



Mental Health &  
Addiction Research

**IFT Institut für  
Therapieforschung**

Leopoldstraße 175

80804 München

Tel. 089/360 804-43

Fax 089/360 804-19

[gomesdematos@ift.de](mailto:gomesdematos@ift.de)

[www.ift.de](http://www.ift.de)

PD Dr. Eva Hoch

Institutsleitung

Dr. Elena Gomes de Matos

Clara Müller

Dr. Johanna Loy

Anne Maiwald

# Projekt Entwöhnungsbehandlung „Analyse der Antragsrückgänge im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung“

## Abschlussbericht

Projektförderung: Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

Projektleitung: Dr. Elena Gomes de Matos

Laufzeit: 01.02.2022 bis 30.06.2023

Kontakt Daten: Dr. Elena Gomes de Matos

Forschungsinstitut Institut für Therapieforschung

Leopoldstraße 175, 80804 München

[gomesdematos@ift.de](mailto:gomesdematos@ift.de)

Tel. 089-360804-43

Gomes de Matos, E., Müller, C., Loy, J. K., & Maiwald, A. (2024). *Projekt Entwöhnungsbehandlung „Analyse der Antragsrückgänge im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung“* [Abschlussbericht]. IFT Institut für Therapieforschung München.

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Inhaltsverzeichnis .....   | 1  |
| Tabellenverzeichnis .....  | 3  |
| Abbildungsverzeichnis .....  | 3  |
| Abkürzungsverzeichnis .....  | 4  |
| Zusammenfassung .....  | 5  |
| 1 Hintergrund .....  | 7  |
| 2 Methodik .....   | 8  |
| 2.1 Qualitative Erhebung .....   | 9  |
| 2.1.1 Design .....   | 9  |
| 2.1.2 Durchführung .....   | 9  |
| 2.1.3 Erhebungsinstrumente .....   | 10 |
| 2.1.4 Stichprobe .....   | 11 |
| 2.1.5 Auswertung .....   | 12 |
| 2.2 Quantitative Erhebung .....  | 12 |
| 2.2.1 Design .....   | 12 |
| 2.2.2 Durchführung .....   | 13 |
| 2.2.3 Erhebungsinstrumente .....   | 13 |
| 2.2.4 Auswertung .....   | 14 |
| 2.3 Literaturrecherche und Handlungsempfehlungen .....   | 15 |
| 3 Ergebnisse .....   | 16 |
| 3.1 Qualitative Ergebnisse Fachkundige .....   | 16 |
| 3.1.1 Betroffenenkollektiv: Soziodemografische und störungsbezogene Merkmale .....                   | 16 |
| 3.1.2 Motivation .....   | 17 |
| 3.1.3 Persönliche Hürden für eine stationäre Entwöhnung .....  | 18 |
| 3.1.4 Rolle einzelner Instanzen bei der Antragstellung und Durchführung stationärer Entwöhnung ..... | 20 |
| 3.1.4.1 Beschreibung der Rollen .....  | 20 |
| 3.1.5 Veränderungen in den Rollen der Akteure .....  | 21 |
| 3.1.6 Herausforderungen .....  | 24 |
| 3.1.7 Die Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung .....                             | 26 |
| 3.1.8 Gelingende Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung .....                      | 27 |
| 3.1.9 Der nahtlose Übergang von Entzug in die stationäre Entwöhnung .....                            | 28 |
| 3.1.10 Herausforderungen in der Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapie-initiiierung .....     | 29 |
| 3.1.11 Andere Behandlungsoptionen .....  | 33 |
| 3.1.12 Ambulante und tagesklinische Entwöhnung .....   | 33 |
| 3.1.13 Substitutionstherapie .....   | 35 |
| 3.1.14 Soziotherapie .....   | 36 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 3.1.15  | Finanzielle Aspekte .....   | 37 |
| 3.1.16  | Weiterentwicklungsbedarfe und Chancen .....                                   | 38 |
| 3.1.17  | Vorschläge zur Modifikation der Antragszahlen.....                            | 38 |
| 3.1.18  | Vorschläge zur Modifikation der Antrittszahlen.....                           | 42 |
| 3.2     | Qualitative Ergebnisse Betroffene .....                                       | 44 |
| 3.2.1   | Beschreibung der Stichprobe.....  | 44 |
| 3.2.2   | Informationsprozess .....   | 45 |
| 3.2.3   | Antragsprozess.....   | 47 |
| 3.2.4   | Einschätzungen und Einstellungen zur stationären Entwöhnung .....             | 49 |
| 3.2.4.1 | Motive für und gegen eine stationäre Entwöhnung.....                          | 49 |
| 3.2.4.2 | Bewertung der stationären Entwöhnung .....                                    | 50 |
| 3.2.5   | Einschätzungen und Einstellungen zu anderen Behandlungsangeboten .....        | 51 |
| 3.2.6   | Vermutete Ursachen des Antragsrückgangs .....                                 | 53 |
| 3.3     | Quantitative Ergebnisse: Betroffene .....                                     | 54 |
| 3.3.1   | Stichprobe .....  | 54 |
| 3.3.2   | Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge (Mit Antrag).....                  | 55 |
| 3.3.3   | Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge (Ohne Antrag).....                 | 57 |
| 3.3.4   | Offene Fragen .....   | 60 |
| 4       | Diskussion und Handlungsempfehlungen.....                                     | 61 |
| 4.1     | Methodische Diskussion .....  | 61 |
| 4.2     | Mögliche Erklärungsfaktoren für den Antragsrückgang .....                     | 63 |
| 4.2.1   | Personelle Besetzung in Akutstationen und Suchtberatungsstellen.....          | 64 |
| 4.2.2   | Schlechtere Reputation stationärer Entwöhnungsbehandlung .....                | 67 |
| 4.2.3   | Gesunkene subjektive Aussicht auf Bewilligung und auf einen Klinikplatz ..... | 68 |
| 4.2.4   | Schnittstellenproblematik.....  | 69 |
| 4.2.5   | Seltenere gerichtliche Auflage einer stationären Entwöhnung.....              | 70 |
| 4.2.6   | Verschiebung zu anderen Behandlungsoptionen.....                              | 71 |
| 4.2.7   | Demografischer Wandel und steigende Mehrfachbelastungen Betroffener .....     | 73 |
| 4.2.8   | Gesellschaftliche Trends: Stigmatisierung und Anspruch.....                   | 75 |
| 4.2.9   | Aufwand der Antragstellung .....  | 76 |
| 4.2.10  | Fazit .....   | 77 |
| 4.3     | Handlungsempfehlungen zur Begegnung des Antragsrückgangs.....                 | 79 |
| 4.3.1   | Sicherstellung von Ressourcen zur Antragsunterstützung .....                  | 79 |
| 4.3.2   | Verbesserung von Schnittstellen .....   | 80 |
| 4.3.3   | Antragsprozess erleichtern .....  | 81 |
| 4.3.4   | Demografischem Wandel begegnen.....   | 82 |
| 4.3.5   | Frühe Erreichung Betroffener .....  | 82 |
| 4.3.6   | Entstigmatisierung .....  | 83 |
|         | Förderhinweis.....  | 85 |
|         | Danksagung .....  | 85 |
|         | Literaturverzeichnis.....   | 86 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Anhang   | .....                                    | 93  |
| Anhang 1 | Interviewleitfaden für Betroffene .....  | 94  |
| Anhang 2 | Interviewleitfaden für Fachkundige ..... | 101 |
| Anhang 3 | Fragebogen .....                         | 108 |
| Anhang 4 | Handlungsempfehlungen .....              | 119 |

## Tabellenverzeichnis

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabelle 2-1 | Tätigkeitsbereiche und Anzahl Befragter der Fachkundigen-Interviews .....   | 11 |
| Tabelle 2-2 | Gruppen hinsichtlich Erfahrung stationärer Entwöhnung und Anzahl<br>Befragter der Betroffenen-Interviews.....                                   | 11 |
| Tabelle 2-3 | Gruppen hinsichtlich Erfahrung stationärer Entwöhnung und Anzahl der<br>Befragten .....   | 12 |
| Tabelle 3-1 | Soziodemografische und behandlungsbezogene Angaben zur Stichprobe .....   | 54 |
| Tabelle 3-2 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Motive.....                        | 55 |
| Tabelle 3-3 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hürden .....                       | 56 |
| Tabelle 3-4 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Verbesserungsvorschläge .....      | 57 |
| Tabelle 3-5 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hypothetische Motive .....    | 58 |
| Tabelle 3-6 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hürden .....                  | 59 |
| Tabelle 3-7 | Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf<br>stationäre Entwöhnung gestellt haben: Verbesserungsvorschläge ..... | 60 |

## Abbildungsverzeichnis

|               |  |    |
|---------------|--|----|
| Abbildung 2-1 | Studienaufbau .....                              | 8  |
| Abbildung 4-1 | Thematische Abgrenzung der Forschungsfrage ..... | 64 |

## **Abkürzungsverzeichnis**

|       |   |
|-------|---|
| BL-AG | Bund-Länder-Arbeitsgruppe                                       |
| BMJ   | Bundesministerium der Justiz                                    |
| BtMG  | Betäubungsmittelgesetz  |
| DRV   | Deutsche Rentenversicherung                                     |
| DSHS  | Deutsche Suchthilfestatistik                                    |
| ESB   | externe Suchtberatung in Bayerischen Justizvollzugsanstalten    |
| GKV   | Gesetzliche Krankenversicherung                                 |
| JVA   | Justizvollzugsanstalt   |
| LGL   | Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit |
| PKV   | Private Krankenversicherung                                     |
| StMGP | Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege         |

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Seit 2009 lässt sich auf Bundesebene ein Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnungsbehandlungen beobachten. Da die Analyse bestehender Daten den Rückgang nicht zufriedenstellend aufklären konnte, hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) eine Studie in Auftrag gegeben, die vom IFT Institut für Therapieforschung durchgeführt wurde. Zentrale Projektziele waren die Identifizierung von Erklärungen zum beschriebenen Antragsrückgang, und das Ausarbeiten machbarer Handlungsempfehlungen, um diesem zu begegnen.

### **Methodik**

In der ersten Projektphase (Arbeitspaket A) wurden qualitative Interviews mit in der Suchthilfe Tätigen und Betroffenen durchgeführt. Unter den Betroffenen wurden Personen mit und ohne Erfahrung einer stationären Entwöhnung befragt, zudem Personen, die eine bewilligte stationäre Entwöhnung nicht angetreten haben. Thematisiert wurden potenzielle und von den Personen eingebrachte Gründe für den Antragsrückgang sowie Hürden für die Aufnahme einer stationären Entwöhnung. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Fragebogen erstellt (Arbeitspaket B), der unter Betroffenen durchgeführt wurde. Die Rekrutierung erfolgte über die formale Suchthilfe und die Selbsthilfe. Die Ergebnisse der beiden Erhebungsphasen wurden unter Einbeziehung der bestehenden Literatur ausgewertet (Arbeitspaket C). Handlungsempfehlungen wurden unter zweistufiger Begutachtung von Expertinnen und Experten formuliert (Arbeitspaket D). Im Expertengremium waren Fachleute unterschiedlicher Bereiche der Suchthilfe und Betroffene vertreten.

### **Ergebnisse**

Im quantitativen Survey unter Betroffenen wurden internale oder persönliche Hürden und Motive für die Aufnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung durchschnittlich als stärker bewertet als externale oder strukturelle Faktoren.

Weitgehend gesicherte Gründe für die beobachteten Antragsrückgänge betreffen die Bereiche personeller Besetzung in Akutstationen und ambulanten Suchtberatungsstellen, zunehmende Schnittstellenproblematik und eine Verschiebung zu anderen Behandlungsangeboten. Als wahrscheinliche Einflussfaktoren können zudem zunehmende Mehrfachbelastungen Betroffener sowie der demografische Wandel gesehen werden, obgleich in diesen Bereichen weitere belastbare Daten fehlen.

Weitere aus den qualitativen Interviews generierte Hypothesen für den Antragsrückgang verfestigten sich entweder nicht, oder können anhand der bestehenden Informationen nicht in ihrer Bedeutung für den Antragsrückgang beurteilt werden., betreffen eine schlechtere Reputation stationärer

Entwöhnungen sowie eine gesunkene subjektive Aussicht auf Bewilligung und auf einen Klinikplatz. Zur Beurteilung der Bedeutung von Stigmatisierung und Ansprüchen an eine stationäre Entwöhnung sind weitere Daten notwendig.

### **Diskussion**

Die als wahrscheinlich und als gesichert angenommenen Ursachen des Antragsrückgangs auf stationäre Entwöhnungsbehandlung weisen darauf hin, dass zur adäquaten Versorgung von Abhängigkeit Betroffener dringend auf eine Stärkung der entzugsbehandelnden Akutstationen und ambulanten Beratungsstellen, aber auch des Suchthilfesystems als Ganzes hinzuwirken ist. Eine möglichst frühe Erreichung Betroffener hat nicht nur für das Individuum Relevanz, sondern auch für die Beanspruchung des Systems. Handlungsempfehlungen wurden formuliert, die Gründe für den Antragsrückgang, aber auch bereits zuvor bestehende Hürden der Versorgung adressieren.



## 1 Hintergrund

Seit 2009 lässt sich auf Bundesebene ein Rückgang stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen beobachten, wobei der Trend im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlungen in Trägerschaft der (gesetzlichen) Deutschen Rentenversicherung (DRV) überproportional stark ausgeprägt ist. Die rückläufige Entwicklung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen lässt sich bei grundsätzlich unterschiedlichen Ausgangsniveaus in allen deutschen Bundesländern feststellen. Eine Analyse der Zugangswege zur stationären Entwöhnungsbehandlung kommt zu dem Schluss, dass „...der in den Daten der gesetzlichen Rentenversicherung im stationären Bereich besonders stark ausgeprägte Rückgang der abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen nicht durch einen gleichzeitigen starken Anstieg der ambulanten oder ganztägig ambulanten Rehabilitations-behandlungen erklärt werden [kann]“ (Seeger, 2020, S. 69). Weiterhin haben augenscheinlich weder Veränderungen in der Anzahl der Versicherten, die Art der behandelten Störung (Alkoholabhängigkeit oder Abhängigkeit von illegalen Drogen), noch das Verhältnis von beantragten und bewilligten Entwöhnungsbehandlungen einen Einfluss auf den beobachteten rückläufigen Trend.

Zu den diskutierten Erklärungsfaktoren gehören Schnittstellenprobleme im deutschen Suchthilfesystem und andere strukturelle Hindernisse, beispielsweise in der Finanzierung oder dem Antragsverfahren, sowie Komponenten auf Seiten der Betroffenen wie mangelndes Problembewusstsein oder die familiäre und berufliche Situation (Moog et al., 2019; Seeger, 2020). Es wird jedoch angezweifelt, dass strukturelle Änderungen wie beispielsweise eine Zunahme von Zugangsbarrieren oder eine Verschlechterung der Grundfinanzierung der Suchtberatungsstellen allein hinreichende Erklärungen für den seit 2009 beobachteten Rückgang bei der Entwöhnungsbehandlung lieferten: Die stark gegliederte Struktur sei historisch gewachsen und stelle explizit keine Neuerung der letzten Jahre dar.

Vor diesem Hintergrund wurde empfohlen, fehlende Erklärungsansätze in einem qualitativen Ansatz zu untersuchen (Seeger, 2020). Dazu hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) eine Studie in Auftrag gegeben, die vom IFT Institut für Therapieforchung durchgeführt wurde. Zentrale Projektziele waren die Identifizierung von Erklärungen zum beschriebenen Antragsrückgang, und das Ausarbeiten machbarer Handlungsempfehlungen, um diesem zu begegnen.

## 2 Methodik

Die Studie ist in aufeinander aufbauende Arbeitspakete gegliedert. Das Arbeitspaket A hatte zum Ziel, über qualitative Interviews mögliche Ursachen für die rückläufigen Antragszahlen und den Maßnahmenrückgang bezüglich stationärer Entwöhnungsbehandlungen in Bayern zu identifizieren. Verhalten im Kontext von Substanzkonsum, wie die Inanspruchnahme bestimmter Therapien, findet in sozialen Kontexten statt, die mit quantitativen Methoden häufig unzureichend abbildbar sind. Qualitative Forschungsmethoden können genutzt werden, um die soziale Bedeutung von Verhaltensweisen zu verstehen (Rhodes & Coomber, 2010). Da die vergleichsweise geringen Stichprobenumfänge der qualitativen Forschung jedoch keine Repräsentativität der Aussagen zulässt, wurden weitere Arbeitspakete in die Projektplanung integriert, die eine Abschätzung der Relevanz der entwickelten Hypothesen auf die beobachteten Antragszahlen erlauben. Dies ist zum einen ein quantitativer Survey unter Betroffenen (Arbeitspaket B) sowie eine gezielte Literaturrecherche (Arbeitspaket C). Zudem beinhalten alle vorhergehenden Arbeitspakete Informationen zur Ableitung konkreter Veränderungsbedarfe, um dem Rückgang stationärer Entwöhnungsbehandlungen begegnen zu können (Arbeitspaket D).

Damit stellt das Studiendesign des Projekts einen Mixed-Methods Ansatz dar, welcher sich in folgende vier Aspekte gliedert:

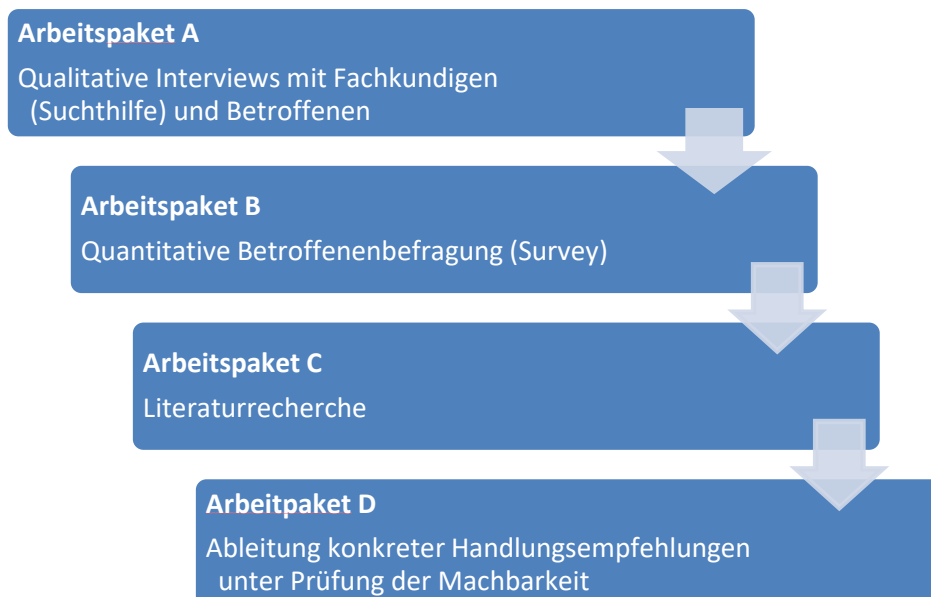


Abbildung 2-1 Studienaufbau

## **2.1 Qualitative Erhebung**

### **2.1.1 Design**

Das Arbeitspaket A stellt den qualitativen Teil der Studie dar. Im Rahmen dessen wurden mit Fachkundigen sowie Betroffenen einmalige qualitative Interviews geführt. Dabei wurde ein induktives Vorgehen verfolgt mit dem Ziel, Hypothesen zu Ursachen des Antragsrückgangs auf stationäre Entwöhnung zu generieren.

### **2.1.2 Durchführung**

Die Stichprobenauswahl erfolgte auf der Grundlage eines Purposive Samplings (Flick, 2007). In diesem Design erfolgt die Auswahl der Fälle nicht zufällig, sondern gezielt, um den Informationsgehalt der Interviews zu maximieren. In der vorliegenden Studie wurden dabei sogenannte kritische Fälle rekrutiert. Zentrale Merkmale sind der Beschreibung der Zielstichproben in Kapitel 2.1.4 zu entnehmen. Bei den Fachkundigen wurde zudem auf ausreichende Erfahrung für die Beobachtung zeitlicher Veränderungen, sowie eine formale Vernetzung mit anderen Akteuren des Hilfesystems beispielsweise in Gremien oder Arbeitskreisen geachtet. Die Befragungen wurden als semistrukturierte, leitfadengestützte telefonische Interviews durchgeführt. Sie wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und anschließend nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) mit Hilfe der Software MAXQDA ausgewertet (VERBI Software, 2019).

Bei den Fachkundigen-Interviews erfolgte die Identifizierung potenzieller Teilnehmender über Personen, die in den übergeordneten Strukturen tätig sind (Träger, Verwaltung, Klinikleitung etc.) und über persönlich-professionelle Kontakte. Teilweise fungierten diese auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Informationsverbreitung fand über E-Mail-Verteiler, direkte Ansprache, oder einen Teilnahmeaufruf auf der Homepage statt. Die Erstkontaktierung erfolgte direkt, bevorzugt telefonisch.

Bei den Betroffenen-Interviews erfolgte die Rekrutierung mittels Unterstützung durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dabei handelte es sich vor allem um Personen, die in der Versorgung Abhängiger tätig sind. Dies waren Personen aus dem Suchthilfesystem, aber auch Personen aus der Selbsthilfe oder Soziotherapierende, um Personen ohne Kontakt zum engeren Suchthilfesystem zu erreichen. Es wurden aktiv sowohl Personen gesucht, die jemals eine stationäre Entwöhnung durchlaufen hatten als auch solche, die keine entsprechende Erfahrung aufwiesen. Zusätzlich wurden gezielt Personen rekrutiert, die jemals eine bewilligte stationäre Entwöhnung nicht angetreten hatten.

Die primäre Auswahl potenzieller Teilnehmender erfolgte durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Diese machten die Betroffenen auf die Studie aufmerksam, händigten ihnen Studieninformationen und die Einverständniserklärungen aus. Teilweise unterstützten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bei der Übermittlung der Einverständniserklärungen und Kontaktdaten. Die finale Abklärung der Teilnahmebereitschaft und Vereinbarung eines Interviewtermins erfolgten in jedem Fall direkt zwischen Projektteam und Studienteilnehmenden.

Die Teilnehmenden wurden im Vorfeld über Inhalt, Zweck und Ablauf der Interviews sowie über die Aufzeichnung, Auswertung und Speicherung der Daten aufgeklärt und unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Die Datenerhebung erfolgte einmalig im Rahmen des Interviews.

Unter den Fachkundigen war die Teilnahmebereitschaft allgemein sehr hoch. Das Interesse an dem Forschungsthema war stark, und es wurde vielfach als sehr relevant bezeichnet. Der Anstoß der Rekrutierung Betroffener gestaltete sich als langwierig. Dies war vermutlich auf pandemiebedingte hohe Arbeitsausfälle zurückzuführen. Überlastung und wechselnde Abwesenheiten des Einrichtungspersonals schienen den Informationsfluss oftmals zu bremsen. Nach einigen Wochen lief die Akquise in erwartbarem Tempo.

### **2.1.3 Erhebungsinstrumente**

Für die Befragung der Interviewten wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt. Der Interviewleitfaden für die Gruppe der Fachkundigen beinhaltete Fragen zu Versorgungsprozessen, Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern aus dem Suchthilfebereich, subjektiv wahrgenommenen Entwicklungstendenzen im Bereich der Beantragung und des Antritts stationärer Entwöhnungsmaßnahmen sowie subjektiven Einschätzungen zu Herausforderungen und Entwicklungsbedarfen. Die Gruppe der Betroffenen wurde zu ihrer Abhängigkeitsstörung, persönlichen Erfahrungen mit stationären Entwöhnungsbehandlungen und anderen Hilfsangeboten, persönlichen Einstellungen zu vergangenen und/oder zukünftigen Antragstellungen, persönlichen Motivationen für einen (Nicht-)Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung sowie subjektiven Einschätzungen zu Herausforderungen und Entwicklungsbedarfen befragt. Für die unterschiedlichen Gruppen der Betroffenen wurden die Interviewleitfäden so gestaltet, dass die Befragung je nach individuellem Umstand angepasst werden konnte: a) teilnehmende Person durchläuft aktuell eine stationäre Entwöhnungsbehandlung bzw. hat bereits eine durchlaufen, b) teilnehmende Person hat noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung beantragt und c) teilnehmende Person hat eine stationäre Entwöhnung beantragt, diese allerdings nicht angetreten.

### 2.1.4 Stichprobe

Die Stichprobe der qualitativen Interviews teilt sich in zwei Stränge auf. Der erste Strang beinhaltet n = 18 Fachkundige, die im Suchthilfesystem im engeren Sinne, aber auch in der Versorgung Abhängiger im weiteren Sinne beschäftigt sind. Eine Darstellung der Tätigkeitsbereiche und die Aufteilung der Fachkundigen auf diese findet sich in Tabelle 2-1.

Tabelle 2-1 Tätigkeitsbereiche und Anzahl Befragter der Fachkundigen-Interviews

| <b>Tätigkeiten</b>  | <b>Zielstichprobe</b> |
|---|-----------------------|
| Selbsthilfeorganisationen und Wohlfahrtsverbände  | n = 2                 |
| Ambulante Suchtberatungsstellen und Einrichtungen mit dem Angebot einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung                      | n = 4                 |
| Ambulante Psychologische Psychotherapierende  | n = 2                 |
| Rehabilitationseinrichtungen mit Angebot einer stationären Entwöhnungsbehandlung  | n = 3                 |
| Akut-stationäre Einrichtungen   | n = 3                 |
| Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater  | n = 1                 |
| Hausärztinnen und Hausärzte   | n = 1                 |
| Mitarbeitende der Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund, Süd, Nordbayern, oder Schwaben, oder der gesetzlichen Krankenkassen | n = 2                 |

Der zweite Strang beinhaltet n = 10 Betroffene, sowohl mit als auch ohne Erfahrung einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Die Anzahl Befragter sowie die Aufteilung in die jeweiligen Gruppen ist in Tabelle 2-2 dargestellt.

Tabelle 2-2 Gruppen hinsichtlich Erfahrung stationärer Entwöhnung und Anzahl Befragter der Betroffenen-Interviews

| <b>Erfahrung bezüglich stationärer Entwöhnung</b>              | <b>Zielstichprobe</b> |
|--|-----------------------|
| Personen mit stationärer Entwöhnung                            | n = 4                 |
| Personen ohne stationäre Entwöhnung                            | n = 4                 |
| Personen mit bewilligter, (noch) nicht angetretener Entwöhnung | n = 2                 |

Die angestrebten Rekrutierungszahlen wurden erreicht. Im Betroffenen-Strang wurde aufgrund häufigen spontanen Ausfalls von Interviews überrekrutiert, und dadurch ein zusätzliches Interview durchgeführt (n = 11). Es wurde eine größtmögliche regionale und soziodemografische Verteilung angestrebt, bei den Betroffenen zudem eine gleichmäßige Verteilung bezüglich der Primärschubstanz (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen).

