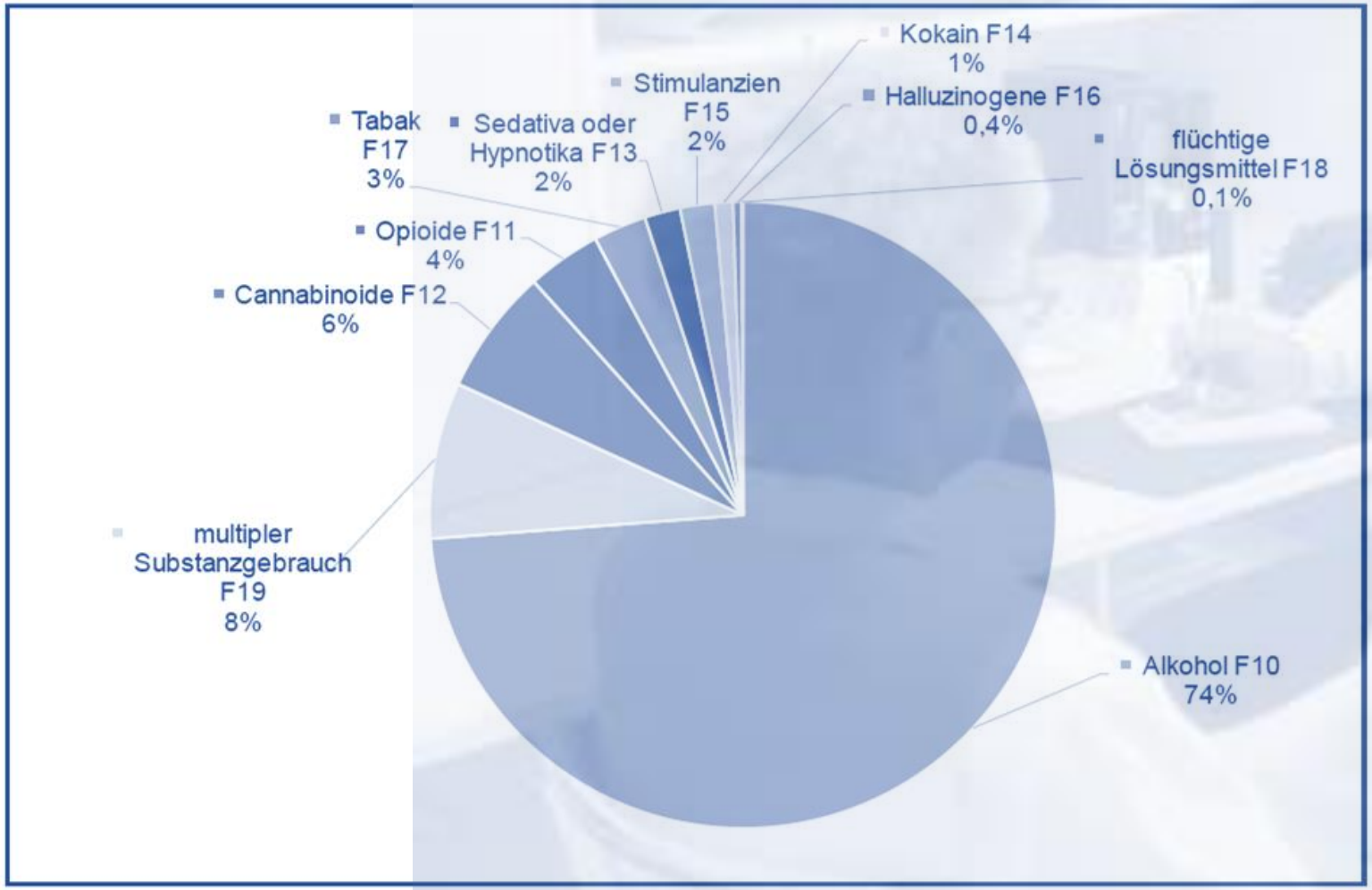
98,2% der gesetzlich Krankenversicherten mit mindestens einer F10-Diagnose haben im Jahr 2018 in wenigstens einem Quartal einen Allgemeinmediziner gesehen, 28,4% einen Facharzt für Psychiatrie, 27,5% einen Internisten und 6,3% einen Psychotherapeuten (Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Berlin 2019).





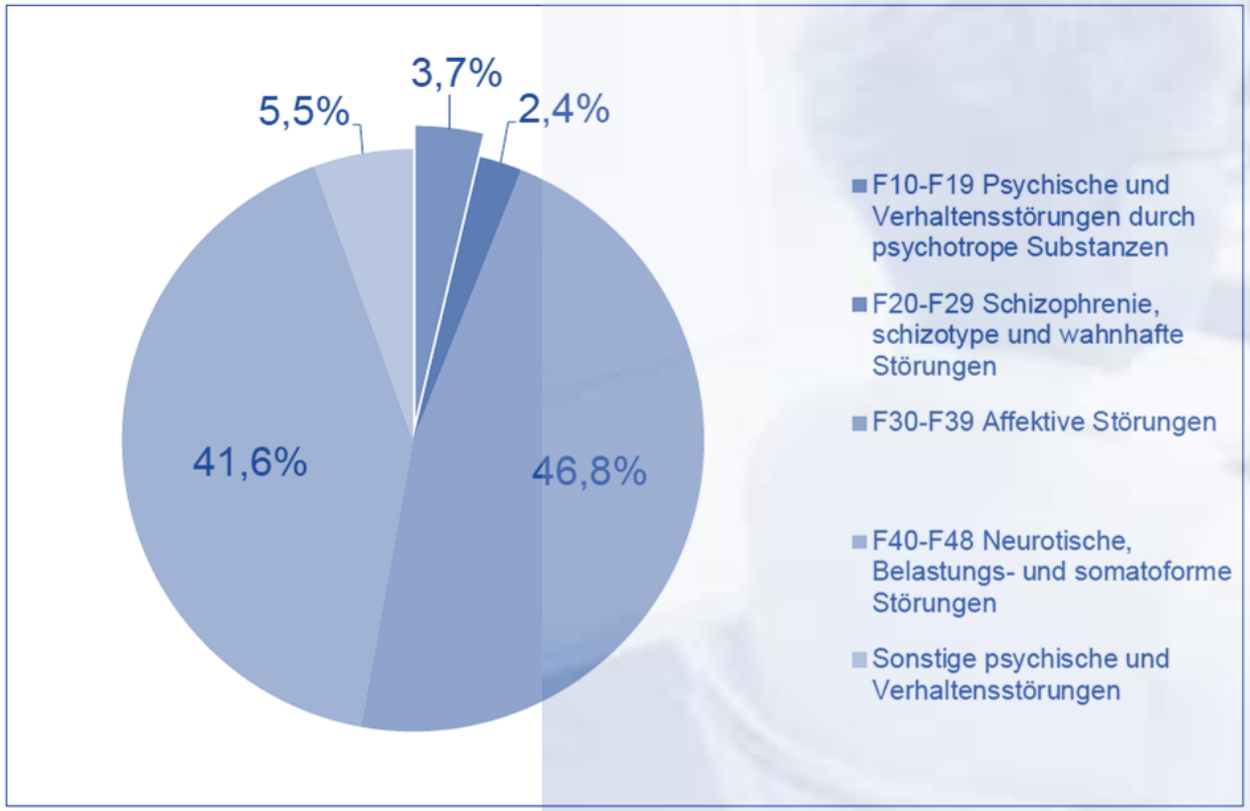
Quelle: DAK Gesundheitsreport 2019

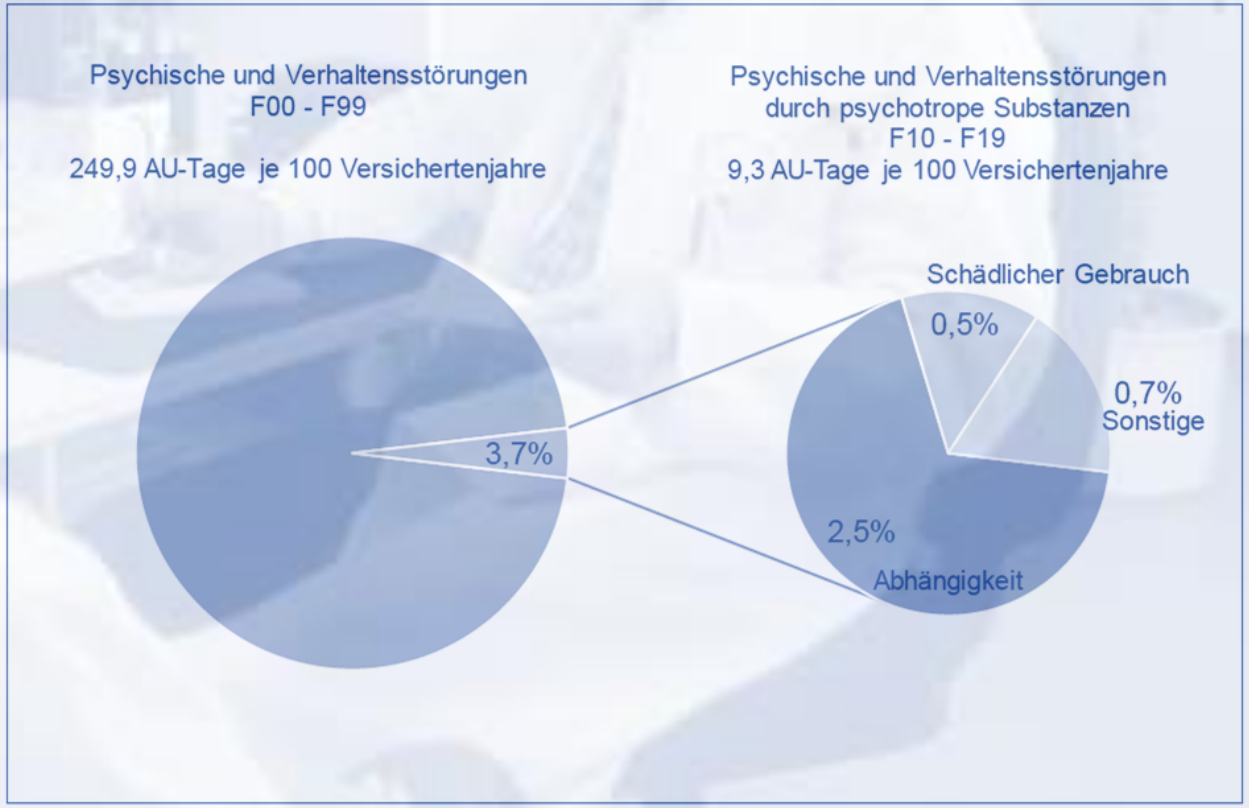
Anteil der Fehltage für einzelne Substanzgruppen an an allen Fehltagen der Gruppe F10-F19



Quelle: DAK Gesundheitsreport 2019

Anteil der Fehltage für unterschiedliche psychische Störungen (3,7% für Störungen durch psychotrope Substanzen)





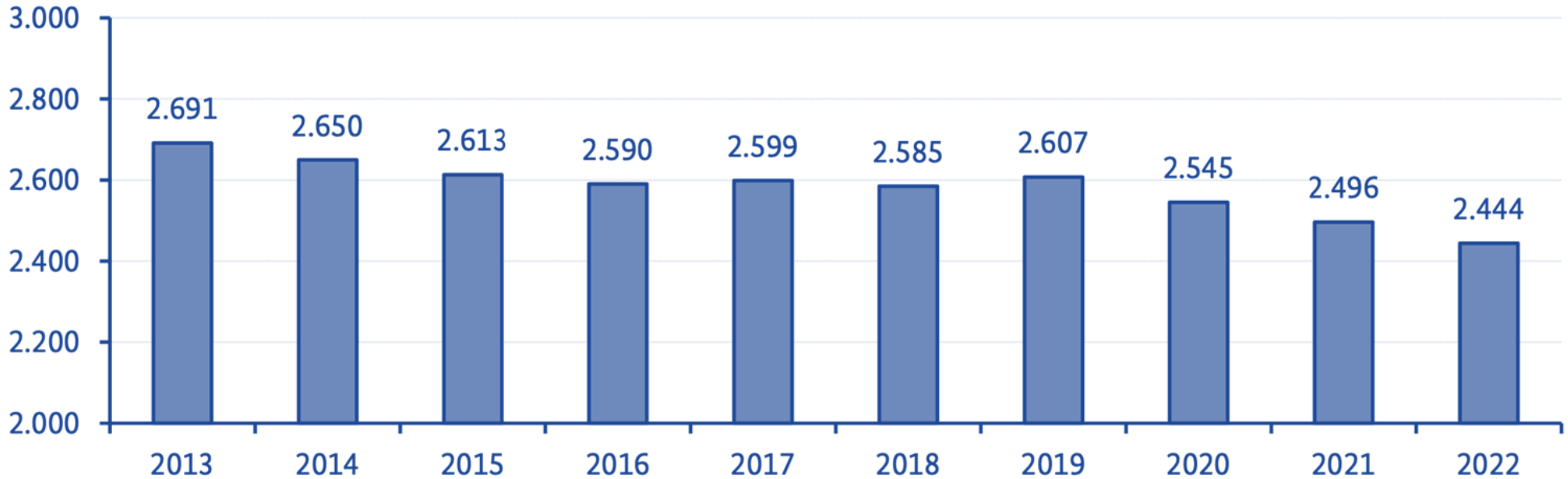
Quelle: DAK Gesundheitsreport 2019

Substitution

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2013 bis 2022 (jeweils Stichtag 1. Juli)

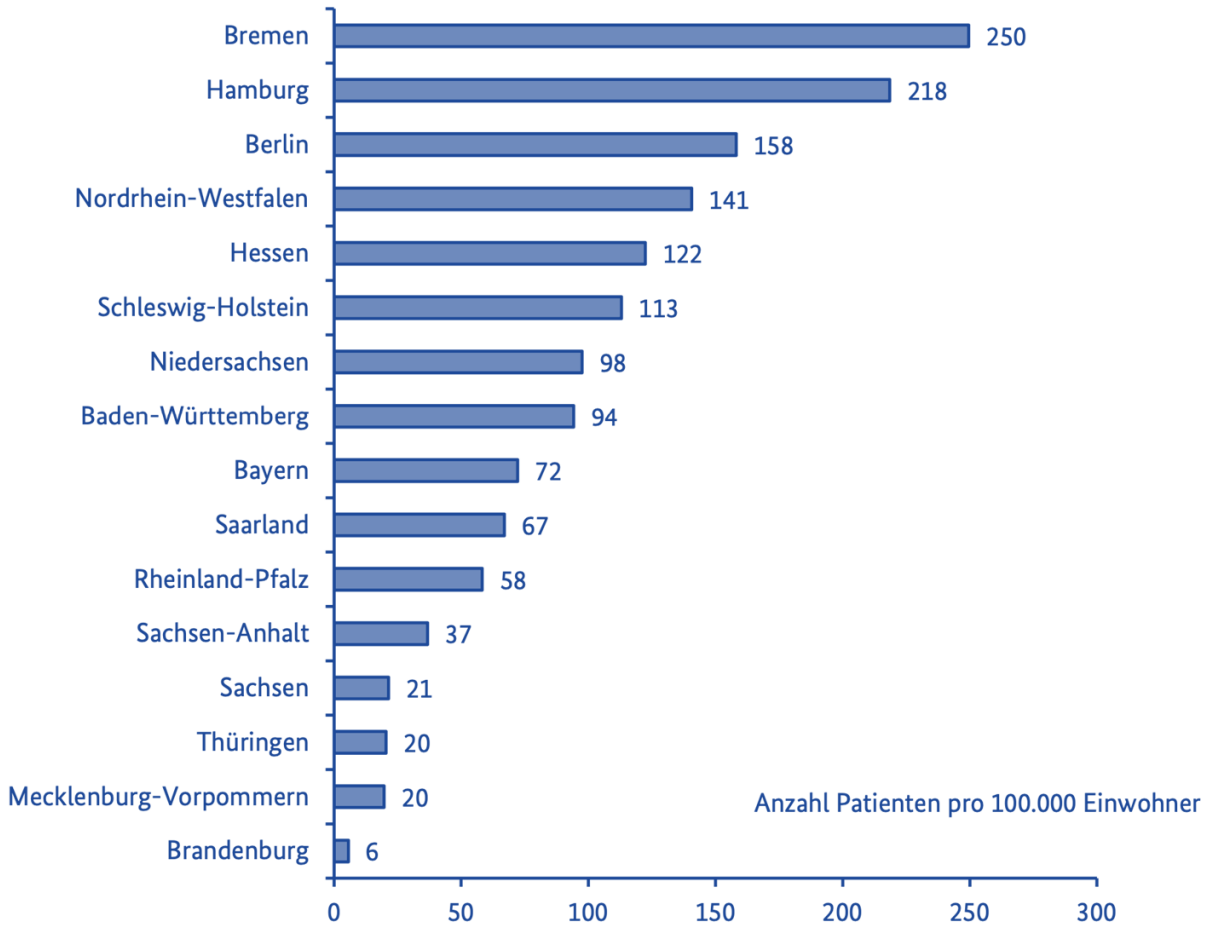
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte von 2013 bis 2022



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Gemeldete Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner (Stichtag 01.07.2022)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.07.2022	substituierende Ärzte in 2022
Baden-Württemberg	10.488	361
Bayern	9.514	330
Berlin	5.815	150
Brandenburg	142	19
Bremen	1.688	49
Hamburg	4.050	81
Hessen	7.704	203
Mecklenburg-Vorpommern	318	30
Niedersachsen	7.831	235
Nordrhein-Westfalen	25.210	681
Rheinland-Pfalz	2.394	75
Saarland	658	15
Sachsen	868	51
Sachsen-Anhalt	798	39
Schleswig-Holstein	3.303	102
Thüringen	432	23

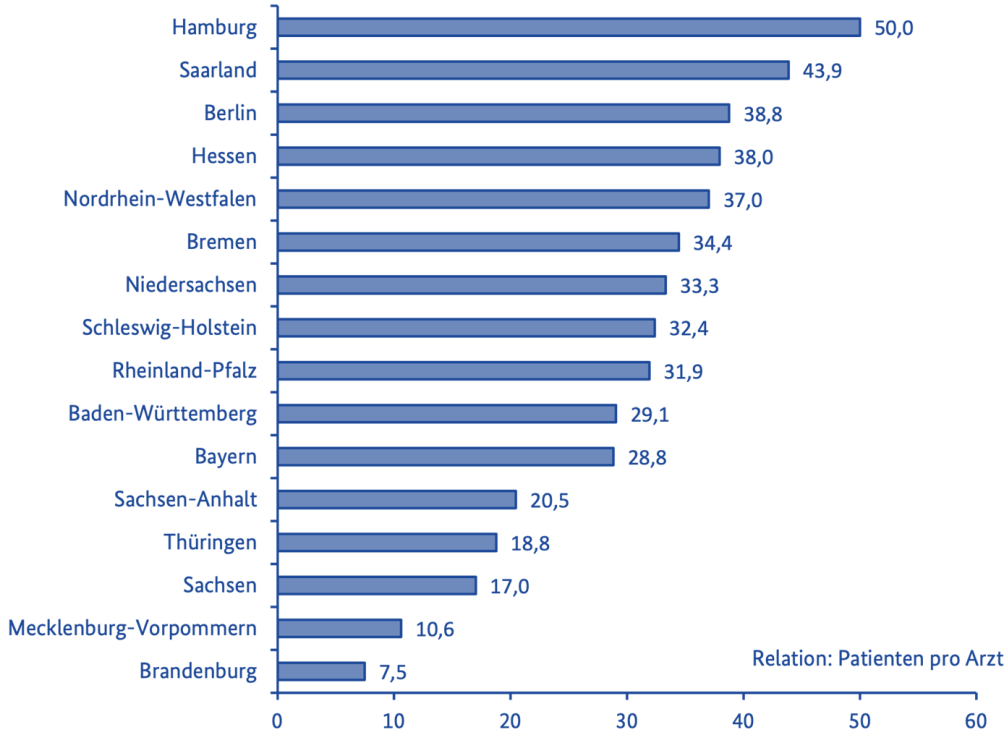
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.07.2020	substituierende Ärzte in 2020
Baden-Württemberg	10.435	384
Bayern	9.059	330
Berlin	5.823	137
Brandenburg	114	22
Bremen	1.759	54
Hamburg	3.938	83
Hessen	7.778	219
Mecklenburg-Vorpommern	304	30
Niedersachsen	7.758	249
Nordrhein-Westfalen	26.041	718
Rheinland-Pfalz	2.359	79
Saarland	664	18
Sachsen	767	45
Sachsen-Anhalt	712	35
Schleswig-Holstein	3.434	119
Thüringen	402	23

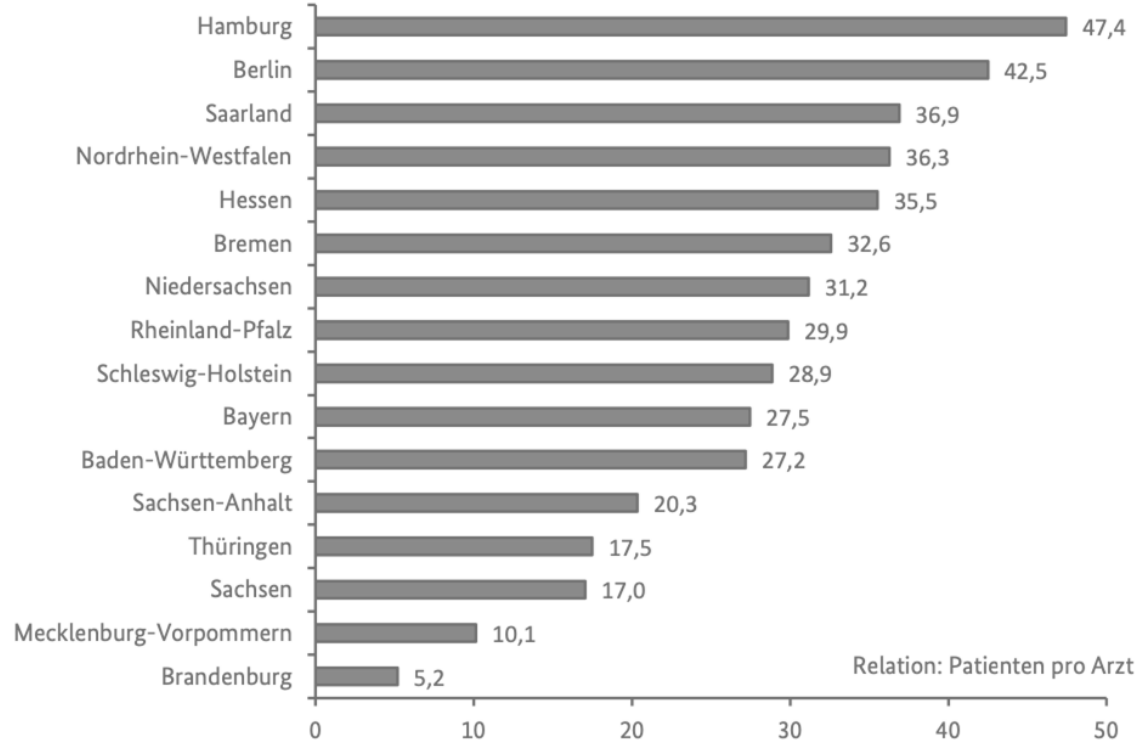
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2022)



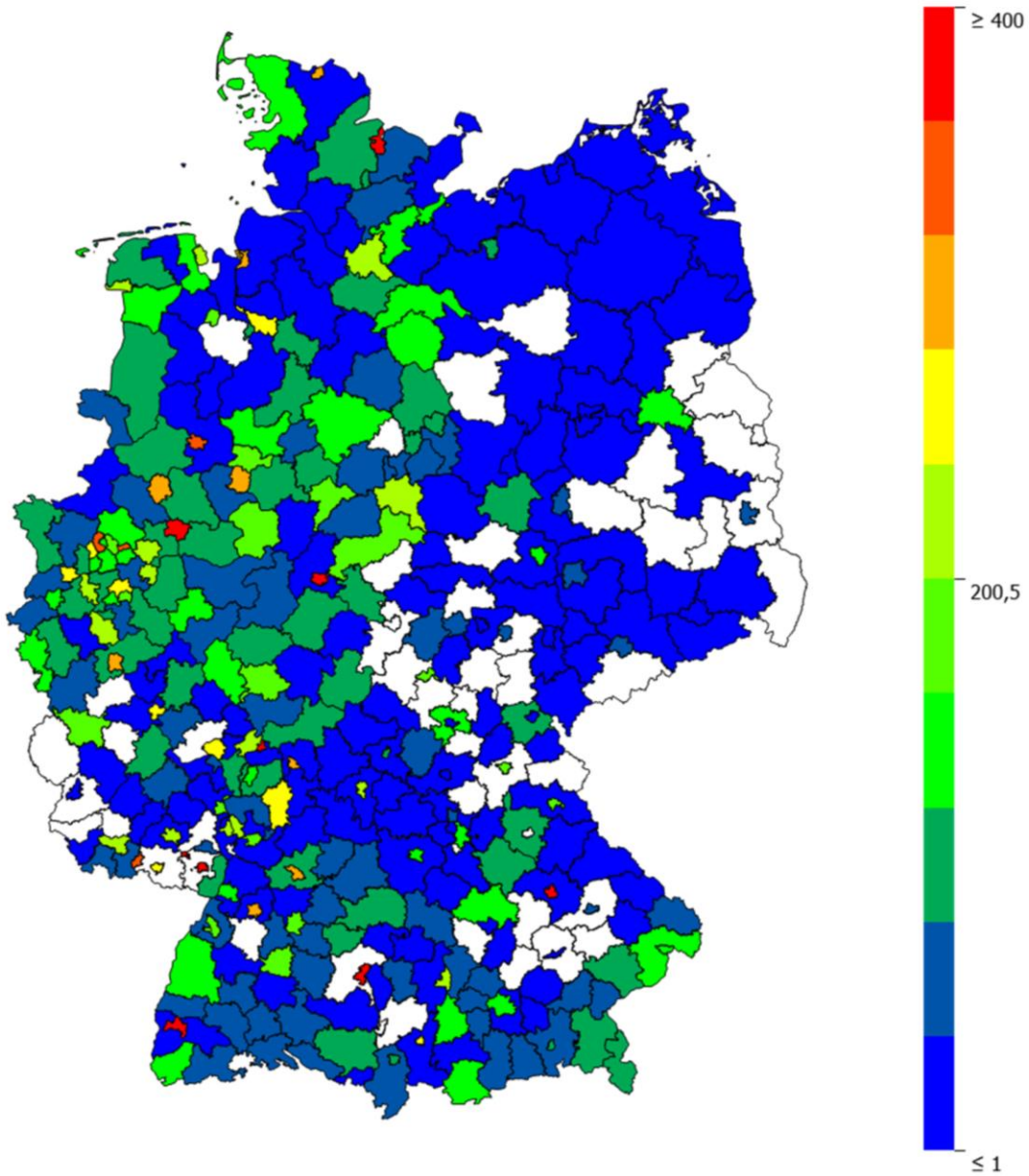
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patienten pro substituierendem Arzt (2020)

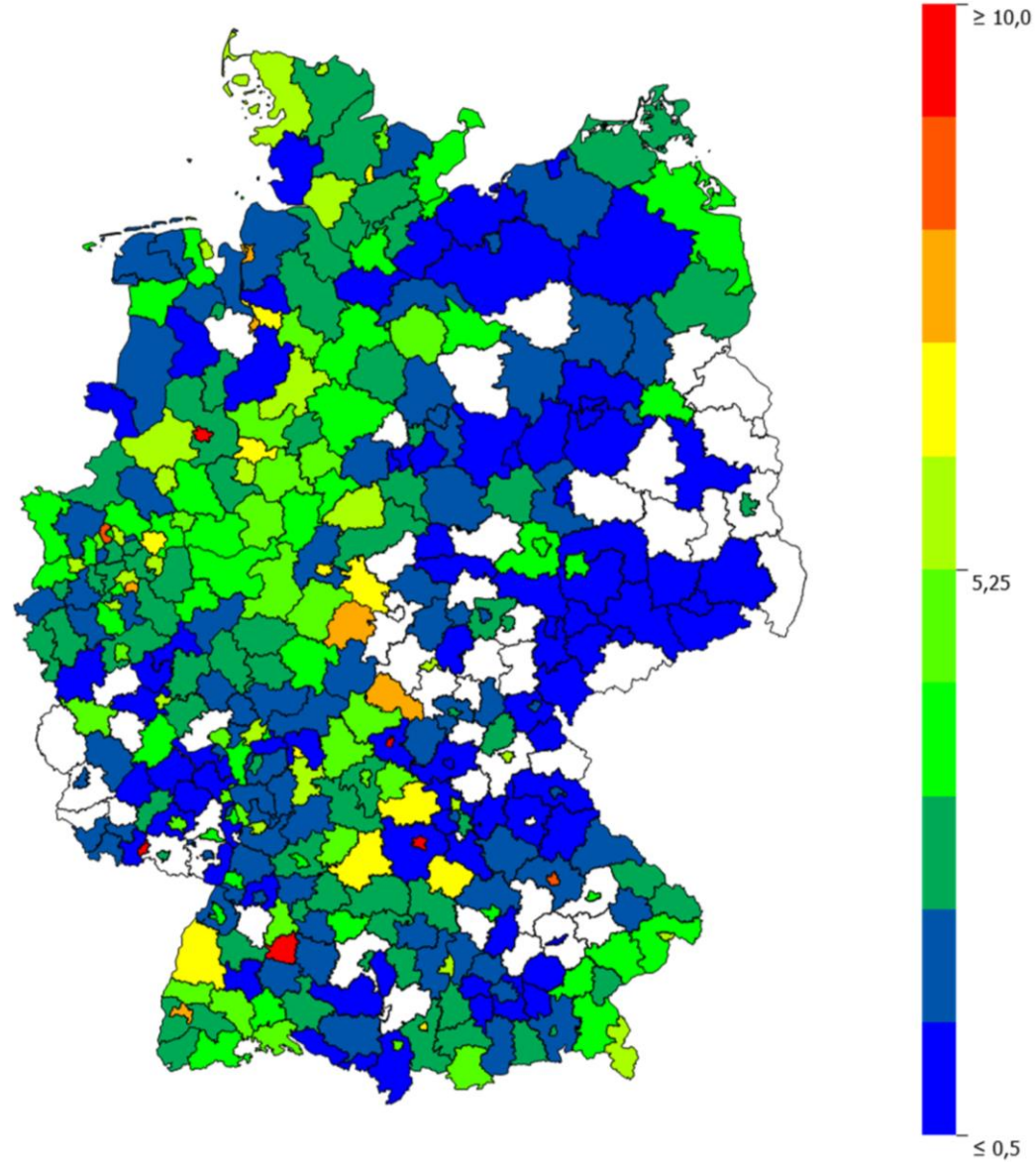


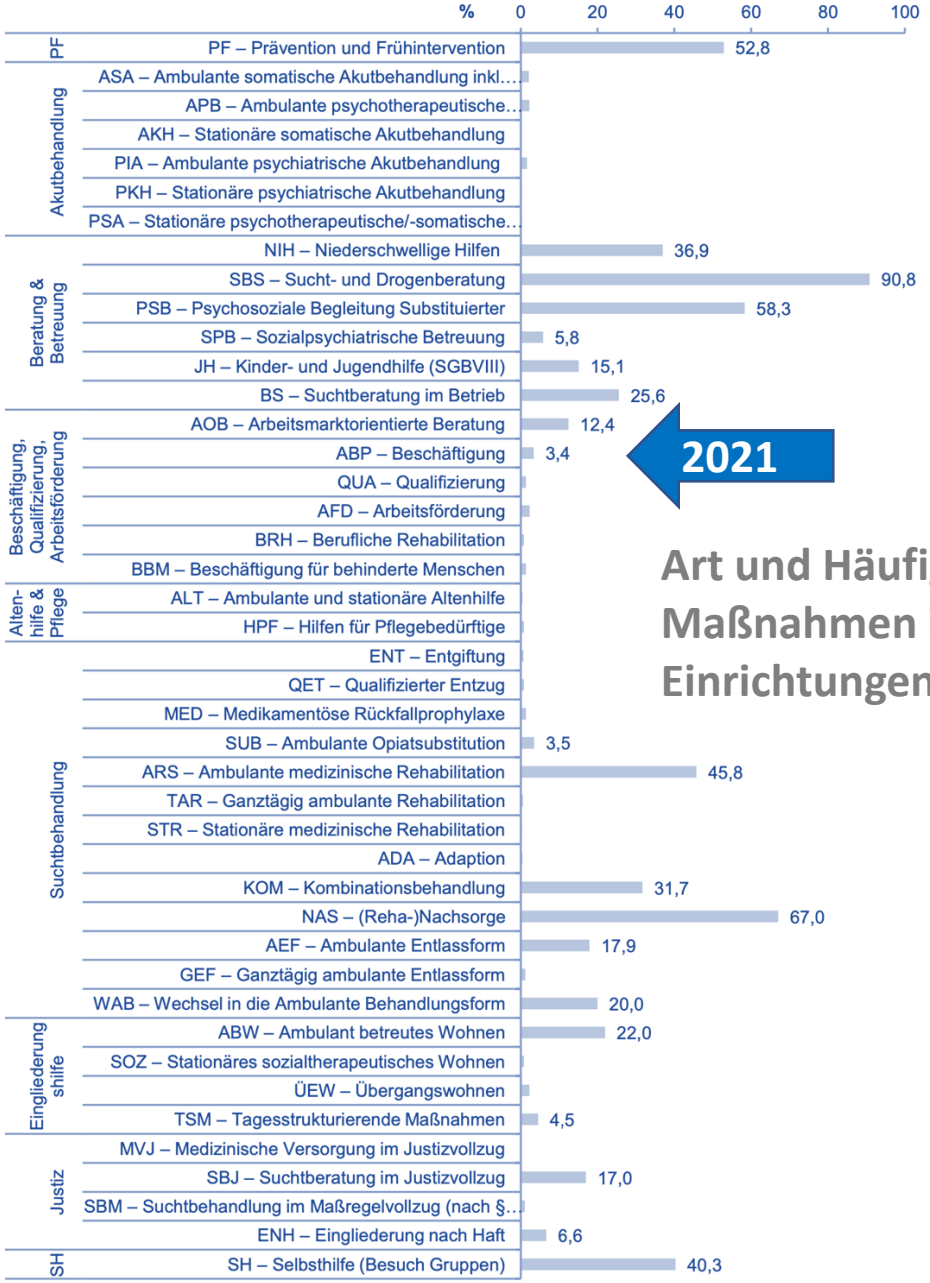
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten
pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt am Stichtag 1.01.2022

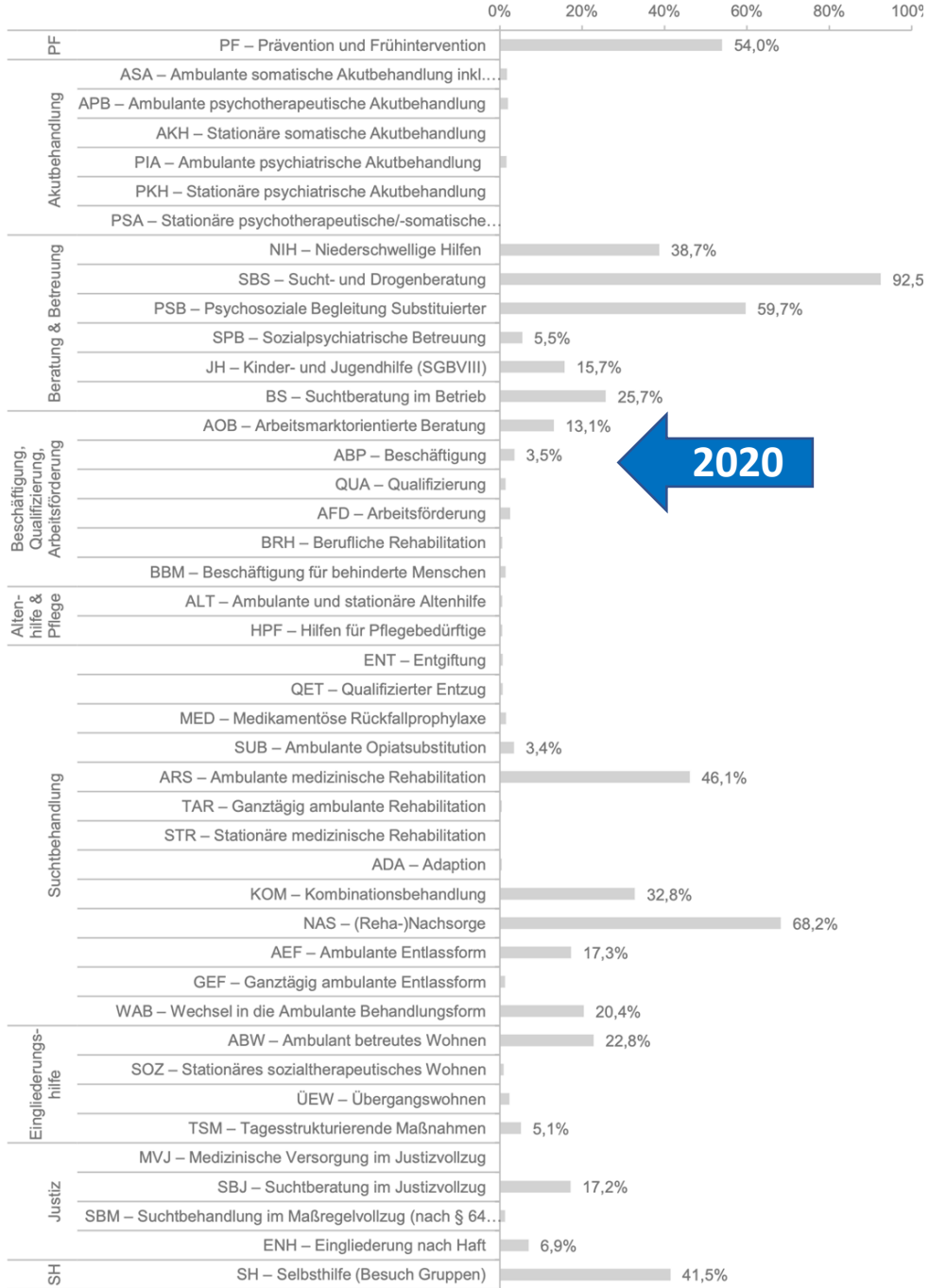


Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte
pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2022





Art und Häufigkeit der Maßnahmen in den ambulanten Einrichtungen



Statistische Erfassung der Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger

Z51.83 (Methadon- oder Buprenorphinsubstitution) als Zweit- bis Fünftdiagnose, 2018, DRV gesamt:

stationär:	211
ganztägig ambulant:	16
ambulant:	3

Ambulante Psychotherapie

Richtlinie

Gemeinsamer
Bundesausschuss

(Psychotherapie-Richtlinie)

in der Fassung vom 19. Februar 2009
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009
in Kraft getreten am 18. April 2009

zuletzt geändert am 20. November 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.02.2021 B1)
in Kraft getreten am 18. Februar 2021

D. Anwendungsbereiche

§ 22 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

(2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

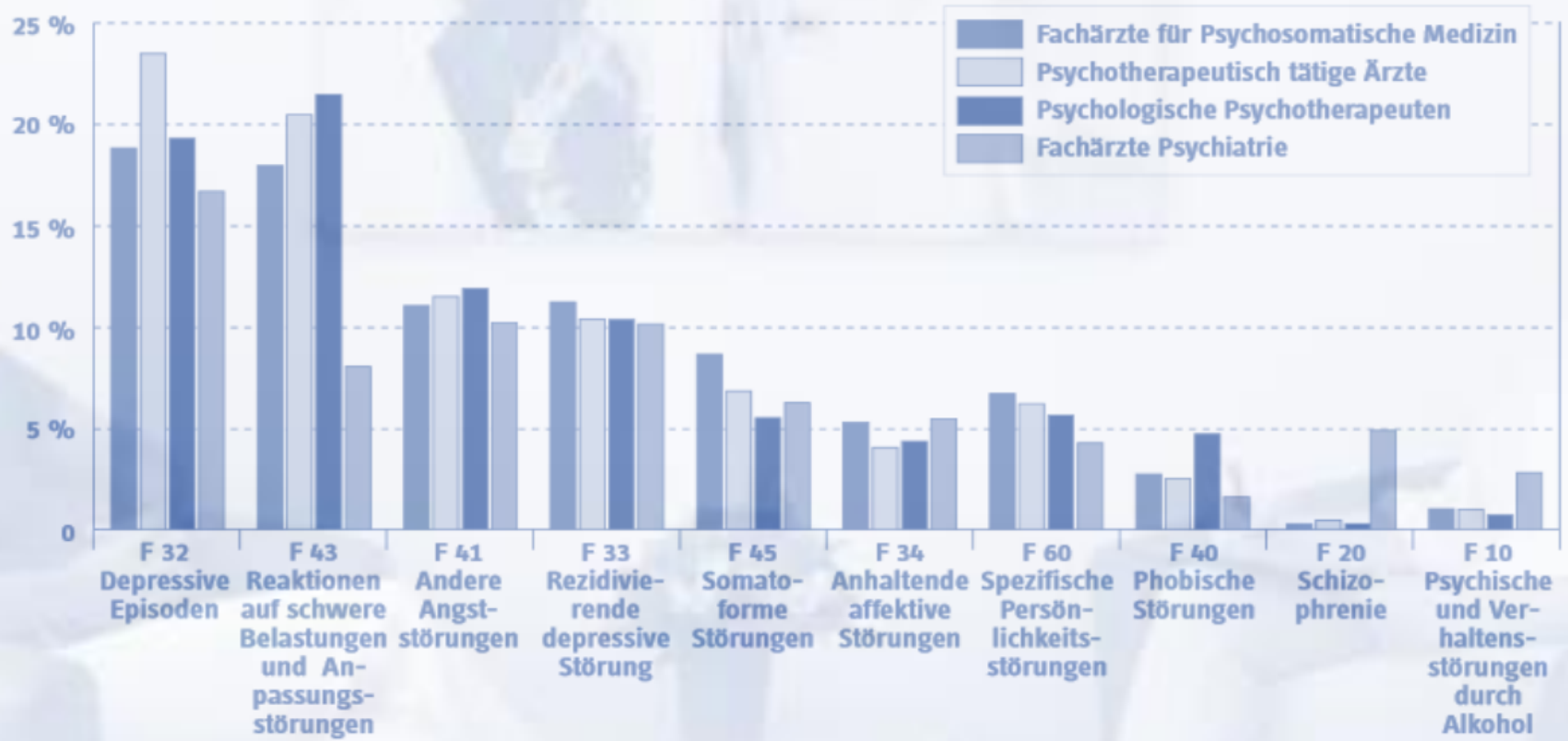
1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz.

Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen

Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.

1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung", Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufs- beziehungsweise Facharztgruppe



Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

Psychotherapeutengesetz (2020)

Nach dem Master

Approbationsprüfung, Titel: Psychotherapeut*in

Voraussetzung für anschließende Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in
Fachpsychotherapeut*innen dürfen sich niederlassen und mit den Krankenkassen abrechnen.

In Anlehnung an Isensee (2022)

Die Weiterbildung!

Muster-Weiterbildungsordnung
Psychotherapeut*innen

in der Fassung der Beschlüsse
des 38. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin (digital) am 24. April 2021

zuletzt geändert auf dem
40. Deutschen Psychotherapeutentag in Stuttgart am 14. und 15. Mai 2022

Grundlegende Prinzipien

(1) Die Weiterbildung wird im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mit „angemessener“ Bezahlung durchgeführt.

(2) Alle Bestandteile der Weiterbildung sind im Rahmen der hauptberuflichen Tätigkeit umzusetzen, gehören zur bezahlten Arbeitszeit und müssen vom Dienst- oder Arbeitgeber vorgehalten bzw. ermöglicht werden. Sie kann nach Maßgabe der jeweiligen WBO auch in Teilzeit abgeleistet werden (Gesamtdauer muss dabei Anforderungen an Vollzeitbeschäftigung entsprechen).