Angesichts der oben beschriebenen Rekrutierungsschwierigkeiten konnten für eine fristgerechte Beendigung der Interviewphase die angestrebten Verteilungen nur teilweise erreicht werden. Es ergab sich eine Überzahl männlicher Befragter von 1:3, und eine etwas stärkere Konzentration auf die Region Oberbayern.

### 2.1.5 Auswertung

Die in den Interviews getätigten Aussagen wurden kategorienbezogen ausgewertet, wobei im Sinne einer induktiven Kategorienbildung die Oberkategorien nicht vollständig vorab spezifiziert wurden (Mayring, 2010). Anhand des Datenmaterials wurden im Anschluss deduktiv Subkategorien gebildet. Die Erstellung des Kategoriensystems war geleitet von der Forschungsfrage zu Ursachen des Antragsrückgangs und Ansätze für Weiterentwicklungen. Um die Aussagen einordnen zu können, aber auch, um mögliche „weiche Ursachen“ wie gesellschaftliche Trends ableiten zu können, wurden auch Kontextfaktoren wie Veränderungen in der Entwöhnungsbehandlung selbst oder allgemeine Herausforderungen des Suchthilfesystems erfasst und an dieser Stelle ausgewertet.

## 2.2 Quantitative Erhebung

### 2.2.1 Design

In Arbeitspaket B wurde eine quantitative Befragung von volljährigen Personen mit einer Substanzkonsumstörung (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) durchgeführt. Die Fragebogenentwicklung erfolgte auf Basis bestehender Literatur sowie der Ergebnisse der qualitativen Interviews. Dabei sollten mindestens n = 210 Betroffene, sowohl mit als auch ohne Erfahrung einer stationären Entwöhnungsbehandlung, befragt werden. Eine Darstellung der angestrebten Anzahl und Aufteilung der Befragten findet sich in Tabelle 2-3.

Tabelle 2-3 Gruppen hinsichtlich Erfahrung stationärer Entwöhnung und Anzahl der Befragten

| <b>Reha-Erfahrung</b>  | <b>Zielstichprobe</b> |
|--|-----------------------|
| Personen mit Erfahrung stationärer Entwöhnung                  | n = 90                |
| Personen ohne Erfahrung stationärer Entwöhnung                 | n = 90                |
| Personen mit bewilligter, (noch) nicht angetretener Entwöhnung | n = 30                |

### **2.2.2 Durchführung**

Die Datenerhebung erfolgte in Form eines Fragebogens im Zeitraum vom 11.01.2023 bis zum 31.03.2023. Dabei konnten sich die Teilnehmenden zwischen der online-Version mittels der Software SoSci Survey, oder der papierbasierten Variante entscheiden. Die Verbreitung des Links sowie der Fragebögen erfolgte durch kooperierende Einrichtungen wie ambulante Suchtberatungsstellen, akut-stationäre Einrichtungen und Rehabilitationskliniken. Aus bestehenden Kontakten durch vorherige Projekte konnten 27 kooperierende Einrichtungen gewonnen werden, die Betroffene dazu einluden, an der Studie teilzunehmen. In den meisten Fällen versendete das Projektteam ausgedruckte Fragebögen an die Einrichtungen, die von Mitarbeitenden an die Betroffenen ausgehändigt wurden. In einem Begleitschreiben wurde der Link für die Onlinebefragung bereitgestellt sowie über die Bearbeitungsdauer (circa 15 Minuten), die Freiwilligkeit und die Anonymität aufgeklärt. Die Einrichtungen sammelten die ausgefüllten Fragebögen ein und schickten diese gesammelt an das Projektteam zurück.

### **2.2.3 Erhebungsinstrumente**

Für die Befragung der Betroffenen wurde ein vollstandardisierter Fragebogen auf Basis der zuvor geführten Interviews (Arbeitspaket A) und der parallel durchgeführten Literaturrecherche (Arbeitspaket C) entwickelt. Er beinhaltete sowohl geschlossene Fragen mit Antwortmöglichkeiten auf Likert-Skalen, die die Zustimmung zu den einzelnen Items erfasste, als auch offene Fragen. Die Anpassung der Inhalte des Fragebogens an die zwei Subgruppen (im Folgenden entsprechend der ersten Filterfrage bezeichnet als „mit Antrag“ und „ohne Antrag“) wurde im Fragebogen durch entsprechende Filterführung sichergestellt. Anhand der visualisierten 5-stufigen Likert Skalen wurde die Zustimmung auf den Skalen „trifft gar nicht zu“ bzw. „stimme gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ bzw. „stimme voll und ganz zu“ erfasst. Die Teilnehmenden wurden zu ihrer Soziodemografie, ihrem Antrags-, Bewilligungs-, und Antrittsstatus, ihren persönlichen Hürden und Motivationen für eine Antragsstellung/ (Nicht-)Antritt einer stationären Entwöhnungsbehandlung sowie zu Verbesserungsvorschlägen befragt.

#### **Soziodemografie**

Soziodemografische Angaben waren Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus.

#### **Erfahrung bezüglich stationärer Entwöhnung**

Die Erfahrung bezüglich stationärer Entwöhnung wurde erfasst indem erfragt wurde, ob jemals ein entsprechender Antrag gestellt worden war, ob dieser bewilligt worden war, und ob eine bewilligte Behandlung angetreten worden war. Zudem wurde gefragt, von welcher Stelle die Personen bei der Antragstellung unterstützt worden waren.

### **Motivation**

Der Fragenblock der Motivation erfasste sowohl eher extrinsische Motivationsanteile (z.B. „Therapie statt Strafe“, drohender Arbeitsplatzverlust, Auflagen des Jugendamtes) als auch eher intrinsische oder persönliche Motivationsanteile (z.B. in Bezug auf soziale Beziehungen, Gesundheit, Lebensqualität). Ergänzend konnten eigene Aspekte aufgeführt werden.

### **Hürden**

Die Fragen bezüglich der Hürden beinhalteten die Themen Antragsprozess, Nahtlosverfahren/Schnittstellenproblematik und Wartezeiten, Stigmatisierung, Erfolgsaussicht sowie Inanspruchnahme anderer Hilfsangebote. In eigenen Worten konnten weitere Hürden ergänzt werden.

### **Verbesserungsvorschläge**

Im Abschnitt zu Verbesserungsvorschlägen wurden die Themen Digitalisierung des Antragsprozesses, Verbreiterung des Angebotes (u. a. Kombimodelle) sowie Schnittstellenproblematik aufgegriffen. Auch hier konnten in einer offenen Frage weitere Aspekte durch die Teilnehmenden ergänzt werden.

## **2.2.4 Auswertung**

Die Auswertung wurde mit dem Programm Stata (StataCorp, 2017) durchgeführt. Die Analysen lassen sich in zwei Teile untergliedern. Der erste Teil umfasst die gesamte Stichprobe und beinhaltet überwiegend soziodemografische Angaben sowie die Fragen zur Antragsstellung und ggf. dem Antritt einer stationären Entwöhnung. Hier wurden mit deskriptiven Analysen absolute und relative Häufigkeiten der Antworten bestimmt.

Der zweite Teil der Analysen enthält die Fragen zur Meinung der Teilnehmenden in Bezug auf Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge. Diese Auswertungen wurden separat vorgenommen für Personen, die bereits einen Antrag bzw. noch nie einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt hatten. Für jedes Item wurde das arithmetische Mittel auf Basis der Zustimmung zu den einzelnen Motiven, Hürden und Verbesserungsvorschlägen bestimmt (1=schwächste Zustimmung, 5=stärkste Zustimmung). Zusätzlich wurden die relativen Häufigkeiten der Zustimmung berechnet. Diese umfassen sowohl die Antwort „trifft eher zu“ als auch die Antwort „trifft voll und ganz zu“ und basieren auf der Anzahl der Antworten pro Einzelitem, d. h. fehlende Werte wurden dabei unberücksichtigt gelassen. Schließlich wurde in beiden Gruppen für Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge der Gesamtmittelwert der Zustimmung berechnet.

Zur Erhöhung der Power wurde keine Stratifizierung nach Substanzen oder Regionen vorgenommen. Sensitivitätsanalysen wiesen auf Unterschiede auf einzelnen Items in Abhängigkeit von der Hauptsubstanz hin, ohne dass sich das allgemeine Ergebnisbild unterschied.



## 2.3 Literaturrecherche und Handlungsempfehlungen

Während des gesamten Forschungsprozesses (für die Erstellung des Interviewleitfadens, vor der Fragebogenerstellung sowie der Verfassung der Handlungsempfehlungen) wurde für die Literaturrecherchen ein heuristisches Verfahren angewandt. Die Recherche aktueller Studien erfolgte hauptsächlich über die Datenbanken Googlescholar, Pubmed und Medline. Zudem wurden die Literaturverzeichnisse identifizierter Publikationen nach weiteren adäquaten Quellen gesucht (Ebster & Stalzer, 2008). Die Literaturrecherche erfolgte kontinuierlich während des Projekts, massiert jedoch begleitend zur Ausarbeitung und Überarbeitung der Handlungsempfehlungen.

Die Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen erfolgte als iterativer Prozess auf Basis der durch die Erhebungsergebnisse geleiteten Literaturrecherche und der Begutachtung durch Expertinnen und Experten. Für die Begutachtung wurden insgesamt fünf Personen gewonnen. Es handelte sich um jeweils eine Fachperson aus dem Bereich stationärer Rehabilitationseinrichtung mit Angebot einer stationären Entwöhnung, dem Bereich der ambulanten Suchtberatung, dem Bereich der entzugsbehandelten stationären Akutversorgung (im Folgenden bezeichnet als „Akutstationen“), einer Kostenträgerstelle (DRV) sowie einer betroffenen Person, die in der Selbsthilfe aktiv ist. Den Personen wurden jeweils Entwürfe der Handlungsempfehlungen und ein Rational an die Hand gegeben, die sie anhand eines vorgegebenen Schemas bezüglich Zielführung, Eignung/Dringlichkeit, Umsetzbarkeit, Risiko unerwünschter Effekte, Ressourcen und Kosten, Kosten-Nutzen-Relation und Gewissheit der Bewertung beurteilten. Die Aufführung zusätzlicher Aspekte wurde ausdrücklich erbeten. Die Überarbeitung der Empfehlungen erfolgte auf Basis der Rückmeldungen und der darauf aufbauenden Recherche. Insgesamt wurden zwei Begutachtungsschleifen durchgeführt.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Qualitative Ergebnisse Fachkundige

##### 3.1.1 Betroffenenkollektiv: Soziodemografische und störungsbezogene Merkmale

Da unterschiedliche Einrichtungen befragt wurden, beschrieben die Befragten ihre Betroffenenkollektive sehr divers in ihren soziodemografischen und störungsbezogenen Merkmalen. Zudem wurde allgemein eine hohe Diversität innerhalb der Einrichtungen angegeben. Wiederholt wurde ein großer Anteil männlicher und alkoholabhängiger Betroffener berichtet, entsprechend der hohen Prävalenz dieser Merkmale in der Grundgesamtheit dieser Gruppe. Die Betroffenen wiesen in der Regel Komorbiditäten auf, sowohl psychisch als auch körperlich.

##### Veränderungen bei soziodemografischen und störungsbezogenen Merkmalen

Es wurde mehrmals von einer Verbreiterung des Altersspektrums berichtet. Bei jüngeren Betroffenen wurde vor allem ein vermehrter Konsum von synthetischen Substanzen beobachtet, zweimal wurde von einer ähnlichen Entwicklung bei älteren Betroffenen gesprochen. Als Gründe für diese Veränderungen wurden von zwei Fachkundigen leicht zugängliche Angebote und niedrige Preise genannt.

Zum Großteil wurde berichtet, die Betroffenen kämen in einem zunehmend komplexeren Störungsbild. So wurde eine Verstärkung bei der Schwere der Abhängigkeit festgestellt, mehr Polysubstanzkonsum und häufigere Komorbiditäten.

*„...auch die gesundheitliche Situation von denen sich massiv verschlechtert hat. Also wir haben relativ viele mit wirklich Leberzirrhose, wo die, wo wirklich, wenn die nicht aufhören zu trinken, dass die in der nächsten Zeit versterben werden.“ (E2-1)*

*„In den Kliniken sagen sie zumindest, dass die Leute immer psychiatrienäher sind, also immer stärker gestört sind, immer schwächer strukturiert sind, ja.“ (E6-1)*

Von einer Person wurde jedoch auch argumentiert, dass Komorbiditäten heute genauer diagnostiziert würden und sich die Betroffenen derer stärker bewusst seien. Einmal wird zudem berichtet, es gäbe auch einen gewissen Anteil Betroffener, der früher ins Hilfesystem käme.

*„Jetzt kommen Menschen, die einfach mitten im Leben stehen, berufstätig sind, 35, 38, 40 Jahre alt, die ein paar Jahre trinken. Aber ein Bewusstsein dafür haben und sich melden und sagen, wo ich bemerkt habe, also mir entgleitet mein Konsum.“ (E2-4)*

Durch den schlechteren Allgemeinzustand bräuchten Betroffene stärkere Unterstützung bei der Antragstellung, die sie nicht immer bekämen. Ein möglicher Zusammenhang mit den Antragszahlen auf Entwöhnung wurde hergestellt.

*„Das heißt, das hat natürlich auch einen Einfluss auf die Beantragung, sage ich jetzt mal. Also dass die einfach teilweise wirklich ganz schlecht in der Lage sind diesen Antragprozess durchzustehen, dass die einfach tatsächlich wirklich kränker sind als noch vor 10 Jahren oder so.“ (E2-1)*

Des Weiteren wurde das Dilemma aufgezeigt, dass gerade diese Personen eine stationäre Entwöhnung benötigten.

*„Es ist ja, nur weil jemand diesen Antragsprozess nicht durchhält, heißt das ja nicht, dass der keine Therapie braucht, ganz im Gegenteil, ich sehe das eher andersrum, dass die, die es nicht mal schaffen diesen Prozess durchzuhalten gerade die brauchen eigentlich die Therapie am allermeisten.“ (E2-1)*

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Hypothese eines Antragsrückgangs durch schlechteren Allgemeinzustand und Ableitung von Gegenmaßnahmen

### 3.1.2 Motivation

Gründe, die Suchthilfe aufzusuchen bzw. die Suchtproblematik anzusprechen, seien sowohl selbst- auch auf fremdmotiviert, wobei bei Selbstmotivation häufig familiärer oder arbeitsplatzbezogener Druck eine Rolle spiele. Aus einer Suchtberatungsstelle wird berichtet, etwa die Hälfte der Personen kämen fremdmotiviert zur Vermeidung von Gefängnisaufenthalt, Führerschein- oder Arbeitsplatzverlust. Es ist anzumerken, dass diese Einrichtung spezifische Strukturen aufweist, die für die Bedürfnisse dieser Klientel günstig sind.

Aus dem Bereich des Erwachsenenstrafrechts wurden insbesondere die Paragraphen 35 (Zurückstellung der Strafvollstreckung, auch bekannt unter dem Schlagwort „Therapie statt Strafe“) und 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) verwiesen, die sich direkt auf den Antritt einer stationären Entwöhnung auswirkten.

## Veränderungen in der Motivation

In einem Interview wurde berichtet, fremdmotivierte Beantragungen stationärer Entwöhnung nahmen ab. Durch Änderungen in der Anwendung der entsprechenden Paragraphen des BtMG machten Gerichte seltener eine stationäre Therapie zur Auflage.

*I: „Haben Sie denn das Gefühl es werden weniger stationäre Reha empfohlen oder zur Auflage gemacht?“*

*B: „Das auf jeden Fall. Also wenn man die Auflage weiter uns anschauen, [...] da gibt es auch Zahlen [...], massive Rückgänge in 35 BtMG [...]. Dann eben Zunahme der 64.“ (E4-4)*

Eine Person, die im niedergelassenen medizinischen Bereich tätig ist, berichtete zudem von rückläufiger Selbstmotivation.

Implikationen für Arbeitspaket B:

- ❖ Ggf. Erfassen der Motivation zu Therapie/Inanspruchnahme von Hilfe

Implikationen für Arbeitspaket C:

- ❖ Prüfen des Anteils an Fremdmotivierten bei stationärer Entwöhnung/Suchtberatungsstellen
- ❖ Prüfen der Hypothese gesunkener Antragszahlen durch verringerte gerichtliche Auflagenzahlen

### 3.1.3 Persönliche Hürden für eine stationäre Entwöhnung

Am häufigsten wurde die lange Abwesenheit als persönliche Hürde für eine stationäre Entwöhnung angegeben. Konkret wurden die Versorgung von Kindern und Haustieren genannt, aber auch Fragen der Mietzahlung, Angst vor Arbeitsplatzverlust oder Einkommensausfällen. Auch Angst vor sozialer Verurteilung im beruflichen oder privaten Umfeld wurde berichtet, da man die lange Abwesenheit erklären müsse.

*„Das größte Problem sehe ich eigentlich in der nach wie vor gesellschaftlichen Stigmatisierung von solchen Abhängigkeitserkrankungen. Also insbesondere was den Alkohol jetzt z. B. angeht, dass der Zugang zum Hilfesystem natürlich sehr viel leichter gemacht würde, wenn es auch in der breiteren Öffentlichkeit als Krankheitsfall behandelt wird und nicht erst mal persönliches Scheitern.“ (E1-2)*

*„Und dann gibt es Fälle, wo die familiäre Situation so ist, dass jemand sagt, hier ich habe zwei Kinder. Meinem Ehemann traue ich diese beiden Kinder nicht zu und ich möchte aus dieser Familiensituation gänzlich rausgerissen werden drei Monate auf stationäre Therapie gehen. Ich befürchte, dass die Familie dann auseinanderbricht. Das sind oft so Gründe, die vorgebracht werden, um eine, dann sich doch für eine ambulante zu entscheiden“. (E1-2)*

Des Weiteren wurden Angst vor dem Unbekannten, Überforderung mit den Anforderungen der Antragstellung oder Sprachbarrieren als persönliche Hürden zur Beantragung einer stationären Entwöhnung genannt.

Als Gründe, eine genehmigte stationäre Entwöhnung nicht anzutreten, wurden vor allem Motivationsverlust während der Wartezeit und Rückfälle genannt.

### **Veränderung bei den Hürden für eine stationäre Entwöhnung**

Einige Befragte beobachteten, dass die soziale Stigmatisierung größer geworden sei, was wiederum Betroffene von Beantragung und Antritt der Behandlungen abhalte.

Auch wurde mehrfach beobachtet, das Gewicht der privaten Herausforderungen der Betroffenen habe sich verändert. Die Schwierigkeiten, Lebensumstände (z. B. Familie, Haustiere, Wohnung) zu organisieren, würden stärker hervorgehoben, insbesondere angesichts der höheren Verfügbarkeit ambulanter oder teilstationärer Angebote. Zudem scheinen die Ansprüche an stationäre Entwöhnungsbehandlungen zuzunehmen, wobei die Bewertungen anderer eine zunehmende Rolle bei der Entscheidung für eine Klinik, und überhaupt der Entscheidung für oder gegen eine stationäre Therapie, spielten.

*„Das ist jetzt sicher der wichtigste Trend, dass man sich auf der Homepage und auf Bewertungsportalen konkret über die Rehabilitationsstätte informiert.“ (E4-1)*

*B: „Und es geht ein ganz klarer Trend, Kliniken aufzusuchen die einfach, sage ich mal, Hotelstandard haben.“*

*I: „Mhm. Also die Ansprüche haben sich verändert?“*

*B: „Die Ansprüche sind deutlich gewachsen.“*

*I: „Mhm“*

*B: „Und zwar sowohl was die Therapie betrifft als auch was den Freizeitbereich betrifft.“ (E4-1)*

Zwei Fachkundige berichteten, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gingen mehr auf Menschen mit Abhängigkeitsstörungen ein und unterstützten diese besser; eine Person beobachtete jedoch einen entgegengesetzten Trend.

Implikationen für Arbeitspaket B:

- ❖ Erfragung von persönlichen Hürden der Nichtbeantragung, u. a. subjektive Stigmatisierung, Unsicherheit durch Ungewissheit, Überforderung mit der Antragstellung, evtl. Sprachbarrieren
- ❖ Erfragen durch Motivationsverlust bei Wartezeiten
- ❖ Ggf. Erfragen wahrgenommener berufliche Konsequenzen,

### **3.1.4 Rolle einzelner Instanzen bei der Antragstellung und Durchführung stationärer Entwöhnung**

#### **3.1.4.1 Beschreibung der Rollen**

Entsprechend des Aufbaus des Suchthilfesystems wurde die zentrale Rolle bei der Unterstützung bei der Antragstellung ambulanten Suchtberatungsstellen und Entgiftungsstationen zugeschrieben. Andere Stellen, beispielsweise Selbsthilfegruppen, niedergelassene medizinische oder psychologische Fachkräfte, übernehmen die Antragsbegleitung selten bis gar nicht.

Unterstützt werde bei der Ermittlung des zuständigen Kostenträgers, dem Ausfüllen des Antrags, dem Erstellen oder Besorgen weiterer Dokumente (z. B. Sozialbericht, Motivationsschreiben), und der Auswahl einer Rehabilitationsklinik. Das Ausmaß der Unterstützung sei abhängig von der Einrichtung und der Selbständigkeit der Betroffenen. Auch indirekte Unterstützung (z. B. Motivationsaufbau, Informationsvermittlung) sei wesentlich.

Hausärztliche und psychiatrische Fachkräfte übernehmen häufig die Ausstellung des zum Antrag nötigen Arztbriefs, eine weitergehende Unterstützung bei der Antragstellung erfolge nur in Ausnahmen.

Die Rolle der Rehabilitationskliniken in der Initiierung des Aufenthalts sei informell und bestehe in der Beantwortung zu Anfragen bezüglich freier Plätze und individueller Bedürfnisse der Betroffenen.

Kostenträger sind als Entscheidungsträger in den Prozess der Antragstellung involviert, in den meisten Fällen die DRV, aber auch Krankenkassen und Bezirke. In der Regel würden sie im Vorfeld der Antragstellung kontaktiert, um die Zuständigkeit abzuklären.

### 3.1.5 Veränderungen in den Rollen der Akteure

Über alle Bereiche der Suchthilfe hinweg wurde von zunehmend sinkenden Ressourcen berichtet, einhergehend mit deutlicher Arbeitsverdichtung. Vor allem dadurch ergäben sich viele Veränderungen, die je nach Bereich unterschiedlich seien. Das Thema des zunehmenden finanziellen Drucks wurde – in variierender Tiefe und aus unterschiedlichen Blickwinkeln – in fast jedem Interview thematisiert.

#### Ambulante Suchtberatungsstellen

Über Einrichtungen hinweg wurde geäußert, das Empfehlungsverhalten, Informations- und Unterstützungsangebot habe sich nicht wesentlich verändert. Sofern Aussagen zu Betreuungszahlen gemacht werden, wurden diese als stabil bis ansteigend beschrieben. Eine mitarbeitende Person einer Beratungsstelle berichtete jedoch, die Abbruchraten zur Antragstellung seien gestiegen, was auf die Verschlechterung des Allgemeinzustands (s. Kapitel 3.1.1) zurückgeführt wurde.

*„Nicht die Anzahl der Klienten, die zu uns kommen, sondern tatsächlich die Abbruchrate ist gestiegen. Also es kommt bei vielen gar nicht erst zu einer Beantragung der Leistung, weil die gar nicht soweit kommen, weil die vorher den Prozess schon abbrechen.“*  
(E2-1)

In Interviews aus anderen Versorgungsbereichen wurde über die Beratungsstellen geäußert, Stellen blieben aus finanziellen Aspekten heraus oder einem Mangel an Fachkräften zunehmend unbesetzt. Eine Interviewte Person gab zu bedenken, die Verknappung des Personals ginge zu Lasten der Haltequoten des Klientels, so dass viele Anträge nicht zum Abschluss kämen. Auch von Seiten eines Kostenträgers wurde ein Antragsrückgang von Beratungsstellen wahrgenommen:

*„Es wird unsererseits wahrgenommen, dass die Suchtberatungsstellen weniger Versicherte [...] vermitteln.“* (E8-2)

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Hypothese rückläufiger Antragstellungen von Beratungsstellen aufgrund personeller/arbeitsorganisatorischer Gründe. Ggf. Ableitung von Handlungsbedarf

## Akutstationen

Es wurde angeführt, in Bezirkskrankenhäusern führe zunehmender finanzieller Druck zum Zusammenlegen oder Schließen von Stationen, sowie den bereits ausgeführten Verkürzungen in der Verweildauer der Betroffenen. Zusätzlich würden durch Priorisierung ambulanter Versorgung stationäre Plätze zugunsten tagesklinischer Angebote gekürzt. In der Summe sei dadurch ein hoher Mangel an Plätzen für einen qualifizierten Entzug entstanden.

*“Ich meine, was sich halt verschlechtert hat, ist die Situation der Entgiftung, weil... Aber das hat jetzt nichts mit der Beziehung zu tun, mit der Arbeitsbeziehungsebene, sondern den finanziellen Strukturen in den Bezirkskrankenhäusern. Also ich blicke jetzt hier auch nur auf [Region], dass es immer weniger klassischen, wirklich guten qualifizierten Alkoholentzug an den Bezirkskrankenhäusern gibt, sondern dass das tendenziell immer Akutmischstationen werden. Das hat einfach was mit dem finanziellen Druck zu tun, dass da auch akutpsychiatrische Personen aufgenommen werden und nicht mehr eine klassische Alkoholentgiftung stattfindet.” (E2-2)*

In Interviews aus anderen Versorgungsbereichen wird geäußert, Akutstationen litten unter zunehmendem Stellenabbau und unbesetzten Stellen im Sozialdienst.

### Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Überprüfen möglicher Auswirkungen verringerter Entzugsplätze für Antragszahlen. Ggf. Ableitung von Handlungsbedarf
- ❖ Überprüfen möglicher Auswirkungen verringerter personeller Ausstattung in Akutstationen auf Antragszahlen. Ggf. Ableitung von Handlungsbedarf

## Rehabilitationskliniken

Mehrere Veränderungen wurden in der Rolle der Rehabilitationskliniken genannt, sowohl in Bezug auf die Patientinnen und Patienten als auch auf die Strukturen.

Zunächst wurde berichtet, durch Priorisierung ambulanter Behandlungen habe die Komplexität der Störungen der Patientinnen und Patienten zugenommen.