(3) Die Aufsicht für die Weiterbildung wird von der regional zuständigen Psychotherapeutenkammer wahrgenommen. Diese akkreditiert Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte und führt die Fachpsychotherapeut*innenprüfungen durch.

Gebietsweiterbildung

Abschnitt B: Rahmenvorgaben für die Gebiete

Weiterbildung in den Gebieten

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Psychotherapie für Erwachsene
Neuropsychologische Psychotherapie

Weiterbildungsdauer mindestens 60 Monate (Vollzeit)

mind. 24 Monate in der ambulanten Versorgung
mind. 24 Monate in der (teil-)stationären Versorgung
bis zu 12 Monate im institutionelle Bereich (optional)
(z. B. Jugend-, Suchthilfe oder Gemeindepsychiatrie)
bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet (optional)

Es sollen jährlich mindestens 1500 ambulante Weiterbildungsstellen in Praxen und MVZ (und mindestens so viele stationäre Weiterbildungsstellen) sowie Weiterbildungsstellen in Ambulanzen zur Verfügung stehen.

Weiterbildung in den Gebieten (Mindestzahlen)

- Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (20%)
- Psychotherapie für Erwachsene (75%)
- Neuropsychologische Psychotherapie (5%)

Definition	Das Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche umfasst kurative, präventive und rehabilitative Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Transitionsalter bis 21 Jahre mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Einbezug von Bezugspersonen in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen und -settings zur Erkennung und Behandlung von Erkrankungen, Entwicklungs- und Funktionsstörungen, zur Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit sowie der Teilhabe. Bei entsprechender Indikation oder zur Fortsetzung begonnener Therapien können auch ältere Patient*innen behandelt werden.
Weiterbildungszeit	Mindestens 60 Monate (bei Vollzeit-Weiterbildung), davon • mindestens 24 Monate in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche, • mindestens 24 Monate in Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Suchtrehabilitation oder weiteren Einrichtungen der (teil-)stationären psychotherapeutischen Versorgung, davon mindestens 12 Monate in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, • bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen, • bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet.

Definition	Das Gebiet Psychotherapie für Erwachsene umfasst kurative, präventive und rehabilitative Maßnahmen bei Erwachsenen in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen und -settings zur Erkennung und Behandlung von Erkrankungen und Funktionsstörungen zur Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit sowie der Teilhabe mit Mitteln der Psychotherapie.
Weiterbildungszeit	Mindestens 60 Monate (bei Vollzeitweiterbildung), davon • mindestens 24 Monate in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene • mindestens 24 Monate in Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Suchtrehabilitation oder weiteren Einrichtungen der (teil-)stationären psychotherapeutischen Versorgung • bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen • bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet

Definition	Neuropsychologische Psychotherapie umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von kognitiven, behavioralen und emotional-affektiven Störungen bei verletzungs- oder erkrankungsbedingten Hirnfunktionsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biografischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen sowie den sozialen, schulischen und beruflichen Anforderungen zur Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit sowie der Teilhabe.
Weiterbildungszeit	60 Monate (bei Vollzeitweiterbildung) an zugelassenen Weiterbildungsstätten oder Verbünden der neuropsychologischen Versorgung, davon • mindestens 12 Monate in einer stationären/teilstationären Einrichtung und mindestens 12 Monate in einer multidisziplinär arbeitenden Einrichtung • mindestens 24 Monate in einer ambulanten Einrichtung • bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen • bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet

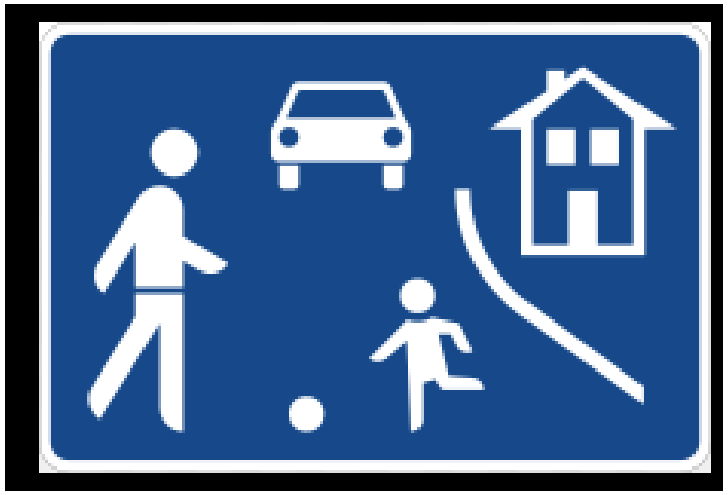
Zeitlicher Umfang der Weiterbildung

Theoretische Weiterbildung	500 Stunden Unterricht Mindestens 350 Stunden im vertiefenden Psychotherapieverfahren und mindestens 48 Stunden in Gruppenpsychotherapie
Selbsterfahrung	
Durchführung von Psychotherapie	60 dokumentierte (Erst-) Untersuchungen und 100 Behandlungsfälle unter Supervision davon mindestens 40 stationär und mindestens 600 Stunden KZT und LZT 200 Stunden Gruppenpsychotherapie 150 Stunden Einzel- oder Gruppensupervision

In Anlehnung an Isensee (2022)

Bereichsweiterbildung

Alle „Bereichsweiterbildungen“ werden auch aktuell (oder zeitnah) schon für KJP und PP (nach der Ausbildung) angeboten. Nach Abschluss der Weiterbildung darf die entsprechende „Zusatzbezeichnung“ geführt werden.



Spezielle Schmerzpsychotherapie

D

Definition	Die spezielle Schmerzpsychotherapie beinhaltet die Diagnostik psychischer Merkmale, Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie die speziell auf Schmerz und seine neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozesse ausgerichteten psychotherapeutischen Behandlungen. Die Weiterbildung soll Kenntnisse und Kompetenzen für eine wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik und Therapie bei Patient*innen mit Schmerzen vermitteln. Weiter soll damit die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen in der Versorgung tätigen Berufsgruppen (z. B. Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) gefördert werden.
Weiterbildungszeit	Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten in zugelassenen Weiterbildungsstätten für Spezielle Schmerzpsychotherapie unter Anleitung eines in diesem Bereich weitergebildeten Weiterbildungsbefugten.
Weiterbildungsvoraussetzung	Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in
Weiterbildungsstätten	Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Praktische Weiterbildung werden gemäß § 13 zugelassen): Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und/oder stationären Versorgung von Patienten mit Schmerzen, die auf den Schmerz bezogene psychotherapeutische Behandlungen durchführen.

Quelle: BPtK

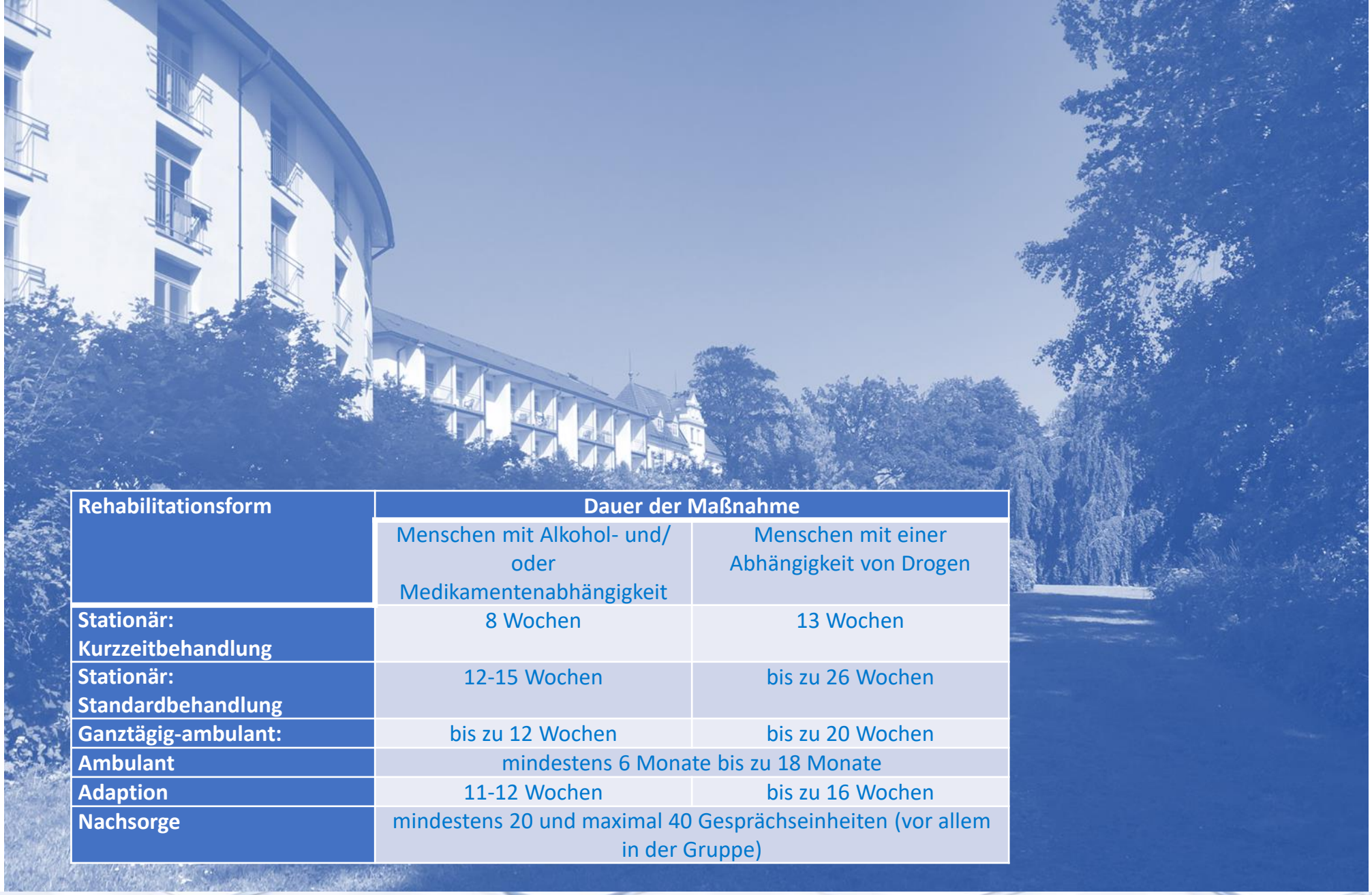
Sozialmedizin

D

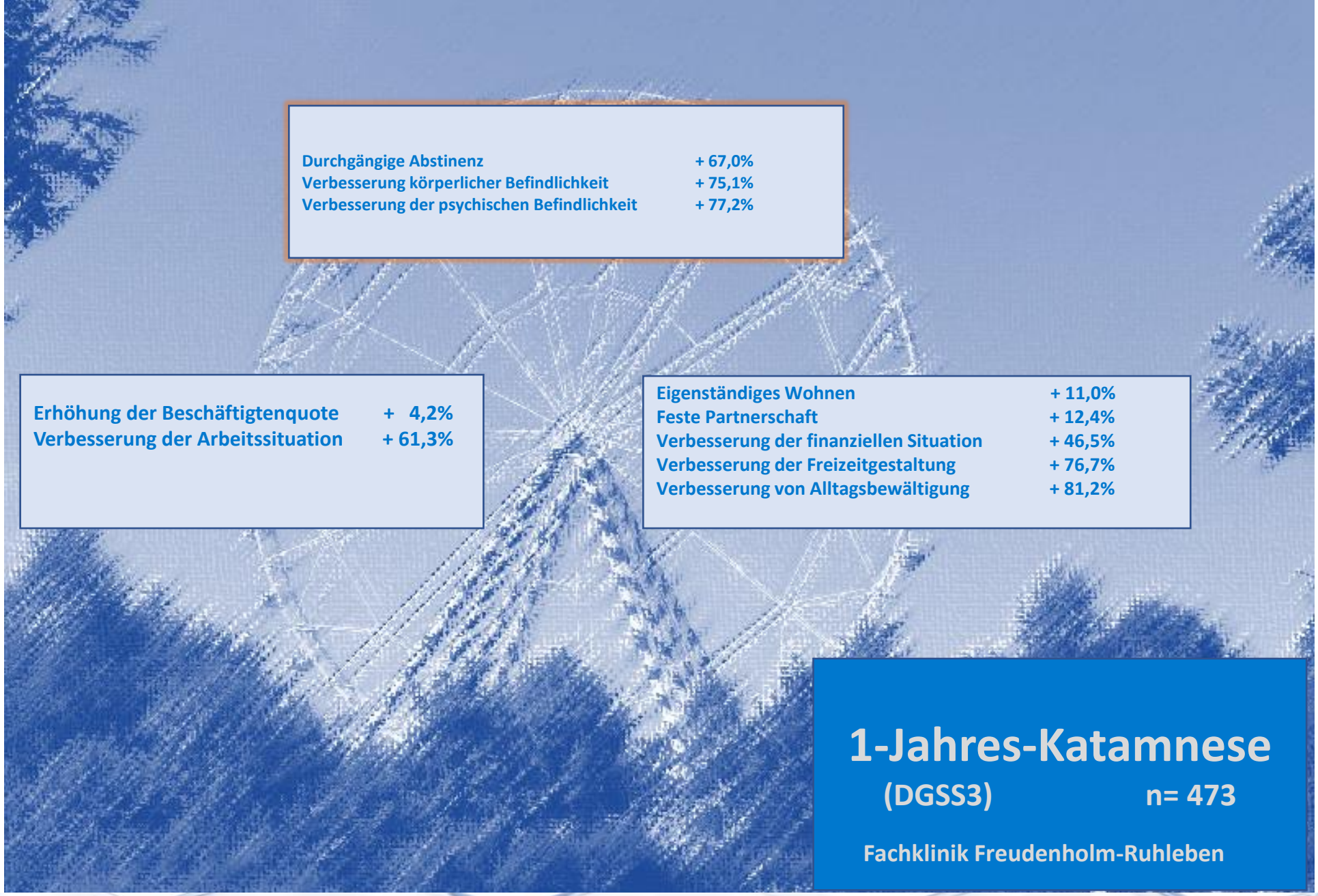
Definition	Die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin umfasst die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger. Die Weiterbildung soll Kenntnisse übergreifender Inhalte der Sozialmedizin, der sozialen Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen, der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, der arbeitsmedizinischen und -psychologischen Grundlagen und der Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen vermitteln sowie Kompetenzen zu deren Anwendung in psychotherapeutischen Stellungnahmen und Gutachten.
Weiterbildungszeit	Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten
Weiterbildungsvoraussetzung	Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in
Weiterbildungsstätten	Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Praktische Weiterbildung werden gemäß § 13 zugelassen): Einrichtungen, in denen ein breites Spektrum von Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, im sozialmedizinischen Zusammenhang beurteilt wird.

Quelle: BPtK

Medizinische Rehabilitation



Rehabilitationsform	Dauer der Maßnahme	
	Menschen mit Alkohol- und/ oder Medikamentenabhängigkeit	Menschen mit einer Abhängigkeit von Drogen
Stationär: Kurzzeitbehandlung	8 Wochen	13 Wochen
Stationär: Standardbehandlung	12-15 Wochen	bis zu 26 Wochen
Ganztägig-ambulant:	bis zu 12 Wochen	bis zu 20 Wochen
Ambulant	mindestens 6 Monate bis zu 18 Monate	
Adaption	11-12 Wochen	bis zu 16 Wochen
Nachsorge	mindestens 20 und maximal 40 Gesprächseinheiten (vor allem in der Gruppe)	


Durchgängige Abstinenz + 67,0%
Verbesserung körperlicher Befindlichkeit + 75,1%
Verbesserung der psychischen Befindlichkeit + 77,2%
Erhöhung der Beschäftigtenquote + 4,2%
Verbesserung der Arbeitssituation + 61,3%
Eigenständiges Wohnen + 11,0%
Feste Partnerschaft + 12,4%
Verbesserung der finanziellen Situation + 46,5%
Verbesserung der Freizeitgestaltung + 76,7%
Verbesserung von Alltagsbewältigung + 81,2%
1-Jahres-Katamnese
(DGSS3) n= 473
Fachklinik Freudenholm-Ruhleben

	Arbeitsfähigkeit	Berufsfähigkeit	Erwerbsfähigkeit
Stationäre Rehabilitation Alkohol (und Medikamente)	N=13.587 69,6%	N= 13.424 76,7%	N= 13.387 82,5%
Stationäre Rehabilitation Drogen	N=3023 89,4%	N=3009 89,3%	N=3009 93,6%
Ambulante Rehabilitation Alkohol, Drogen	-	-	-
Ganztägig ambulante Rehabilitation Alkohol, Drogen	-	-	N=471 93.4%

(Veltrup & John, 2020
Fachverband Sucht, 2017)

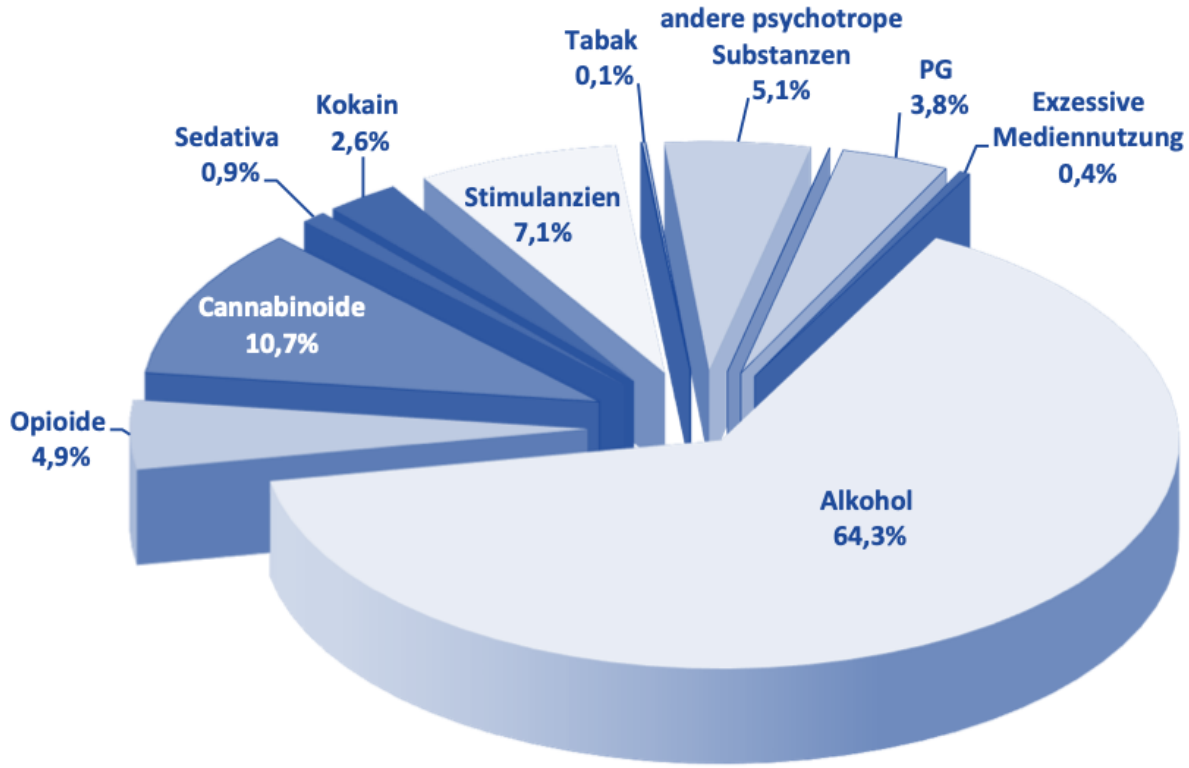
Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

→ für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung

→ Stand: März 2016

ETM	Bezeichnung	Mindestdauer	Mindestanteil
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	mind. 25 Min. pro Woche	mind. 90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	mind. 240 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	mind. 90 Min. pro Woche	mind. 90%
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	mind. 45 Min. pro Woche	mind. 75 %
06	Tabakentwöhnung	mind. 250 Min. pro Reha	mind. 15 %
07	Entspannungsverfahren	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 40 %
08	Bewegungstherapie	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 70 %
09	Gesundheitsbildung	mind. 300 Min. pro Reha	mind. 80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien	mind. 100 Min. pro Woche	mind. 70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 30 Min. pro Reha	mind. 90 %

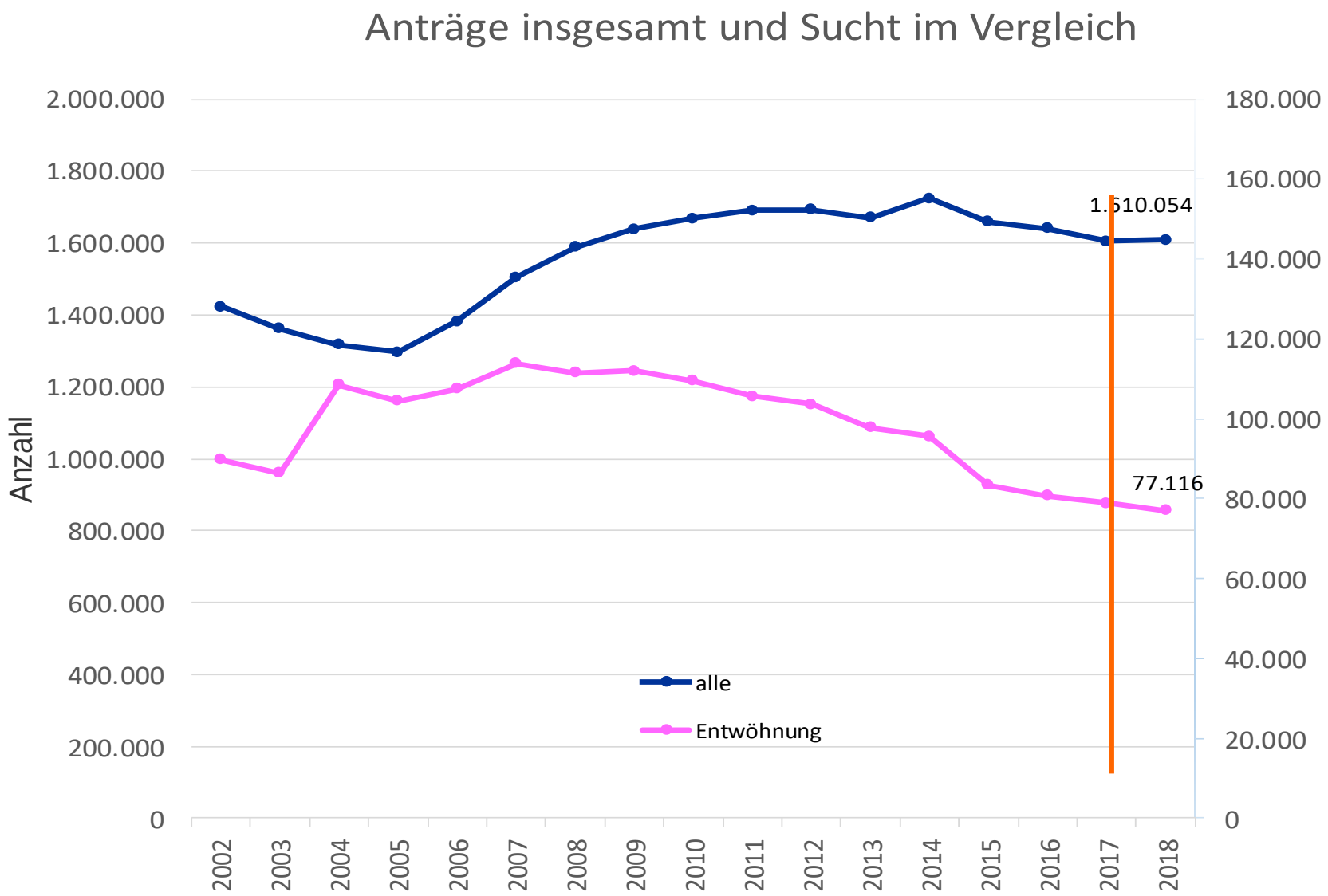
Deutsche Rentenversicherung
Rehabilitation – mit Sicherheit Qualität

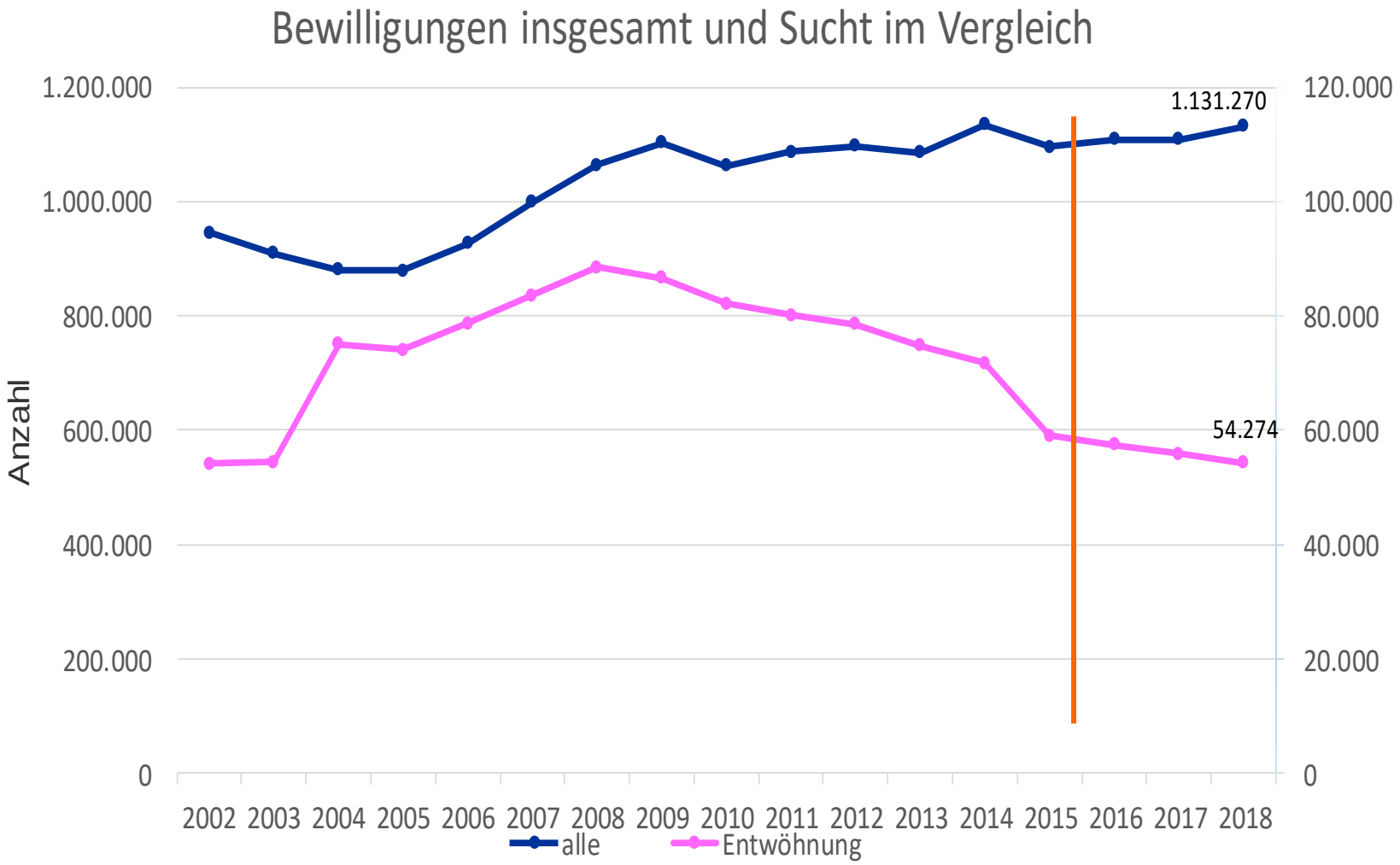


PG=Pathologisches Glücksspielen

Abbildung 6. Verteilung der Hauptdiagnosen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

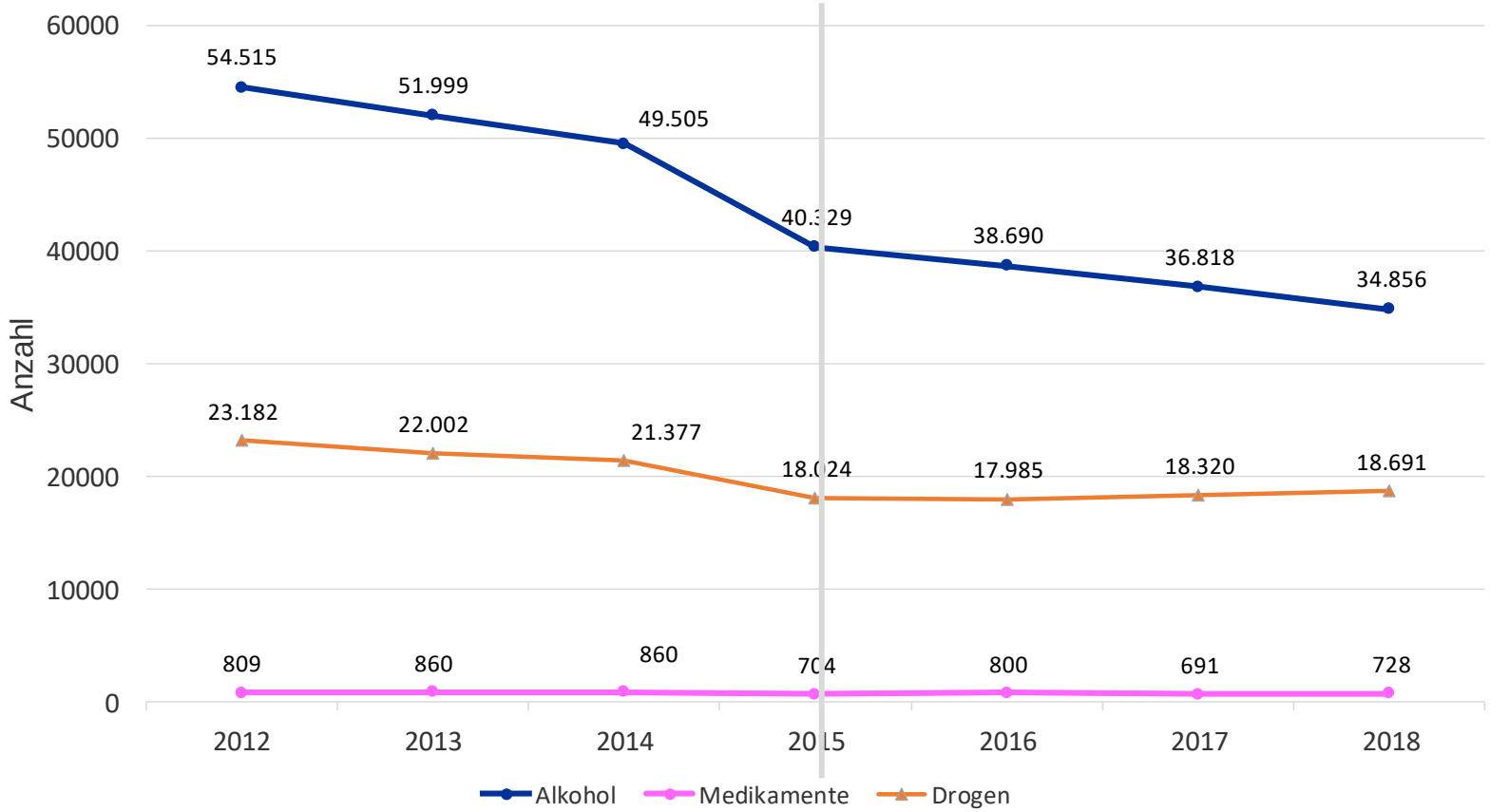
Deutsche Suchthilfestatistik 2019


Anträge insgesamt und Sucht im Vergleich
Anzahl
2.000.000
1.800.000
1.600.000
1.400.000
1.200.000
1.000.000
800.000
600.000
400.000
200.000
0
180.000
160.000
140.000
120.000
100.000
80.000
60.000
40.000
20.000
0
1.610.054
77.116
alle
Entwöhnung
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018


Bewilligungen insgesamt und Sucht im Vergleich
1.200.000
1.000.000
800.000
600.000
400.000
200.000
0
120.000
100.000
80.000
60.000
40.000
20.000
0
Anzahl
1.131.270
54.274
2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018
alle
Entwöhnung

Bewilligte Entwöhnungen nach Suchtmittel

ab 2015 ohne Adaption, Nachsorge



Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Neuerungen durch Flexirentengesetz:

- Kinderrehabilitation ist eine Pflichtleistung
- ambulante Kinderrehabilitation
- Nachsorge nach Kinderrehabilitation
- keine Indikationseinschränkungen mehr
- Erarbeitung von Richtlinien

Eckpunkte zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen

eher ältere Jugendliche und junge Erwachsene*

Zugangswege u.a. über Suchtberatungsstellen, behandelnder Arzt, jugendpsychiatrische Behandlung

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch

eher nicht in Fachabteilungen für abhängigkeitskranke Erwachsene

Leitung: FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (alternativ FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendpsychotherapie)

Perspektive: gemeinsames Rahmenkonzept (mit GKV)

*bis zum vollendeten 27. Lebensjahr

Die Fallzahlen aus den unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystems zeigen, dass nur ein Teil der Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland den Weg zu spezialisierten Hilfen und Angeboten findet. Es ist daher zu vermuten, dass viele betroffene Menschen entweder eigene oder keine Wege zum Umgang mit der Problematik finden oder dass sie in anderen Teilen der medizinischen und psychosozialen Versorgung Hilfe finden bzw. sie erst Jahre nach dem Beginn einer Suchtstörung gezielte Unterstützung erhalten. Man kann u.a. davon ausgehen, dass in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung (bspw. bei Hausärzten und in Allgemeinkrankenhäusern) Menschen mit Suchtproblemen „unspezifisch“ behandelt werden. Damit ist nicht gemeint, dass es sich um eine qualitativ schlechte Versorgung handelt, sondern dass eine möglicherweise vorhandene Suchtproblematik nicht primär im Fokus der Behandlung steht.
DHS (2019, S.5)

Zugangsproblematik

3

(Psycho-)Soziale Versorgungsstrukturen und Hilfesysteme				
Versorgungsbereich/ -sektor			Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen
Psycho-soziale Versorgung	ambulant	Hausärztliche Versorgung	Hausarztpraxen	Hausarzt mit suchtmedizinischer Qualifikation
		Aufsuchende Hilfen	Streetworker	Aufsuchende suchtspezifische Hilfen
			Komplementäre Dienste	
			Ambulant betreutes Wohnen, Ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ergotherapeuten	
		Kontakt-Angebote/-Stätten/ niedrigschwellige Hilfen	Telefon-Seelsorge	Suchtspezifische Kontaktangebote/ -Stätten/ niedrigschwellige Hilfen
			Internetbasierte Kontaktangebote	
			(soziale) Kontaktstätten/ Kontakt-Cafés	
			Tagesstätten	
			Übernachtungsstätten	
			Sonst. Niedrigschwellige Kontaktangebote	
		Beratungseinrichtungen	(Psycho-)soziale Beratungsstellen (inkl. Familien-/Erziehungs-/Schuldner-Beratung u.a.)	Suchtberatungsstellen
			Gesundheitsberatungsstellen, öffentlicher Gesundheitsdienst	
			(gemeinsame) Reha-Servicestellen	
		Betriebliche Sozialdienste	Betriebliche Sozial- und Beratungsdienste	Betriebliche Suchtberatung
		Verkehrspsychologische Beratung/ Begutachtung	Verkehrspsychologische Beratungs-/ Begutachtungsstellen	
		Sozialpsychiatrische Versorgung	Sozialpsychiatrische Dienste	
	stationär	Komplementäre Betreuungseinrichtungen	Sozialtherapeutische Wohnheime	Komplementäre Einrichtungen für Suchtkranke
			Übergangseinrichtungen	
			Sonstige	
Sonstige Hilfe-Systeme		Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Arbeitsagenturen/ Jobcenter/ Rentenversicherung	Suchtspezifische Einrichtungen der sonstigen Hilfesysteme
			Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation	
			Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	
			sonstige	
		Kinder- und Jugendhilfe		
		Schulsozialarbeit		
		Altenhilfe		
		Familienhilfe		
		Wohnhilfe		
		Sonstige Hilfen	z.B. AK für häusliche Gewalt	
Selbsthilfe			Selbsthilfegruppen für Betroffene	SHG für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen/ Störungen
			Selbsthilfegruppen für Angehörige	SHG für Angehörige von Menschen mit alkoholbezogenen Problemen

Suchthilfesystem

Volker Weissinger, Clemens Veltrup, *Klaus Amann,* **Erika Baum, Gallus Bischof, Heribert Fleischmann, Ulrich Frischknecht, Arthur Günthner, Rita Hansjürgens, Werner Höhl,** *Bettina Jäpel, Gerhard Längle,* **Michael Müller-Mohnssen, Ariane Schulte, Rainer Thomasius, Irmgard Vogt, Tina Wessels, Falk Kiefer, Sabine Hoffmann (2020)**

„ Das Suchthilfesystem ist immer komplexer geworden und durch unterschiedliche leistungsrechtliche Vorgaben in den einzelnen Bereichen mittlerweile stark „segmentiert“. Damit ist gemeint, dass eine sinnvolle Verzahnung von verschiedenen Hilfen und Maßnahmen teilweise schwierig ist, insbesondere wenn dabei unterschiedliche Sozialleistungsbereiche tangiert werden. Es entstehen sog. „Schnittstellenprobleme“, bspw. beim nahtlosen Übergang von der Akutbehandlung in die medizinische Rehabilitation oder bei der Weitervermittlung in Maßnahmen der Arbeitsförderung nach einer medizinischen Reha. Auch für „Profis“ im Sozialdienst ist es nicht immer leicht, hier den Überblick zu behalten, alle aktuellen normativen Vorgaben zu kennen und individuell notwen-dige Weitervermittlung in nachgelagerte Hilfen und Maßnahmen zu organisieren“ (DHS, 2019, 5)

Schnittstellenproblematik

Bundesministerium
für Gesundheit

Entlassmanagment

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Um hier Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.

Bundesministerium
für Gesundheit

Entlassmanagment

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ist zum 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden. Danach haben Krankenhäuser zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientinnen und Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche durch die Anwendung eines geeigneten Assessments den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan aufzustellen. Für Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen sind differenzierte Assessments und spezifische Standards vorzusehen (bspw. bei Patienten mit Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung). Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Anschlussmedikation, fortdauernder Arbeitsunfähigkeit und anderer verordnungs- bzw. veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. SAPV, Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe).

Nahtlosverfahren qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsame Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug zur Suchtrehabilitation herausgegeben. Dabei soll der Übergang vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtungen durch ein Nahtlosverfahren nahtlos erfolgen. Ziel ist es, zukünftig Drehtüreffekte möglichst zu vermeiden und die Inanspruchnahme von Suchtrehabilitationen zu steigern. Die Handlungsempfehlungen, die auf regionaler Ebene umzusetzen sind, sind am 01.08.2017 in Kraft getreten.

Krankenhäuser spielen wichtige Rolle

Bei dem Nahtlosverfahren spielen insbesondere die Krankenhäuser eine wichtige Rolle. Nur bei rechtzeitiger Einleitung durch die Ärzte und den Sozialdienst des Krankenhauses einschließlich der Organisation der nahtlosen Weiterbehandlung kann das Nahtlosverfahren in der Praxis funktionieren. Dies setzt die gute Kooperation mit der voraussichtlich aufnehmenden Entwöhnungseinrichtung und den Rehabilitationsträgern voraus.

Begleitete Verlegung vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung

„Herzstück" der Empfehlungen bildet die begleitete Verlegung vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung, das heißt, die Patienten werden von Mitarbeitern der Entwöhnungseinrichtung oder einer Suchtberatungsstelle bei der Anreise begleitet.

vdek Die Ersatzkassen

2020

Akutbehandlung

Behandlung durch Hausarzt

Entzugsbehandlung

Suchtberatung

Suchtrehabilitation

(Soziale oder medizinische Rehabilitation)

Suchtselbsthilfe

Gestufte Versorgung

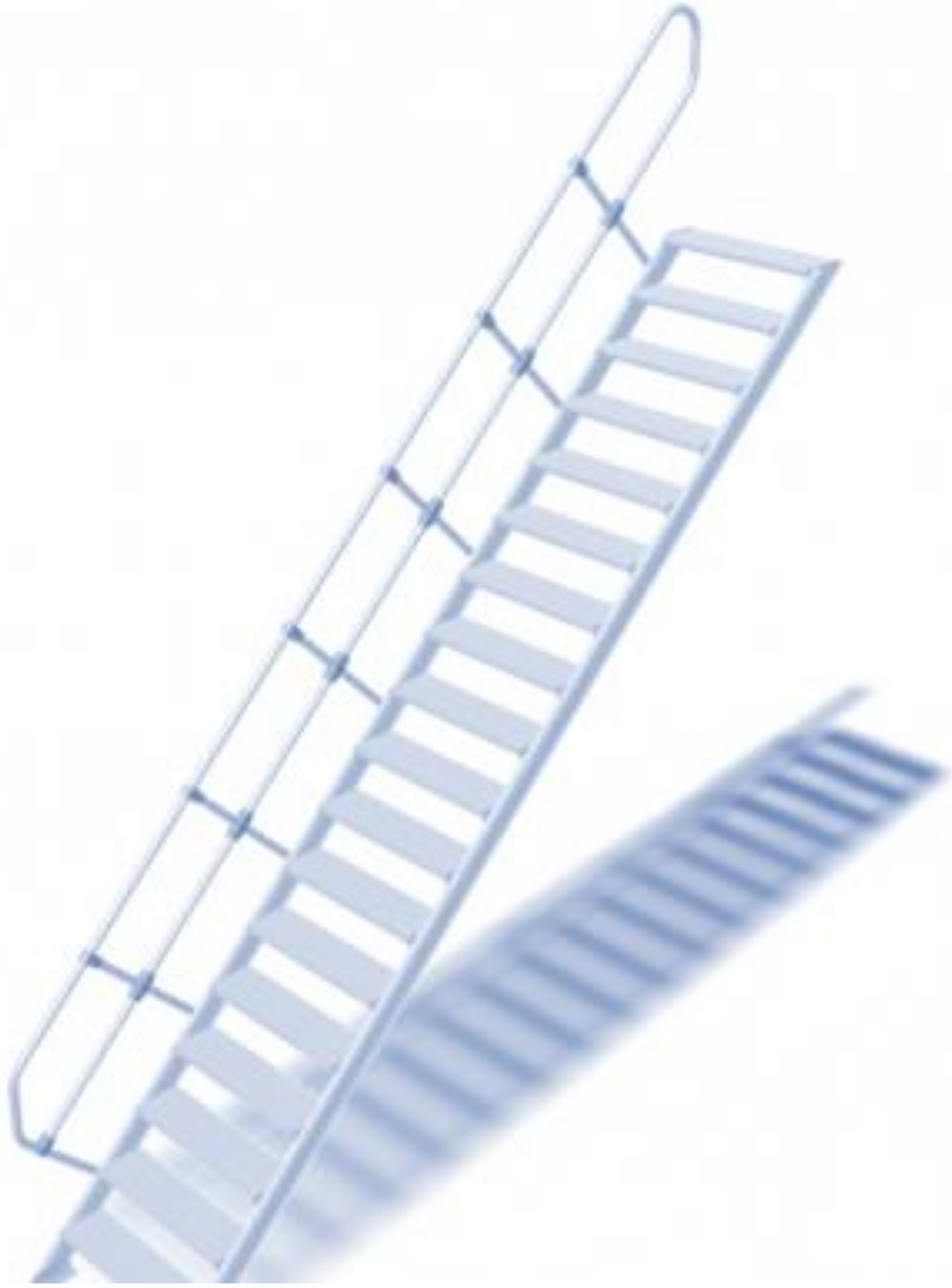


Tabelle 1: Modell einer gestuften und koordinierten Versorgung für Menschen mit Suchtproblemen