*„Und die, die dann in stationäre Reha gehen, die sind dann kränker sozusagen, als die, die vor 15 Jahren da waren. [...] Wenn erst mal andere Wege gesucht werden, dann dauert das länger, bis er dann mal in einer stationären Reha landet. Und dann haben*



*wir natürlich im Gegenzug da einen gewissen mit einer gewissen Chronifizierung zu tun.“ (E4-4)*

Weitere Änderungen ständen in Zusammenhang mit der im Jahr 2009 eingeführten Zertifizierungspflicht von Seiten der DRV und damit einhergehenden Anforderungen. Auf der einen Seite seien in den letzten Jahren die vom Kostenträger geleisteten Tagessätze stark gestiegen, gleichzeitig aber auch die Anforderungen. In der Summe komme es zu einer zunehmenden Mittelverknappung.

Vor dem finanziellen Hintergrund in Kombination mit den formalen Anforderungen komme es zu Veränderung im Behandlungsansatz und Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Einzelgespräche würden immer weiter zugunsten von Gruppenangeboten reduziert, so dass sie teilweise gar nicht mehr stattfänden. Die Behandlungsdauern seien kürzer geworden. Zudem komme es zu einer zunehmenden Standardisierung. Es ist anzumerken, dass diese Veränderungen nicht aus den Rehabilitationskliniken heraus, sondern von Tätigen anderer Bereiche berichtet wurden.

Es gebe vermehrt Wünsche der Patientinnen und Patienten nach bestimmten Ausstattungen und Hausordnungspunkten (z. B. Einzelzimmer, Haustiere; s. Kapitel 3.1.3). Die Ansprüche führten zu einer zunehmenden Kundenorientierung im Sinne der subjektiven Zufriedenheit der Personen und der damit verbundenen (digitalen und analogen) Weiterempfehlung.

Implikationen für Arbeitspaket B:

- ❖ Ggf. Erfragung von Kriterien für Klinik- und Behandlungswahl

### **Niedergelassene medizinische und ambulant psychotherapeutische Fachkräfte**

Neuerungen, die einen Bezug zu Rückgängen in der Antragstellung stationärer Entwöhnung erkennen lassen, wurden nicht berichtet.

### **Kostenträger**

Auf Seiten der Kostenträger war in den letzten Jahren eine Verschiebung zu beobachten. Zwar blieb die DRV mit Abstand der wichtigste Kostenträger; durch den Eintritt der geburtenstarken „Babyboomer“-Generation ins Rentenalter steige aber der Anteil der Verantwortlichkeiten durch die Krankenversicherung. Es wurde darauf hingewiesen, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen keine standardmäßige Leistung der privaten Krankenkassen seien.

Eine weitere Veränderung beobachteten Befragte bezüglich der Ablehnungsquoten. Wiederholt wurde geäußert, die Ablehnungsquoten insbesondere von Krankenkassen und Bezirken seien gestiegen.

#### Implikationen Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Hypothese steigender Ablehnungen und der Ursachen, ggf. Ausarbeitung von Gegenmaßnahmen
- ❖ Prüfen und Ausarbeiten von Lösungsansätzen zur Versorgungslücke Privatversicherter

### 3.1.6 Herausforderungen

Im Folgenden werden interne Herausforderungen der einzelnen Bereiche der Suchthilfe beschrieben. Herausforderungen bei den Schnittstellen sind davon nicht unabhängig; im Sinne besserer Übersichtlichkeit werden sie jedoch in einem gesonderten Unterkapitel beschrieben.

Zunehmender finanzieller Druck und Ressourcenverknappung (s. o.) führten in allen Bereichen der Suchthilfe zu Herausforderungen oder verschärften diese. Wiederholt wurde berichtet, die finanzielle Situation führe unter anderem zu hoher Personalfuktuation, da es schwieriger geworden sei, Personal dauerhaft zu halten. Dies bekommt eine besondere Bedeutung durch eine weitere Herausforderung, die über alle Bereiche hinweg berichtet wurde, nämlich, dass die Überführung personellen Wissens in institutionelles Wissen nur sehr begrenzt möglich sei. Es wurde vom Wegfall strukturellen Wissens bei Personalwechsel berichtet, aber auch vom Wegfall von Angeboten, z. B. fremdsprachlicher Betreuung.

#### Ambulante Beratungsstellen

Eine Herausforderung auf Seiten der Beratungsstellen sei die oben angesprochene Haltequote. Durch dauerhafte Unterbesetzung blieben die Beratungsstellen bei der Unterstützung bei Anträgen hinter ihrem Potential zurück. Nach Personalmangel wird zunehmende Digitalisierung als Ursache gesehen.

*„Also tendenziell Abbau von Beratungsstellen und Digitalisierung von Beratungsstellen ist z. B. eine Hürde. Weil das macht diese, das macht die Wege länger, das macht Beantragungsprozesse fragiler. Das führt dann dazu, dass bestimmte Anträge erst gar nicht sozusagen gestellt werden.“ (E4-4)*

*“Also das betrifft natürlich dann wiederum die Suchtberatungsstellen. [...] Die, die brauchen dann immer die hochqualifizierten Arbeitskräfte und kriegen halt dann ein*

*eher geringes Gehalt. Und das ist nicht attraktiv [...] Aber wenn eine Suchtberatungsstelle so und so lange eine Stelle nicht besetzt, dann geht auch weniger therapeutisch weiter.“ (E4-1)*

### **Akutstationen**

Mehrere Befragte gaben zu bedenken, die Schließung oder Zusammenlegung von Stationen führe zu einem Platzmangel für einen qualifizierten Entzug und damit zu teilweise erheblichen Wartezeiten. Über bestehende Stationen wurden gesunkene Sozialarbeiter-Plansollstellen, unbesetzte Stellen und übermäßiges Arbeitspensum genannt, die insgesamt weniger Betreuungen erlaubten. Mehrere Befragte berichteten, durch die verkürzte Dauer des Entzugs würden die Kliniken die Patientinnen und Patienten zunehmend instabiler, teils gar entzünftig entlassen.

### **Rehabilitationskliniken**

Im Bereich der Rehabilitationskliniken wurden eine Reihe Herausforderungen angeführt, die aus den genannten Veränderungen (s. o.) resultierten. Zuvorderst stehe die Existenzgefährdung durch den zunehmenden finanziellen Druck. Insbesondere kleinere Kliniken ohne starke Trägerschaft hätten in der Vergangenheit schließen müssen. Doch auch von großen Kliniken wurde berichtet, es bleibe „wenig bis gar kein“ finanzieller Puffer, und selbst bei durchgehend voller Belegung ergebe der Jahresabschluss „maximal eine schwarze Null“ (E4-4). Die Belegungsplanung sei durch die besondere Klientel schon immer schwierig gewesen, was sich durch kürzere Therapiezeiten verschärft habe.

Von dritten Stellen wird beschrieben, zunehmende Standardisierung ginge auf Kosten der Behandlungsqualität.

*„Was wir so erleben, finde ich ist eine hohe Standardisierung in den Rehakliniken. So diese Welle, die ja war oder immer noch ist, evidenzbasierte Handlung. [...] Dass darüber nicht verlorengelhet, dass wir es ja oft mit komplexgestörten individuellen Menschen zu tun haben. Also dass nicht, also die Beziehungsleistung, [...], dass die nicht in großen Klinikkonzernen, in den ganz großen Kliniken, die entstehen oder entstanden sind, um betriebswirtschaftlich arbeiten zu können nicht irgendwie verlorengelhet. Weil, das ist ja das, was eigentlich bisher so Suchtbehandlung auch ausgemacht hat, oder glaube ich auch der Erfolg ist, [wenn man] sehr individualisiert und sehr personenzentriert arbeiten [kann]. Und ich finde, das ist glaube ich so eine Herausforderung für die Kliniken in diesem Strukturwandel, in dem sich die Kliniken befinden, das mit zu berücksichtigen.“ (E2-4)*

Ähnliches wurde als Resultat aus der Ausrichtung auf subjektive Zufriedenheit berichtet.

### **Niedergelassene medizinische und ambulant psychotherapeutische Fachkräfte**

Da ambulante Psychotherapierende und niedergelassene medizinische Fachkräfte eine sehr untergeordnete Rolle in der Initiierung einer stationären Entwöhnungsbehandlung einnehmen, nehmen deren Herausforderungen in den Interviews wenig Raum ein. Befragte aus diesen Tätigkeitsfeldern bedauerten jedoch übereinstimmend, dass durch diese untergeordnete Rolle viel Potential verloren ginge, die Betroffenen zu erreichen und umfassend zu versorgen. Ein wesentlicher Punkt sei, dass viele zur Therapieinitiierung nötige Leistungen nicht vergütet würden. Weitere Hürden seien, dass die Klientel häufig durch störungsbedingte Unzuverlässigkeit und Rückfälle unattraktiv sei. Zudem wurden Stigmatisierung und mangelndes Wissen zum Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen genannt.

Implikationen für Arbeitspaket B:

- ❖ Ggf. Erfragen von Möglichkeit und Akzeptanz der Einbindung von Hausärzten und Hausärztinnen

Implikationen für Arbeitspaket D:

- ❖ Beachten von Handlungsempfehlungen zur Einbindung niedergelassener Mediziner und Medizinerinnen sowie Psychotherapierender in die Initiierung stationärer Entwöhnung

### **Kostenträger**

Von dritten Stellen wurde mehrmals eine Arbeitsüberlastung der Sachbearbeitenden bei den Kostenträgern erwähnt, teilweise scheine Motivationsmangel zu herrschen. Ferner wurden Stigmatisierung, fehlendes Fachwissen der Sachbearbeitenden in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen, sowie Schwierigkeiten, Informationen (z. B. Änderungen in den Richtlinien) organisationsintern zu verbreiten, genannt.

### **3.1.7 Die Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung**

Die Zusammenarbeit der Instanzen beschreibt Schnittstellen im Suchthilfesystem. Dieser Aspekt wurde in eine gelingende Zusammenarbeit, das Thema des nahtlosen Übergangs sowie die Herausforderungen in der Zusammenarbeit ausdifferenziert.

### 3.1.8 Gelingende Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung

Von einer guten Vernetzung sprachen mehrere Befragte. Formaler Austausch fände in Form von Fachbeiratstreffen, Arbeitskreisen und Fachtagungstreffen statt. Entscheidend sei die Motivation und der Wille zum Austausch.

Von vielen befragten Fachkundigen wurde eine gute bis sehr gute Kommunikation und Kooperation zwischen den Beratungsstellen, dem qualifizierten Entzug und den stationären Entwöhnungsbehandlungen beschrieben. Eine gelingende Kooperation beinhalte z. B. Verträge, in denen Kliniken Kontingenzplätze für kooperierende Beratungsstellen oder den qualifizierten Entzug freihielten. Da eine gewisse finanzielle Abhängigkeit durch die Zuweisung von Patientinnen und Patienten bestehe, würde eine mangelnde Weiterleitung von Klientel eine finanzielle Einbuße für die weiterführende Schnittstelle bedeuten. So sei eine Zusammenarbeit ausschlaggebend und gewinnbringend für alle Akteure:

*B: „Ja, ja, weil, die brauchen ja auch Geld, weil wenn die, wenn uns die Versorgungsstruktur wegbricht, dann betrifft das ja auch die Kliniken.“ (E4-1)*

Die Kommunikation und Kooperation zwischen medizinischem Fachpersonal und Psychotherapierenden mit den Beratungsstellen, den Akutstationen und den Rehabilitationskliniken wurde hingegen nur vereinzelt als gut bewertet. Engagiertes Substitutionsärztliches, psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachpersonal stellten dabei eher die Ausnahme als die Regel dar.

Einige Befragte äußerten sich auch positiv zur Kommunikation und Kooperation mit dem Kostenträger. Verträge, die Rehabilitationseinrichtungen mit dem Kostenträger besäßen (§21 SGB IX), seien die Voraussetzung für eine Kostenübernahme. Wenn Verträge bestünden, finde eine Kostenzusage zum Großteil statt. Als Beispiel einer guten Kommunikation wurde die Möglichkeit zu direkten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern beim Kostenträger genannt, mit denen wichtige Fragen schnell geklärt werden könnten:

*„aber was wir jetzt tatsächlich seit zwei Jahren ungefähr haben es gibt zumindest eine Ansprechpartnerin bei der Rentenversicherung, da haben wir lange darum gekämpft, dass wir wenigstens eine wieder haben, die für uns z. B. diese ganze Abklärung macht während des Clearings, eine spezielle Telefonnummer, die wir anrufen können, um abzuklären, wer ist der Kostenträger.“ (E2-1)*

Wiederholt wurde von einer stetigen positiven Veränderung bezüglich der Vernetzung sowie einer Bemühung um eine gute Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren berichtet. Eine schnellere Bearbeitung der Anträge (Kostenübernahme) seitens der Kostenträger sowie eine damit verbundene kürzere Wartezeit sei dabei ausschlaggebend.

Implikationen für Arbeitspaket D:

- ❖ Beispiele funktionierender Zusammenarbeit als Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen nutzen

### 3.1.9 Der nahtlose Übergang von Entzug in die stationäre Entwöhnung

Als besonders wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung stellte sich für Patientinnen und Patienten der Übergang vom qualifizierten Entzug in die stationäre Entwöhnungsbehandlung dar.

Vereinzelte Befragte berichteten von einem gelingenden nahtlosen Übergang. Da aber häufig Wartezeiten anfielen (Warten auf Kostenzusage und auf freien Entwöhnungsplatz), organisierten einige akut-stationäre Kliniken oder Beratungsstellen kurz vor der Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung erneut einen qualifizierten Entzug, sodass ein nahtloser Übergang stattfinden könne:

*„Dann muss man eben organisieren, gehen die Klienten direkt im Anschluss, so zu sagen, direkt vor dem Aufnahmetermin auf Entgiftung und dann nahtlos in die stationäre Therapie. Das muss man dann eben auch mit der entsprechenden stationären Einrichtung organisieren.“ (E3-2)*

Für eine standardisierte Umsetzung eines nahtlosen Überganges vom qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung führte die DRV im Jahr 2017 das Nahtlosverfahren ein (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2022). Dabei wird im qualifizierten Entzug ein Antrag auf das Nahtlosverfahren gestellt, welcher innerhalb von fünf Werktagen von der DRV bearbeitet werden muss. Allerdings werde nur ein sehr geringer Anteil der Personen über das Nahtlosverfahren verwiesen. Ein Grund für diese geringe Anwendung wurde vereinzelt in dem niedrigen Angebot der Entwöhnungskliniken vermutet:

*B:“ Nahtlosverfahren hat sich nur in dem Sinne verändert, weil nicht viele Kliniken dies anbieten.“ (E5-1)*

Eine mögliche Erklärung ist, dass die Rehabilitationseinrichtungen durch das Freihalten von Klinikplätzen Geld verlören und dafür keine oder wenig Zuschüsse bekämen, was einen geringen Anreiz für Kliniken bedeute:

*B: Also da müsste tatsächlich, das müsste eigentlich belohnt werden, wenn eine Klinik für das Nahtlosverfahren Plätze vorhält, das müsste massiv belohnt werden aus meiner Sicht damit das auch einen Reiz, einen finanziellen Reiz für die Kliniken darstellt. Damit die überhaupt gewillt sind und die Kapazitäten freihalten können jemanden schnell aufzunehmen. Das ist z. B. auch so ein Punkt was natürlich mit Finanzen gehen würde, aber was ich schwierig sehe, weil natürlich wenig investiert wird sage ich jetzt mal.“ (E2-1)*

### **3.1.10 Herausforderungen in der Zusammenarbeit der Instanzen bei der Therapieinitiierung**

Die befragten Fachkundigen berichteten neben einer gelingenden Zusammenarbeit ebenso über Herausforderungen in der Zusammenarbeit. Ein Instanzenübergreifender, zunehmender Ressourcenmangel begründe unter anderem Kommunikationshürden und Wartezeiten. In einem Interview wird aber auch darauf hingewiesen, dass es rechtliche Hürden der Zusammenarbeit gebe.

*„Weil das zwingt einzelne Player, die in einem bestimmten Rechtsrahmen verortet sind natürlich in diesen Rechtsrahmen zu denken und zu handeln. Und wenn die das nicht tun, dann steigt ihnen z. B. der Bundesrechnungshof aufs Dach. So dass verhindert aber bei allen Grenzleistungen, verhindert es die erst mal institutionell. Und dann können einzelne verhandelnde Personen quasi so gutmütig sein wie sie wollen und da stehen denen eben trotzdem ganz viel Hürden, bürokratische Hürden, an den Grenzen der Schnittstellen entgegen.“ (E4-4)*

#### **Kommunikations- und Kooperationshürden**

Ein Großteil der Fachkundigen berichtete von vereinzelt Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den Beratungsstellen, den Akutstationen und den Rehabilitationskliniken. Dabei wurde unter anderem eine fehlende Rückmeldung über das Ankommen der Patientinnen und Patienten in der Klinik seitens der Rehabilitationsklinik angesprochen:

*„Oder dass die Kliniken uns nicht rückmelden, wenn die Klienten angetreten sind. Also das ist für uns manchmal ein bisschen schwierig das nachzuvollziehen sozusagen, ob die wirklich angetreten sind. Es gibt Kliniken, die da sehr kooperationsfreudig sind, die*

*uns das auch immer alles mitteilen, auch wenn Klienten wieder entlassen werden und so. Also wir sagen halt, versuchen den Kontakt zu halten bis zum Antritt, ist aber nicht immer möglich aus verschiedensten Gründen.“ (E2-1)*

Gründe dafür wurden in einem steigenden Ressourcenmangel gesehen, der eine Mehrarbeit sowie ein Zeitproblem für Mitarbeitende bedeute. Auch hohe Personalfuktuation wurde genannt.

*B: „Also was man natürlich auch merkt, dass ist eine höhere Fluktuation auch in diesen Bereichen, Personalfuktuation und natürlich dann auch eine Zusammenarbeit immer schwieriger macht, weil man halt nicht mehr diese persönlichen Kontakte vielleicht pflegen kann, die man vielleicht früher auch hatte, ja.“*

*I: „Mhm.“*

*B: „Auch die Sache, die es mal ganz am Anfang gab, wo es eigentlich auch die Regel war, dass stationäre Klinikum Beratungsstelle teilweise sogar Übergabegespräche machen [...]. Aufgrund des zeitlichen Drucks und auch der Masse an Versorgung, die geleistet werden muss, sowohl stationär als auch ambulant, denke ich ist es auf ein Minimum beschränkt.“ (E2-3)*

Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen psychiatrischen, hausärztlichen und ambulanten psychotherapeutischen Fachkräften sei aus Sicht der anderen Instanzen insgesamt unzufriedenstellend. Hauptsächlich aufgrund von geringer Kenntnis über das Störungsbild seien diese zurückhaltender und folglich wenig bis gar nicht in den Prozess der Therapieinitiierung eingebunden (s. Kapitel 3.1.6). Es finde lediglich vereinzelt ein Regelaustausch mit einer engagierten Kollegschaft statt.

Kommunikationsschwierigkeiten mit den Kostenträgern wurden mehrfach geschildert. Es bestünden zum Teil lediglich Telefonhotlines, die die Erreichbarkeit des Kostenträgers erschweren würden:

*„Gerade bei der Rentenversicherung Bund haben die nur so Telefonhotline, wo man überhaupt nicht durchkommt, also wo man einfach keine Chance hat, sage ich mal solche Probleme auf einem schnellen Weg zu klären.“ (E3-2)*

Zwischen den Kostenträgern finde während des Kostenträgerwechsels kein ausreichender Regelaustausch statt, sodass teilweise Anträge unter-, oder verlorengingen:

*B: „Die Probleme entstehen vor allem immer dann, wenn der Kostenträger wechselt [...] Und das ist eine der Klassiker, weil, in der Regel muss bei einer stoffgebundenen*



*Abhängigkeit vor der Entwöhnung eine Entgiftung stattfinden. Die Entgiftung findet zu Lasten der Krankenkasse statt [...] Und dieses System, was in der Krankenkasse tätig ist, hat mit dem System was für die Rentenversicherung tätig ist, ganz wenig Berührungspunkte. [...] Es gibt auch nicht mal einen Regelaustausch.“ (E4-2)*

Während die Zusammenarbeit mit der DRV insgesamt als befriedigend bis gut eingeschätzt wurde, empfanden die Befragten die Kooperation mit der GKV als erheblich schwieriger. Wartezeiten bzw. die Bearbeitung von Anträgen seien bei den Krankenkassen länger als bei der DRV. Die Krankenkassen zögerten häufig die Kostenzusage hinaus, benötigten lange Bearbeitungszeiten und hielten sich folglich häufig nicht an Fristen. Dies werde von Suchtberatungsstellen teilweise als *„Verschleppungstaktik“* (E2-1) wahrgenommen. In der Zusammenarbeit mit der DRV wurden Hürden dadurch berichtet, dass Verträge zwischen Rehabilitations-Kliniken und regionalen Stellen der DRV nicht von anderen Regionalstellen oder dem DRV Bund anerkannt würden. Formal sei dies bereits geändert worden, offenbar sei diese Information noch nicht zu allen Sachbearbeitenden diffundiert worden.

#### **Aufspaltung der Verantwortlichkeiten auf die verschiedenen Sozialgesetzbücher**

Die verschiedenen Zuständigkeiten auf Kostenträgerseite (GKV, DRV) bzw. der Wechsel der Sozialgesetzbücher (§ 111 SGB V und § 21 SGB IX) wurde folglich von vielen Befragten als großes Problem geschildert. Kommunikationsprobleme mit und Warten auf den Kostenträger begründeten sich nicht nur in einem zunehmenden Ressourcenmangel, sondern auch in einem komplexen System:

*„Aber der Knackpunkt ist die Zersplitterung auf die verschiedenen Sozialgesetzbücher [...].“ (E4-2)*

#### **Wartezeiten**

Die Wartezeiten auf einen Platz sowohl für den qualifizierten Entzug als auch für die stationäre Entwöhnungsbehandlung bemerkte die Hälfte der Befragten als zu lange. Während der Wartezeit auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung würden Überbrückungsangebote teilweise nicht ausreichen, sodass Rückfälle vorprogrammiert seien:

*„Teilweise kommt es auch da zu recht langen Wartezeiten. D. h. die Klienten sitzen zuhause mehr oder weniger in Warteposition, haben die Kostenzusage, was ja schon mal ganz gut ist, dass sie die in der Hand haben. Warten aber dann, auf sozusagen, endlich auf so einen Platz, der dann frei ist in der Fachklinik. Das kann auch locker mal zwei, drei, vier Monate dauern bis da ein Platz frei wird. Das ist dann natürlich auch noch mal eine ganz schwierige Zeit, das zu überbrücken, die bei der Stange zu halten. Genau. Also das sind. Und auch da tatsächlich, also gerade diese Schnittpunkte oder*

*diese Wartezeiten, die dann entstehen, das sind ganz kritische Situationen, die einfach dann zum Abbruch führen sage ich jetzt mal, wo jemand dann einfach auch keine, ja Lust kann ich jetzt nicht sagen, aber dann die Motivation immer kleiner wird und sagt, ach wozu soll ich eigentlich überhaupt noch auf Therapie gehen oder, genau.“ (E2-1)*

### **Schwierigkeiten in der Umsetzung des Nahtlosverfahrens**

Die Anwendung des Nahtlosverfahrens berge in der Zusammenarbeit der Instanzen ebenso Herausforderungen. So bestehe das Risiko, dass durch die Freihaltung von Klinikplätzen für Nahtlospatientinnen und -patienten weniger Plätze für reguläre Patientinnen und Patienten verfügbar würden, und sich deren Wartezeit verlängere:

*B: Also ich höre eben nur, dass die Kliniken darüber zum Teil ganz gut sich belegen können, aber die Betten also wir haben dann schon gesagt, muss wahrscheinlich Windhundprinzip, na. Also vielleicht müssen wir dann die Leute auch ins Nahtlosverfahren schicken, damit sie da schnell einen Therapieplatz bekommen. Also weil dann warten die halt ewig lange, weil die anderen Betten halt dann schnell belegt werden.“ (E2-2)*

Ebenfalls sei durch einen kürzeren qualifizierten Entzug kurzfristige Aufnahmetermine in den Rehabilitationseinrichtungen nicht immer möglich, sodass das Nahtlosverfahren nicht angewandt werden könne:

*„evtl. wegen inzwischen verkürzter Entgiftungsaufenthalte nicht immer einfach, das Verfahren durchzuführen und kurzfristige Aufnahmetermine in den Einrichtungen zu erhalten.“ (E8-1)*

Neben der Einführung des Nahtlosverfahrens, welche einen Transport vom qualifizierten Entzug in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vorsieht, wurde zudem eine allgemeine fehlende Betreuung für den Transport vom qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung angesprochen. Die Vorgaben des Nahtlosverfahrens bezüglich des Transports seien durch den Ressourcenmangel nur schwer umsetzbar. Ein Transportmangel wurde als einer der Gründe für das Verlorengehen bzw. den Rückgang von Klientel in der stationären Entwöhnungsbehandlung angenommen. Allgemeine Transportschwierigkeiten seien durch unzureichende Kommunikation der Schnittstellen sowie Ressourcenmangel über die Zeit gestiegen.

*B: „Früher hat man, wie wir mehrfach gehört haben, haben oft ihre Klienten wirklich hingefahren. Ja. [...] Haben die einen so engen Kontakt gehabt und dann hingefahren.“*

*Das gibt es jetzt nicht mehr. Und das kann auch ein Grund sein, warum die da nicht ankommen oder das rückgängig ist (...)*“ (E1)

*I: „Das ist jetzt nicht mehr möglich. Warum genau?“*

*B: „Also das ist eine Ressourcenfrage. Genau.“ (E1)*

Implikationen für Arbeitspaket B:

- ❖ Ggf. Erfragen von wahrgenommenen Hürden durch Schnittstellen durch Betroffene
- ❖ Ggf. Erfragen von Umgang mit und Empfinden von Wartezeiten

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Ausarbeiten und Prüfen von Handlungsempfehlungen zur besseren Kommunikation zwischen Akteuren der Suchthilfe
- ❖ Prüfen der Bedeutung von Wartezeiten auf Antragstellung und Therapieantritt. Ggf. Ausarbeiten und Prüfen von Handlungsempfehlungen zur Verringerung von Wartezeiten,

### **3.1.11 Andere Behandlungsoptionen**

Als potenzielle Alternativen zur stationären Entwöhnung wurden vor allem die ambulante Entwöhnungsbehandlung diskutiert, gefolgt von tagesklinischen (teilstationären) Angeboten, aber auch Substitutionstherapie und Soziotherapie. Weitere Behandlungsformen wurden genannt, ohne weiter ausgeführt zu werden, oder sind im Bereich der Nachsorge zu verordnen.

### **3.1.12 Ambulante und tagesklinische Entwöhnung**

Fachkundige waren sich generell einig, dass die ambulante und teilstationäre Entwöhnung bei einigen Personen eine gleichgestellte Behandlung zur stationären Entwöhnung darstellen kann, es aber viele Betroffene gäbe, in denen ausschließlich eine stationäre Entwöhnung Therapie der ersten Wahl sein könne.

*„Es gibt eine Gruppe, wo das klappt. Das ist auch ganz gut so. Das führt dazu, dass stationäre Reha-Einrichtungen eine bisschen eine schlechtere Selektion kriegen. Also das ist für die stationären Reha-Einrichtungen im Prinzip ein bisschen ein Problem. Aber*

*da gibt es erstmal eine Klientel, von eher gutstrukturierten trotz der Suchterkrankung, absprachefähigen usw., die eben ambulante-Reha-fähig ist.“ (E4-4)*

Als Motiv für eine ambulante oder tagesklinische Entwöhnung wurde vor allem genannt, dass sie weniger als eine stationäre Therapie in das Leben der Betroffenen eingreifen und somit für viele attraktiver seien. Es ermögliche, einer Arbeit oder Weiterbildung sowie familiärer Verpflichtungen nachzukommen. Auch die angenehmeren Umstände während Behandlung (z. B. kein Handyverbot, Unterstützung durch Familie leichter, etc.), dass Betroffene größere Passgenauigkeit in einem bestimmten Angebot sähen, und die geringere subjektive Schwelle wurden angemerkt.

*„Weil stationär ja bedeutet, dass man einfach mehrere Wochen weg ist aus seinem Umfeld, dass man nicht arbeiten kann, dass man sich auch was Neues einlassen muss. Was für viele eher so einen erschreckenden Eindruck hat und dann die Idee war, naja, dann mache ich halt ambulante Therapie, das ist viel einfacher, da muss ich ja nur einmal die Woche hingehen oder zweimal die Woche und das schaffe ich ja locker.“ (E3-2)*

Es wurden auch Aspekte der Antragstellung und -genehmigung genannt, die zur Wahl einer ambulanten oder tagesklinischen Therapie führten. So seien die Wartezeiten auf einen Therapieplatz kürzer, sie würden leichter bewilligt, oder die Betroffenen bekämen keine ausreichende Unterstützung zur Beantragung einer stationären Entwöhnung, beispielsweise im Kontext gerichtlicher Auflagen.

*„Also manchmal ist das dann schwierig irgendwie aus der Haft heraus eine Reha genehmigt zu bekommen, weil er erst eine gemacht hat. Dann wird halt was anderes beantragt, obwohl es eigentlich der sinnvolle Weg wäre. Also da passieren schon Dinge, wo man denkt, na ja da hat jetzt nicht unbedingt die Fachlichkeit das Angebot ausgesucht, ja.“ (E2-2)*

Durchgehend wird die stark gestiegene Bedeutung ambulanter, aber auch tagesklinischer Angebote diskutiert, der die politisch motivierte Vorgabe der Priorisierung solcher Angebote vor stationärer Entwöhnung, unter dem Schlagwort „ambulant vor stationär“, zugrunde läge.

*“Also da ist so eine Verschiebung, man will unbedingt auf die ambulante Ebene gehen, ja. Und, also das haben wir in jedem, in jeder Kostenübernahme drin, ambulant vor stationär, ja. Man möchte aus Kostengründe das stationäre nicht mehr haben.“ (E4-3)*

In der Folge seien vor allem ambulante Angebote in der Vergangenheit deutlich ausgebaut worden, sowohl in der Quantität der Plätze als auch in der Breite an Angeboten. Trotz der überwiegend positiven Bewertung dieses Trends wurde angemerkt, dass die Bedeutung der stationären Entwöhnung für die Situationen, in denen sie gebraucht wird, nicht abnehme.

*„...jemand, der so an der Grenze mit einer Suchterkrankung und wenn man da gute psychotherapeutisch psychiatrische Versorgung anbietet, dass dann vieles auch ambulant abzufangen ist. Und ich glaube, es hat, also was auch hier in [Ortsname] gerade schon deutlich besser geworden ist in den letzten 15, 20 Jahren sind ambulante Hilfen.“ (E6-2)*

Vereinzelt wurde geäußert, tagesklinische Angebote würden aktuell wieder eingeschränkt.

Auch für Betroffene würden durch ein wachsendes Angebot sowie gesellschaftlichen Wandel (s. Kapitel 3.1.3) ambulante Angebote zunehmend relevanter.

*„Und das andere, was wir auch schon erleben, ist, dass die Menschen auch nicht mehr so viel stationär wollen. Die wollen eher ambulant.“ (E2-4)*

Diesen Trend konnten jedoch nicht alle beobachten.

Implikationen für Arbeitspakete C und D:

- ❖ Beachten, dass ein (quantitativ unbekannter) Anteil der Antragsrückgänge als positiv zu bewerten ist, da dort eine Verschiebung in den ambulanten/teilstationären Bereich gerechtfertigt ist.
- ❖ Ggf. Ausarbeiten von Handlungsempfehlungen, um nicht-inzidierter Verschiebung entgegenzuwirken

### 3.1.13 Substitutionstherapie

Die Substitutionstherapie wird allgemein als wichtiger Baustein der Suchtbehandlung gesehen, aber auch darauf hingewiesen, dass Betroffene darüber hinaus in aller Regel psychosoziale oder psychologische Betreuung benötigen, um eine gleichgestellte Alternative zur Entwöhnungsbehandlung darzustellen.

Vereinzelt weisen Befragte darauf hin, dass die Zahl substituierter Personen in der Vergangenheit stetig zugenommen habe. Teilweise wird das Ausmaß dabei kritisch gesehen. Eine fachkundige Person berichtete, es käme mittlerweile vor, dass junge Erwachsene ohne eine vorherige Entwöhnungsbehandlung eine Substitutionstherapie erhielten.

In einem Interview wird geäußert, auch sogenannte „graue Substitution“ habe zugenommen:

*„Wir sehen sehr viel mehr, ich sage mal graue Verschreibung von Substanzen durch Ärzte. Also mit grauer Verschreibung meine ich halb legale Dinge. Das betrifft insbesondere Cannabis, das betrifft Helicin, das betrifft Lyrica. Also wir sehen eigentlich so was wie Offlabel- und nichtlegale Substitution mit z. B. diesen Stoffen. Das ist in einer Größenordnung, würde ich jetzt mal sagen, was es so früher nicht gab.“ (E4-4)*

Es wird ein direkter Zusammenhang zwischen den Zunahmen an Substitutionen und dem Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnung im Sinne einer Verschiebung gesehen. Ein weiterer Aspekt ist, dass Kliniken meist keine substituierten Patientinnen oder Patienten aufnahmen, und Betroffene es deshalb schwer hätten, einen Platz zu erhalten.

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Plausibilität der Hypothese des Antragsrückgangs durch Verschiebung in die Substitutionstherapie
- ❖ Ggf. Ausarbeiten und Prüfen von Handlungsempfehlungen zur größeren Verfügbarkeit stationärer Entwöhnungsplätze unter Substitution

### **3.1.14 Soziotherapie**

Soziotherapeutische Angebote würden in der Regel als Ergänzung zu Angeboten der klassischen Suchthilfe gesehen. Gelegentlich wurde auf die Soziotherapie bei Fällen komplexerer Störungsbilder als mögliche Alternative hingewiesen. Gleichzeitig wurde berichtet, früher habe es eine gewisse Schnittmenge in der Klientel gegeben; mittlerweile sei die Komplexität der Störungsbilder in soziotherapeutischen Einrichtungen allerdings in einem Maß gestiegen, dass Betroffene nur äußerst selten für eine Entwöhnungstherapie in Frage kämen.

### 3.1.15 Finanzielle Aspekte

Verschiedene finanzielle Aspekte wurden im Kontext der vorherigen Kapitel bereits genannt. Im Folgenden wird auf einige zusätzliche Aspekte eingegangen.

Seit dem Jahr 2004 beträgt der kalendertägliche Zuzahlungsbetrag für Patientinnen und Patienten 10,00 Euro. Laut allen Fachkundigen seien seitdem die Kosten der Behandlung für Patientinnen und Patienten stabil geblieben. Zudem sei ein Vorschuss für die Transportkosten in die Rehabilitationseinrichtung zu zahlen. Ausnahme seien, bei Zuständigkeit der Krankenkasse, Privatversicherte, bei denen die Krankenkasse die Kosten in der Regel nicht übernehme.

*B: Die Privaten das läuft ganz anders immer. [...] wenn die eine Therapie beantragen, und wenn die Krankenkasse das nicht übernimmt, dann müssen die Patienten alles selber zahlen [...] Und das ist dann meistens 15.000 ungefähr.” (E5-1)*

Bezüglich der Kostenübernahme stellten mehrere Fachkundige einen Vergleich der verschiedenen Kostenträger an. Es wird übereinstimmend berichtet, dass die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt weniger Entwöhnungsbehandlungen bewilligten als die Rentenversicherungen:

*“Also sagen wir mal so, dass die Deutsche Rentenversicherung irgendwie kulanter ist, was die stationäre Therapie betrifft[...] als die Krankenkasse.” (E5-1)*

Hinsichtlich finanzieller Veränderungen für Rehabilitationseinrichtungen erläuterte eine fachkundige Person, durch Bemühungen in Gremien seien Pflegesatzerhöhungen leichter zu erreichen als früher. Zeitgleich ging eine andere fachkundige Person darauf ein, dass die Vergütung in Zukunft an die Erfüllung von Qualitätspunkte gekoppelt sei. Die Einführung der Reha-Therapie-Standards (RTS) 1998 würde Qualitätspunkte voraussetzen, die auf eine Strukturänderung der Rehabilitationskliniken drängten. Wenn diese Standards nicht erfüllt seien, würden trotz gestiegener Kosten für Rehabilitationskliniken keine höheren Pflegesätze vom Kostenträger bezahlt werden.

Wie in den anderen Kapiteln berichtet, benannte ein Großteil der Fachkundigen als allgemeine Herausforderung die Zuspitzung des Finanzierungsdrucks auf allen Ebenen (Beratungsstellen, akut-stationär, stationär, Kostenträger). Mögliche Folgen davon seien für Patientinnen und Patienten eine unzureichend gute Behandlung, für Arbeitgeber aufgrund der niedrigen Bezahlung eine geringe

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Hypothese sinkender Versorgung durch finanziellen Druck

Anwerbung von gutem Personal sowie Kürzungen, für Arbeitnehmende Mehrarbeit und für Kostenträger eine stärkere Reglementierung.

### **3.1.16 Weiterentwicklungsbedarfe und Chancen**

In den vorherigen Kapiteln wurden Herausforderungen aufgezeigt, die die Befragten beobachteten und für die es gegebenenfalls in folgenden Arbeitspaketen nach Lösungen zu suchen gilt. Weiterentwicklungsbedarfe werden an dieser Stelle als mehr oder weniger detaillierte Lösungsansätze verstanden, die in den Interviews beschrieben wurden. Diese flossen in die folgenden Projektphasen ein.

Die Weiterentwicklungsbedarfe können unterteilt werden in solche, von denen direkte oder indirekte Erhöhungen der Antragszahlen erwartet werden können (zu denen auch Maßnahmen gehören, um den Antragsprozess flüssiger zu gestalten und somit personelle Kapazitäten freizusetzen) und solche, die auf das Antreten einer bewilligten Entwöhnung fokussieren.

### **3.1.17 Vorschläge zur Modifikation der Antragszahlen**

In den Interviews vorgeschlagene Weiterentwicklungsbedarfe, die die Antragszahlen modifizieren könnten und damit potenzielle Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen darstellen, betreffen vor allem den Antragsprozess, Informationsangebote für Fachpersonal, eine engmaschige Betreuung von Betroffenen, die Passgenauigkeit von Angeboten, die Kommunikation zwischen den Schnittstellen, die Bearbeitung der Anträge und die allgemeine Stärkung der Suchthilfe.

#### **Antragsprozess**

Vor allem Personen, die in den Antragsprozess involviert sind, berichteten, die Entschlackung des Prozesses wäre eine große Hilfe. Dadurch könnte er beschleunigt und die generelle Hürde zur Beantragung gesenkt werden. Wiederholt geäußert wurden Anregungen, den Umfang zu verringern, etwa durch kürzere Formulare oder durch die Reduzierung der geforderten Dokumente. Ein konkreter Vorschlag in diese Richtung war, andere Bundesländer zum Vorbild zu nehmen, in denen bei Antragstellung aus dem akut-stationären Setting heraus kein Sozialbericht erforderlich sei ("Direktantragsverfahren"). Ein weiterer Vorschlag dazu war, bei Folgeanträgen bestehende Sozialberichte zu nutzen, so dass diese nicht erneut erstellt werden müssten. Aktuell gäbe es Bestrebungen von Seiten der DRV, die Sozialberichte zu vereinfachen. Ein überarbeitetes Formular werde gerade mit den Verbänden abgestimmt.



Es wurde aber auch die Notwendigkeit des gesamten Antragverfahrens in Frage gestellt und die Möglichkeit aufgeworfen, eine ärztliche Diagnose könne für den Zugang zur Entwöhnungsbehandlung ausreichend sein, so dass die Hürde durch Formalitäten für die Betroffenen minimiert werde.

Auch wurde erwähnt, digitale Möglichkeiten könnten besser eingesetzt werden. So sei die Regelung für die Erlaubnis der Antragstellung zu ändern, die Sozialarbeitenden der Beratungsstellen und Akutstationen bisher standardmäßig keine elektronische Antragstellung erlaube. Gleichzeitig wurde von Bemühungen seitens der DRV berichtet, die digitale Antragstellung zu fördern, ohne dass dazu Details oder ein zeitlicher Rahmen genannt werden konnten.

### **Informationsangebote für Fachpersonal**

Eine Herausforderung der Personen, die die Antragstellung unterstützten, läge darin, die Angebote der einzelnen Rehabilitationskliniken zu kennen, und das Wissen fortgehend zu aktualisieren. Organisierte Klinikdarstellungen, wie es sie in der Vergangenheit in verschiedenen Runden gegeben habe, wurden vorgeschlagen, aber auch die verstärkte Nutzung bestehender digitaler Plattformen:

*„Ich glaube schon, dass es wirklich gut wäre, wenn es irgendwie eine Möglich gäbe, wo man jetzt nicht als Beratungsstelle z. B. sich irgendwie einen ganzen Tag durch Google durchklicken muss, um dann zu gucken, welche Klinik, welche Klinik was anbietet und na welchen Schwerpunkt hat. Und wo man vielleicht einen ADHS-Klienten unterbringt, oder jemanden mit einer Sprachbarriere, sondern wenn es irgendwie da, wie das auch immer ausschauen kann, aber wo es eine einfachere Informationsplattform gäbe.“*

*I: „Mhm. Mhm.“*

*B: „Also es gibt ja schon so etwas wie therapie.de, wo man relativ gut selektieren kann, was man sucht. Dass man so eine solche Plattform vielleicht oder so eine Plattform wirklich nochmal mehr pflegt und dass das wirklich immer aktuell ist und vielleicht dann auch schon mit Wartezeiten. Dass man das halt auf einen Blick alles hat.“ (E3-2)*

### **Engmaschige Betreuung von Betroffenen**

Für eine engmaschige Begleitung, um die Schnittstellenproblematik zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu verringern, wurde in einem Interview die Idee aufgeworfen, ab einer gewissen (vergleichsweise geringen) Komplexität des Prozesses könne automatisch ein Lotsen- oder Case-Management-System greifen. Gleichzeitig schränkte die Person ein, bei ausreichenden Ressourcen sei dies vermutlich obsolet:

*„Dann könnte das vielleicht schon Sinn machen, weil das dann vielleicht nicht mehr von dem einzelnen Berater machbar ist, aber ich könnte mir auch vorstellen, wenn man da Ressourcen hat für eine Netzwerkbildung... [...] Ich denke da müssten mehr Ressourcen vorhanden sein in allen Einrichtungen, die sich um den Prozess dann verstärkt kümmern können. Na. Ob das jetzt ein extra Case Manager ist oder ob man sagt, der einzelne Berater hat dann da mehr Kapazitäten oder auch die in der Klinik so ein aufnehmender Therapeut. Dass jeder halt einfach mehr Kapazitäten hat.“ (E1-1)*

### **Passgenauigkeit von Angeboten**

Ein passgenaues Behandlungsangebot helfe, Betroffene zum Therapieantritt zu motivieren. In dem Zusammenhang wurde wiederholt geäußert, Kombi-Modelle aus einem stationären und einem ambulanten Teil könnten verstärkt angewandt werden.

*„Die Idee, die dahintersteckt ist gar nicht so verkehrt, dass nämlich jemand, der im Berufsleben ist halt, 15 Wochen ist einfach zu lange. Ich brauche jetzt acht Wochen mal Abstand von zuhause und dann kann ich wieder machen.“ (E4-1)*

### **Kommunikation zwischen Schnittstellen**

Die fehlende Kommunikation, insbesondere mit Kostenträgern, wurde häufig als dringendes Problem angesprochen, das eine befragte Person für so gravierend hielt, dass sie formale Anordnungen als notwendig erachtete.

*„Das Allerdringlichste wäre glaube ich ein Zwingen der Kosten- und Leistungsträger, idealerweise zusammen mit den Leistungserbringern, zu einer verbesserten Zusammenarbeit an den Schnittstellen.“ (E4-4)*

### **Bearbeitung der Anträge**

Für eine rasche Bearbeitung der Anträge durch Kostenträger, und damit der Reduktion von Einsprüchen, wurden Schulungen bei den Sachbearbeitenden vorgeschlagen, sowohl fachlich zu Abhängigkeitserkrankungen, als auch bei Neuerungen in den Richtlinien. Als Beispiel wurde genannt, dass die Anerkennung der Verträge zwischen Rehakliniken und Regionalstellen der DRV durch den DRV Bund nicht allen Sachbearbeitenden bekannt sei (s. Kapitel 3.1.10).

### **Allgemeine Stärkung der Suchthilfe**

Einige Vorschläge zur Weiterentwicklung zielten darauf ab, die Suchthilfe ganz allgemein zu fördern, dadurch Hürden für Betroffene zu senken und eine höhere gesellschaftliche Priorisierung des Themas Suchterkrankungen zu erreichen. Dazu wurden vielfach Maßnahmen zur Aufklärung und

Entstigmatisierung gewünscht. Als Adressaten wurden sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch Schnittstellen zum Suchthilfesystem, beispielsweise Hausärzte und Mitarbeitenden der Kostenträger, genannt. Doch auch die Politik wurde in der Pflicht gesehen, durch Prioritätensetzung aber auch Signalsetzung zu handeln.

*„Da muss glaube ich noch viel Aufklärungsarbeit auch in den Köpfen passieren, [die] Problematik wird ja auch von der Politik oft unter den Teppich noch gekehrt.“ (E2-1)*

*„Also wenn das so ist, dass eine Gesellschaft signalisiert alle Bürger können und dürfen, wie auch immer, sich mehr oder weniger beliebig bedröhnen, dann führt das zu... und der dann gleichzeitig doch eine relativ hohe soziale Absicherung [hat], dann führt das natürlich dazu, zu einem doch erhebliches Beharrungsvermögen in dem Lebenslauf.“ (E4-4)*

Ebenso wurde ein verantwortungsvoller Umgang mit der Priorisierung ambulanter Behandlung gefordert.

*„Wenn dann irgendjemand kommt mit einem vermeintlichen leichten, schnelleren, kürzeren Weg, dann ist das natürlich für viele so. So. Das heißt, das Suchen des leichten Weges, was glaube ich insgesamt auch schon ein bisschen ein gesellschaftlicher Trend ist, das wird dann dadurch noch gefördert.“ (E4-4)*

Allgemein wurde zur Förderung der Suchthilfe ein nachhaltigeres Denken gewünscht, in dem mittelfristige Ausgaben zugunsten langfristiger Einsparungen nicht gescheut würden und die Interessen der einzelnen Finanzierungsstellen eine untergeordnete Rolle spielten.

*„Naja, man weiß ja, dass Sucht-Reha etwas bringt jeder Euro, den ich investieren kommt ja ein Output wieder von 4 Euro. [...] Dass man ein bisschen langfristiger denkt und dadurch spart, ja. Was wir halt sehen jetzt, immer so die kurzfristige Forderung nach schneller, viel schneller und effektiver usw. Aber letztendlich wird das teurer, weil die Leute dann wieder in die Entgiftungsbehandlung müssen.“ (E4-2)*

Allerdings wurden auch die realistischen Grenzen dieses Wunsches gesehen.

*„Weil jeder natürlich die Kosten dem anderen gerne zuschiebt. Und manchmal wünscht man sich da die alten Strukturen aus der DDR, Polikliniken, wo es nur einen großen Kostenträger gibt. Aber das ist idealtypisch gedacht. Das wird es nicht geben.“ (E4-2)*

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Vorschläge auf Plausibilität, Nutzen, Zielführung, Machbarkeit

### **3.1.18 Vorschläge zur Modifikation der Antrittszahlen**

#### **Zugang zu Entgiftung**

Um das Klientel von ambulanten Beratungsstellen in die Entgiftung weitervermitteln zu können, hätten sich in der Vergangenheit Kooperationen mit Kliniken als zielführend erwiesen, die ein bestimmtes Bettenkontingent vorgehalten hätten. Leider habe sich dies während der Pandemie nicht halten können.

#### **Nahtloser Übergang von Entzug zu stationärer Entwöhnung**

Um ausreichend Klinikplätze frei zu haben, um das Nahtlosverfahren umzusetzen, müsse der finanzielle Anreiz der Rehabilitationskliniken für das Freihalten von Plätzen erhöht werden.

Vorschläge zur Sicherstellung des Ankommens in Rehabilitationskliniken betrafen vor allem den Transport. Dieser solle generell ausgebaut werden, auch durch Angehörige formal möglich sein, bzw. Ehrenamtliche sollten auch dann vergütet werden, wenn sich bei Ankunft herausstelle, dass die Person nicht nüchtern sei. Auch wurde auf soziotherapeutische Kliniken verwiesen, bei denen ein nahtloser Übergang inklusive Transport durch die Einrichtungen von allen beteiligten Seiten als Selbstverständlichkeit erachtet würde.

Als Alternative zum Nahtlosverfahren, das allgemein als wenig genutzt beschrieben wurde, wurde eine Aufnahme der Suchttherapie in das Anschlussheilverfahren empfohlen. Eine andere Möglichkeit für einen verlässlicheren Übergang sei, die Möglichkeit zur Entgiftung in den Rehabilitationskliniken auszubauen. Einerseits wurde darauf verwiesen, dass einige Häuser dies bereits anböten, andererseits die dafür notwendige Ausstattung zur intensivmedizinischen Betreuung angemerkt.

Letztlich wurde stärkeres gemeinsames Handeln zwischen den zuständigen Leistungsträgern gefordert, ohne dass ein möglicher Weg dafür aufgezeigt wurde:

*„Und der dritte strukturelle Punkt wäre einen wirklich gemeinsamen Weg zugehen vor allen Dingen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung, um den Wechsel der Zuständigkeit für die Betroffenen so unproblematisch wie möglich zu machen.“ (E4-1)*

Implikationen für Arbeitspaket C und D:

- ❖ Prüfen der Vorschläge auf Plausibilität, Nutzen, Zielführung, Machbarkeit

## **3.2 Qualitative Ergebnisse Betroffene**

Nur in wenigen Fällen waren soziodemografische und Störungscharakteristika der Befragten vor dem Interview bekannt, womit die zielgerichtete Rekrutierung nach Erfahrung bezüglich stationärer Entwöhnung nur bedingt möglich war. Da diese Informationen erst im Interview erhoben wurden, wird die Beschreibung der Stichprobe als Teil der Ergebnisse dargestellt. Darauffolgend werden die Ergebnisse zum Informationsprozess bezüglich stationärer Entwöhnung, Einschätzungen und Einstellungen zur stationären Entwöhnung, sowie andere Behandlungsoptionen beschrieben. Jeder Abschnitt schließt mit einer Darstellung der vorgeschlagenen Verbesserungsmöglichkeiten. Als letztes Segment werden von den Betroffenen selbst geäußerte Vermutungen zu Ursachen des Antragsrückgangs beschrieben.

### **3.2.1 Beschreibung der Stichprobe**

Entsprechend dem Studienprotokoll und bedingt durch die Rekrutierung über unterschiedliche Kanäle war die endgültige Stichprobe divers bezüglich Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Hauptsubstanz der Konsumstörung und Krankheitsgeschichte. Gleichzeitig waren Merkmale, die in dieser Population besonders häufig vertreten sind, auch in der Stichprobe vergleichsweise häufig. Dies waren insbesondere männliches Geschlecht und Alkohol als Hauptsubstanz.

Interviewt wurden drei Frauen und acht Männer. Sechs der Befragten war im mittleren bis höheren Erwachsenenalter (über 46 Jahre), die übrigen Personen waren im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter. Keine der befragten Personen war in der jüngsten Altersgruppe unter 26 Jahren. Dies hat vermutlich mit dem Thema der Befragung zu tun, durch das sich eher Personen mit einer fortgeschritteneren Suchthistorie angesprochen fühlten.

Wie oben beschrieben, war die häufigste Primärsbstanz Alkohol (sechs Fälle), gefolgt von diversen illegalen Drogen (drei Fälle) und Medikamenten (zwei Fälle). Bei illegalen Drogen und Medikamenten handelte es sich jeweils um Fälle polytoxischen Konsums. Zudem berichteten Personen wiederholt von Verlagerungen bei der Substanz im Verlauf ihrer Suchthistorie. Eine Person berichtete beispielsweise, früher wegen einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen in Therapie gewesen zu sein, aktuell sei sie jedoch wegen einer Alkoholproblematik in Behandlung.

Den Beginn ihrer Abhängigkeit sahen die meisten Befragten in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter; zwei Personen mit Alkoholproblematik nannten jedoch das mittlere Erwachsenenalter als Beginn. In einem der beiden Fälle wurde berufliche Überforderung als Auslöser genannt, im anderen Fall der Wechsel in ein ungünstiges soziales Umfeld durch einen neuen Partner.

In Bezug auf ihre aktuelle Situation und Funktionalität wiesen die Befragten eine erhebliche Bandbreite auf. Etwa die Hälfte der Personen lebte in geregelten Verhältnissen, entweder voll berufsfähig oder berentet. Andere waren seit Jahren wiederholt rückfällig, mit damit einhergehenden familiären Problemen. Zwei Befragte berichteten, in einem Wohnheim der Wohnungslosenhilfe zu wohnen.