Kontakt-/ Versorgungs-anlässe	Wege ins System (Vermittlung)	Diagnostik/ differenzielle Indikationsstellung	Ebenen der Versorgung	Gliederung nach Störungsgraden, Bedarfen an Versorgung	Versorgungsziele nach Störungsgraden bspw.	Maßnahmen, Prozesse (schwerpunktmäßig)	Institutionen, Strukturen, Angebote bspw.		Vernetzungen Kooperationen Übergänge
							"spezifisch"	**"unspezifisch"**	
somatische, psychische oder soziale Krisen	Versorgung in Arztpraxen und Beratungsstellen ("gate-keeper" -Funktion), ergänzt durch sonstige Dienste des Gesundheitswesens; jede Stufe kann (ggf. über Beratungstelle und/oder Hausarzt) angesteuert werden;	Schweregrad, Konsumform/-stil, Risikogruppe, Gender, Alter, Arbeits-/ Erwerbssituation, psychosoziale Belastung, Grad der Chronifizierung etc.	**Ebene A:**	geringe Ausprägung/Bedarf: z.B. (Hoch)risikoverhalten, keine Krankheit im Sinne der ICD-10, keine Komorbidität	Awareness, Konsumreduktion, Konsumpause, Umstellung (Substitution durch andere Psychopharmaka) 4-k-Regel	präventive Maßnahmen, Selbsthilfeförderung, Betriebliche Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Beratung	Beratungsstellen, Selbst-hilfe, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arzt-/Psychologenpraxen	Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	Strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer (z.B. bio-psycho-soziale Interventionsformen in allen Stufen, gemeinsame IT-Struktur, elektronischer Datenaustausch, Übergabemanagement etc.), Sicherstellung der Betreuungskontinuität (Beziehungskonstanz); barrierefreie Umsteuerung innerhalb der Stufen (STEP up/down) und zwischen spezifischen und unspezifischen Angeboten
			Ebene B:	mittlere Ausprägung/Bedarf: z.B. Krankheitsmerkmale nach ICD-10 ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität	individuelle Therapieziele (Abstinenz, "kontrollierte" Konsumformen, (Teil)abstinenz etc.) körperlicher Entzug, Abdosierung	Beratung, Frühinterventionen, Kriseninterventionen, Akutbehandlung, SH,	Beratungsstelle, Psychiater-/Psychologenpraxis, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene C:	hoher Schweregrad/Bedarf: z.B. mehrfach gescheiterte ambulante, (teil)stationäre Behandlungen	körperlicher Entzug, Entwöhnung mit Ziel Abstinenz, berufliche Wiedereingliederung	Beratung, Akutbehandlung, Rehabilitation, ggf. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe	Arzt-/Psychologenpraxis, Beratungsstelle, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene D:	hoher komplexer Schweregrad/Bedarf: z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz", hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, vielfach gescheiterten (Palliativ)Behandlungen	lebenslange Versorgungskontinuität, Begleitung des dysfunktionalen Konsumstils, Kriminalprävention, Harm Reduction	multiprofessionelle psychiatrische Komplexbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen, Eingliederungshilfen,	Hausarzt-Setting, multiprofessionelle Teams in psych. Kliniken/Abteilungen, somat. Kliniken (Komorbidität), Spezialärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, forensische Kliniken	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	

weitere Differenzierungsmöglichkeiten:

- nach Professionen/Leistungserbringern (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiter, -pädagogen, Pflegekräfte, Spezialtherapeuten) , allgemeinärztlich)
- nach Interventionen (pharmakologisch, psychotherapeutisch, sozialtherapeutisch

DHS (2019)

Gestufte Versorgung

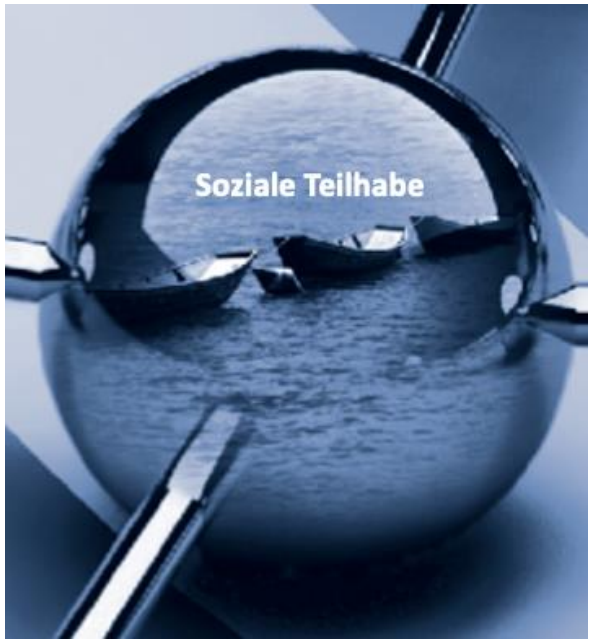
Ebenen der Versorgung	Störungsgrade / Versorgungsbedarfe	Versorgungs-ziele	Maßnahmen / Prozesse
Ebene A	geringe Ausprägung / Bedarf: z.B. Risikoverhalten / keine Krankheit im Sinne ICD 10	z Awareness, Konsumreduktion	z.B. Prävention Selbsthilfe Betrieb
Ebene B	Mittlere Ausprägung / Bedarf, z.B. Krankheits- Merkmale nach ICD 10 ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität	Individuelle Ziele (Abstinenz, „Kontrollierter Konsum“, Teilabstinenz)	u.a. Akutbehandlung
Ebene C	hoher Schweregrad / Bedarf, z.B. mehrfach gescheiterte Behandlung	Entzug Medizinische Reha mit Ziel der Abstinenz	u.a. Medizinische Rehabilitation
Ebene D	hoher, komplexer Schweregrad / Bedarf, z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz“, hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, vielfach gescheiterte Behandlungen	Lebenslange Versorgungskontinuität, Begleitung des dysfunktionalen Konsumsstils Harm Reduction	u.a. Eingliederungshilfe

Bürkle (2022) Quelle: Versorgungspapier DHS, 2019

Forderungen

Anforderungen

Differenzierte Erfassung des Hilfebedarfs und differenzierte Assistenzangebote



7. Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

Erläuterungen

- – keine Beeinträchtigung
- • leichte Ausprägung
- •• mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- ••• erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- •••• voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- Ø nicht spezifiziert / nicht anwendbar

☑ Fähigkeiten

8. Vorhandene u. zu aktivierende Hilfen im Umfeld

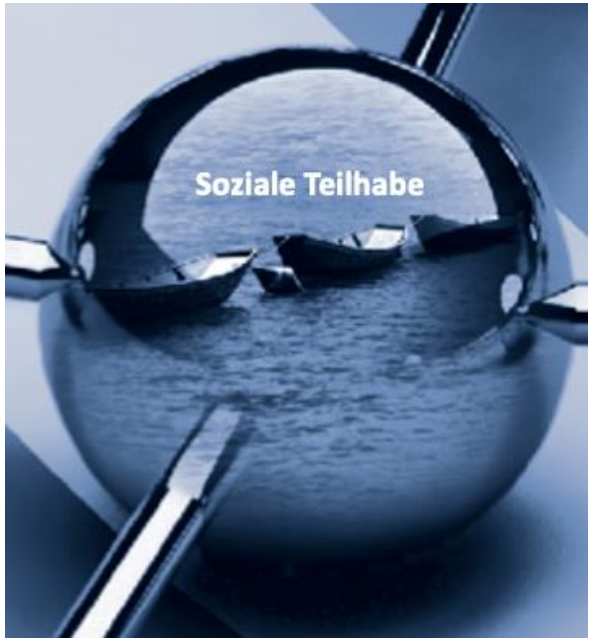
- – keine aktivierbare Hilfe
- • mit geringer professioneller Hilfe aktivierbar
- •• mit umfangreichen professionellen Hilfen aktivierbar
- ••• Umfeld-Hilfe vorhanden

9. Art der erforderlichen professionellen Hilfen

- – keine Hilfe erforderlich / erwünscht
- • Information, Orientierung, Anleitung
- •• Erschließung von Hilfen im Umfeld / Kompensation
- ••• individuelle Planung, Beobachtung, Anleitung und Rückmeldung
- •••• begleitende, übende Unterstützung
- ••••• regelmäßige, individuelle Hilfe

I. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung (ICF)		Bezogen auf die Beeinträchtigungen / Gefährdungen der Teilhabe durch die chronische Erkrankung / Behinderung			
		Wer?		Ggf. profess. Kommentar	
☐ a) Antrieb (b130 ff)					
☐ b) Psychische Stabilität (b 1263)					
☐ c) Emotionales Erleben (b 152)					
☐ d) Inhalt und Kontrolle des Denkens (b 160 ff)					
e) Drang nach Suchtmitteln (b 1303)					
☐ f) Impulskontrolle (Selbst- / Fremdschädigung (b 1304)					
☐ g) Mit Stress und Krisen umgehen können (d 240)					
☐ h) Funktionen des Gehen (b 770)					
☐ i) Feinmotorischer Handgebrauch (d 440)					
☐ j) Orientierung räumlich/zeitlich (b 114)					
☐ k) Funktion des Sehens (b 210)					
☐ l) Funktion des Hörens (b 230)					
☐ m) Artikulation und Sprechen (b 320, b 167)					
n) Beeinträchtigung Körperfunktionen					
☐ o) Höhere kognitive Funktionen (b 164)					
☐ p) Aufmerksamkeit (b 140)					
☐ q) Gedächtnis (b 144)					
☐ r) Lesen und Schreiben (d 166, d 170)					
☐ s) Rechnen, Zahlenverständnis (d 172)					
II. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen (ICF)		**Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme sozialer Beziehungen**			
☐ a) Familienbeziehungen (d 760)					
☐ b) Allgemeine Beziehungskompetenz (d 710)					
☐ c) Partnerbeziehungen (d 7700)					
☐ d) Beziehungskompetenz in Gruppen (d 720)					
☐ e) Beziehungen zu Bekannten / Freunden (d 7500)					
☐ f) Formelle Beziehungen Arbeit (d 7400)					
III. Fähigkeiten (☑) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe (nach ICF) in: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft		**Bezogen auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe in den Lebensfeldern: Selbstsorge / Wohnen, Arbeit / Tätigkeit / Tagesgestaltung, Freizeit / Teilhabe an Gesellschaft**			
☐ a) Essen, Essverhalten (d 550)					
☐ b) Trinken (d 560)					
☐ c) sich in versch. Umgebungen fortbewegen (d 460)					
☐ d) Einkaufen (d 620)					
☐ e) Mahlzeit zubereiten (d 630)					
☐ f) sich waschen und den Körper pflegen (d 510, d 520) g)					
die Toilette benutzen (d 530)					
☐ h) sich kleiden (d 540)					
☐ i) Umgang mit Geld / Kontoführung (d 860, d 865)					
☐ j) Hausarbeiten erledigen und Haushaltsgegenstände pflegen (d 650, d 640)					
☐ k) auf seine Gesundheit achten (d 570)					
☐ l) Arztbesuche (e 580)					
☐ m) Inanspruchnahme / Umgang mit Behörden (e 570)					
☐ n) Transportmittel benutzen (d 470)					
☐ o) Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d 840)					
☐ p) Aufgaben des Arbeitsplatzes erfüllen (d 845 ff)					
☐ q) bezahlte Tätigkeit (d 850)					
☐ r) unbezahlte Tätigkeit / Beschäftigung (d 855)					
☐ s) Schulbildung / Berufsausbildung (d 825, 830, 839)					
☐ t) Gemeinschaftsleben (d 910)					
☐ u) Erholung und Freizeit (d 920)					
☐ v) Religion und Spiritualität (d 930)					
☐ w) Bürgerrechte (d 950)					

Differenzierte Erfassung des Hilfebedarfs und differenzierte Assistenzangebote

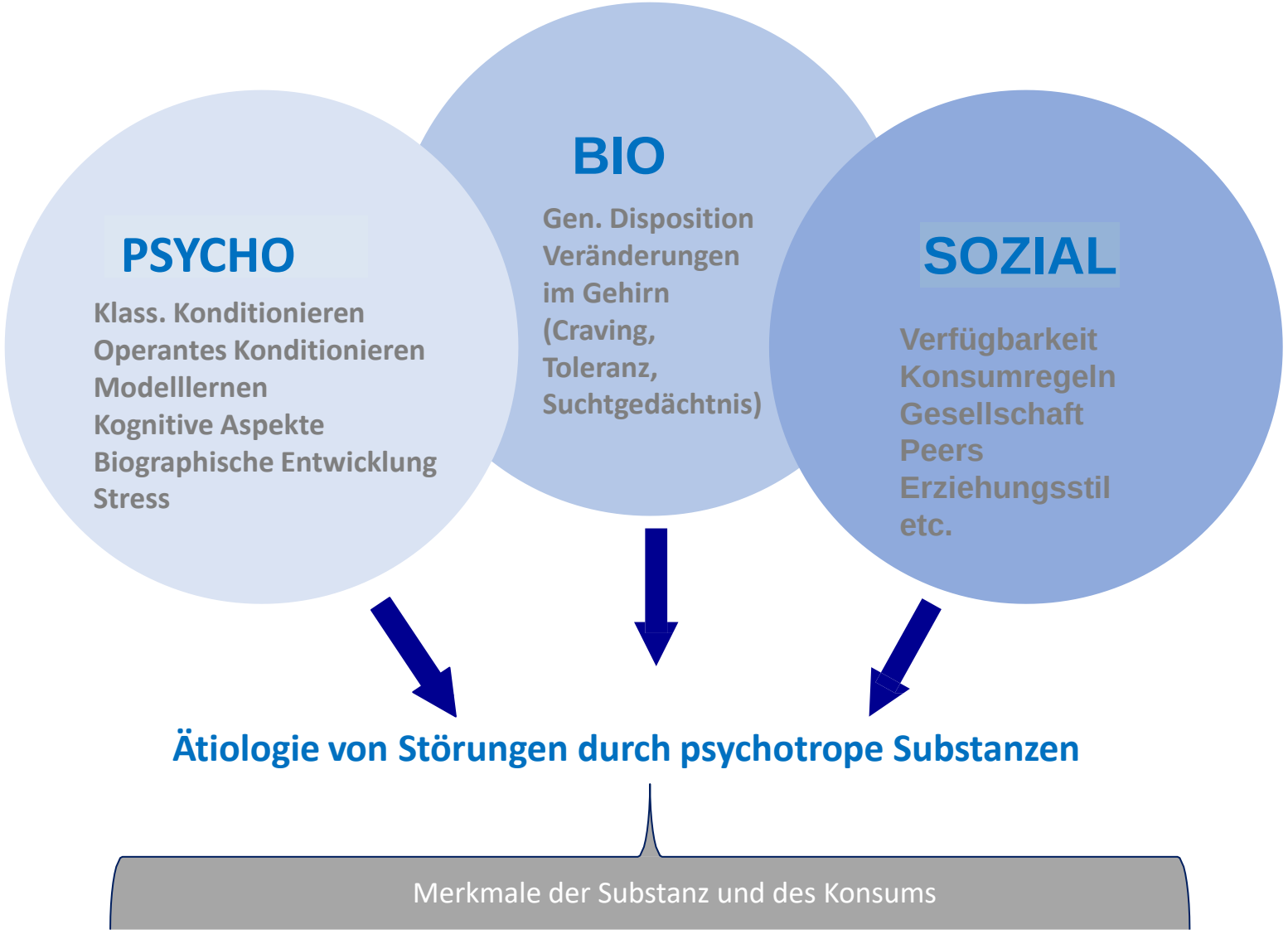


Entwicklung von Behandlungspfaden: vom Behandlungssegment zur Behandlungssequenz

Transparenz
Planung
Steuerung
Monitoring

Veltrup (2007)

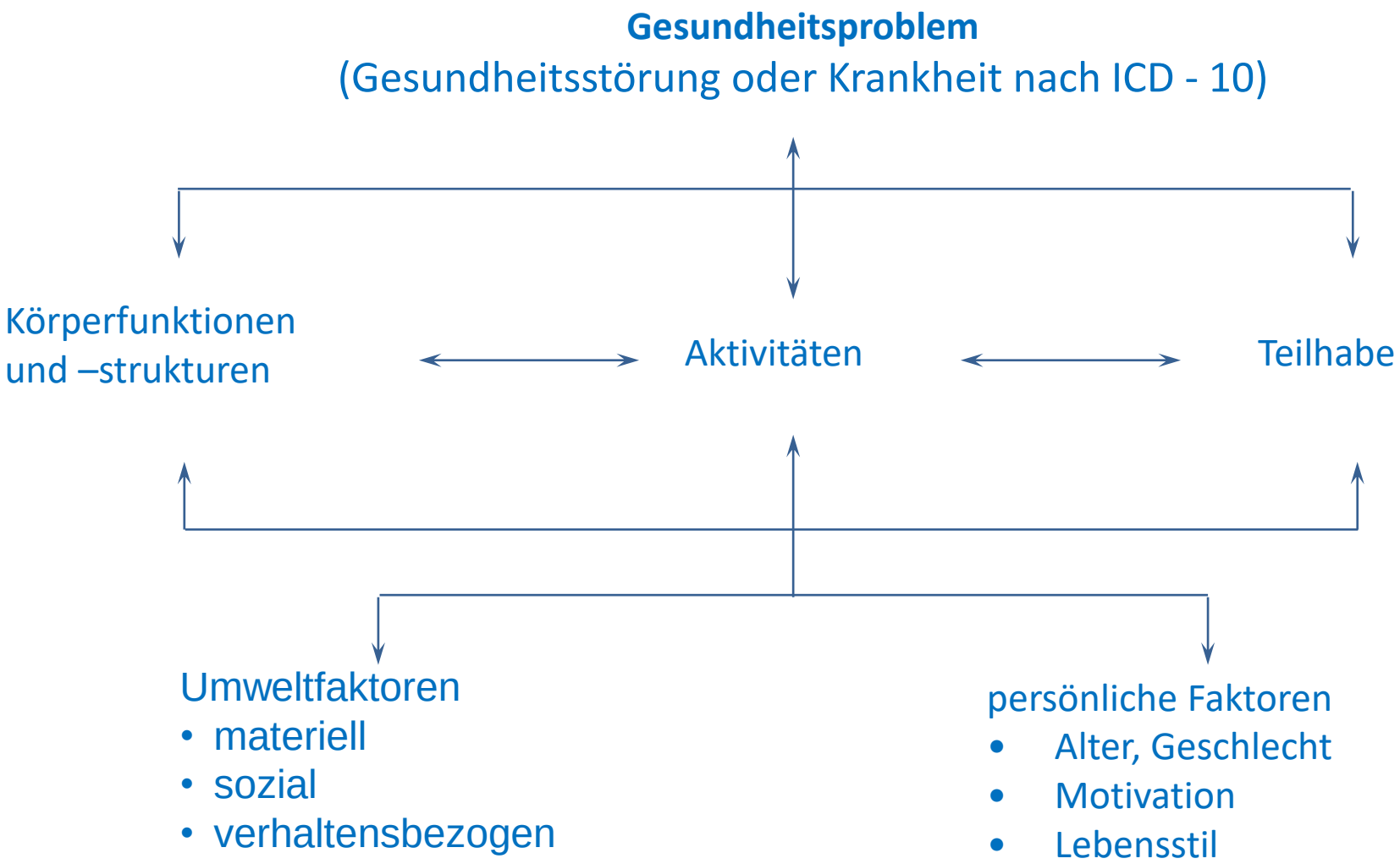
Bio-Psycho-Soziales Erklärungsmodell



nach Hoch et al. (2011)

Funktionale Gesundheit

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Gesundheitsproblem/ ICD-10

Alkoholabhängigkeit
Mittelgradige depressive Episode

Körperfunktionen und –strukturen

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
Emotionale Übererregbarkeit
Erektions- und Ejakulationsstörungen
Verdauungsstörungen
Einschlafprobleme
Gesteigerte Berührungsempfindlichkeit

Aktivitäten

Beeinträchtigung bei der Haushaltsführung
Eingeschränkte Mobilität
Eingeschränkte Selbstversorgung
Kommunikative Defizite

Teilhabe

Erschwertes Aufrechterhalten von persönlichen Beziehungen
Suchtmittelbedingte Einschränkung der Beteiligung am gesellschaftlichen Leben

Umweltbezogene Faktoren

-Wohnungskündigung droht
-Verlust der Arbeit, geringe Chance auf berufliche Integration
-Wirtschaftlich unsichere Situation

Personenbezogene Faktoren

-Allein lebend
-Biologisch vorgealtert
-Übergewicht

Bio-Psycho-Soziales Interventionsmodell

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist die Fähigkeit, Problemlösungen mittels fachübergreifender Zusammenarbeit zu entwickeln.
Idealerweise helfen dabei unterschiedliche Methoden, Perspektiven und (Be-)Handlungsansätze.

Multidisziplinäre Zusammenarbeit meint die Bearbeitung eines Problems durch unterschiedliche Fachexpert*innen, wobei zwischen diesen kein nennenswerter Austausch stattfindet.

4

Ethische Prinzipien

Schädigung vermeiden
Vorteile und Gewinn ermöglichen

Autonomie akzeptieren
Gerechtigkeit und Fairness

Therapeutisches Streben

Ziele von „Betroffenen“

	Ja	Nein
Ja	A	B Neutralität
Nein	C Vermittlung	D

Leitlinien
Richtlinien
Standards

Für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen durch „Communities That Care - CTC“

„Communities That Care“

... ist eine präventive Langzeitstrategie zur Schaffung sicherer und lebenswerter Umgebungen, in der Kinder und Jugendliche sich geschätzt, respektiert und ermutigt fühlen, ihr Potenzial zu nutzen;

... will die Zusammenarbeit zwischen Behörden, Organisationen und Bewohnern eines Stadtteils oder einer Gemeinde verbessern, um eine gesunde persönliche und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern;

... nutzt gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für jugendliches Problemverhalten erhöhen und Schutzfaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für Problemverhalten reduzieren;

... resultiert in lokalen Plänen mit den Zielen: auf Wirksamkeit überprüfte Maßnahmen einsetzen, um Familien zu unterstützen und zu stärken, die Bedingungen für gute Schulleistungen zu verbessern, verantwortungsvolles Verhalten zu fördern und ein stützendes Umfeld aufzubauen.

"Communities That Care - CTC" ist eine Methode, die Kommunen zur Planung und Steuerung ihrer Präventionsarbeit einsetzen können. Vorhandene Bedarfe und Ressourcen in der Prävention können mit CTC ermittelt, sowie effektive Maßnahmen und Programme "nach Maß" eingesetzt werden.
Mit der Anwendung von CTC können Kommunen ihre Präventionsaktivitäten im Bereich der sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zielgenau, wirksam und im Erfolg überprüfbar gestalten.
Der in den USA entwickelte Ansatz wurde vom Landespräventionsrat Niedersachsen nach Deutschland übertragen.

Neuigkeiten

"SCHOOLS THAT CARE"
Ein Weg, um die psychosozialen Folgen der Pandemie erfolgreich zu bewältigen.
mehr >>>

Alle bisherigen Neuigkeiten

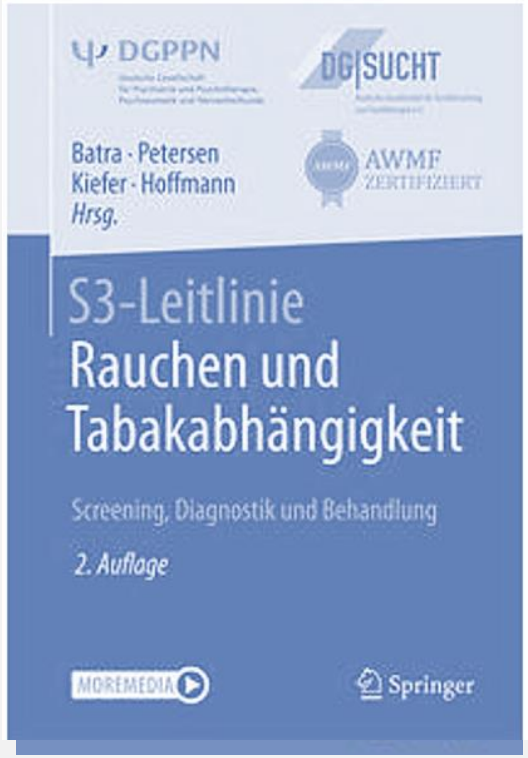
Grünes Licht für Prävention
GRÜNE LISTE PRÄVENTION

FAQ - Häufig gestellte Fragen

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
DGPPN
Drogenbeauftragte der Bundesregierung
BMG · BÄK · DGPPN
S3-Leitlinie
Methamphetamin-bezogene Störungen
Springer

Psychotherapeutische Interventionen

Empfehlungen	Empfehlungs-grad
5-9 Jedem Methamphetamin-Konsumierenden soll unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden. Expertenkonsens (LoE 5) Abstimmungsergebnis: 100%	⇑⇑
5-10 Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten über verhaltenstherapeutische Behandlungen (z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen im ambulanten oder stationären Setting reichen. LoE 3 [18] Abstimmungsergebnis: 75%	⇑
5-11 Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollte bei Bereitschaft eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und vermittelt werden. LoE 2 [19-21] Abstimmungsergebnis: 91%	⇑
5-12 Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden. LoE 2 [19-21] Abstimmungsergebnis: 100%	⇑


DGPPN
DG|SUCHT
Batra · Petersen
Kiefer · Hoffmann
Hrsg.
AWMF
ZERTIFIZIERT
S3-Leitlinie
Rauchen und
Tabakabhängigkeit
Screening, Diagnostik und Behandlung
2. Auflage
MOREMEDIA
Springer

	Empfehlungen Statements	Empfehl-ungsgrad
4.3.3.1	**Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen** Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A LoE:1a (aus systematischer Recherche) Literatur: 31, 24, 23, 10 Gesamtabstimmung: 18.02.2013 93%	A
4.3.3.2	**Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen** Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Empfehlungsgrad: A LoE:1a (aus systematischer Recherche) Literatur: 31, 24, 23, 10 Gesamtabstimmung: 18.02.2013 93%	A
4.3.3.3	**Psychodynamische Therapie** Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden. Empfehlungsgrad: 0 LoE: V Literatur: keine	0

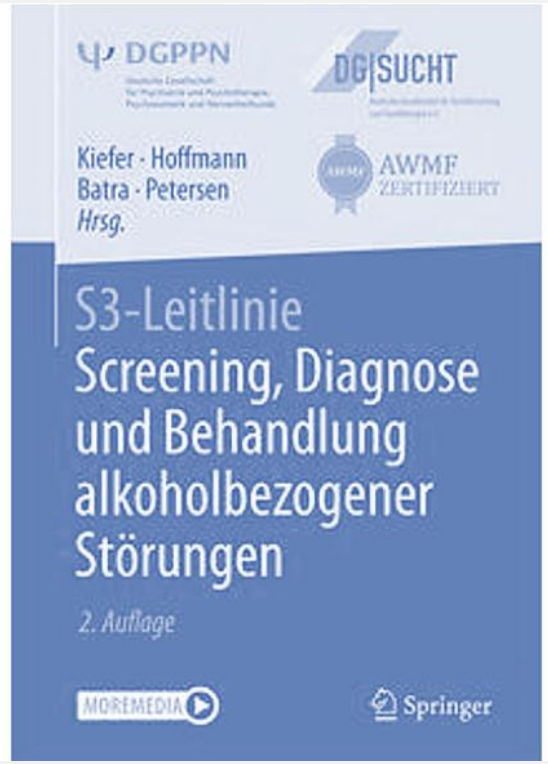
DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DG|SUCHT
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
Batra
Havemann-Reinecke
Hrsg.
AWMF
AWMF ZERTIFIZIERT
S3-Leitlinie
Medikamenten-bezogene Störungen
Springer

4. Medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer

4.1.1 Empfehlungen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4.1-1 Patient*innen sollen abstinenzorientierte postakute Interventionsformen im Anschluss an die Entzugsphase als nahtlose weiterführende Behandlung angeboten werden. Klinischer Konsenspunkt Abstimmungsergebnis: 100 %	⇑⇑
4.1-2 Die Postakutbehandlung sollte in Einrichtungen erfolgen, die ein spezifisches Behandlungsangebot für medikamentenabhängige Menschen vorhalten. Klinischer Konsenspunkt Abstimmungsergebnis: 100 %	⇑
4.1-3 Im Rahmen der Postakutbehandlung sollen berufliche und soziale Teilhabebedarfe systematisch ermittelt und in einer multidisziplinären Behandlung berücksichtigt werden (Rehabilitation). Klinischer Konsenspunkt Abstimmungsergebnis: 100 %	⇑⇑
4.1-4 In der Postakutbehandlung sollen Elemente der Psychotherapie angeboten werden, die im Kontext anderer substanzbezogener Störungen Wirksamkeit gezeigt haben (z.B. Motivationale Interventionsformen, kognitive Verhaltenstherapie, Paartherapie). Klinischer Konsenspunkt Abstimmungsergebnis: 96 %	⇑⇑


DGPPN
DG|SUCHT
Kiefer · Hoffmann
Batra · Petersen
Hrsg.
AWMF
ZERTIFIZIERT
S3-Leitlinie
Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen
2. Auflage
MOREMEDIA
Springer

3.8.3.2 Therapieziele

Bei der Postakutbehandlung ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z.Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

Gesamtabstimmung: 100%

Literatur: NICE (2011), Department of Health and Human Services (2009), APA (2006), Deutsche Rentenversicherung (2016), Geyer (2003), Rösner (2010), Schmidt (2008)

So sei dir ewig denn von jenen Küssen
Die Glut verschlossen, die so sanft sich rauben
Und ewig sollst du Wasser trinken müssen.

Emanuel Geibel (1815-1884)

Interventionskomponenten

3.8.3.10 Motivationale Interventionsformen

Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a
Gesamtabstimmung: 100%
Literatur: NICE (2011)

3.8.3.11 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie sowie Kontingenzmanagement sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 100%
Literatur: NICE (2011), Ledgerwood (2006)

3.8.3.12 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 96,4%
Literatur: NICE (2011)

3.8.3.13 Paartherapie

Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 100%
Literatur: NICE (2011)

3.8.3.14 Psychodynamische Kurzzeittherapie

Psychodynamische Kurzzeittherapie kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: 0, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 90%
Literatur: NICE (2011), Nyhuis (2018)

3.8.3.15 PatientInnengruppen

Angeleitete PatientInnengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 2b
Gesamtabstimmung: 100%
Literatur: NICE (2011)

3.8.3.16 Cognitive Bias Modification

Cognitive Bias Modification sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 95,8%
Literatur: Eberl (2013), Boffo (2019), Jones & Sharpe (2017), Rinck (2018), Wiers (2011), Wiers (2018)

Angemeldetes Leitlinienvorhaben

Registernummer 076 - 005

Klassifikation S3

Behandlung Cannabisbezogener Störungen

Anmeldedatum:	01.10.2020
Geplante Fertigstellung:	01.10.2022
Gründe für die Themenwahl:	Cannabisbezogene Störungen sind nach alkoholbezogenen Störungen der häufigste Anlass für eine ambulante Suchtbehandlung in Deutschland.
Zielorientierung der Leitlinie:	Verbesserung von Screening, Diagnostik und Behandlung Cannabisbezogener Störungen
Verbindung zu vorhandenen Leitlinien anderer Fachgesellschaften:	→ Schizophrenie
Anmelder bei der AWMF (Person):	PD Dr. Eva Hoch, Prof. Dr. Rainer Thomasius
Anmeldende Fachgesellschaft(en):	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) → Visitenkarte Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) → Visitenkarte
Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) → Visitenkarte
Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen:	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS) Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (dg sps)
Leitliniensekretariat:	Prof. Dr. Rainer Thomasius Ärztlicher Leiter Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg Tel.: 040/7410 5 2206 e-Mail senden
Koordination:	PD Dr. Eva Hoch Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum der Universität München Campus Innenstadt Nußbaumstr. 7 80336 München e-Mail senden Prof. Dr. Rainer Thomasius Ärztlicher Leiter Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg e-Mail senden

Postakutbehandlung

Behandlungsplanung:
Probleme, Ziele, Maßnahmen

Änderungsbereitschaft

Änderungskompetenz

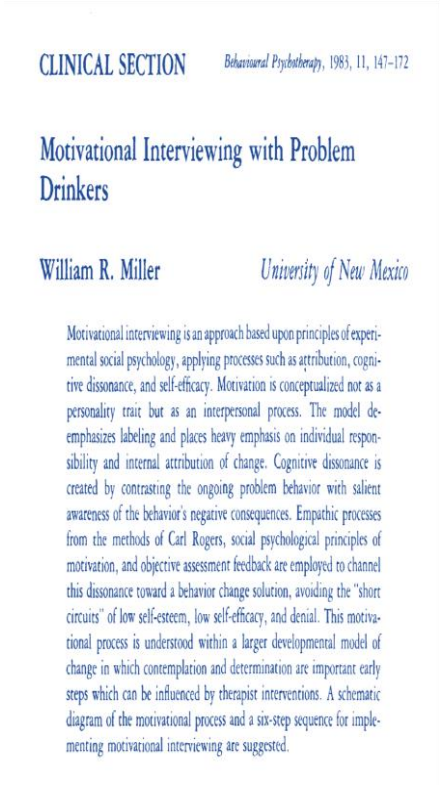
Modell Manual

3E

Einsicht entwickeln
Empfehlungen geben auf Wunsch
Entscheidungen ermöglichen

3V

Verhalten (ein)üben
Verhalten umsetzen
Verhalten aufrechterhalten



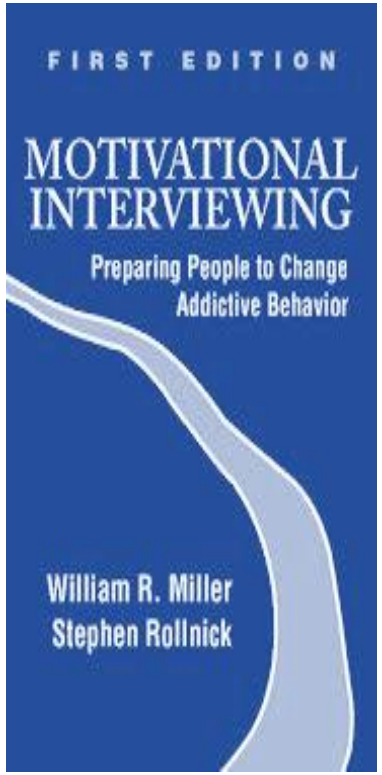
CLINICAL SECTION *Behavioural Psychotherapy*, 1983, 11, 147–172

Motivational Interviewing with Problem Drinkers

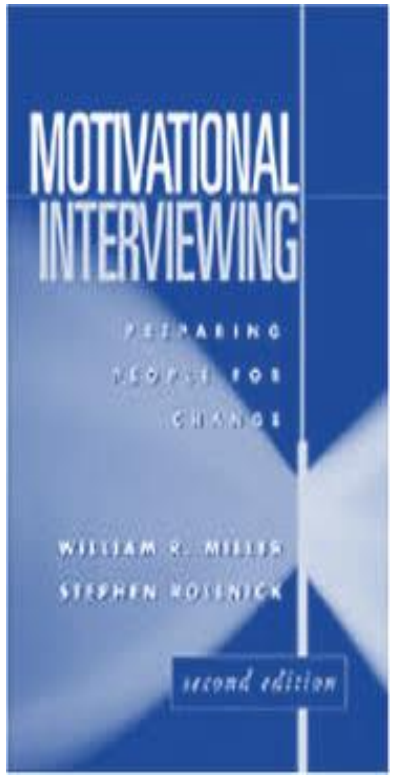
William R. Miller *University of New Mexico*

Motivational interviewing is an approach based upon principles of experimental social psychology, applying processes such as attribution, cognitive dissonance, and self-efficacy. Motivation is conceptualized not as a personality trait but as an interpersonal process. The model de-emphasizes labeling and places heavy emphasis on individual responsibility and internal attribution of change. Cognitive dissonance is created by contrasting the ongoing problem behavior with salient awareness of the behavior's negative consequences. Empathic processes from the methods of Carl Rogers, social psychological principles of motivation, and objective assessment feedback are employed to channel this dissonance toward a behavior change solution, avoiding the "short circuits" of low self-esteem, low self-efficacy, and denial. This motivational process is understood within a larger developmental model of change in which contemplation and determination are important early steps which can be influenced by therapist interventions. A schematic diagram of the motivational process and a six-step sequence for implementing motivational interviewing are suggested.

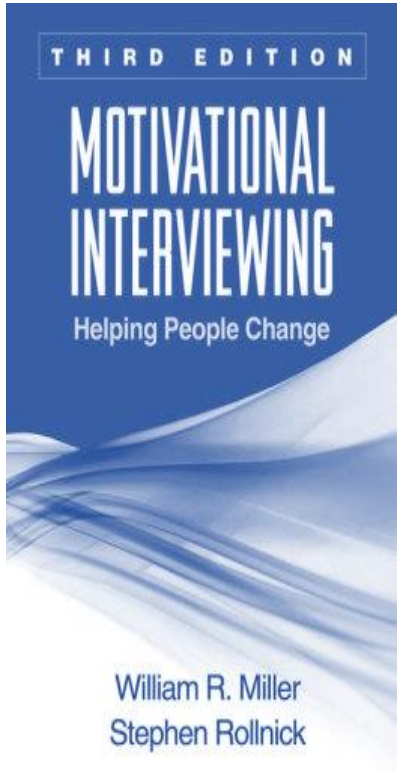
1983



1991



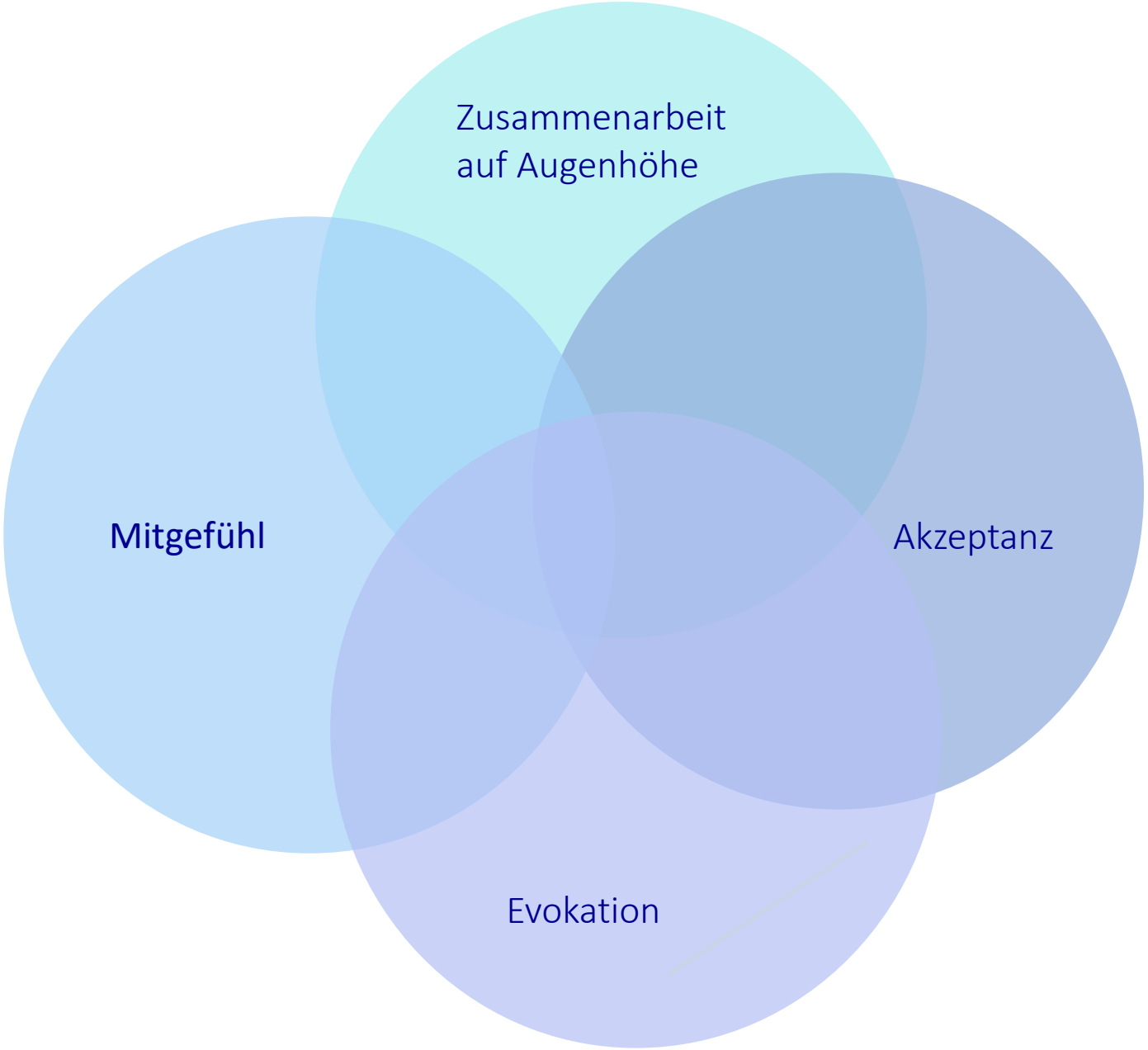
2002



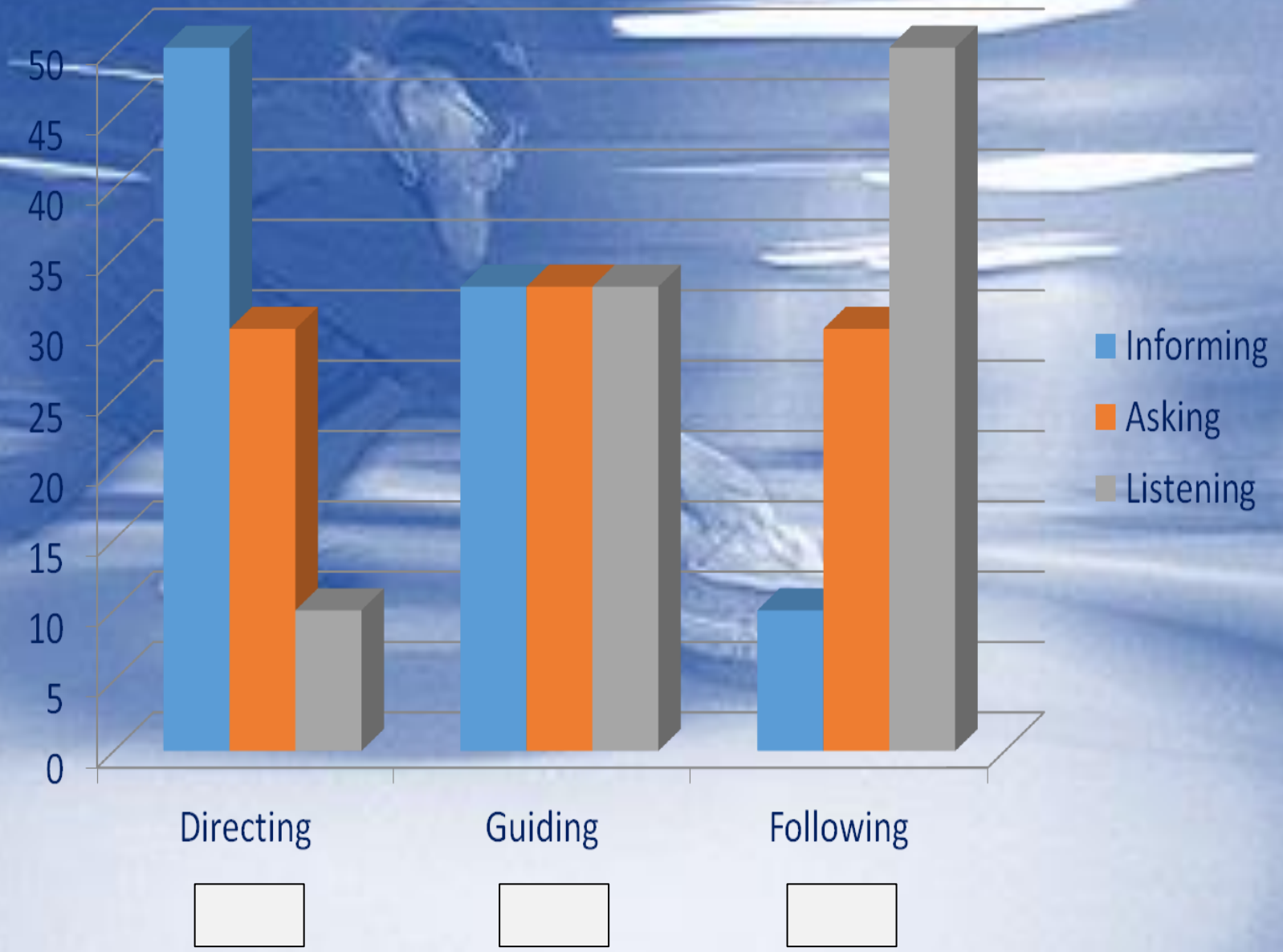
2012

Donald Forrester, David Wilkins and Charlotte Whittaker
MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR WORKING WITH CHILDREN AND FAMILIES
A PRACTICAL GUIDE FOR EARLY INTERVENTION AND CHILD PROTECTION
MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH OFFENDERS
Engagement, Rehabilitation, and Reentry
MOTIVATIONAL INTERVIEWING in Nutrition and Fitness
Dawn Clifford and Laura Curtis
Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety
Motivational Interviewing and CBT
Combining Strategies for Maximum Effectiveness
Sylvie Naar and Steven A. Safren
Naar-King • Suarez (Hrsg.)
Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen
BELTZ
MOTIVATIONAL INTERVIEWING & Stages of Change
Integrating Best Practices for Substance Abuse Professionals
Coaching Athletes to Be Their Best
Interviewing in Sports
Arkowitz • Westra • Miller • Rollnick
Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen
BELTZ
Over 125,000 in Print!
Motivational Interviewing in Health Care
HELPING PATIENTS CHANGE BEHAVIOR
Stephen Rollnick | William R. Miller | Christopher C. Butler
BASISWISSEN
Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie
Georg Kremer, Michael Schulz
Psychiatrie Verlag
Almut Uppert
Motivation stärken in Therapie und Beratung
Ein Praxisbuch
Springer

Person possesses powerful potential for change


Zusammenarbeit
auf Augenhöhe
Mitgefühl
Akzeptanz
Evokation

Welches ist der grundlegende „Stil“ von MI?