Auch hinsichtlich der Erfahrungen mit den Angeboten der Suchthilfe war die Stichprobe divers. Drei Personen hatten bisher keine stationäre Entwöhnung beantragt. Weitere drei Personen hatten schon einmal eine bewilligte stationäre Entwöhnung nicht angetreten; zwei dieser Personen hatten jedoch zu einem anderen Zeitpunkt eine solche Therapie durchlaufen. Zum Zeitpunkt der Befragung lagen bei zwei Befragten Kostenzusagen für eine stationäre Entwöhnung vor, die aber noch nicht angetreten waren. Grund war jeweils die Wartezeit auf einen Klinik-Platz.

Da die Rekrutierung über Akteure in der Suchthilfe im engeren oder weiteren Sinn erfolgte, hatten alle Befragten zumindest in irgendeiner Form bereits Kontakt mit dem Hilfesystem. Als geringste Form kann der Besuch von Selbsthilfegruppen in der Vergangenheit angesehen werden. Häufig berichteten die Betroffenen jedoch, bereits unterschiedliche Angebote im Laufe der Jahre in Anspruch genommen zu haben, wie wiederholte Entgiftungen, tagesklinische Angebote und ambulante Beratungen oder Entwöhnungen. Auch wiederholte stationäre Entwöhnungstherapien wurden genannt.

### **3.2.2 Informationsprozess**

Die Befragten waren weitgehend informiert über die unterschiedlichen Behandlungsformen und den Prozess der Therapieinitiierung. Dies gilt auch für Personen, die aus der Selbsthilfe heraus rekrutiert wurden. Weder gaben sie an, sich uninformiert zu fühlen, noch ließen ihre Berichte im Wesentlichen darauf schließen.

Aktuelle Wünsche nach besserem Zugang zu Informationen wurden von einer Person geäußert und bezogen sich auf die Verfügbarkeit freier Klinikplätze. Die Person schlug vor, diese im Internet zur Verfügung zu stellen, möglicherweise direkt in den Antragsprozess integriert.

Häufiger wurden Situationen aus der Vergangenheit genannt, oder generelle Beobachtungen, bei denen bessere Aufklärung möglicherweise früher zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung motivieren könnte. Folgende Inhalte wurden dabei als hilfreich erachtet:

Aufklärung über Sucht als Störung; Informationen zum Prozess der Therapieinitiierung (inklusive, wer Unterstützung bei der Antragstellung leistet); Möglichkeit und Notwendigkeit der Nachsorge; eine realistische Darstellung der stationären Entwöhnungstherapie, ihrer Inhalte und des Klinikalltags.

Beispielsweise äußerte eine befragte Person:

*„Ich glaube, was mir vielleicht geholfen hätte, wenn es immer so, also sage ich mal reale Dokumentationen ist, wie es denn überhaupt in so einer Entzugsklinik ist. Dass man z. B. die Information kriegt, dass es halt nicht reicht, dass man auf null Promille ist. Und dass man vielleicht diesen Ablauf auch mal offen macht, also weil wie gesagt, mich hat es eigentlich positiv überrascht. Weil ich habe dann nur gedacht, was kommt jetzt, weil für mich ist es ja auch das erste Mal. Bin aber sehr positiv überrascht.“ (B1)*

Dass eine glaubwürdige Darstellung positiver Beispiele die Therapieinitiierung wesentlich beeinflussen könne, äußerte eine befragte Person folgendermaßen:

*„Hätte ich gewusst, dass alles so reibungslos abläuft, ich hätte es viel früher gemacht.“ (B2)*

Die vorgeschlagenen Informationsquellen waren unterschiedlich, können jedoch in zwei Ansätze unterteilt werden. Zum einen allgemeinzugängliche Kanäle, zum anderen Akteure der psychosozialen/psychiatrischen sowie der medizinischen Basisversorgung, die das Potential haben, ins klassische Suchthilfesystem zu vermitteln.

Für die Aufklärung über allgemeinzugängliche Kanäle wurden häufig (soziale) Medien genannt, aber auch angeregt, Suchtberatungsstellen könnten bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit die Möglichkeit der Initiierung einer stationären Entwöhnung im Rahmen der Sprechstunde herausstellen. In einem anderen Interview wurde allgemein eine bessere Finanzierung von Suchtberatungsstellen angeregt, um ihr Beratungs- und Informationsangebot ausbauen zu können.

Als Akteure der psychosozialen und medizinischen Basisversorgung, die zur erfolgreichen stationären Entwöhnung hätten beitragen können, wurden Gerichte, hausärztliche Fachkräfte und Sozialarbeitende in Obdachlosenwohnheimen angesehen. Bezüglich der Gerichte beschrieb eine betroffene Person:

*„Also ich bin von der U-Haft voll ins kalte Wasser geschmissen worden, so quasi entweder oder.“ (B3)*

Konkrete Vorschläge waren Aufklärung über die Therapie durch eine sozialarbeitende Fachkraft und eine schriftliche Information.

Bezüglich der hausärztlichen Fachkräfte wurde beschrieben, dass diese häufig selbst nicht genau wüssten, an welche lokalen Stellen sie Patientinnen und Patienten mit einer Suchtproblematik verweisen können, und dass diese mehr aufgeklärt werden sollten.



Auch die Selbsthilfe wurde genannt. Entsprechende Gruppen könnten stärker als Plattform zur Information und zur Rekrutierung für formale Behandlung genutzt werden. Eine lokale Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und dem dortigen Bezirkskrankenhaus wurde als beispielhaft herausgestellt:

*„Meine Selbsthilfegruppe arbeitet z. B. mit dem Bezirkskrankenhaus in [Ortsname] zusammen. Da gibt es also eine Kooperation, die seit fünf Jahren gewachsen ist und wenn also jemand in der Gruppe einen Behandlungsplatz sucht, dann können wir also da irgendwie einen Kontakt aufnehmen“ (B4)*

### **3.2.3 Antragsprozess**

Der Antragsprozess für eine Entwöhnungstherapie wurde von allen Befragten, die diesbezüglich Erfahrung hatten, als einfach bis bewältigbar eingeschätzt. Für diese Einschätzung zentral war die Unterstützung durch ambulante Suchtberatungen oder Akutstationen, die in allen Fällen stattfand, und mit denen die Personen offenbar zufrieden waren.

*I: Und wenn jemand diesen Antragsprozess nicht durchläuft bzw. nicht antritt, was genau glauben Sie sind die dann die Gründe?*

*B: Hilflosigkeit.*

*I: Mhm. -*

*B: Hilflosigkeit. Es braucht wirklich jemanden, der da einfach das in die Hand nimmt, weil Angehörige und Suchtkranke sind durch die Krankheit nicht immer, nicht, haben nicht das Engagement oder auch die Fähigkeit da so einen, solche Anträge zu stellen.“ (B4)*

Beispielhaft für andere Interviews wurden hier sowohl die fachliche als auch die motivationale Unterstützung angesprochen.

Das Maß an Unterstützung variierte sehr stark. Teils füllten Betroffene die ausgehändigten Unterlagen weitgehend selbständig aus, teils unterschrieben sie lediglich die im Gespräch von der Fachkraft ausgefüllten Papiere. Es ist davon auszugehen, dass die Unterstützung jeweils an die Selbstorganisationsfähigkeit der Person angepasst war.

In einem Interview wurde deutlich, wie wichtig die Zufriedenheit mit der Betreuung für die Motivation sein kann, eine stationäre Entwöhnung zu beantragen. Der oder die Betroffene habe sich nach

mehrmaligem Entzug in derselben Klinik für die Beantragung einer stationären Entwöhnung entschieden.

*„Man kann noch so sehr wollen, noch so weit sein, wenn man nicht die richtige Mannschaft dafür hat, dann hat das keinen Sinn. [...] Es hat Jahre gedauert, dreißig Jahre, bis ich selber soweit war und bis ich die richtigen Leute gefunden habe, die wo sich um mich kümmern können.“ (B2)*

Neben der Antragstellung selbst wurden Wartezeiten im Interview erfragt. Die Wartezeiten sowohl bis zur Kostenzusage als auch bis zum Erhalt eines Klinikplatzes schwankten zwischen den Befragten stark. Mehrere Personen, die den Antrag aus dem akut-stationären Setting herausgestellt hatten, berichteten, die Zeit zwischen Entzug und stationärer Entwöhnungstherapie über ein tagesklinisches Angebot überbrückt zu haben. In einem anderen Fall sei die Wartezeit Grund für einen früheren Nichtantritt der Entwöhnungsbehandlung gewesen:

*„B: Eigentlich die Zeit über, bis das genehmigt, das war das Schlimmste dabei.“*

*I: Mhm.*

*B: Naja es hat lange gedauert. Ich musste zweimal auch in die Richtung, bin wieder raus, war enttäuscht. Hat gedauert alles. Und in diesen 11 Wochen kann man es sich anders überlegen und doch nicht hingehen. [...] Das Ganze hat so lange gedauert, dass ich irgendwann verzweifelt war und auf die Therapie verzichtet habe.“ (B2)*

Der größte Veränderungsbedarf zum Antragsprozess wurde in einer Vereinfachung der Bürokratie gesehen. Wiederholt wurde die bessere Nutzung digitaler Möglichkeiten genannt, beispielsweise einem stärker EDV-basierten Antrag, der Beschaffung einiger für die Beantragung erforderlicher Daten aus anderen Quellen wie dem Finanzamt, oder der Speicherung der Daten zur Wiederverwendung bei späteren Anträgen. Auch eine allgemeine Entschlackung des Vorgangs wurde angeregt, beispielsweise, dass eine „Anmeldung“ zur stationären Entwöhnung lediglich mit Vorlage des Personalausweises in der Suchtberatungsstelle möglich sein solle. Vorschläge bei der Beantragung waren auch die entsprechende Vergütung von hausärztlichen und psychotherapeutischen Fachkräften bei der Unterstützung, und eine bessere personelle Aufstellung der Beratungsstellen, damit für die Antragsunterstützung mehr Zeit bleibe.

Ein Vorschlag zur einfacheren Kliniksuche war, Verfügbarkeiten von Plätzen im Internet anzuzeigen (s. o.), möglicherweise zentral und mit der Option, sich bei einer gewissen Anzahl von Kliniken auf die Warteliste zu setzen.

### 3.2.4 Einschätzungen und Einstellungen zur stationären Entwöhnung

#### 3.2.4.1 Motive für und gegen eine stationäre Entwöhnung

Auf die Frage, warum sie (aktuell oder in der Vergangenheit) keine stationäre Entwöhnung beantragt hätten, nannten die Befragten am häufigsten die lange Abwesenheit aus dem Alltag. Angeführt wurden familiäre Verpflichtungen sowie berufliche Hürden, explizit der Arbeitsausfall, die Offenbarung der Suchtproblematik vor dem Arbeitgeber, und befürchteter Arbeitsplatzverlust. Andere Gründe gegen eine stationäre Entwöhnung waren Angst, das Gefühl des „Eingesperrtseins“, Befürchtungen, ungewollt medikamentös beeinflusst zu werden, allgemeines Misstrauen ins Gesundheitssystem und mangelndes Problembewusstsein. Einige Befragte äußerten auch Bedenken, obwohl sie sich für eine stationäre Entwöhnung entschieden hatten. Genannt wurden Skepsis angesichts der Beobachtung, dass andere Personen die Therapien mehrfach durchliefen, und Versagensangst. Eine Person bezeichnete als höchste Hürde, dass man sich im Abstinenzwillen sicher sein müsse.

Gefragt wurde auch nach Gründen, die stationäre Entwöhnung beantragt zu haben. Am häufigsten genannt wurde das Gefühl; eine intensive Therapie mit gewissem Abstand vom Alltag zu benötigen, um langfristig Abstinenz zu erreichen. Dies könne auf einem subjektiven Gefühl des Rückfallrisikos beruhen, oder auch auf Erfahrungen diesbezüglich, wie diese Beispiele zeigen:

*„Jetzt, wo ich mit allem aufgehört habe, brauche ich Hilfe, um weiterzukommen. Um nicht wieder zurückzufallen.“ (B2)*

*„Das ist jetzt glaube ich die letzte Zeit auch immer schlimmer unter Anführungszeichen geworden, die Zeitabstände zwischen meinen einzelnen Aufenthalten [in der Entzugsstation] immer geringer und ja. Die Situation jetzt so allgemein auch familiär bedingt nicht mehr tragbar, so dass ich gesagt habe, ja ich gehe schlichtweg mal auf eine Langzeittherapie.“ (B7)*

Damit war ein häufiger Hinderungsgrund, nämlich der Abstand vom Alltag, gleichzeitig ein häufiges Argument für die stationäre Entwöhnung, teilweise von denselben Personen. Deutlich wurde, dass dabei in der Regel zunächst andere Behandlungsangebote wahrgenommen worden waren, bevor der Entschluss zur stationären Entwöhnungsbehandlung gefasst wurde.

Die Familie oder Teilhabe am Leben wurden als Motivationen genannt, den Schritt zur stationären Entwöhnungsbehandlung zu gehen.

*„Man steht halt dann vor der Wahl entweder mache ich jetzt was und unser Sohn hat dann länger einen gesunden Vater daheim und, oder er hat immer wieder mit einem kranken Vater zu kämpfen.“ (B7)*

Neben der eigenen Entscheidung wurden aber auch gerichtliche Auflagen als Grund für eine stationäre Entwöhnung genannt.

### **3.2.4.2 Bewertung der stationären Entwöhnung**

Befragte, die bereits eine oder mehrere stationäre Entwöhnungsbehandlungen absolviert hatten, bewerteten diese in der Regel als sehr positiv. Dies war auch der Fall, wenn die Personen nach der Therapie rückfällig wurden. Herausgestellt wurden die Inhalte sowie die Unterstützung durch die anderen Betroffenen:

*„[Ich] habe danach auch immer abstinente Phasen gehabt, die länger waren. Also vom Konzept her würde ich auf jeden Fall sagen, dass es was bringt und vor allem auch der Austausch untereinander, unter den Rehabilitanden war immer, oder fand ich immer sehr wertvoll.“ (B5)*

*„Ja, es hat mir sehr geholfen. Ich hab bei jeder Reha sehr viel gelernt, über mich, über die Sucht. Wie man damit umgeht. Und hab viele Werkzeuge in die Hand bekommen.“ (B6)*

Eine betroffene Person erlebte jedoch die Therapie als außerordentlich negativ. Die Person begann die Entwöhnung als gerichtliche Auflage und brach schließlich ab.

*„Ich habe die Reha probiert, ich habe mir Mühe gegeben, aber das war so vor 15 Jahre, die Rehas waren damals anders. Die waren schlimmer wie Armee. Die waren sogar schlimmer wie Gefängnis, weil ... letzten Endes bin ich dann ins Gefängnis freiwillig gegangen.“ (B2)*

Weiter wurde ausgeführt:

*„Das war so Sektenähnlich und dieses, den Willen brechen und neu aufbauen sowas geht nicht mit jedem. Die Philosophie damals war verkehrt.“ (B2)*

Jedoch meinte die Person einen Wandel über die Zeit beobachtet zu haben, bescheinigte der stationären Entwöhnung einen guten Ruf und wartete zum Zeitpunkt des Interviews auf einen Klinikplatz:

*„Von den heutigen Rehas, da habe ich nicht so viel Erfahrung, aber ich höre nur Gutes links und rechts.“ (B2)*

Auch andere Befragte gaben an, der Ruf der stationären Entwöhnungsbehandlung sei allgemein positiv. In einem Interview wurde betont, dass sogar Bekannte, die ihre Klinik als „Massenabfertigung“ bezeichnet hätten, insgesamt ein positives Urteil abgegeben hätten. Auf die Frage nach dem Ruf der stationären Entwöhnung gab es jedoch auch gemischtere Stimmungsbilder und Vorbehalte. Mehrmals wurde berichtet, die stationäre Entwöhnung hätte den Ruf, keine oder nur kurzfristige Erfolge zu erzielen. Einmal werden Gerüchte „im Volk“ (B8) erwähnt, in den Kliniken werde man medikamentös sediert.

Die Frage, ob sie eine stationäre Entwöhnung grundsätzlich noch einmal antreten würden bzw. einer anderen Person dazu raten würden, wurde durchgehend bejaht, wenn auch mit unterschiedlicher Stärke. Beispielsweise wurde sie in einem Fall als „Ultima Ratio“ (B8) beschrieben. Gleichzeitig wurde der Rat an eine andere Person auch von einer befragten Person angegeben, die selbst diese Option nie wahrgenommen habe:

*„Ja ich würde es empfehlen, weil, es gibt zwar eine ganze, einen ganzen Anteil von Personen, die nur durch Selbsthilfegruppenbesuche ihre Sucht in den Griff bekommen, aber ich sage mal im Regelfall ist es auf jeden Fall vernünftig erstmal eine Entwöhnungsbehandlung zu machen.“ (B4)*

Trotz der allgemein positiven Einschätzung stationärer Entwöhnung wurde vereinzelt angemerkt, die Nachsorge müsse stärker ins Gesamtkonzept integriert werden. Eine befragte Person führte weiter aus, wenn kommuniziert würde, dass die stationäre Entwöhnung ein erster wichtiger Schritt sei, nach dem die Personen aber nicht sich selbst überlassen würden, könnte das die Motivation des Antritts deutlich steigern.

### **3.2.5 Einschätzungen und Einstellungen zu anderen Behandlungsangeboten**

Da die Befragten aus dem Hilfesystem rekrutiert wurden, hatten alle Befragten Erfahrungen mit Angeboten der Suchthilfe im weitesten Sinn. Die Erfahrungen waren dabei vielfältig. Häufig waren Entgiftungen und ambulante Suchtberatungen, aber auch direkte Alternativen zur stationären Entwöhnung wie ambulante Entwöhnungsbehandlungen. Gelegentlich wurde berichtet, Tageskliniken als Übergangslösung bis zur Kostenzusage und Aufnahme der stationären Entwöhnung genutzt zu haben. Selbsthilfegruppen wurden teilweise als Alternative zur stationären Entwöhnung genutzt,

teilweise im Sinne der Nachsorge. Jeweils eine befragte Person berichtete von Erfahrungen mit Substitutionstherapie, Soziotherapie und einem Training zum Kontrollierten Konsum.

Die Beurteilungen dieser Erfahrungen fielen, je nach Angebot und Person, sehr unterschiedlich aus. Wiederholt wurde betont, dass ein Angebot zur Person passen müsse:

*„[Mein Substitutions-Bezugsarzt] hat mir eine ambulante Tages-Reha in [Ort]. Und, naja, was ich davon halte. Ich finde es super, aber man muss so weit sein.“ (B2)*

*„Für mich persönlich war es das Richtige, war es richtig, dass ich also durch verstärktes Engagement in der Selbsthilfe eben mir helfen konnte, ne.“ (B4)*

Im Vergleich ambulanter mit stationärer Entwöhnungsbehandlung spiegelten sich die Entscheidungsgründe für bzw. gegen eine stationäre Entwöhnung (s. o.) wider. Die Abwesenheit durch einen stationären Aufenthalt wurde häufig als Nachteil bezeichnet, während der geschützte Rahmen und wenige Freizeit als Vorteile bewertet wurden:

*„Stationär hat man einfach, rund um die Uhr, hat man Ansprechpartner und man ist in einem geschützten Rahmen. Man wird regelmäßig kontrolliert, dass man halt, auch, ja, nichts konsumiert. [...] Man fühlt sich dort einfach sicherer, weil ambulant da gehe ich zweimal in der Woche hin und in der vielen Freizeit kann wieder vieles schiefgehen, na, in den Tagen dazwischen. Da kommt man viel schneller auf dumme Gedanken rückfällig zu werden.“ (B6)*

Im Vergleich einer Entwöhnungstherapie (stationär oder ambulant) mit anderen Angeboten wurde zudem die geringere Schwelle angesprochen:

*„Ich wollte es mit weniger Aufwand schaffen. Und das ist ja natürlich auch immer viel Arbeit, das Ganze zu beantragen, und die Kostenzusage erfordert ja auch viel Termine und Organisation. Und deswegen in manchen Fällen kann man es schon ausreichen, wenn ich, oder hat's bei mir ausgereicht, wenn ich sage o.k. ich suche mir jetzt mal eine Selbsthilfegruppe oder vielleicht lieber eine TWG, wo ich trotzdem dann mir eine Arbeit suchen kann.“ (B5)*

Insbesondere für Selbsthilfegruppen wurde zudem angemerkt, diese hülften langfristiger und über den geschützten Rahmen der Klinik hinaus:

*„Die Hilfe muss dann im Alltag greifen, na. Also viele bei uns in der Selbsthilfegruppe äußern sich derart, dass sie sagen, ja das ist gut, dass ich in der Klinik war, aber, das war gut, aber es reicht einfach nicht.“ (B4)*

Gefragt nach anderen Hilfsangeboten im Rahmen der Abhängigkeit wurden außerdem gesetzliches Betreuungspersonal, Wohngruppen oder ambulante Psychotherapie angegeben. Abhängigkeitsstörungen sind mit einer Vielzahl psychosozialer Probleme assoziiert. Für Betroffene schienen nicht oder nicht immer die Zuständigkeiten im selben Maße abgegrenzt zu sein, wie es die formale Struktur des Hilfesystems vorsieht.

### **3.2.6 Vermutete Ursachen des Antragsrückgangs**

In den Betroffeneninterviews waren Ursachen des Antragsrückgangs nicht explizit als Thema vorgesehen. Da die Befragten jedoch über das Ziel der Studie informiert waren, kamen persönliche Vermutungen der Betroffenen in einigen Interviews zur Sprache. Dabei handelte es sich durchweg um Auswirkungen gesellschaftlichen Wandels, in keinem Fall wurden strukturelle Veränderungen genannt. Genannt wurden ein wachsendes Misstrauen in das Gesundheitssystem, Menschen seien möglicherweise ängstlicher als früher oder könnten sich seltener zur stationären Behandlung überwinden, oder es herrsche eine wachsende Verbrauchermentalität, in der Menschen nicht bereit seien, selbst etwas für ihr Wohlergehen zu tun. Auch eine größere Bandbreite an Drogen unter Jugendlichen und vermehrte Internetnutzung wurden als mögliche Ursache genannt:

*„Vielleicht liegt es auch an den sozialen Medien, dass viele versuchen sich selbst zu therapieren, ne. Irgendwie halt die Lösung im Internet suchen oder so, ne.“ (B6)*

*„Warum, naja die Jugend von heute. Es gibt auch viel mehr Drogen. Diese Badesalze, diesen ganzen modernen Drogen, die sie, die Jugend will feiern und bis sie es mitkriegen, dass sie richtig abhängig sind, dauert es eine Zeit.“ (B2)*

### 3.3 Quantitative Ergebnisse: Betroffene

#### 3.3.1 Stichprobe

Der Fragebogen wurde insgesamt von n = 289 Personen bearbeitet (19 % Online-Version, 81 % Papier-Version). Die angestrebte Rekrutierungszahl wurde somit übererfüllt.

Eine Übersicht demografischer und behandlungsbezogener Angaben der Stichprobe sowie der Erfahrung einer stationären Entwöhnung findet sich in Tabelle 3-1. Unter den Teilnehmenden war ca. 1/3 weiblich, das Durchschnittsalter betrug 46 Jahre. Knapp 60 % der Teilnehmenden hatte bereits (mindestens) einen Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung gestellt. Dieser wurde in über 90 % der Fälle bewilligt. In 90 % dieser Fälle wurde die Behandlung auch angetreten. Die Substanzen, bezüglich derer Abhängigkeiten bestanden, lässt sich nur für einen Teil der Stichprobe nachvollziehen. Darin zeigen sich 76,7 % Alkohol, 18,6 % Medikamente und 27,9 % illegale Drogen. Die scheinbare Überrepräsentation von Alkohol gegenüber der Verteilung in der Suchthilfe (Schwarzkopf et al., 2022) lässt sich durch Mehrfachnennungen erklären.

Tabelle 3-1 Soziodemografische und behandlungsbezogene Angaben zur Stichprobe

| Angaben                          | Mittelwert     | n        |
|----------------------------------|----------------|----------|
| <b>Alter</b>                     | 46.38          | 279      |
|                                  |                |          |
| <b>Geschlecht</b>                | <b>Prozent</b> | <b>n</b> |
| weiblich                         | 32,98          | 94       |
| männlich                         | 66,32          | 189      |
| divers                           | 0,7            | 2        |
|                                  |                |          |
| <b>Antrag</b>                    |                |          |
| ja                               | 59.52          | 172      |
| nein                             | 40.48          | 117      |
|                                  |                |          |
| <b>Bewilligung</b>               |                |          |
| Ja                               | 92.98          | 159      |
| Falls mehrere Anträge: zum Teil  | 3.51           | 6        |
| Nein                             | 3.51           | 6        |
|                                  |                |          |
| <b>Angetreten?</b>               |                |          |
| Ja                               | 89.76          | 149      |
| Nicht alle, aber mindestens eine | 6.02           | 10       |
| Nein                             | 4.22           | 7        |



### 3.3.2 Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge (Mit Antrag)

Die Tabellen 3-2, 3-3 und 3-4 geben einen Überblick über die Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben. Sie wurden in Bezug auf zehn mögliche Motive sowie 16 mögliche Hürden nach ihrer Zustimmung gefragt. Angegeben ist dabei neben der mittleren Zustimmung auf der 5-stufigen Likert-Skala die anteilige Zustimmungquote an allen Antworten für das jeweilige Item sowie die Gesamtzahl der Antworten.

Die stärkste Zustimmung bezüglich der Motive fiel dabei auf „Ich bin/ war mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich“ ( $\bar{x}$  4,3; Zustimmungquote 85 %) sowie „Um ein Leben ohne die Suchterkrankung führen zu können.“ ( $\bar{x}$  4,5; Zustimmungquote 91 %). Am seltensten gaben Teilnehmende als Grund für den Antrag „Auflage des Jugendamtes“ ( $\bar{x}$  1,2; Zustimmungquote 4 %) sowie „Therapie statt Strafe“ ( $\bar{x}$  1,7; Zustimmungquote 19 %) an. Über alle Motive hinweg lag die durchschnittliche Zustimmung bei Personen, die bereits einen Antrag gestellt hatten, bei 3,6 (Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Motive

| Antrag jemals gestellt   | Mittelwert | % Zustimmung | n          |
|--|------------|--------------|------------|
| <b>Motive</b>  |            |              |            |
| Auflagen des Jugendamtes.  | 1,2        | 4,0          | 148        |
| Therapie statt Strafe.   | 1,7        | 18,5         | 157        |
| Um meinen Arbeitsplatz nicht zu verlieren.   | 1,9        | 16,8         | 149        |
| Um (wieder) normal arbeiten zu können. Das geht mit der Suchterkrankung nicht.       | <b>3,4</b> | <b>56,3</b>  | <b>160</b> |
| Druck von Freunden/Familie.  | 2,8        | 34,6         | 153        |
| Ich bin/war mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich.         | 4,3        | 84,8         | 164        |
| Meiner Gesundheit zuliebe.   | 4,1        | 75,3         | 162        |
| Um ein Leben ohne die Suchterkrankung führen zu können.                              | 4,5        | 90,6         | 145        |
| Ich bin/war zuversichtlich, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.     | 4,1        | 78,13        | 160        |
| Für eine erfolgreiche Behandlung brauche/brauchte ich den Abstand von meinem Alltag. | 4,1        | 74,8         | 159        |

Die durchschnittliche Zustimmung über alle Hürden hinweg variierte zwischen 1,8 und 2,9. Dabei entfiel die stärkste Zustimmung auf Schwierigkeiten, sich selbst einzugestehen, dass eine Entwöhnungsbehandlung nötig ist ( $\bar{x}$  2,9; Zustimmungsquote 60 %), „Ich habe schlechte Dinge über die Entwöhnung gehört“ ( $\bar{x}$  2,9; Zustimmungsquote 34 %) sowie „Ich fand es schwierig eine Klinik zu finden die für mich passt“ ( $\bar{x}$  2,9; Zustimmungsquote 37 %). Laut den Antworten der Teilnehmenden wurde vergleichsweise selten angegeben, dass die Regeln bei der Antragsstellung umständlich/kompliziert sind bzw. sie sich überfordert gefühlt haben ( $\bar{x}$  1,8; Zustimmungsquote 24 %). Die durchschnittliche Zustimmung lag für alle Hürden hinweg bei 2,3 (Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hürden

| Antrag jemals gestellt   | Mittelwert | % Zustimmung | n   |
|--|------------|--------------|-----|
| <b>Hürden</b>  |            |              |     |
| Mir ist die Entscheidung, einen Antrag zu stellen, schwergefallen.   | 2,5        | 28,1         | 160 |
| Die Regelungen, wie man einen Antrag stellt, sind umständlich/kompliziert. Ich habe mich überfordert gefühlt.                            | 1,8        | 24,2         | 161 |
| Ich hätte bessere Unterstützung bei der Beantragung gebraucht.   | 2,4        | 23,1         | 160 |
| Die langen Wartezeiten auf Genehmigung haben mich demotiviert.   | 2,3        | 20,6         | 160 |
| Die Rückfallgefahr zwischen Entgiftung und stationärer Entwöhnungsbehandlung ist hoch. Das hat die Antragsstellung schwierig gemacht.    | 2,1        | 11,9         | 160 |
| Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann negative Folgen haben (Job, Familie, ...).  | 2,5        | 22,2         | 162 |
| Ich habe/hatte Angst, dass andere mich ablehnen, wenn sie von meiner Suchterkrankung erfahren.   | 2,1        | 21,7         | 161 |
| Ich muss/musste regeln, wer sich um meine Familie oder Haustiere kümmert.  | 2,8        | 30,7         | 163 |
| Durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird man aus dem Alltag gerissen/lange von Freunden/Familie getrennt. Das fand ich schwierig. | 2,0        | 13,7         | 161 |
| Ich glaube/glaubte nicht, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.   | 2,1        | 13,1         | 160 |
| Ich bin/war unsicher, ob ich eine stationäre Entwöhnung durchhalte.  | 2,2        | 17,4         | 161 |
| Mir wäre eine ambulante (bei der man zu Hause übernachtet) Entwöhnungsbehandlung lieber (gewesen).                                       | 2,1        | 13,0         | 162 |
| Ich habe schlechte Dinge über die Entwöhnungsbehandlung gehört.  | 2,9        | 34,0         | 162 |
| Ich weiß/wusste nicht, was in der Entwöhnungsbehandlung auf mich zukommen wird/würde.  | 2,3        | 21,1         | 161 |
| Ich finde/fand es schwierig, eine Klinik zu finden, die für mich passt.  | 2,9        | 37,0         | 162 |
| Ich finde/fand es schwierig, vor mir selbst zuzugeben, dass ich eine Entwöhnungsbehandlung brauche.                                      | 2,9        | 59,88        | 162 |

Unter den Verbesserungsvorschlägen fand die mit Abstand stärkste Zustimmung „Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den gesamten Prozess haben.“ ( $\bar{x}$  4,1; Zustimmungsquote 74 %). Der Wunsch, den Antrag online stellen zu können, war weniger stark ausgeprägt ( $\bar{x}$  2,9; Zustimmungsquote 29 %). Im Durchschnitt lag die Zustimmung zu Verbesserungsvorschlägen unter Personen, die bereits einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt hatten, bei 3,4.

Tabelle 3-4 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bereits einen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Verbesserungsvorschläge

| Antrag jemals gestellt  | Mittelwert | % Zustimmung | n   |
|---|------------|--------------|-----|
| <b>Verbesserungsvorschläge</b>  |            |              |     |
| Man sollte den Antrag online stellen können.  | 2,9        | 29,1         | 158 |
| Man sollte nicht bei jedem Antrag alle Informationen neu angeben müssen.  | 3,6        | 55,4         | 159 |
| Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben (von der Antragsstellung bis zur Rückkehr in den Alltag).   | 4,1        | 74,2         | 163 |
| Es sollte mehr Möglichkeiten geben, die Entwöhnungsbehandlung teilweise stationär (während man in der Klinik wohnt) und teilweise ambulant (während man zu Hause wohnt) durchzuführen ("Kombimodell") | 3,2        | 41,5         | 159 |
| Die Kliniken sollten mehr auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen.   | 3,5        | 47,8         | 157 |

### 3.3.3 Motive, Hürden und Verbesserungsvorschläge (Ohne Antrag)

In den Tabellen 3-5, 3-6 und 3-7 sind die Ergebnisse des Fragebogens für Personen aufgeführt, die bisher noch keinen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben (n = 117). Diese wurden in Bezug auf elf theoretische Motive, die zu einer Beantragung führen könnten, und 19 vorgegebene Hürden, nach ihrer Zustimmung gefragt. Analog zur Ergebnisbeschreibung für Personen, die bereits einen Antrag gestellt hatten, ist die mittlere Zustimmung auf der 5-stufigen Likert-Skala, die anteilige Zustimmungsquote an allen Antworten für das jeweilige Item und die Gesamtzahl der Antworten, angegeben.

Die stärkste Zustimmung bezüglich der theoretischen Motive entfiel dabei auf „Wenn ich mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich wäre“ ( $\bar{x}$  4,2; Zustimmungsquote 80%) sowie „Wenn meine Gesundheit durch die Suchterkrankung in Gefahr wäre.“ ( $\bar{x}$  4,1; Zustimmungsquote 75 %). Am seltensten gaben Teilnehmende als möglichen Grund für eine Antragsstellung „Wenn es eine Auflage des Jugendamtes wäre“ ( $\bar{x}$  2,4; Zustimmungsquote 30 %). Über alle vorgegebenen Motive hinweg lag die durchschnittliche Zustimmung bei Personen, die noch nie einen Antrag gestellt hatten, bei 3,9 (Tabelle 3-5).

Tabelle 3-5 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hypothetische Motive

| <b>Antrag nein</b>   | <b>Mittelwert</b> | <b>% Zustimmung</b> | <b>n</b> |
|--|-------------------|---------------------|----------|
| <b>Hypothetische Motive</b>  |                   |                     |          |
| Wenn es eine Auflage des Jugendamts wäre.  | 2,4               | 29,9                | 97       |
| "Therapie statt Strafe", also wenn ich sonst ins Gefängnis müsste.                     | 3,6               | 62,0                | 100      |
| Wenn mein Arbeitsplatz in Gefahr wäre.   | 3,8               | 66,0                | 103      |
| Wenn ich wegen der Suchterkrankung nicht mehr normal arbeiten könnte.                  | 3,9               | 72,6                | 102      |
| Wenn Freunde/Familie mich drängen würden.  | 2,8               | 27,9                | 104      |
| Wenn ich merken würde, dass meine Freunde/Familie unter meiner Suchterkrankung leiden. | 3,8               | 62,1                | 103      |
| Wenn ich dadurch die Beziehung zu Freunden/Familie verbessern könnte.                  | 3,5               | 54,4                | 103      |
| Wenn ich mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich wäre.         | 4,2               | 79,8                | 104      |
| Wenn meine Gesundheit durch die Suchterkrankung in Gefahr wäre.                        | 4,1               | 75,0                | 104      |
| Wenn ich denken würde, dass mir die stationäre Entwöhnungsbehandlung am besten hilft.  | 4,0               | 74,0                | 104      |
| Wenn ich Abstand von meinem Alltag bräuchte.   | 3,3               | 50,0                | 104      |

Die durchschnittliche Zustimmung über die 19 zur Bewertung vorgegebenen Hürden hinweg variierte zwischen 2,0 und 3,9. Dabei entfiel die stärkste Zustimmung auf „Ich brauche keine stationäre Entwöhnungsbehandlung“ ( $\bar{x}$  3,9; Zustimmungsquote 69 %). Ähnlich gaben die Teilnehmenden als Hürde für die Antragsstellung an, auch ohne stationäre Entwöhnungsbehandlung ausreichend Unterstützung zu erhalten ( $\bar{x}$  3,8; Zustimmungsquote 65 %). Hingegen wurden eine hohe Ablehnungsquote der Anträge, Zweifel daran, die Behandlung durchzuhalten und schlechte Erfahrungen anderer Personen, vergleichsweise selten als Hürde angegeben (je  $\bar{x}$  2,0; Zustimmungsquote 12 %). Die durchschnittliche Zustimmung lag für alle Hürden hinweg bei 2,6 (Tabelle 3-6).

Tabelle 3-6 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Hürden

| Antrag nein  | Mittelwert | % Zustimmung | n  |
|--|------------|--------------|----|
| <b>Hürden</b>  |            |              |    |
| Die Regelungen, wie man einen Antrag stellt, sind umständlich/kompliziert. Das überfordert mich.                                       | 2,3        | 19,8         | 96 |
| Ich bräuchte mehr Unterstützung bei der Beantragung.   | 2,3        | 26,0         | 96 |
| Dass man so lange auf einen Platz warten muss.   | 2,5        | 27,3         | 99 |
| Anträge werden oft abgelehnt.  | 2,0        | 11,8         | 93 |
| Die Rückfallgefahr zwischen Entgiftung und stationärer Entwöhnungsbehandlung ist hoch. Das macht die Antragsstellung schwierig.        | 2,3        | 20,4         | 93 |
| Ich habe Angst, dass andere mich ablehnen, wenn sie von meiner Suchterkrankung erfahren.   | 2,7        | 31,6         | 98 |
| Ich schäme mich, weil ich eine Suchterkrankung habe.   | 2,6        | 29,2         | 24 |
| Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann negative Folgen haben (Job, Familie, ...).  | 2,7        | 31,6         | 99 |
| Ich kann keine stationäre Entwöhnungsbehandlung machen, weil ich mich um Familie oder Haustiere kümmern muss.                          | 2,7        | 36,4         | 96 |
| Durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird man aus dem Alltag gerissen/lange von Freunden/Familie getrennt. Das möchte ich nicht. | 3,1        | 45,8         | 96 |
| Ich glaube nicht, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.   | 2,6        | 25,8         | 97 |
| Ich glaube nicht, dass ich eine stationäre Entwöhnung durchhalten würde.   | 2,0        | 12,4         | 97 |
| Mir wäre/ist eine ambulante Entwöhnungsbehandlung (bei der ich zu Hause übernachtete) lieber.  | 3,6        | 61,9         | 97 |
| Ich habe schlechte Dinge über die Entwöhnungsbehandlung gehört.  | 2,0        | 11,5         | 96 |
| Ich weiß nicht, was in der Entwöhnungsbehandlung auf mich zukommen würde.  | 2,5        | 21,1         | 95 |
| Ich finde es schwierig, eine Klinik zu finden, die für mich passt.   | 2,3        | 22,1         | 95 |
| Mir wurde keine stationäre Entwöhnungsbehandlung empfohlen.  | 2,5        | 30,9         | 97 |
| Ich bekomme auch ohne die stationäre Entwöhnungsbehandlung genug Hilfe.  | 3,8        | 64,6         | 99 |
| Ich brauche keine stationäre Entwöhnungsbehandlung.  | 3,9        | 68,8         | 96 |

Unter den Verbesserungsvorschlägen fand die mit Abstand stärkste Zustimmung „Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben.“ ( $\bar{x}$  4,2; Zustimmungsquote 82 %). Der Wunsch, den Antrag online stellen zu können, war am wenigsten stark ausgeprägt ( $\bar{x}$  3,5; Zustimmungsquote 56 %). Vergleicht man die Werte über die Kategorien hinweg zeigt sich, dass die mittlere Zustimmung hier zwar unter allen Verbesserungsvorschlägen am geringsten, jedoch ähnlich hoch wie die stärkste Zustimmung unter allen Hürden war. Im Durchschnitt lag die Zustimmung zu Verbesserungsvorschlägen unter Personen, die keinen Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung gestellt hatten, bei 3,7 (Tabelle 3-7).

Tabelle 3-7 Ergebnisse der Befragung von Personen, die bisher noch keinen Antrag auf stationäre Entwöhnung gestellt haben: Verbesserungsvorschläge

| Antrag nein   | Mittelwert | % Zustimmung | n   |
|---|------------|--------------|-----|
| <b>Verbesserungsvorschläge</b>  |            |              |     |
| Man sollte den Antrag online stellen können.  | 3,5        | 55,6         | 99  |
| Man sollte nicht bei jedem Antrag alle Informationen neu angeben müssen.  | 3,7        | 65,0         | 97  |
| Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben (von der Antragsstellung bis zur Rückkehr in den Alltag).   | 4,2        | 82,2         | 101 |
| Es sollte mehr Möglichkeiten geben, die Entwöhnungsbehandlung teilweise stationär (während man in der Klinik wohnt) und teilweise ambulant (während man zu Hause wohnt) durchzuführen ("Kombimodell") | 3,7        | 61,6         | 99  |
| Die Kliniken sollten mehr auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen.   | 3,7        | 59,4         | 96  |

### 3.3.4 Offene Fragen

Die Möglichkeit, in offenen Worten weitere Motive, Hürden, Verbesserungsvorschläge sowie sonstige Anmerkungen zu formulieren, wurde insbesondere von Teilnehmenden der Gruppe mit Antragserfahrung genutzt. Dabei handelt es sich zu einem großen Teil um sehr individuelle Anmerkungen. Vielfach wird von positiven Erfahrungen berichtet und eine große Dankbarkeit gegenüber verschiedenen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen formuliert.

Mehrfach thematisiert wurden von den Teilnehmenden Wartezeiten. Der Tenor fiel dabei sehr unterschiedlich aus. Es wurde berichtet sowohl von kurzen als auch von langen Wartezeiten in Verbindung mit Dankbarkeit bzw. Kritik oder dem Umgang mit dieser Zeit berichtet.

*„Ich hatte eine kurze Wartezeit von 2 Wochen, das Blaue Kreuz hat mich sehr unterstützt.“*

*„Ich habe die Wartezeit genutzt und bin in Selbsthilfegruppen gegangen.“*

Zudem waren Wartezeiten, in Verbindung mit Rückfällen oder Demotivation, der häufigste genannte Grund für das Nichtantreten einer stationären Entwöhnung. In einem Fall wurde auch von positiven Entwicklungen in dieser Zeit berichtet.

*„Ich bin nach meiner letzten Entgiftung heim.. und hatte die Zusage für einen Therapieplatz.. aber der Termin stand noch nicht fest.. mir wurde gesagt.. die Wartezeit kann bis zu acht Wochen dauern.. ich hab mir zuhause mein Leben gut eingerichtet.. und meine innere Stärke wuchs.. ich wusste was ich zutun oder zulassen habe.. dann kam der Anruf .. wann ich die Therapie beginnen kann.. ich habe es mit meiner Therapeutin besprochen.. und das ganze in eine ambulante Therapie umgewandelt..“*

Mehrere Teilnehmende nannten zudem explizit den Wunsch nach einem Einzelzimmer in den offenen Fragen.

*„Eine Unterbringung in Mehrbettzimmern ist nicht zeitgemäß und ist auch nicht für den Therapieerfolg förderlich.“*

## **4 Diskussion und Handlungsempfehlungen**

### **4.1 Methodische Diskussion**

Der Projektaufbau beinhaltet unterschiedliche, aufeinander aufbauende und sich ergänzende Module. Jedem Modul liegen unterschiedliche methodische Ansätze zugrunde, die jeweils spezifische Stärken, aber auch Limitationen aufweisen.

Im qualitativen Teil der Studie besteht eine Limitation darin, dass durch das gegebene Forschungsdesign einer Punkterhebung zeitliche Entwicklungen retrospektiv erfragt wurden und keine Vergleiche zu einem früheren Zeitpunkt gezogen werden können. So können vermutete Gründe für Antragsrückgänge lediglich aus aktueller Befragung abgeleitet werden und die Ergebnisse auch nur auf die aktuellen Umstände übersetzt werden. Zudem waren zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung bei Befragten pandemiebedingte Entwicklungen sehr präsent. Damit können Erinnerungsverzerrungen in Richtung der jüngeren Entwicklungen bestehen, welche für die Fragestellung der Studie nach mittelfristigen Trends sekundär sind.

Analog zu den Limitationen der qualitativen Befragung kann bezüglich des quantitativen Surveys ebenfalls die durch das Forschungsdesign gegebene Limitation auf einen Erhebungszeitpunkt aufgeführt werden. Folglich können keine Vergleiche zu einem früheren Zeitpunkt gezogen werden.

Gründe für den Antragsrückgang konnten mit unterstützender Literatur deshalb vermutet, aber nicht belegt werden. Ein Prä-Post-Vergleich über mehrere Jahre könnte insbesondere für "weiche" Faktoren wie gesellschaftliche Veränderungen, bezüglich derer keine externen Daten verfügbar sind, wertvolle Informationen liefern. Die Ergebnisse können jedoch Aufschluss darüber geben, welche Hürden und Motive zum aktuellen Zeitpunkt relative Relevanz besitzen, und damit Hinweise für Weiterentwicklungen geben, die unabhängig von zeitlichen Veränderungen für ein funktionierendes Suchthilfesystem zum aktuellen Zeitpunkt beitragen. Bezüglich des quantitativen Surveys ist des Weiteren die Stichprobenszusammensetzung zu nennen. Durch die Rekrutierung der Betroffenen über Beratungsstellen in ganz Bayern sollte eine größtmögliche regionale und soziodemografische Verteilung erzielt werden. Auch wenn der Versandort nur in einem Teil der Fälle angegeben war, weisen diese eine weite regionale Verteilung auf. Abweichungen von der angestrebten soziodemografischen Verteilung der erzielten von der Zielstichprobe zeigt sich in einer Überzahl männlicher Befragter von 1:3. Dies entspricht jedoch weitgehend dem Geschlechterverhältnis in der Klientel insgesamt (Schwarzkopf et al., 2022). Auch bezüglich der Störungs- und Behandlungsmerkmale bestehen Abweichungen von der angestrebten Verteilung mit einer höchsten Repräsentation von Alkohol, die auch in der Suchthilfe die weitaus größte Primärsubstanz stellt. Die Gruppe derer, die eine bewilligte stationäre Entwöhnung nicht angetreten hatten, blieb trotz Bemühungen unterrepräsentiert. Allerdings zeigen von der DRV zur Verfügung gestellte Daten, dass das Verhältnis zwischen Bewilligungen und Durchführungen (mit Ausnahme der Pandemiesituation) über die Jahre stabil ist. Auch in den qualitativen Ergebnissen ergaben sich keine spezifischen Mehrinformationen bezüglich der zeitlichen Dimension durch diese Personen; zeitunabhängige Hürden des Antritts einer stationären Entwöhnung, die sich in den qualitativen Ergebnissen und der Literatur fanden, flossen in die Handlungsempfehlungen ein. Für die Identifizierung von Gründen des Rückgangs stationärer Entwöhnungen scheint eine gesonderte Betrachtung dieser Personengruppe zum jetzigen Zeitpunkt jedoch sekundär.

Ein verlässlicher Vergleich der Surveyergebnisse nach Substanz, bezüglich derer eine Abhängigkeit vorlag, konnte aufgrund der Stichprobengröße und einer hohen Zahl fehlender Werte auf diesen Angaben nicht durchgeführt werden. Explorative Analysen zeigen keine Hinweise darauf, dass das Gesamtbild der Ergebnisse von der Substanz abhängig sei, abgesehen von einer höheren Motivation für die stationäre Entwöhnungsbehandlung durch rechtliche Auflagen bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen.

Eine bedeutsame Stärke der Studie stellt das Mixed Methods Design dar, welches sowohl qualitative Ergebnisse aus Betroffenen Perspektive und aus Fachkundigen-Perspektive liefert als auch quantitative Daten von Betroffenen beinhaltet. Qualitative Forschungsmethoden erlauben, eine Fragestellung in



vertiefterem Maße zu untersuchen als quantitative Methoden. Die intensive Datenerhebung und -auswertung wird dabei an einer vergleichsweise deutlich kleineren Stichprobe durchgeführt, so dass kein Anspruch auf Repräsentativität der Ergebnisse erhoben werden kann. Damit eignet sich qualitative Forschung insbesondere zur Hypothesengenerierung und stellte somit einen zielführenden ersten Schritt in diesem Forschungsprojekt dar. Im folgenden Projektverlauf wurden die generierten Hypothesen überprüft und dabei die Bedeutung möglicher Motive und Hürden der Inanspruchnahme stationärer Entwöhnungsbehandlung quantitativ getestet. Indem in der Projektplanung eine gezielte Literaturrecherche zur Einordnung der Ergebnisse eingeplant war, konnten die identifizierten Hypothesen zusätzlich auf ihre Plausibilität und Relevanz hin eingeschätzt werden. Die durch Fachkundige geprüften Feedbackschleifen der Handlungsempfehlungen sichern darüber hinaus diese aus fachlicher Sicht ab. Insgesamt gibt die Studie durch ihr Mixed-Methods Design und die Befragung von Fachkundigen sowie Betroffenen einen vielschichtigen und umfangreichen Einblick in das Thema der Antragsstellung auf Entwöhnungsbehandlung. Gleichzeitig wurden dabei Forschungslücken identifiziert.

## **4.2 Mögliche Erklärungsfaktoren für den Antragsrückgang**

Die zentralen Forschungsfragen des Projekts sind, a) wie sich der Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnung erklären lässt, und b) welche Maßnahmen zu empfehlen sind, um diesem Rückgang zu begegnen. In den folgenden Abschnitten wird auf diese beiden Fragen eingegangen. In die einzelnen Diskussionspunkte der möglichen Erklärungsfaktoren für den Antragsrückgang fließen Ergebnisse der qualitativen Interviews, der Literaturrecherche sowie der quantitativen Betroffenenbefragung ein. Letztere dienen vor allem der Einschätzung, inwiefern die identifizierten Erklärungsfaktoren für die Betroffenen aktuell eine Rolle spielen.

Die bestehende Literatur legt nahe, dass der Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnung von verschiedenen parallelaufenden und sich teilweise gegenseitig bedingenden, Entwicklungen gespeist wird. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews der vorliegenden Studie deuten ebenfalls in diese Richtung. Die auf Basis der qualitativen Ergebnisse gebildeten Hypothesen zum Antragsrückgang werden im Folgenden diskutiert. Im Vordergrund steht die Plausibilität der jeweiligen Hypothese unter Betrachtung der verfügbaren Literatur.

Einen wesentlichen Teil des Arbeitsprozesses zur Diskussion stellte die Abgrenzung der zur Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Themen dar. In den qualitativen Interviews wurde eine Vielzahl von Themen besprochen, aus denen sich jedoch keine überzeugende Anfangshypothese für einen Einfluss auf die Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen ableiten ließ. Veranschaulicht ist dies in Abbildung 4-1. Beispielsweise nahm die Vergütung von Rehabilitationskliniken bei den

Interviewten eine zentrale Rolle ein, verbunden mit ihrem Einfluss auf sinkende Verfügbarkeit von Klinikplätzen zur stationären Entwöhnungsbehandlung. In der Gesamtbetrachtung des Suchthilfesystems handelt es sich zweifelsohne um eine wichtige Thematik. Aufgrund seiner Entfernung zur Forschungsfrage wurde sie in dieser Studie jedoch nicht weiterverfolgt. In die Diskussion aufgenommen hingegen wurde die Hypothese gesunkener Erwartung auf einen Klinikplatz, was einen Mediatorfaktor zwischen sinkenden Klinikplätzen und rückläufigen Antragszahlen darstellen könnte.



Abbildung 4-1 Thematische Abgrenzung der Forschungsfrage

#### 4.2.1 Personelle Besetzung in Akutstationen und Suchtberatungsstellen

Eine potenzielle Erklärung für den Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnungsbehandlung liegt in der personellen Unterbesetzung und Überforderung in ambulanten Suchtberatungsstellen und Sozialdiensten der Akutstationen. Übereinstimmend wurde in der Studie und bestehender Literatur jedoch von zunehmendem Personalmangel berichtet (Döhrn & Rappen, 2019). Der Arbeit könne nicht mehr in der gewünschten Qualität nachgekommen werden (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2020), es könnten weniger Antragsstellungen unterstützt werden. Die qualitativen Interviews

dieser Studie legen nahe, dass in den ambulanten Suchtberatungsstellen personelle Besetzung und Haltequoten der Klientel sinken. Dieser Trend wird bestätigt durch Daten der Deutschen Suchthilfestatistik, bei der die durchschnittliche Anzahl unterstützter Anträge auf ambulante und stationäre Entwöhnung pro Einrichtung rückläufig ist (Schwarzkopf et al., 2022).

Analog wurden geringere Betreuungskapazitäten durch die Sozialdienste auf den Entwöhnungskliniken aufgrund der personellen Ausstattung beschrieben. Darüber hinaus werden zunehmend entsprechende Stationen geschlossen (Hempel, 2022), wie aus den Interviews und der Literatur hervorgeht.

Zunehmende Ressourcenverknappung wurde in den Interviews auch in Bezug auf andere Bereiche der Suchthilfe berichtet, insbesondere Rehabilitationseinrichtungen, sowie möglicherweise Kostenträger. Mit Blick auf die Fragestellung der Studie wird hier jedoch eine Beschränkung auf die antragsunterstützenden Einrichtungen (Beratungsstellen, Akutstationen) vorgenommen.