50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
Directing
Guiding
Following
Informing
Asking
Listening

„Guiding style“

Begleiten
Erleichtern
Beschleunigen
Ermutigen
Zeigen
Inspirieren
Unterstützen
Kooperieren
Wachrufen
Aktivieren

Geleitender Stil

Prozessverlauf

Planen

Wachrufen

Fokussieren

Beziehungsaufbau

Ziele	Maßnahmen	Beitrag von Patient*innen
Förderung von Änderungsbereitschaft	Erfassung des Ist-Zustandes Motivational Interviewing	Realistische Einschätzung Vorteile von Veränderung Persönliche Zielentwicklung
Förderung der Selbswirksamkeitserwartung	Verbesserung der sozialen Kompetenz Kognitive Verhaltenstherapie	Persönliche Ressourcen entdecken Modifizierung „falscher“ Überzeugungen“ Bewältigung aktuell kritischer Situationen
Prävention von Abstinenzbeendigung	Wissensvermittlung Bewältigung von Craving Ablehnungstraining Management nach Abstinenzbeendigung	Erstellung einer persönlichen „Hoch-Risiko“-Liste Selbstinstruktion, Gedankenstopp, Entspannungstraining, Aufbau inkompatibler Verhaltenswiesen Rollenspiele In-Vivo-Übungen
Verbesserung von Lebenskompetenzen und -bedingungen	„Balancierter Lebensstil“ Behandlung von Störungen in wichtigen Lebensbereichen	Bewältigung problematischer Lebenssituationen Entwicklung von Änderungsperspektiven und Umsetzung

Störungen durch psychotrope Substanzen

Problembereiche	Ziele	Maßnahmen
Fehlende Änderungsbereitschaft	Entwicklung eines angemessenen Problemverständnisses	Motivational Interviewing
Komorbide psychische Störungen (Ursache, Folge, Koexistenz)	Erfassen komorbider psychischer Störungen	Gründliche, vertiefende Diagnostik und Verhaltensanalysen
Verzerrte Wahrnehmung und Kognitionen	Verständnis des Zufallkonzepts, Bewusstmachung für fehlerhafte Wahrnehmungen und Überzeugungen	Kognitive Verfahren
Hochautomatisiertes Verhalten	Etablierung alternativer Verhaltensweisen	Reizkonfrontation in sensu und in vivo
Craving	Bewusstmachung von Triggern, gezielte Kontrolle	Stimuluskontrolle
Mangelnde soziale Kompetenz	Positive soziale Interaktionen ermöglichen	Training sozialer Kompetenz
Mangelnde Stressbewältigungsfähigkeit	Emotionale Kontrolle und Stressbewältigung	Stressbewältigungstraining Problemlösetraining
Schulden, berufliche oder strafrechtliche Probleme	Stabilisierung und Veränderung	Berufliche, juristische Beratung und Schuldner*innenberatung
Probleme im sozialen Umfeld	Stabilisierung und Veränderung	Einbeziehung von Angehörigen: Interaktions- und Problemlösetraining
Rezidivrisiken	Fundierte Bewältigungsstrategien zur Verhinderung von Rezidiven	Umgang mit Hochrisikosuationen

Pathologisches Glücksspiel

Materialien

Diagnostik und Anamnese

Motivierung und Veränderungsentscheidung

Entwicklung persönlicher Therapieziele

Therapiedurchführung

Rückfallprävention

Lindenmeyer
Ich bin kein Alkoholiker!
Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen
Mit Online-Material
Springer
2013

1. Alter: Mindestens 16 Jahre
2. Intensiver Cannabiskonsum
3. Missbrauch oder Abhängigkeit (DSM-IV)
4. Psychosoziale Probleme
5. Komorbide psychische Störungen
6. Komorbider Substanzkonsum
7. Bereitschaft zur Behandlung

Hoch et al. (2011)

1. Therapie zur Motivationssteigerung (MET)

nach Rollnick und Miller (2002)
Interventionen zur Stärkung der Therapiemotivation
speziell für den Einstieg in die Behandlung hilfreich

2. Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

Erarbeiten eines ätiologischen Modells der Cannabisabhängigkeit (bio-psycho-sozial)

Verhaltensanalyse, Erkennen der Funktionalität, Ableitung eines Veränderungsmodells

Konsummuster erkennen (Selbstbeobachtung) und verändern

Training von Fertigkeiten zur Beendigung des Konsums (Auslösekontrolle, Alternativverhalten)

Rückfallprophylaxe (Strategien im Umgang mit Verlangen, Bewältigung von Risikosituationen)

Aufbau sozialer Kompetenzen

Aufklärung zu und Umgang mit komorbiden Störungen (Alkohol, Drogen, Angst, Depression,Psychosen)

3. Training zum Umgang mit psychischen und sozialen Problemen

nach D'Zurilla und Goldfried (1971)
Behandlung von Problemen, die nicht direkt mit Cannabiskonsum in Verbindung stehen, aber indirekt eine mögliche Barriere bei der Reduktion des Cannabiskonsums darstellen

Sitzung 1:	Rückmeldung zur Diagnostiksitzung & Aufbau von Veränderungsmotivation
Sitzung 2:	Förderung der Veränderungsmotivation
Sitzung 3:	Verstehen eigener Konsummuster
Sitzung 4:	Vorbereitung des Zieltages
Sitzung 5:	Nachbesprechung des Zieltages und Umgang mit Verlangen nach Cannabis
Sitzung 6:	Rückfallprophylaxe
Sitzung 7:	Problemlösen I
Sitzung 8:	Problemlösen II
Sitzung 9:	Komorbidität
Sitzung 10:	Soziale Kompetenz und Abschluss der Therapie

Struktur der Therapiesitzungen

Alle 10 Sitzungen haben eine identische Struktur:

1. **Begrüßung und Verlaufsdokumentation**
2. **Einführung in die Sitzung**
3. **Besprechung der Hausaufgaben**
4. **Bearbeitung des entsprechenden Therapiethemas**
5. **Vergabe von Hausaufgaben**
6. **Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht***
7. **Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

hilfreich, da die Patienten häufig „strukturlos“ sind!

*** Was nehme ich aus der Sitzung für mich mit?**

Abstinenzsicherung

1. Förderung eines balancierten Lebensstils
2. Identifizierung von Risiken für Abstinenzbeendigung
3. Förderung von Abstinenzkompetenz
4. Veränderungen von Kognitionen

5

Reduzierung der Behandlungsintensität

Verkürzte Therapiezeiten

Multiple Choice

- [ ] Multipler Substanzkonsum
- [ ] Multiple psychische Störungen
- [ ] Multiple körperliche Erkrankungen
- [ ] Multiple Teilhabeprobleme

Multipler Substanzkonsum

Tabelle 3. Substanzbezogene Komorbiditäten (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

		Hauptdiagnose					
Zusätzliche Einzeldiagnose		F 10 Alkohol 16.512	F11 Opioide 1.348	F12 Cannabinoide 2.724	F15 Stimulanzien 1.892	F63.0 PG 762	F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung 59
F10 Alkohol	20.140	98,4%	43,8%	42,9%	44,7%	28,6%	33,9%
F11 Opioide	2.661	3,3%	99,1%	6,2%	8,8%	1,0%	3,4%
F12 Cannabinoide	8.370	15,9%	51,7%	97,6%	64,4%	17,6%	28,8%
F13 Sedativa/ Hypnotika	1.376	2,7%	26,0%	3,4%	4,7%	0,8%	1,7%
F14 Kokain	3.485	5,2%	41,8%	21,4%	18,7%	7,9%	0,0%
F15 Stimulanzien	5.536	7,7%	29,9%	44,3%	98,5%	7,5%	8,5%
F17 Tabak	13.805	50,5%	64,6%	62,7%	67,1%	60,0%	47,5%
F63.0 Pathologisches Spielen	1.264	1,5%	1,3%	3,6%	6,3%	87,1%	6,8%
F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung	235	0,4%	0,4%	1,7%	1,6%	0,8%	91,5%

Angaben in Prozent; n= 126 stationäre Einrichtungen, unbekannt: 1,3%, PG=Pathologisches Glücksspielen

DSHS Deutsche Suchthilfestatistik

2019

Komorbide psychische Störungen

Fachverband Sucht e.V.

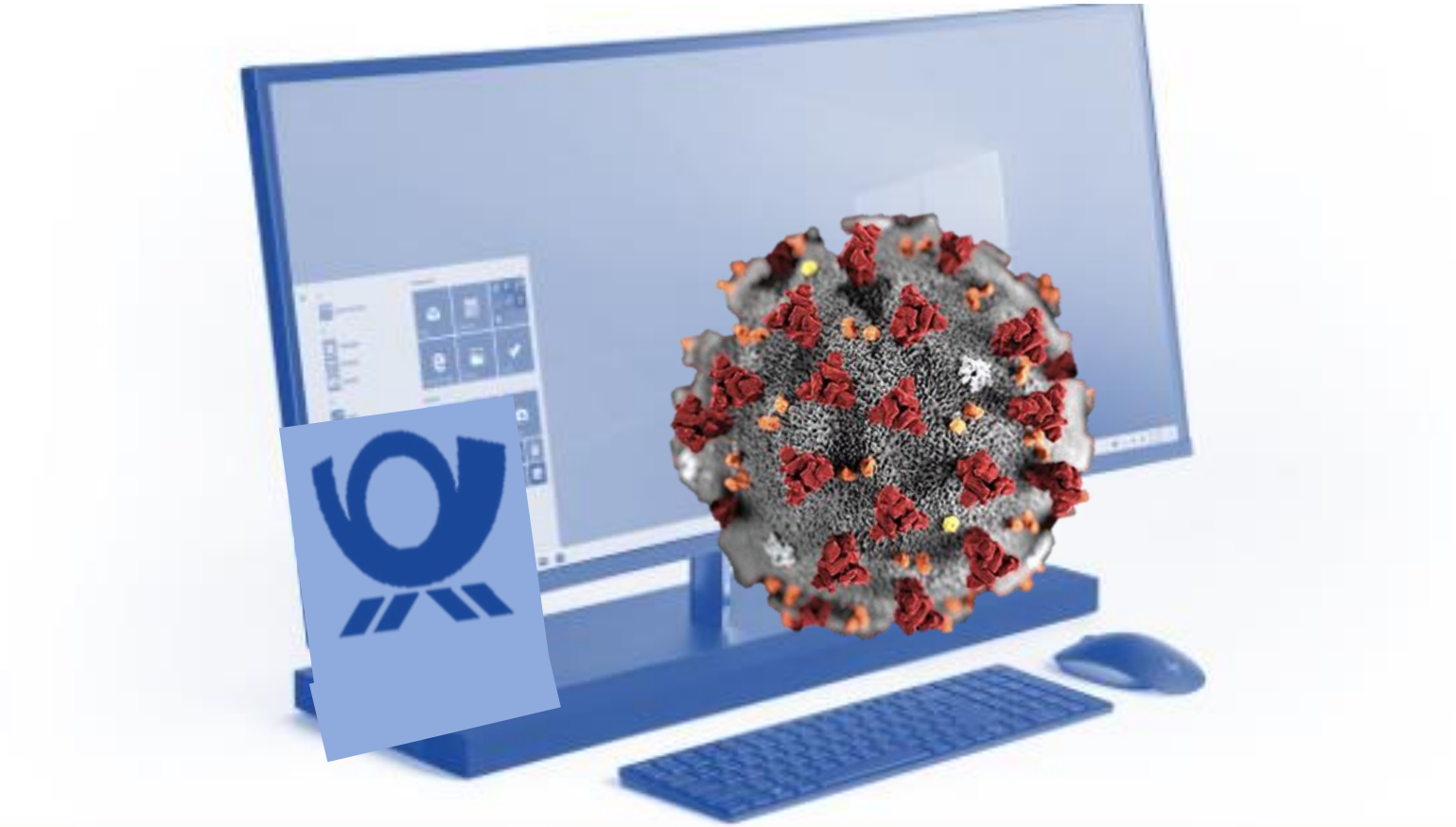
Basisdokumentation 2018

Stationäre medizinische Rehabilitation Alkohol, Medikamente

Psychische Komorbidität F0 bis F9 ohne F1, F50, F55, F63.0	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	5.069	54,5%	1.392	37,8%	6.461	49,7%
Eine F-Diagnose	3.039	32,7%	1.432	38,9%	4.471	34,4%
Zwei F-Diagnosen	910	9,8%	601	16,3%	1.511	11,6%
Drei F-Diagnosen	228	2,5%	203	5,5%	431	3,3%
Vier F-Diagnosen	48	0,5%	43	1,2%	91	0,7%
Fünf F-Diagnosen	7	0,1%	11	0,3%	18	0,1%
Sechs F-Diagnosen	2	0,0%	3	0,1%	5	0,0%
Gesamt	**9.303**	**100,0%**	**3.685**	**100,0%**	**12.988**	**100,0%**

Stationäre medizinische Rehabilitation Drogen

Psychische Komorbidität F0 bis F9	Männer		Frauen		Gesamt	
Keine F-Diagnose	1226	49,0%	267	38,5%	1493	46,7%
Eine F-Diagnose	846	33,8%	213	30,7%	1059	33,1%
Zwei F-Diagnosen	292	11,7%	114	16,4%	406	12,7%
Drei F-Diagnosen	85	3,4%	63	9,1%	148	4,6%
Vier F-Diagnosen	41	1,6%	19	2,7%	60	1,9%
Fünf F-Diagnosen	5	0,2%	13	1,9%	18	0,6%
Sechs F-Diagnosen	6	0,2%	5	0,7%	11	0,3%
Zusammen	**2501**	**100,0%**	**694**	**100,0%**	**3195**	**100,0%**



Die „PC (Post Corona)-Strategie“

Neurokognitives Training

3.8.3.16 Cognitive Bias Modification

Cognitive Bias Modification sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 95,8%
Literatur: Eberl (2013), Boffo (2019), Jones & Sharpe (2017), Rinck (2018), Wiers (2011), Wiers (2018)

AWMF-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen (2021)

Neurokognitives Training

3.8.3.16 Cognitive Bias Modification

Cognitive Bias Modification sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1b
Gesamtabstimmung: 95,8%
Literatur: Eberl (2013), Boffo (2019), Jones & Sharpe (2017), Rinck (2018), Wiers (2011), Wiers (2018)

AWMF-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen (2021)

Messung
Die Joystick-Aufgabe (AAT, Rinck & Becker, 2007)

Alkohol-Bilder: Wegschieben

Alkoholfreie Getränke-Bilder: Herziehen

Direktes Training

Instruktion: Alkohol vs. Nicht-Alkohol

→ 400x Alkohol wegschieben, 400x Nicht-Alkohol heranziehen

Indirektes Training

Instruktion:
Breitformat wegschieben, Hochformat heranziehen

→ Alle Alkoholbilder erscheinen im Breitformat

Placebo Training

Instruktion: Breitformat wegschieben, Hochformat heranziehen

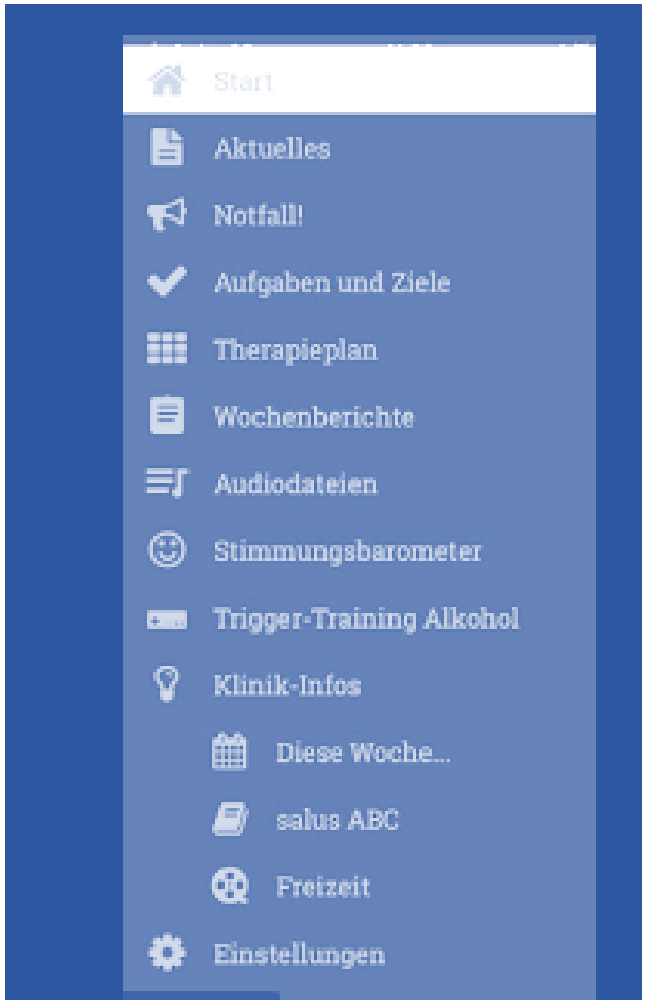
→ 50% Alkoholbilder erscheinen im Breitformat, 50% im Hochformat

Kein Training

→ **Nur Pre- und Post-Test**

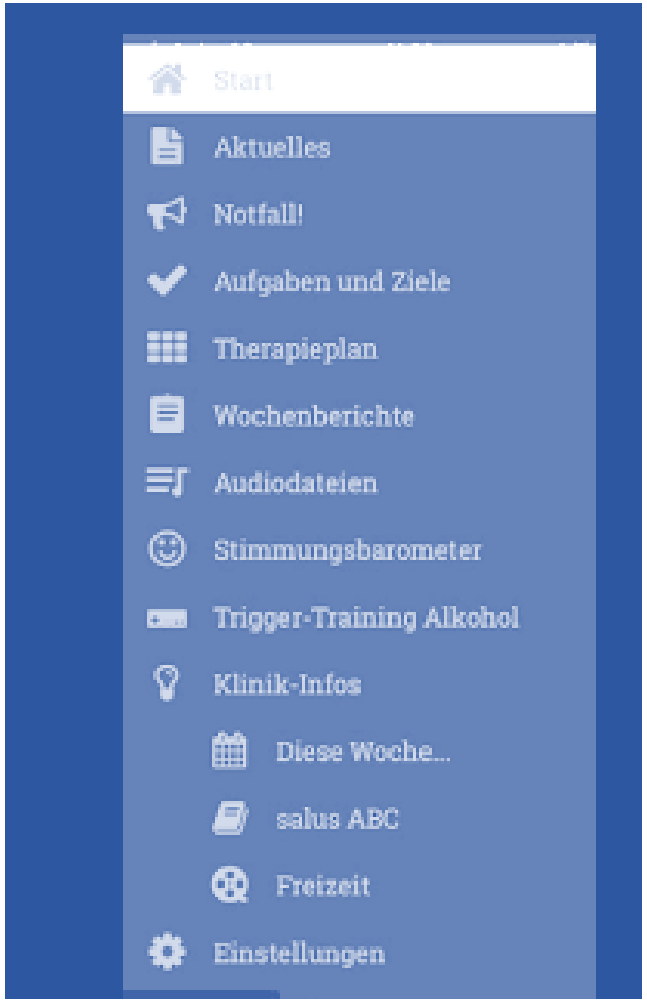
Ergebnisse: Rückfall nach 1 Jahr

6 Sitzungen mit 200 Durchgängen optimal (Lindenmeyer et al., 20169


Start
Aktuelles
Notfall!
Aufgaben und Ziele
Therapieplan
Wochenberichte
Audiodateien
Stimmungsbarometer
Trigger-Training Alkohol
Klinik-Infos
Diese Woche...
salus ABC
Freizeit
Einstellungen