Die Abnahme der personellen Besetzung in diesen Einrichtungen wird auf die wachsende Knappheit von Ressourcen sowie den Fachkräftemangel zurückgeführt. Insbesondere in schwierigen finanziellen Situationen gestalten sich die Gewinnung und Bindung qualifizierten Personals als herausfordernd.

Die Finanzierung der ambulanten Suchtberatungsstellen erfolgt vorrangig durch die Kommunen, zusätzlich durch Länder, im Rahmen der Daseinsvorsorge. Die gesetzliche Verpflichtung ergibt sich aus unterschiedlichen Stellen der Sozialgesetzgebung, jedoch besteht in der Ausgestaltung erheblicher Handlungsspielraum (Döhrn & Rappen, 2019). Es wird kritisiert, dass die Zuteilung der Gelder nicht nach dem Bedarf der Einrichtungen erfolge, sondern auf Basis politischer Entscheidungen auf kommunaler Ebene (AWO Bundesverband e.V., 2021). Detaillierte Entwicklungen in der öffentlichen Finanzierung ambulanter Suchthilfeeinrichtungen sind komplex, da sie die simultane Betrachtung unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen erfordern. Mit der Einteilung in institutionelle und fallbezogene globale sowie projektbezogene Zuschüsse sei nur ein Aspekt benannt. Insgesamt jedoch stiegen bundesweit die gemeldeten Gesamtmittel der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen von 2008 bis 2016 um jährlich 0.7 %. Da die laufenden Kosten der Einrichtung, insbesondere Personalkosten, stärker stiegen, handelt es sich real um einen Rückgang im Finanzierungsumfang (Döhrn & Rappen, 2019). Dabei unterscheiden sich Kommunen in ihren Bedarfen und Ausstattungen. In strukturell schwache Kommunen scheint verstärkt Unterfinanzierung des Hilfesystems vorzuliegen.

Neben der Höhe der Finanzierung wird betont, dass der fehlende rechtliche Anspruch darauf für die betroffenen Einrichtungen problematisch sei. Fehlende Planbarkeit erschwere die Qualitätssicherung in den Akutstationen und Beratungsstellen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2019, 2020; Elser, 2022). Die zunehmende Verschlechterung der finanziellen Situation veranlasste ein

Konsortium von Fachverbänden und –Organisationen, Statements mit der Aufforderung sofortigen Handelns zu veröffentlichen (Bossong & Renzel, 2019; 2019, 2020; Schütze et al., 2019).

Eine Quantifizierung der direkten Auswirkungen der finanziellen Entwicklungen ist nicht möglich. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen konnte gezeigt werden, dass im Zeitraum von 2007 bis 2016 die Personalstellen in Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung um 5 % abgebaut wurden. Erwähnenswert ist, dass im gleichen Zeitraum Verwaltungspersonal aufgebaut wurde, und Dokumentations- und Rechenschaftspflichten in stetig zunehmendem Umfang berichtet wurden (RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 2019).

Wie beschrieben, werden auch in Bezug auf Akutstationen übereinstimmend sinkende personelle Ressourcen bei den Sozialdiensten berichtet. Der Mangel an Fachkräften dürfte hier zentral sein und durch die bestehenden Komplikationen, die suchtttherapeutische Weiterbildung berufsbegleitend durchzuführen (Koch, 2020), verstärkt werden. Hohe Burnout-Raten bei Beschäftigten und ein hohes organisationsimmanentes Konfliktrisiko sind aus dem Kliniksetting gut belegt, wobei die Situation sich zunehmend verschärft (Grüne, 2021; Hartog, 2019; Saure & Thiex-Kreye, 2018). Dies erschwert das Konkurrieren um qualifiziertes Personal.

Neben diesen Herausforderungen innerhalb bestehender Stationen mit Angebot eines Entzugs werden durch Umstrukturierungen und Stationsschließungen entsprechende Stationen immer weiter reduziert, wie aus den Interviews übereinstimmend hervorging. Maßgeblich hierfür sei, dass diese nach Einführung des Entgeltsystems für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP) nicht mehr rentabel seien. Daten zu diesen Zusammenhängen sind nicht verfügbar, jedoch decken sich die eindeutigen Interviewergebnisse mit der Literatur (Koch, 2020). Zusammengefasst stehen Betroffenen damit weniger Angebote zum Entzug (einschließlich dem entsprechenden Momentum zur Initiierung der Entwöhnungstherapie) zur Verfügung, und innerhalb der bestehenden Kliniken weniger sozialarbeiterisches Personal, um die Motivationsarbeit und Unterstützung bei der Beantragung zu gewähren.

Die Ergebnisse der Betroffenenbefragung bestätigen die Rolle rückläufiger Personalbesetzung in den Einrichtungen für den Antragsrückgang bedingt. In beiden Subgruppen (Personen mit und ohne Antragsstellung) spielte der Wunsch nach stärkerer Unterstützung bei der Antragsstellung eher eine untergeordnete Rolle und unterschied sich nicht wesentlich zwischen beiden Gruppen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Rekrutierung vorrangig aus der Suchthilfeeinrichtungen heraus erfolgte, und somit die überwiegende Mehrheit der Befragten an die Suchthilfe angegliedert ist. Auch eine Selektivität der Stichprobe, in der Teilnehmende überdurchschnittlich gut versorgt sind, ist möglich. Die Unterstützung einer Studie erfordert Ressourcen, die möglicherweise nicht alle Einrichtungen aufbringen konnten.

Denkbar ist auch, dass die Personalnot so stark durch die Mitarbeitenden kompensiert wird, dass sie für die Betroffenen nicht subjektiv spürbar ist. Hohe Zufriedenheit mit den Mitarbeitenden von Beratungsstellen stellte auch eine andere bayerische Studie fest (xit GmbH, 2022).

Ungeachtet der ambivalenten Ergebnislage in der quantitativen Befragung kann der Zusammenhang zwischen der zunehmenden Unterfinanzierung und personellen Unterbesetzung mit dem Rückgang der Anträge als weitgehend gesichert angesehen werden. Es ist bekannt, dass die Tätigkeit in der Suchthilfe mit erhöhtem Risiko für Depression und Somatisierung einhergeht (Wortberg et al., 2012). Die aktuellen Entwicklungen drohen, einen selbstverstärkenden Prozess auszulösen, in dem potenzielle Suchthilfe-Fachkräfte sich für andere Optionen entscheiden und dadurch der Arbeitsdruck und seine gesundheitlichen Auswirkungen weiter steigen.

#### **4.2.2 Schlechtere Reputation stationärer Entwöhnungsbehandlung**

Obleich nicht von allen Interviewten geteilt, berichteten mehrere Fachkundige von einer abnehmenden Behandlungsqualität der stationären Entwöhnung. Abnehmende Ressourcen und zunehmende Erfordernisse der Standardisierung gingen zu Lasten individueller Behandlungsgestaltung und es fänden mittlerweile zu selten Einzelgespräche statt. Eine fachkundige Person äußert die Vermutung, dieser Trend könne die Attraktivität von Rehabilitationskliniken mindern und den Zuwachs zu ambulanter Behandlung fördern. Diese Hypothese wird auch von Moog und Kollegen (2019) aufgestellt.

Die Möglichkeit, Erfahrungsberichte und Informationen über das Internet zu erhalten, kann von Betroffenen schnell und einfach genutzt werden (Hinz et al., 2012, S. 1). Die ärztliche Schweigepflicht kann zudem Personal davon abhalten, negative Bewertungen im Internet klärend zu kommentieren (Makoski, 2013). Ähnlich könnten auch negative Bewertungen von den Kliniken nicht ausreichend offen kommentiert und somit von Außenstehenden als unzutreffend objektiv wahrgenommen werden. Zudem verfassen Angehörige oftmals negativere online-Bewertungen als die Patientinnen und Patienten selber, wodurch Fehlschlüsse bei der Beurteilung über Reha Angebote begünstigt werden könnten (Hinz et al., 2012). Jedoch fallen Online-Bewertungen stationärer medizinischer Rehas überwiegend positiv aus und ähneln somit den Ergebnissen standardisierter Befragungen (Patzelt et al., 2021).

Die Ergebnisse der Betroffenenbefragung deuten nur sehr eingeschränkt darauf hin, dass ein schlechter Ruf ein Hindernis für die Antragsstellung sei: Zwar berichteten verhältnismäßig zahlreiche Personen mit Antragserfahrung, schlechte Dinge über die Entwöhnungsbehandlung gehört zu haben, doch offenbar hinderte dies in diesen Fällen nicht die Antragstellung. Bei Personen ohne Antragsstellung hingegen war die Zustimmung niedriger und traf unter allen Hürden auf eine der

geringsten Zustimmungsquoten. Insgesamt scheint schlechte Reputation von Kliniken eine untergeordnete Rolle für die Antragszahlen zu spielen.

#### **4.2.3 Gesunkene subjektive Aussicht auf Bewilligung und auf einen Klinikplatz**

Die Hypothese, (subjektiv) geringere Erfolgsaussichten auf Bewilligung und auf einen Klinikplatz seien ein Faktor für den Antragsrückgang (Moog et al., 2019), wurde teilweise in den Interviews ähnlich geäußert. Vereinzelt wurde in den qualitativen Interviews von einer geringeren Bewilligungsquote durch die GKV berichtet. Dies gilt sowohl im Vergleich zur DRV, als auch im Vergleich zu früheren Bewilligungsquoten. Der Einfluss eines solchen Trends auf die Antragstellung ließe sich mit motivationspsychologischen Ansätzen erklären. Demnach bestimmt eine Funktion aus den gegensätzlichen Kräften *Hoffnung auf Erfolg* sowie *Angst vor dem Scheitern* darüber, ob eine bestimmte Verhaltensweise aufgenommen wird (Atkinson, 1964). Dies wird von weiteren Forschenden seit mehreren Jahrzehnten in ähnlicher Weise beschrieben (u. a. Feather, 1961, 1966; Weinberg & Ragan, 1979) und durch aktuelle Forschungsergebnisse gestützt, wie zum Beispiel bei der Anwendung von Motivational Case Management in der Suchthilfe (Schmid & Vogt, 2017).

Anhand der in dieser Studie erhobenen Daten kann über Veränderungen in der subjektiven Wahrnehmung keine Aussage getroffen werden. Für eine tatsächlich gesunkene Bewilligungsrate ergeben sich jedoch keine Anhaltspunkte. Die Bewilligungsrate unter Trägerschaft der DRV unterliegt Schwankungen zwischen den Jahren, ohne dass langfristig eine Richtung erkennbar ist (Seeger, 2020). Bewilligungsraten für Rehabilitationsleistungen der GKV sind nicht verfügbar. Die Anzahl durchgeführter stationärer Entwöhnungsbehandlungen unter Trägerschaft der GKV zeigt jedoch einen stabilen bis steigenden Trend. Das bedeutet, dass selbst im Falle sinkender Bewilligungsraten keine Verringerung der Behandlungen erfolgt. Insgesamt kann die Hypothese vergleichsweise höherer Ablehnungsquoten bei der GKV nicht beurteilt werden. Ebenso wenig können die Studienergebnisse beurteilen, ob sich die Wahrnehmung einiger in der Suchthilfe Tätigen bezüglich zeitlicher Veränderungen auch bei Betroffenen widerspiegelt. Drohende Ablehnung scheint jedoch keine wesentliche Hürde der Antragstellung zu sein, wie Ergebnisse der Gruppe von Personen, die bisher keinen Antrag gestellt hatten, zeigen.

Auch eine gesunkene Aussicht auf einen Klinikplatz als Grund für den Antragsrückgang scheint auf Basis der Ergebnisse der Studie eher unwahrscheinlich. Trotz Schließung einiger Kliniken wurde nicht von einer Verlängerung der Wartezeit auf einen Klinikplatz zur stationären Entwöhnung berichtet. Es scheint, dass Antragsrückgang und die Reduktion verfügbarer Klinikplätze in den letzten Jahren weitgehend parallel erfolgten. Ob ein indirekter Kausalzusammenhang besteht oder beiden Entwicklungen gemeinsame Faktoren zugrunde liegen, bleibt unklar. Einige Befragte in den

qualitativen Interviews nahmen eine gesunkene Bewilligungsquote von Seiten der Krankenkassen und Bezirke wahr, bezüglich der DRV als größtem Kostenträger wurde dies im Allgemeinen nicht berichtet. In Übereinstimmung damit fand auch in der Betroffenenbefragung die Aussage, eine geringe Erfolgsaussicht des Antrags mindere die Motivation, eher geringe Zustimmung. Dasselbe Bild zeigt sich bezüglich der Frage nach Wartezeiten als Hürde für die Antragstellung. Gleichzeitig wurden Wartezeiten in den offenen Fragen des Surveys regelmäßig thematisiert. In Kombination lassen die Ergebnisse vermuten, dass kurze Wartezeiten und gute Aussichten auf einen Klinikplatz für ein funktionierendes Suchthilfesystem von hoher Relevanz sind, jedoch für die Motivation zur Antragsstellung eine sekundäre Rolle spielen.

#### **4.2.4 Schnittstellenproblematik**

Die historische Entwicklung hat seit der Suchtvereinbarung 1978 bis heute einerseits zu einem sehr breiten und differenzierten Angebot der Suchthilfe geführt, andererseits aber auch zu einem komplexen, für Betroffene schnell unübersichtlichen Geflecht von Rechtsgrundlagen, Zuständigkeiten und Finanzierungsformen. Die Aufspaltung des Suchthilfesystems mit unterschiedlichen Leistungserbringern wird in der Literatur als eines der gravierenden Probleme in der Versorgung Suchtkranker in Deutschland beschrieben (Weissinger, 2019). In diesem Gefüge spielen für den Gesamtprozess einer erfolgreichen Therapieinitiierung einzelne Akteure entscheidende Rollen, deren Zuständigkeiten klar verteilt und allen Beteiligten kommuniziert sein müssen. Unter anderem wird die Notwendigkeit intensiver und aufwändiger Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen betont (BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006; Bürkle, 2016), doch dasselbe gilt für alle beteiligten Akteure.

Die Kooperation der Akteure findet in der Praxis sowohl institutionalisiert statt (z. B. Arbeitskreise, institutionalisierte Suchthilfeplanung), als auch fall- oder anlassbezogen formal (z. B. Fachtagungen, Checklisten bei Übergaben) oder auf weniger strukturierter Ebene (z. B. Austausch zwischen Fachkräften nach Ermessen (Bürkle, 2016; Döhrn & Rappen, 2019)). Im Rahmen der vorliegenden Studie liegt der Fokus auf dem Suchthilfesystem im engeren Sinne. Es ist zu betonen, dass die Schnittstellenproblematik in der Praxis weitere medizinische, psychologisch/psychiatrische und soziale Versorgungsangebote umfasst (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS), 2019).

Ogleich die gegliederte Struktur, und damit die Notwendigkeit zur Kooperation, keine Neuerung per se darstellen, steigen die damit verbundenen Anforderungen. Zum einen wird berichtet, dass mit der Pluralisierung von Behandlungsangeboten die Notwendigkeit von Kooperation und Absprachen gestiegen sei (Bürkle, 2016). Vermutlich stärker noch ist die Schnittstellenproblematik im Zusammenhang der oben beschriebenen Mittelverknappung neu zu verstehen. In der Literatur wird

die zunehmende Mittelverknappung als möglicher Grund für den Antragsrückgang genannt (Koch, 2020; Seeger, 2020), ohne dass die genauen Auswirkungen auf die Schnittstellenproblematik benannt werden. In den qualitativen Interviews ist aufgezeigt, dass sich rückläufige Ressourcen bei den am Therapieprozess beteiligten Institutionen über vielfältige Wirkpfade auf das Funktionieren der Schnittstellen auswirkt. Nur zwei konkrete Beispiele sind, dass das Ankommen der Betroffenen in den Rehabilitationskliniken kaum noch begleitet würde, oder Fachkräfte der Beratungsstellen durch geringeren (allgemeinen und fallbezogenen) Austausch mit Rehabilitationskliniken deren spezifische Angebote weniger kennen und deshalb gerade bei besonderen Bedürfnissen Schwierigkeiten hätten, ein passgenaues Angebot zu machen.

Insgesamt zeige sich eine verringerte Kommunikation, Kooperation und Koordination, und eine optimale Unterstützung der Betroffenen sei zunehmend schwieriger. Zudem wurde angemerkt, Schnittstellenprobleme könnten nicht nur die Antragsstellung behindern, sondern auch die Drop-Out-Rate im Therapieprozess beeinflussen, da eine reibungslose Therapieinitiierung sowohl vor, während als auch nach einer Antragsstellung greife. Die Relevanz funktionierender Zusammenarbeit wird durch die Ergebnisse des Betroffenen surveys bestätigt. In beiden Personengruppen (kein Antrag/ Antrag) fand der Aspekt „Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben (von der Antragsstellung bis zur Rückkehr in den Alltag)“ die stärkste Zustimmung unter allen Verbesserungsvorschlägen. Insgesamt zeigen die qualitativen und quantitativen Ergebnisse mit der Literatur ein einheitliches Bild. Der Zusammenhang des Rückgangs der Antragsquote mit einer geringeren Kommunikation und Kooperation vor und während des Therapieprozesses kann folglich vermutet werden, was die Hypothese als eher stark erscheinen lässt. Ob Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen die Antragsquote steigern würden, oder eine geringe Kommunikation oder Kooperation vor oder während des Therapieprozesses als direkte Hürde für eine Antragsstellung gilt, ist weiter zu prüfen.

#### **4.2.5 Seltenerer gerichtliche Auflage einer stationären Entwöhnung**

Zwei Fachkundige nannten in der qualitativen Befragung als Ursache des Antragsrückgangs die gesunkenen gerichtlichen Auflagen durch einen Rückgang der Anwendung des Paragraphen 35 BtMG (Zurückstellung der Strafvollstreckung, auch bekannt unter dem Schlagwort „Therapie statt Strafe“) sowie einer Zunahme des Paragraphen 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt). Auch in der Literatur findet sich diese Hypothese (Koch, 2020). Prinzipiell muss die Anwendung der genannten Paragraphen nicht voneinander abhängen, sie werden aber im vorliegenden Kontext in der Regel kombiniert betrachtet (Dauber & Schwarzkopf, 2020).



Bezüglich der Zunahme des Paragraphen 64 StGB verzeichnet der BMJ-Bericht aus dem Jahr 2021 (Bericht BL-AG zu §64, 22.11.2021) im Jahr 1995 in 1400 Fällen Auflagen nach §64, im Jahr 2019 in 4300 Fällen. Damit verdreifachten sich innerhalb von 24 Jahren die Auflagen nach §64. Dass insgesamt strafgerichtliche Anordnungen seit Jahren konstant ansteigen, belegen mehrere Quellen (Steinert et al., 2020). Dabei stehen diese hauptsächlich im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit (Konrad et al., 2019, S. 196; Seifert, 2021). Abzulesen sei dies in der Klinikbelegung, welche sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt habe und mittlerweile „am Limit“ sei (Querengässer, 2020). Zudem erhöhe der Bundesgerichtshof diesen Einweisungs- und Belegungsdruck (Radke, 2020).

Trends in der Anwendung des §35 BtMG sind anhand der verfügbaren Daten schwieriger einzuschätzen. Eine Erhebung des Status Quo der externen Suchtberatung (ESB) in Bayerischen Justizvollzugsanstalten zwischen 2014 bis 2019 kommt zu dem Schluss, die „subjektiv wahrgenommenen vermehrten Ablehnungen von Anträgen gemäß [...] § 35 BtMG konnten von den ESB-Trägern bislang nicht eindeutig mit Zahlen belegt werden“ (Dauber & Schwarzkopf, 2020, S.5). Es lasse sich jedoch bei den Verlegungen in den Maßregelvollzug (§ 64 StGB) der innerhalb der JVAen betreute Klientel eine Zunahme (+14,8 %) beobachten, während Übergänge in Maßnahmen nach § 35 BtMG zurückgingen (-37,7 %). Diese Ergebnisse bestärken die Hypothese der qualitativen Befragung. Dass hierbei eine Verschiebung von Rehabilitationskliniken zu Maßregelvollzugseinrichtungen stattfindet, kann damit zwar nicht klar gezeigt werden, scheint aber plausibel. Ein entsprechender Trend wurde bereits in einer älteren Studie aus dem Jahr 2013 berichtet (Zurhold et al., 2013). Die Ergebnisse der Betroffenenbefragung (Arbeitspaket B) eignen sich nicht, um hierzu eine Aussage zu treffen. Gerichtliche Auflagen spielten als tatsächliches Motiv nur sehr selten eine Rolle. Insgesamt lässt sich die Hypothese von geringeren gerichtlichen Auflagen einer stationären Entwöhnung vermuten und als wahrscheinlich bewerten. Beachtet man jedoch, dass im Jahr weniger als 5 % der Personen in stationären Entwöhnungskliniken aus dem Bereich *Polizei/Justiz/Bewährungshilfe* vermittelt wurde (Schwarzkopf et al., 2022), kann diese Entwicklung nur einen geringen Teil des Antragsrückgangs erklären.

#### **4.2.6 Verschiebung zu anderen Behandlungsoptionen**

Bei der Hypothese, der Rückgang stationärer Entwöhnungstherapien sei durch eine Verschiebung in andere Behandlungsoptionen bedingt, steht die Alternative ambulanter Angebote im Vordergrund. Eine Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Angeboten wurde in der qualitativen Befragung durchgehend berichtet. Der Trend entspricht dem gesundheitspolitischen Leitsatz „ambulant vor stationär“, der in der Vergangenheit in mehreren gemeinsamen Rahmenkonzepten der DRV und der GKVen festgelegt wurde (Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2009, 2012).

Weiterhin ging aus den Interviews hervor, dass auch von Betroffenen häufig ambulante Alternativen gegenüber stationären Angeboten bevorzugt würden. Mitarbeitende der Suchthilfe befürworteten ein breites Angebot, hielten jedoch gleichzeitig für einen wesentlichen Anteil der Betroffenen die stationäre Entwöhnung indiziert.

Eine Analyse der Zugangswege zur stationären Entwöhnungsbehandlung kommt jedoch zu dem Schluss, dass „...der in den Daten der gesetzlichen Rentenversicherung im stationären Bereich besonders stark ausgeprägte Rückgang der abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen nicht durch einen gleichzeitigen starken Anstieg der ambulanten oder ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlungen erklärt werden [kann]“ (Seeger, 2020, S. 69). Ein Rückgang ist sowohl bei der rein ambulanten als auch bei der rein stationären Form der Entwöhnungsbehandlung zu beobachten. Mischfälle aus kombinierter stationärer und ambulanter Behandlung („Kombitherapie“) sind seit dem Jahr 2015 als eigenständige Kategorie der Daten der Deutschen Rentenversicherung aufgeführt. Ihr Anteil an den Entwöhnungstherapien stieg seitdem. In den vergangenen Datenjahren stellten sie einen weitgehend konstanten Anteil um 15 % bei insgesamt rückläufigen Zahlen von Entwöhnungsbehandlungen (Schwarzkopf, 2022). Während die Betrachtung der Behandlungsdaten eine Verlagerung in den ambulanten Bereich also nicht nahelegt, ändert sich das Bild unter Einbeziehung der qualitativen Ergebnisse. Die übereinstimmenden Expertenberichte unter schlüssiger Darlegung gesundheitspolitischer Gründe lassen auf eine entsprechende Verlagerung in den Behandlungen schließen. Ohne diese wäre der Rückgang der ambulanten Entwöhnungsbehandlungen offenbar noch stärker ausgeprägt. Gleichzeitig belegen die Behandlungsdaten, dass dieser Trend nur einen begrenzten Anteil der rückläufigen stationären Zahlen erklären kann.

Die Betroffenenbefragung bestätigt die Interviewergebnisse bezüglich einer Bevorzugung von ambulanten und teilstationären Angeboten. So geben Personen mit Antrag nur selten an „Durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird man aus dem Alltag gerissen/lange von Freunden/Familie getrennt. Das fand ich schwierig.“ oder „Mir wäre eine ambulante (bei der man zu Hause übernachtet) Entwöhnungsbehandlung lieber (gewesen).“ Umgekehrt fällt die Zustimmung zu diesen Punkten unter Personen, die noch keinen Antrag gestellt haben, verhältnismäßig hoch aus. Die Differenz zwischen beiden Gruppen legt die Vermutung nahe, dass es sich hier um zwei Hürden handelt, die Personen tatsächlich davon abhält, einen Antrag zu stellen, da Personen, die hier zustimmen, offensichtlich seltener eine stationäre Entwöhnungsbehandlung aufnehmen. Aus den verschiedenen Arbeitspaketen geht insgesamt deutlich hervor, wie wichtig ambulante bzw. teilstationäre Optionen als Alternative zum vollstationären Angebot sind.

Weitere mögliche Behandlungsalternativen zur stationären Entwöhnung stellen pharmakologische Therapien und andere psychosoziale Angebote, z. B. die Soziotherapie, dar. Die Vermutung einer

Verlagerung zur Psychotherapie wurde in Fachgesprächen geäußert, ohne dass dies anhand verfügbarer Daten zu prüfen ist. Im Bereich der pharmakologischen Behandlungen wurde die Vermutung einer Verschiebung hin zu Substitutionsbehandlung geäußert. Die Anzahl gemeldeter in Substitutionsbehandlung befindlicher Personen ist seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2002 bis zum Jahr 2020 kontinuierlich gestiegen, und während der Pandemie-Jahre 2020 bis 2022 weitgehend stabil geblieben (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2022; Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), 2019; Seeger, 2020). Eine weit verbreitete Verschiebung der Behandlungswahl scheint jedoch mäßig plausibel und könnte höchstens einen geringen Einfluss auf die beobachteten rückläufigen Entwöhnungsbehandlungen haben. Zum einen ist der Rückgang stationärer Entwöhnungen vor allem in Bezug auf Alkohol zu beobachten; in Bezug auf illegale Drogen sind die Zahlen stabil bis ansteigend (Schwarzkopf, 2022). Zudem ist eine entsprechende Verschiebung kaum in Bezug auf Erstbehandlungen der stationären Entwöhnung plausibel, sondern für Folgebehandlungen. Da substituitionsbehandelnde Ärztinnen und Ärzte argumentieren können müssen, die Alternative sei ein „unkontrollierter Drogenkonsum“ (Bundesärztekammer, 2023), steht des Weiteren für die Erstbehandlung eine Entwöhnungstherapie im Vordergrund. Zudem kommt es auch unter Substitutionsbehandlungen zum Bedarf stationärer Entwöhnungstherapien, so dass beide Behandlungsformen parallel bestehen können.