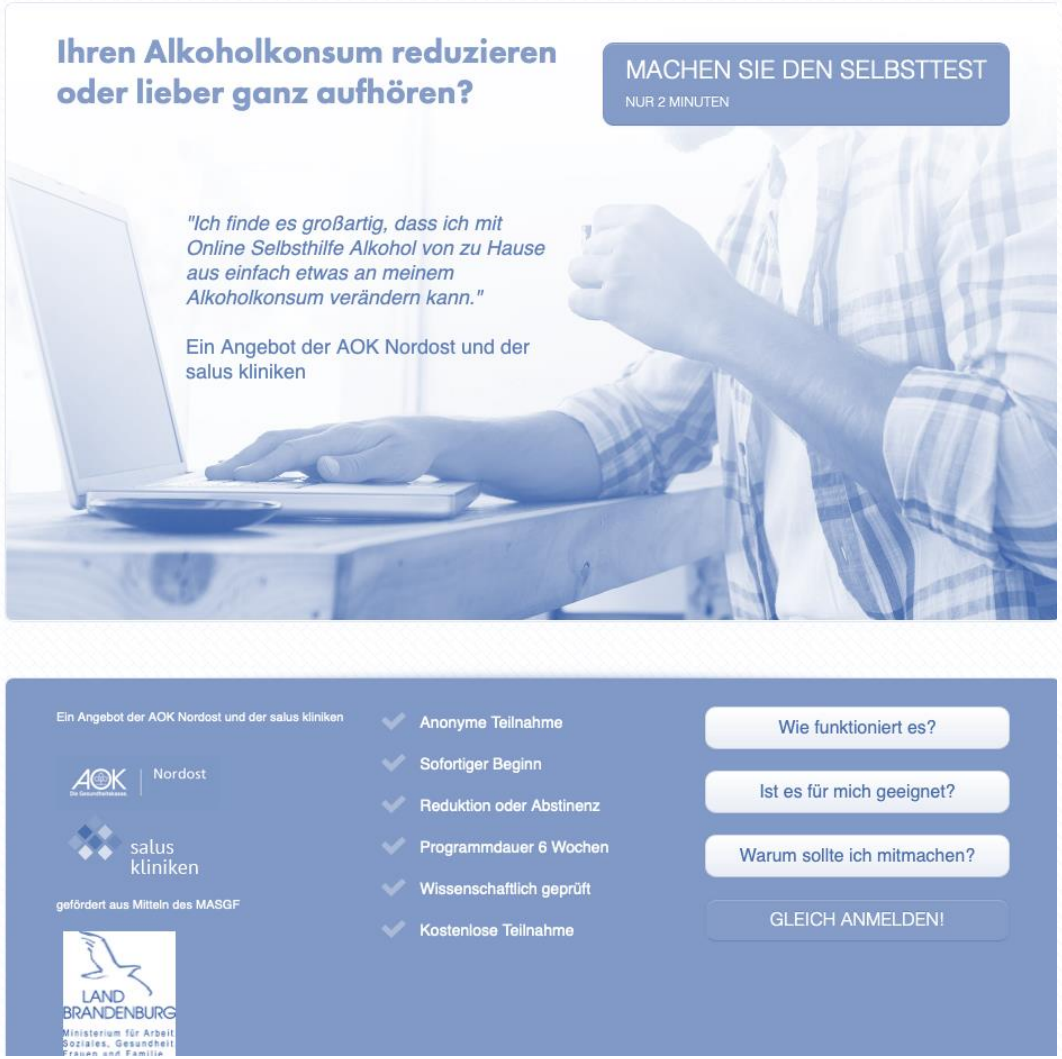
Salus App

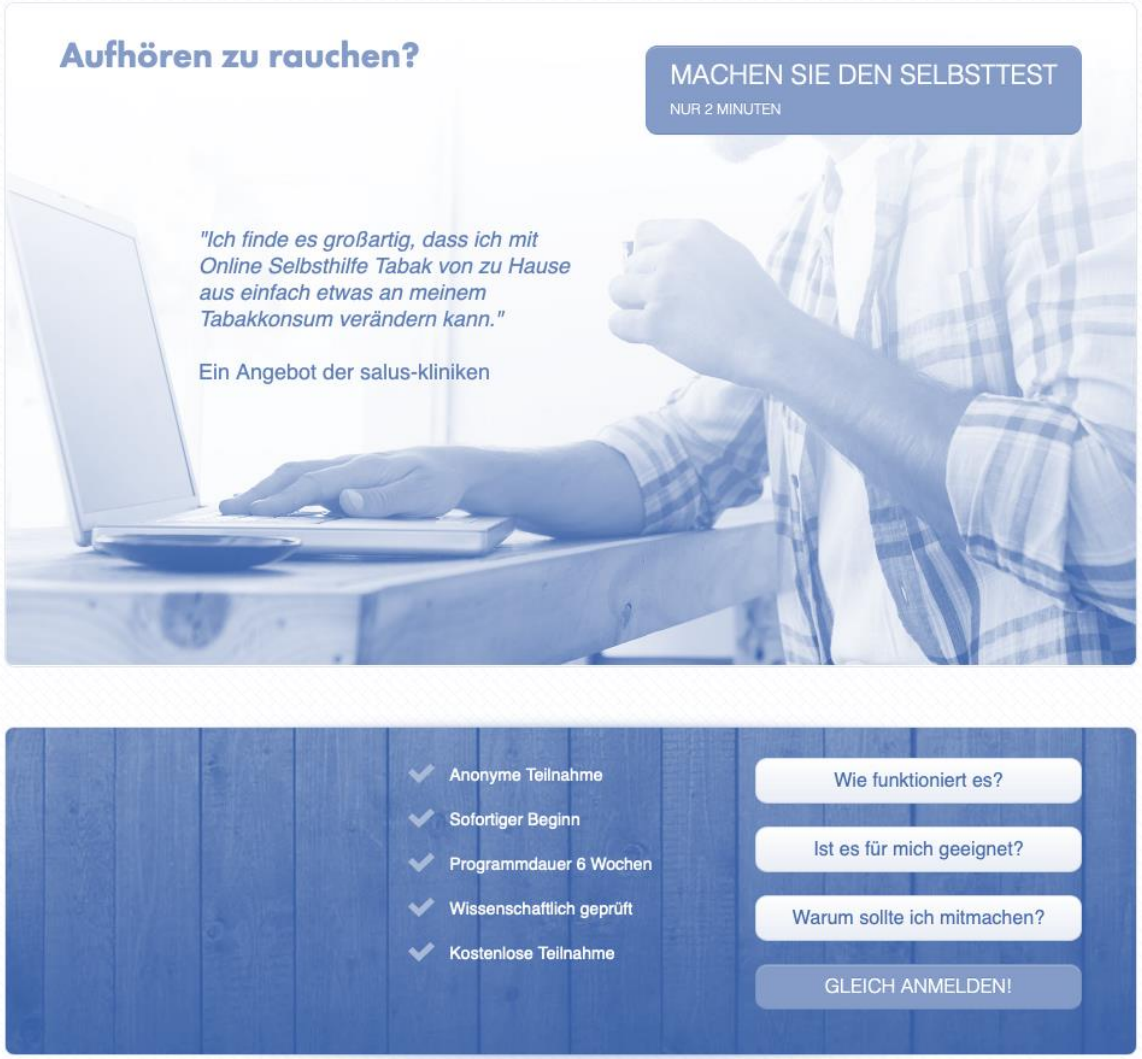
GRATULATION!


Start
Aktuelles
Notfall!
Aufgaben und Ziele
Therapieplan
Wochenberichte
Audiodateien
Stimmungsbarometer
Trigger-Training Alkohol
Klinik-Infos
Diese Woche...
salus ABC
Freizeit
Einstellungen

Salus App

GRATULATION!


Ihren Alkoholkonsum reduzieren oder lieber ganz aufhören?
MACHEN SIE DEN SELBSTTEST
NUR 2 MINUTEN
"Ich finde es großartig, dass ich mit Online Selbsthilfe Alkohol von zu Hause aus einfach etwas an meinem Alkoholkonsum verändern kann."
Ein Angebot der AOK Nordost und der salus kliniken
Ein Angebot der AOK Nordost und der salus kliniken
AOK Nordost
salus kliniken
gefördert aus Mitteln des MASGF
LAND BRANDENBURG
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Anonyme Teilnahme
Sofortiger Beginn
Reduktion oder Abstinenz
Programmdauer 6 Wochen
Wissenschaftlich geprüft
Kostenlose Teilnahme
Wie funktioniert es?
Ist es für mich geeignet?
Warum sollte ich mitmachen?
GLEICH ANMELDEN!


Aufhören zu rauchen?
MACHEN SIE DEN SELBSTTEST
NUR 2 MINUTEN
"Ich finde es großartig, dass ich mit Online Selbsthilfe Tabak von zu Hause aus einfach etwas an meinem Tabakkonsum verändern kann."
Ein Angebot der salus-kliniken
Anonyme Teilnahme
Sofortiger Beginn
Programmdauer 6 Wochen
Wissenschaftlich geprüft
Kostenlose Teilnahme
Wie funktioniert es?
Ist es für mich geeignet?
Warum sollte ich mitmachen?
GLEICH ANMELDEN!

Ge

Ver

Blended Therapy

Verzahnte Therapie

(Blended-Therapy)

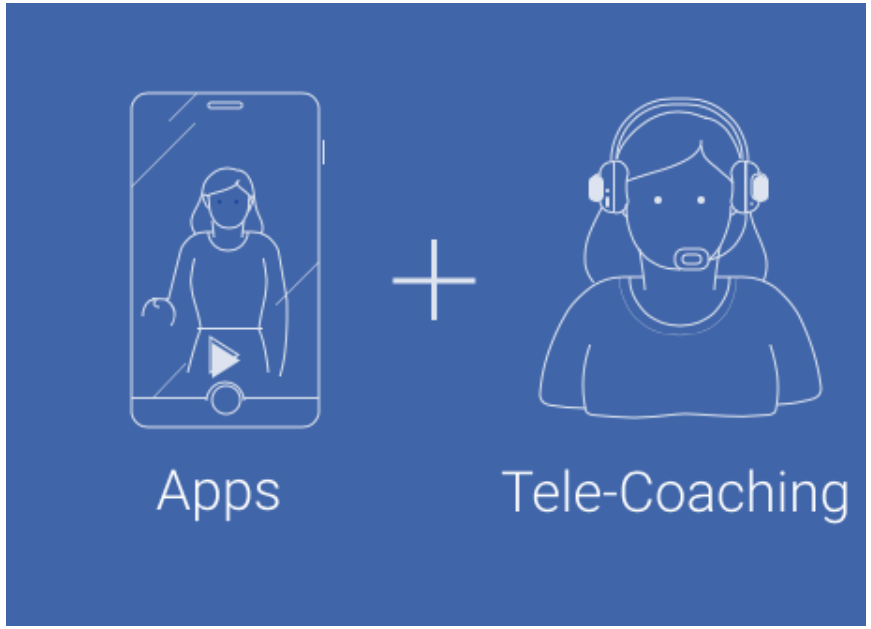
Eine Kombination aus klassischer, synchroner Psychotherapie im Rahmen der Routineversorgung und Internet- und mobilebasierten Interventionen (IMIs).

Die rosarote Brille

ADDICTION

EATING DISORDERS

We work together with alcohol addiction experts to push for a new way of treating Alcohol Use Disorder (AUD). We present patients a story in which they are helping an alcoholic friend to reinsert themselves into society. They are first asked to clean up the friend's alcohol-riddled apartment and then to go to the supermarket, resisting the temptation of buying alcohol. By helping a friend, patients learn to control their addiction without feeling judged themselves.



Therapie-**Apps**

- Evidenzbasierte Methoden & Techniken aus der Kognitiven Verhaltenstherapie.
- Persönlicher Therapieplan durch Verwendung eines intelligenten Algorithmus.
- Auf Adhärenz- und Motivationssteigerung optimierte Übungsinhalte.

Künstliche Intelligenz

Chat GPT

Ich habe ein Suchtproblem. Was soll ich tun?

Es ist gut, dass Sie erkennen, dass Sie ein Suchtproblem haben und sich Hilfe suchen möchten. Hier sind einige Schritte, die Sie unternehmen können:

1.Sprechen Sie mit einem Arzt oder Therapeuten: Ihr Arzt oder Therapeut kann Sie auf eine geeignete Behandlungsmöglichkeit hinweisen, je nach Art Ihrer Sucht und der Schwere Ihrer Symptome. Sie können auch Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Therapieeinrichtung erhalten.

2.Betrachten Sie eine Unterstützungsgruppe: Gruppen wie die Anonymen Alkoholiker oder andere Selbsthilfegruppen können eine wertvolle Quelle der Unterstützung und des Austauschs sein. Durch den Austausch mit anderen Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, können Sie eine Gemeinschaft aufbauen und Unterstützung erhalten, die dazu beitragen kann, Ihre Motivation aufrechtzuerhalten.

3.Finden Sie alternative Wege, um Stress zu bewältigen: Wenn Sie Suchtmittel verwenden, um mit Stress oder schwierigen Emotionen umzugehen, suchen Sie nach gesunden alternativen Bewältigungsstrategien wie Meditation, Yoga, körperlicher Betätigung oder gesunden sozialen Aktivitäten.

4.Vermeiden Sie Auslöser: Identifizieren Sie Situationen oder Orte, die dazu führen können, dass Sie in alte Gewohnheiten zurückfallen, und vermeiden Sie diese so weit wie möglich. Wenn Sie beispielsweise feststellen, dass Sie in Bars oder in der Nähe von Personen, die Alkohol trinken, versucht sind, vermeiden Sie solche Orte oder Personen so weit wie möglich.

5.Seien Sie geduldig und geben Sie nicht auf: Die Überwindung einer Sucht ist ein Prozess, der Zeit und Geduld erfordert. Es kann Rückfälle geben, aber geben Sie nicht auf. Es ist wichtig, sich an Ihre Ziele und die Gründe zu erinnern, warum Sie Ihre Sucht überwinden möchten, und nach jeder Hürde weiterzumachen.

Ich hoffe, diese Tipps helfen Ihnen weiter. Es ist mutig von Ihnen, um Hilfe zu bitten, und ich wünsche Ihnen viel Erfolg auf Ihrem Weg zur Genesung.

Ich konsumiere häufig Cannabis

Wenn Sie häufig Cannabis konsumieren, sollten Sie sich bewusst sein, dass dies negative Auswirkungen auf Ihre körperliche und geistige Gesundheit haben kann, insbesondere wenn Sie es regelmäßig und über längere Zeit verwenden. Hier sind einige Schritte, die Sie unternehmen können, um den Cannabis-Konsum zu reduzieren oder ganz zu beenden:

1.Setzen Sie sich realistische Ziele: Beginnen Sie damit, sich realistische Ziele zu setzen, wie zum Beispiel, den Konsum schrittweise zu reduzieren oder ganz aufzuhören. Erstellen Sie einen Plan, um Ihre Ziele zu erreichen, und halten Sie sich daran.

2.Vermeiden Sie Auslöser: Identifizieren Sie Situationen, Orte oder Personen, die dazu führen können, dass Sie Cannabis konsumieren, und vermeiden Sie diese so weit wie möglich.

3.Suchen Sie Unterstützung: Sprechen Sie mit einem Arzt oder Therapeuten, der Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Sucht helfen kann. Sie können auch eine Unterstützungsgruppe beitreten, um Unterstützung von anderen zu erhalten, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

4.Finden Sie alternative Wege, um Stress zu bewältigen: Suchtmittel werden oft als Bewältigungsmechanismus verwendet, um Stress oder schwierige Emotionen zu bewältigen. Suchen Sie nach gesunden alternativen Bewältigungsstrategien wie Meditation, Yoga, körperlicher Betätigung oder gesunden sozialen Aktivitäten.

5.Seien Sie geduldig und geben Sie nicht auf: Die Überwindung einer Sucht ist ein Prozess, der Zeit und Geduld erfordert. Es kann Rückfälle geben, aber geben Sie nicht auf. Es ist wichtig, sich an Ihre Ziele und die Gründe zu erinnern, warum Sie Ihre Sucht überwinden möchten, und nach jeder Hürde weiterzumachen.

Ich hoffe, dass diese Tipps hilfreich für Sie sind. Wenn Sie weitere Unterstützung benötigen, sollten Sie sich an einen Arzt oder Therapeuten wenden, der Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Sucht helfen kann.

Regenerate response

Wie gut ist die Fachklinik Haus Immanuel in Bayern?

Als künstliche Intelligenz habe ich keinen Zugang zu den aktuellen Bewertungen oder Erfahrungen von Patienten in der Klinik Haus Immanuel in Bayern. Ich kann jedoch allgemeine Informationen über die Klinik teilen.
Die Klinik Haus Immanuel ist eine Einrichtung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die sich auf die Behandlung von Angststörungen, Depressionen, Traumata und anderen psychischen Erkrankungen spezialisiert hat. Die Klinik verfügt über ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegepersonal, die auf die Behandlung von Patienten spezialisiert sind.
Die Klinik Haus Immanuel betont, dass sie sich auf eine ganzheitliche Behandlung von Patienten konzentriert und verschiedene Therapieansätze anbietet, darunter kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie und Entspannungsverfahren. Die Klinik bietet auch eine stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung an.
Es ist wichtig, zu beachten, dass jede Klinik ihre eigenen Stärken und Schwächen hat, und dass die Erfahrungen der Patienten variieren können. Wenn Sie erwägen, sich in der Klinik Haus Immanuel behandeln zu lassen, sollten Sie sich mit dem Klinikpersonal in Verbindung setzen, um weitere Informationen zu erhalten und Fragen zu stellen, die Sie möglicherweise haben. Sie können auch Bewertungen und Erfahrungen von Patienten suchen, die diese Klinik besucht haben.
Regenerate response

Kinder aus suchtbelasteten Familien

Parentifzierung: Kinder werden zu Eltern

Parenting ... sometimes children educate their parents instead of the other way around

Alkoholabhängigkeit bei Töchtern Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen

Elterliche Probleme mit Alkohol	Männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit	Weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit
Nur Vater (10-15% Grundwahrscheinlichkeit)	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter (5-8% Grundwahrscheinlichkeit)	3.29 ***	15.94 ***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

**: p<.01; ***: p<.001.
aus: Lachner & Wittchen (1997, 69).

AbA – jetzt

Angehörige beraten Angehörige

Neue **W**ege

Kons**E**quente

Verä**N**derung

Deine

Entscheidung

Neue Wege

Selbstfürsorge
Selbsthilfegruppen für Angehörige
Psychosoziale Hilfen
Ambulante Psychotherapie
Paartherapie
Familientherapie
Hilfen für Kinder und Jugendliche

WENDE PUNKT

- **Änderung**

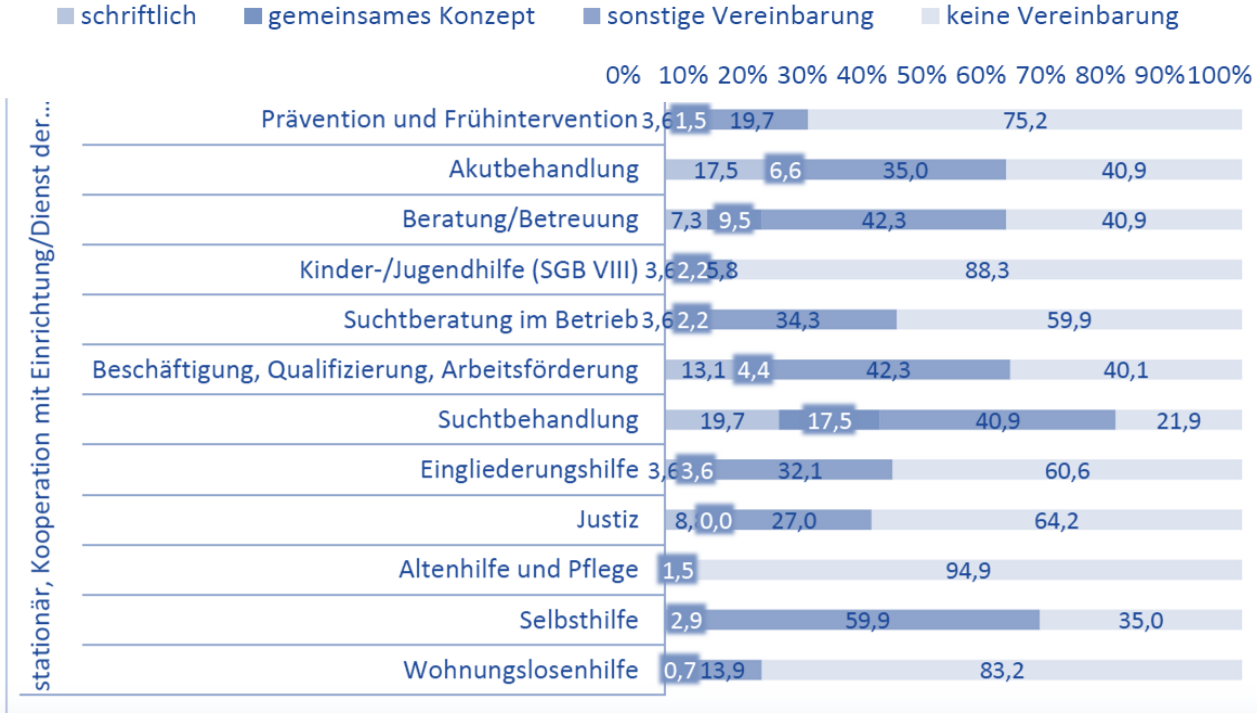
  - der Blickrichtung
  - von Grundüberzeugungen
  - von Verhaltensweisen
  - von Gefühlen

- **Hilfe (Unterstützung) zulassen**

Ausbau von vernetzter Kooperation: Kooperationsverträge Gemeinsame Konzepte

Stationäre Einrichtungen

DSHS Deutsche Suchthilfestatistik 2019



Forderungen

Anforderungen
Wünsche und Anliegen
Perspektiven

Inanspruchnehmende

Einzelzimmer und „Vier-Sterne-Hotel“-Standard
„Wellness-bezogene“ Angebote
6-8 Wochen Behandlung
Einzelpsychotherapie

Qualifizierungsoffensive

Weiterbildung als Suchttherapeut*innen (für alle Arbeitsfelder der Suchthilfe)

Weiterbildung in Sozialmedizin für PP und KPJ

Weiterbildung als Fachpsychotherapeut*innen

Wer will das **bezahlen?**

Zitathinweis von Bürkle (2022)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Interessenskonflikt

Mitgliedschaft im bus.

ein Muss!