Ein weiterer in den Interviews vermuteter Wirkpfad, über den der Zuwachs an Substitutionsbehandlungen mit dem Rückgang stationärer Entwöhnungen in Zusammenhang stehen könnte, betrifft die Verfügbarkeit von Rehabilitationsplätzen für Substituierte. In der Regel nehmen Rehabilitationskliniken keine substituierten Patientinnen und Patienten auf, so dass eigentlich angezeigte Entwöhnungstherapien unter Substitutionsbehandlung häufig nicht initiiert würden. Auch wenn die Verfügbarkeit entsprechender Plätze aus Versorgungsperspektive wichtig ist, ist ein Zusammenhang mit den rückläufigen stationären Entwöhnungsbehandlungen in beobachtbarem Ausmaß aus im letzten Abschnitt genannten Gründen fraglich.

#### **4.2.7 Demografischer Wandel und steigende Mehrfachbelastungen Betroffener**

In den Interviews wurde mehrmals beschrieben, Betroffene im Suchthilfesystem zeigten eine wachsende Komplexität ihrer Problematik mit Mehrfachbelastungen, sowie einen zunehmend schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand. Da ein größer werdender Anteil Betroffener den Antragsprozess nicht bewältigt, könne dies zum Rückgang der Antragszahlen beitragen. Daten der Deutschen Suchthilfestatistik geben keine Hinweise auf zunehmende homologe Komorbiditäten oder stärkere Ausprägungen auf unterschiedlichen Problembereichen wie beispielsweise familiäre Probleme oder Wohnungslosigkeit (Dauber et al., 2022; Steppan et al., 2012). Es findet sich jedoch

eine Verschiebung in den Hauptdiagnosen in Richtung illegaler Substanzen und Verhaltenssuchte, welche wiederum mit Mehrfachbelastungen assoziiert sind (Thaller et al., 2017). Eine gezielte Auswertung zur Fragestellung steigender Mehrfachbelastungen bei den Betroffenen liegt anhand aktueller Daten nicht vor, so dass eine abschließende Beurteilung ausfällt. Aus der Schweiz ist ein Zuwachs von Polysubstanzkonsum, Komorbiditäten und schwacher Ressourcenlage der Klientel der Suchthilfe bekannt (Schaaf & Schaub, 2020), ohne dass klar ist, wie übertragbar die Befunde auf Deutschland sind.

Eindeutig geht aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik sowie weiterer Literatur eine Alterung der Klientel hervor. Eine deutliche Zunahme von Suchterkrankungen im Alter würde durch alterstypische psychische und physische Komorbiditäten, sowie soziale Probleme und Ressourcenmängel verstärkt (Wolter, 2018). Es wird dargelegt, dass traditionelle Therapieansätze diese Patientinnen und Patienten oftmals nicht angemessen versorgen können. Da die Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung stetig steigt, sich jedoch viele Konzepte und Maßnahmen der Unterstützungssysteme nicht an diesen demographischen Wandel, und den wohl damit verbundenen Veränderungen des Allgemeinzustandes der Betroffenen, angepasst haben, scheint ein Umdenken in diesem Bereich der Versorgung erforderlich (Drewes-Lauterbach et al., 2012).

Auch aus strukturellen Gründen können Verschiebungen in der demografischen Zusammensetzung der Allgemeinbevölkerung das Antragsgeschehen beeinflussen. Für erwerbstätige Personen, d. h. Arbeitnehmende im Berufsleben bzw. bei einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, trägt üblicherweise die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) die Kosten der stationären Rehabilitation. Für Rentnerinnen und Rentner ist der zuständige Kostenträger üblicherweise GKV. Daten über Antragszahlen beziehen sich häufig auf Leistungen in Trägerschaft der DRV. Zwischen den Jahren 2014 und 2018 stieg jedoch der Anteil an Entwöhnungsbehandlungen unter Trägerschaft der GKV um 6 Prozentpunkte auf 18,2 % (Koch & Wessel, 2016; Seeger, 2020).

Die Fälle mit Kostenübernahme durch die GKV zeigten im Gegensatz zu denen der DRV keinen rückläufigen, sondern einen steigenden bis stabilen Trend (Seeger, 2020). Zudem zeigt sich der Rückgang in der Antragshäufigkeit auch in der um demografische Einflüsse bereinigten altersstandardisierten Antragsrate in den Daten der DRV (Moog et al., 2019).

In diesem Kontext ist zu beachten, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen keine Pflichtleistung der privaten Krankenkassen (PKV) darstellen. Für einige Betroffene besteht die einzige Möglichkeit einer Kostenübernahme mit Eintritt ins Rentenalter also in einer Kulanzlösung ihrer Krankenkasse. Damit besteht für eine mutmaßlich relativ kleine, aber wachsende Personengruppe eine verheerende Versorgungslücke.

Zusammengenommen lassen die Daten davon ausgehen, dass der demografische Wandel eine Verschiebung der Leistungsträgerschaft von der DRV zur GKV bedingt, durch die der beobachtete Rückgang stationärer Entwöhnungsbehandlungen häufig überschätzt wird. Eine Quantifizierung der Versorgungslücke unter Versicherten der PKV ist mit verfügbaren Daten nicht möglich, es scheint jedoch unwahrscheinlich, dass sie zahlenmäßig den Trend von Behandlungsdaten beeinflussen kann.

#### **4.2.8 Gesellschaftliche Trends: Stigmatisierung und Anspruch**

Als weitere Gründe für die rückläufigen Antragszahlen wurden von Fachkundigen und Betroffenen gesellschaftliche Trends vermutet. Diese lassen sich zu den beiden Themenbereichen zunehmender *Stigmatisierung* und *Ansprüche* zusammenfassen.

Die kontinuierliche Stigmatisierung von Suchterkrankungen sind vielfach beschrieben (Frischknecht, 2017; Rumpf, 2015; Schomerus & Corrigan, 2022; Seeger, 2020). Es wird zwischen Stigmatisierung im öffentlichen und im strukturellen Kontext unterschieden, doch beide Formen stellen eine Hürde für Betroffene bei der Inanspruchnahme von Hilfe dar (Herrmann, 2022). Dabei befinden sich Betroffene häufig in einem Teufelskreis: die Diskriminierung durch die Stigmatisierung führt zu einer Steigerung des Suchtverhaltens, gleichzeitig zu sozialem Rückzug und Orientierung an Gleichgesinnten, was wiederum zu Konformitätsdruck führt und somit zu weiterer (Selbst-)Stigmatisierung. (Buchner & Slecza, 2022; Kostrzewa, 2018) weisen darauf hin, dass insbesondere der Einfluss von Selbststigmatisierung bei Behandlungsansätzen stärker berücksichtigt werden sollte, um positive Ergebnisse zu erzielen. Auch Schomerus et al. (2017) verdeutlichen die Dringlichkeit, unter anderem Anti-Stigmatisierungs-Arbeit präventiv institutionell einzubinden, Empowerment bei Betroffenen zu stärken und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten.

Die Ergebnisse der quantitativen Betroffenenbefragung stützen diese Argumentation sehr deutlich. Selbststigmatisierung und die Angst vor negativen Folgen der stationären Entwöhnungsbehandlung in Job und Familie erwiesen sich als relevante Hürden für die Antragsstellung in beiden Personengruppen. Dass befürchtete oder erlebte Stigmatisierung die Antragsstellung bzw. Inanspruchnahme von Hilfe mitunter tatsächlich verhindert, kann als belegt gelten. Ob sich das Ausmaß an Fremd- oder Selbststigmatisierung verändert hat, kann nicht beurteilt werden, und ist vermutlich kaum zu untersuchen. Der zweite in den qualitativen Interviews genannte gesellschaftliche Trend beschreibt eine gestiegene Ansprüche Betroffener an die Suchthilfeeinrichtungen. Diskutiert wurde dies wiederholt in dem Kontext, dass immer häufiger Einzelzimmer in den Rehabilitationskliniken verlangt würden. Je nach Interview wurde dies als negativ konnotierte Anspruchshaltung oder eine legitime Forderung angesichts der langen Aufenthaltsdauer angesehen. In der quantitativen Erhebung wurde der Wunsch nach Einzelzimmern in den offenen Fragen häufig thematisiert. Dieser Aspekt wurde

allerdings überwiegend von Personen genannt, die bereits einen Antrag gestellt hatten. Er scheint somit tendenziell nicht zu den Hürden zu gehören, die Personen tatsächlich von einer Antragsstellung abhalten. Dasselbe gilt für Schwierigkeiten, eine passende Klinik zu finden. Die Zustimmung unter Personen mit Antragsstellung, solche Schwierigkeiten erlebt zu haben, fiel hoch und stärker aus als bei Personen ohne Antragsstellung. Der Gruppenvergleich ist jedoch an dieser Stelle nur bedingt aussagekräftig, da anzunehmen ist, dass viele Personen ohne Antragsstellung noch nicht nach einer passenden Klinik gesucht haben. Inhaltlich wird die Argumentation dennoch von bestehender Literatur gestützt: Moog und Kollegen (2019) führen aus, dass sich Rehabilitanden durch vermehrt individualisierte Lebensentwürfe oftmals in heterogen strukturierten Suchthilfeeinrichtungen nicht angemessen versorgt fühlen. Gleichzeitig hielten die kritischen Stimmen zu der Verpflegung und der Freizeitmöglichkeiten in medizinischen Rehabilitationen die Betroffenen überwiegend nicht von einer Bereitschaft zum Antritt der Rehabilitation ab, so die Autoren.

Passgenauigkeit der Rehabilitationseinrichtung bezüglich des eigenen Lebensentwurfs wird in der Betroffenenbefragung in einem weiteren Aspekt deutlich, wonach die Versorgung von Kindern und Haustieren als Hürde für die Antragsstellung eine wichtige Rolle spielt. Dies ist in Übereinstimmung mit bestehender Literatur: Dazu zählt auch die Verantwortung Betroffener für Kinderbetreuung oder Haushaltsaufgaben, welche sie von einem Antritt abhalten können (Moog et al., 2019). Strukturen der medizinischen Rehabilitation bleiben seit langer Zeit unverändert und benötigen deshalb eine Anpassung an die Erwartungen der Patienten (Buchholz, 2015).

Ob die Wünsche der Betroffenen an eine Einrichtung zeitlichen Entwicklungen unterliegen, wurde zwar einheitlich in den Interviews berichtet, lässt sich jedoch letztlich nicht prüfen. Zusammenfassend zeigt sich jedoch, dass zum aktuellen Zeitpunkt die Lebenssituation Betroffener oftmals nicht zu den Angeboten der Reha-Einrichtungen passen. Das Klinikangebot scheint (noch) nicht ausreichend auf den Bedarf der Betroffenen abgestimmt zu sein. Dies ist vor allem im Kontext von Lösungen für die Betreuung von Angehörigen, Kindern oder Haustieren sowie Möglichkeiten, die Entwöhnungsbehandlung teilstationär (Kombimodell) durchzuführen zu sehen.

#### **4.2.9 Aufwand der Antragstellung**

Aus den Ergebnissen der Betroffenenbefragung ergibt sich ein weiterer Aspekt, der zwar an sich keine Hypothese zur rückläufigen Antragstellung auf stationäre Entwöhnung darstellt, jedoch in diesem Kontext relevant ist und zur besseren Nachvollziehbarkeit der Handlungsempfehlungen beschrieben werden soll. Dies betrifft die Frage nach der Komplexität des Antragsverfahrens und möglicher Überforderung damit. Es zeigte sich, dass der Antragsprozess in einigen Fällen als umständlich und kompliziert wahrgenommen wurde und dies eine Hürde darstellen kann. Dies scheint die

Antragsstellung zu erschweren. Fraglich ist jedoch, ob es Personen davon abhält, einen Antrag zu stellen. Gegen diese Argumentation spricht, dass diese Hürde von Personen mit Antragsstellung stärkere Zustimmung fand als unter Personen ohne Antragsstellung. Sie empfanden es demnach zwar als erschwerend, doch es hielt sie nicht von der Antragsstellung ab. Das Ergebnis kann dahingehend gedeutet werden, dass vorwiegend Personen, die ausreichend Unterstützung bekommen, den Antrag stellen können. Die Unterstützung einer Fachperson bei der Antragstellung – in der Regel aus einer Suchtberatungsstelle oder einem Sozialdienst – ist im Prozess der Therapieinitiierung vorgesehen, und ihre zentrale Rolle bei der Therapieinitiierung hiermit gestützt. Gleichzeitig legen die Daten nahe, dass die Last eines aufwändigen Antrags vor allem bei diesem Fachpersonal spürbar ist (siehe 4.2.7), weniger auf Seiten der Betroffenen. Dies könnte wiederum erklären, warum aus Sicht der Suchthilfetätigen, basierend auf den Interview-Ergebnissen, die Vereinfachung des Antragsprozesses als bedeutender wahrgenommen zu werden scheint als unter den Betroffenen selbst. Strukturelle Aspekte, wie der Antragsprozess, aber auch Wartezeiten und Schnittstellenprobleme, standen nicht nur in den qualitativen Interviews im Vordergrund. Auch in einer Studie unter Fachpersonal in Kliniken mit dem Angebot einer stationären qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung wurden Aspekte der Versorgungssituation als größte Barriere für die Übermittlung in stationäre Entwöhnungstherapie genannt (Buchholz et al., 2019). Betrachtet man die zeitliche Dimension, ist die Komplexität der Antragstellung nicht gestiegen; es gab umgekehrt Bemühungen der Vereinfachung, z. B. durch die Überarbeitung des Sozialberichts der DRV. Vor dem Hintergrund des steigenden Ressourcenmangels ist jedoch eine zunehmende Relevanz eines möglichst zeitsparenden Prozesses für die antragstellenden Einrichtungen plausibel.

Wenn auch nicht im Bereich der Formalitäten, ist doch auf eine Erleichterung im Antragsprozess bezüglich der Suche einer passenden Klinik zu hoffen. Im Rahmen des im Gesetz Digitale Rentenübersicht festgeschriebenen Wunsch- und Wahlrechts wird aktuell ein von der DRV betriebenes Portal zur Kliniksuche eingerichtet, in dem die von dieser Kostenträgerstelle übernehmbaren Kliniken gelistet sind. Wenn die regelmäßige Aktualisierung wie vorgesehen gelingt, wäre der Informationsgehalt voraussichtlich detaillierter und exakter als bei bestehenden Portalen.

#### **4.2.10 Fazit**

Die gemeinsame Betrachtung der bisherigen Literatur und den Ergebnissen der vorliegenden Studie legen nahe, dass von den Faktoren, die den Rückgang der Anträge auf stationäre Entwöhnung erklären können, eine grundlegende Entwicklung hervorzuheben ist. Diese ist mit Finanzierungsfragen und personeller Ausstattung verbunden. Das deutsche Suchthilfesystem zeichnet sich durch erhebliche Diversifizierung aus. Damit besteht zwar ein sehr breites, individualisiertes Behandlungsangebot;

gleichzeitig erfordert das System aber auch Austausch zwischen den unterschiedlichen Segmenten, um wirksam zu agieren. In der Vergangenheit erfolgten unterschiedliche Maßnahmen, die effektiv zu Ressourcenkürzung in unterschiedlichen Segmenten des Suchthilfesystems führten, und in Folge zu zahlreichen Problemen im Austausch. Zunehmender Fachkräftemangel verschärft die Situation. Zahlreiche betroffene Wirkpfade sind im Bericht ausgeführt.

Die Betroffenen-Befragung legt nahe, dass zur Entscheidung für einen Antrag auf stationäre Entwöhnung internale Motivationsfaktoren einen stärkeren Einfluss haben als strukturelle Rahmenbedingungen. Jedoch sind diese nicht als unabhängig voneinander zu sehen. Das Ergebnis unterstreicht die Relevanz eines funktionierenden Suchthilfesystems. Nur wenn ausreichend Behandlungsangebote zur Verfügung stehen und Schnittstellen funktionieren, können Betroffene zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erreicht und im System gehalten werden, um zu einer passenden Behandlung motiviert zu werden und diese zu initiieren. Realisierbare und von den Betroffenen akzeptierte Optionen aufzeigen zu können, von einer Entwöhnungsbehandlung bis zur Nachsorge, ist dabei zentral.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass sich im Rückgang der stationären Entwöhnungsbehandlungen zumindest teilweise eine sinkende Erreichung Betroffener widerspiegelt. In den letzten Jahren veröffentlichte Alarmschriften beispielsweise der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2019, 2020) sind demnach ernst zu nehmen. Es ist bekannt, dass die Erreichung Betroffener durch das Suchthilfesystem sich nicht nur auf die individuelle Lebensqualität auswirkt, sondern ein Vielfaches der monetären Versorgungskosten einspart, indem Folgekosten verringert werden. In einer aktuellen Studie wurde dies für den Freistaat Bayern betont (xit GmbH, 2022).

Mit einer geringeren Erreichungsquote kongruent sind starke Hinweise darauf, dass die Klientel der Suchthilfe zunehmende Mehrfachbelastungen aufweist. Dies kann durch eine zunehmend späte Erreichung erklärt werden. Für eine abschließende Beurteilung bezüglich einer zunehmenden Problemkomplexität, einschließlich genauer Muster und möglicher Gründe, ist die Durchführung gezielter Forschungsprojekte dringend notwendig, die Betroffene sowohl innerhalb als auch außerhalb des Suchthilfesystems adressieren sollten.

Obgleich strukturelle Gründe für die sinkende Erreichung benannt werden konnten, scheint es plausibel, dass allgemeine gesellschaftliche Trends eine zusätzliche Erklärung bieten können. Das Vorliegen solcher Trends, noch dazu unter Einbeziehung ihrer Auswirkungen auf die Suchthilfe, kann aus der Literatur nicht beurteilt werden. Eine quantitative Befragung unter in der Suchthilfe Tätigen, die im Gegensatz zu hier befragten Betroffenen die zeitliche Dimension betrachten können, könnte dazu wichtige Einblicke liefern.



### 4.3 Handlungsempfehlungen zur Begegnung des Antragsrückgangs

Die hier formulierten Handlungsempfehlungen leiten sich aus den Ergebnissen der Studie ab. Sie adressieren gesicherte Faktoren des Rückgangs stationärer Entwöhnungsbehandlungen. Sie adressieren aber auch weniger gesicherte Faktoren für den Rückgang, sofern diese als Hürde für die Inanspruchnahme stationärer Entwöhnungsbehandlung unabhängig zeitlicher Veränderungen bekannt sind. In letztere Kategorie fallen beispielsweise Empfehlungen zur Stigmareduktion. Im Anhang (A-4) findet sich eine Übersicht über verschiedene Aspekte der Empfehlungsbewertungen.

#### 4.3.1 Sicherstellung von Ressourcen zur Antragsunterstützung

Wir empfehlen, darauf hinzuwirken, dass den entsprechenden Stellen des Suchthilfesystems ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Betreuung bei der Antragstellung auf stationäre Entwöhnung vollumfänglich zu erfüllen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass nicht nur die geplanten Personalstellen häufig hinter dem Bedarf zurückstehen, sondern auch vorgesehene Stellen nicht besetzt werden können. Insbesondere angesichts bestehenden Fachkräftemangels haben Einrichtungen der Suchthilfe mit den verfügbaren Ressourcen Schwierigkeiten, Personal zu gewinnen und zu binden. Bei sinkenden Mitteln droht eine weitere Verschlechterung der Situation.

In diesem Zusammenhang geben wir folgende zentrale und dringliche Empfehlungen: **Aufbau einer gesicherten Finanzierung der psychosozialen Beratungsstellen, die sich an einer regelmäßigen Bedarfsanalyse orientiert** [1a]. Der Prozess kann sich an bestehenden Empfehlungen orientieren (z. B. Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr), 2017a). Zielführend scheint eine institutionalisierte Einbindung betreffender Stellen, wobei neben der Kommunen- und Landesebene eine (auch finanzielle) Unterstützung durch den Bund notwendig scheint. Angesichts des Fachkräftemangels ist es für eine ausreichende personelle Ausstattung ebenso zentral, **Anreize zur Bindung von Personal zu schaffen** [1b]. Vorschläge dazu betreffen eine verbesserte Vergütung mit Tarifbindung, die Finanzierung von Weiterbildungen und Supervision, aber auch höhere gesellschaftliche Anerkennung (s. Empfehlungen zu Entstigmatisierung). Die Einbettung des Themas Abhängigkeitserkrankungen in das Studium der Sozialen Arbeit kann das Kompetenzgefühl in der Arbeit mit dieser Klientel steigern und dadurch die Wahl für das Arbeitsfeld erhöhen.

Die **Empfehlung gesicherter Finanzierung und Personalbindung gilt analog für entzugsbehandelnde Kliniken** [1c], obgleich die Finanzstruktur hier auf gesonderte Weise zu berücksichtigen ist. Zur Umsetzung der Empfehlung sind Auswirkungen aktuell umgesetzter und geplanter gesetzlicher Änderungen auf das Bestehen entsprechender Stationen und die personelle Besetzung des Sozialdienstes nach Möglichkeit vorab zu prüfen und mittelfristig formativ zu evaluieren.

### 4.3.2 Verbesserung von Schnittstellen

Das Suchthilfesystem ist aufgrund seines stark segmentierten Charakters unter Beteiligung diverser Akteure, sowohl bei der Arbeit mit Klienten/Patienten, als auch auf Kostenträgerseite, besonders anfällig für Schnittstellenproblematiken. Ein effizientes Funktionieren des Systems erfordert ein substanzielles Ausmaß an fallabhängiger und fallunabhängiger Netzwerkarbeit. Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, sind vielfach dargestellt (Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr), 2017b; Hansjürgens & Schulte-Derne, 2021; Schomerus et al., 2017). Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ressourcenverknappung im Suchthilfesystem wie auf Kostenträgerseite werden in den qualitativen Interviews sowie in der Literaturrecherche verringerte Kommunikation und Informationsfluss deutlich, welche wiederum Prozesse verkomplizieren oder verlängern. Um die Kommunikation und Kooperation der Schnittstellen zu verbessern, empfehlen wir eine **Institutionalisierung und Ausweitung des "Runden Tisches Suchtreha"** [2a], der sich mit allen beteiligten Akteuren u. a. mit dem Thema "Verbesserung der Zugangswege in die Suchtrehabilitation" auseinandersetzt und Lösungswege sucht. Eine Formalisierung ist dabei zentral, sowohl bei der Installierung (z. B. Kooperationsverträge) als auch bei der Durchführung (z.B. Formulierung von Standards). Gegebenenfalls sind Formalia festzulegen, um eine Einheitlichkeit sicherzustellen. Bestehende Formate in kleinerem Umfang oder anderen Bundesländern können als Best Practice-Beispiele dienen.

Von Seiten der antragstellenden Einrichtungen wird beschrieben, dass schlechte Erreichbarkeit zuständiger Personen bei den Kostenträgern den Prozess der Antragstellung sehr häufig verlängere und zu längeren Wartezeiten führe. Aus einer Einrichtung, die in Abstimmung mit der DRV dort eine feste Ansprechperson hat, wird dies als sehr wertvoll beschrieben. Eine standardmäßige **Zuweisung von festen Ansprechpersonen bei den Kostenträgerstellen für die antragstellenden Einrichtungen** [2b] ist zu empfehlen. Es ist zu erwarten, dass es die Effizienz der Kommunikation auf allen Seiten fördert, wenn Anfragen der Suchthilfeeinrichtungen bzw. Betroffenen die zuständige Person direkt erreichen. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung sind eine Vertretungsregelung für Krankheitsfälle und Personalwechsel, sowie eine handhabbare Informationsverbreitungsstrategie bezüglich der Kontaktdaten der Ansprechpersonen. Bei der DRV bestehen feste Ansprechpersonen für die Rehabilitationskliniken; möglicherweise sind bestehende Strukturen übertragbar.

In Vorbereitung auf die Entwöhnungstherapie können für viele Betroffene **zusätzliche Gruppenangebote der Suchtberatungsstellen** [2c] während der Antragstellung und Wartezeiten hilfreich sein. Ziel wären Motivationsarbeit, Psychoedukation und Informationsvermittlung zur Entwöhnungsbehandlung. Es ist zu erwarten, dass dies die Haltequote erhöht und folglich die Drop-

Out Rate verringert. Darüber hinaus kann das Wissen eines Angebots für die Übergangszeit die Motivation zur Antragstellung steigern. Für die Umsetzung dieser Empfehlung sind Ressourcen bei den Beratungsstellen ebenso sicherzustellen wie die Verfügbarkeit entsprechender Konzepte mit rollenden Gruppen. Dem deutlichen Ressourceneinsatz gegenüber stehen zu erwartende kommunale Einsparungen in weit größerem Umfang durch erhöhte Zuführung Betroffener zu einer Entwöhnungstherapie (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2022). Angesichts der anspruchsvollen Umsetzung bietet sich an, die Einführung zunächst in einer Pilotregion zu beginnen.

Für die Betroffenen stellt die beschriebene Schnittstellenproblematik eine große Herausforderung dar, da das Navigieren zwischen der Vielzahl an zuständigen Stellen schwierig ist und Zuständigkeiten häufig unklar sind. Wir empfehlen deshalb, eine **höchstmögliche Konstanz bei der Begleitung Betroffener durch eine feste Ansprechperson einer Suchtberatungsstelle sicherzustellen** [2d], einschließlich eindeutiger Vertretungsregelungen bei Ausfall. Dies gehört in der Regel bereits zum Selbstverständnis der Suchtberatenden. Gleichzeitig scheinen entsprechende Strukturen nicht in allen Einrichtungen umgesetzt zu sein. Mehr noch stellt Personalfluktuations ein erhebliches Risiko für die Umsetzung dar. Eine Formalisierung des Anspruchs kann helfen, diesen Standard zu festigen und wo nötig Ressourcen einzufordern oder transparente organisationale Strukturen zu etablieren.

Der höchste Erfolg der Beratungsarbeit ist zu erwarten, wenn bedarfsangepasste psychosoziale Unterstützung, die Vorbereitung von Übergangsphasen sowie Vermittlungsprozesse innerhalb und außerhalb des Suchthilfesystems in einer Vertrauensbeziehung erfolgen (Hansjürgens, 2023). Für eine solche Beziehung ist personelle Konstanz zentral. Von besonderer Bedeutung für die Umsetzung dürfte deshalb sein, Personalfluktuations zu minimieren (s. oben Empfehlungen zur Sicherstellung von Ressourcen).

#### **4.3.3 Antragsprozess erleichtern**

Es wird allgemein empfohlen, die Komplexität des Antragsprozesses zu verringern. Daraus ist zum einen zu erhoffen, dass die motivationale Hürde der Antragstellung bei den Betroffenen sinkt. Zudem ist eine Entlastung der Suchthilfeeinrichtungen, die den Antragsprozess begleiten, zu erwarten, möglicherweise auch bei anderen beteiligten Stellen. Auch dieser Empfehlungsbereich ist insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Ressourcenverknappung relevant.

Zunächst wird dringend empfohlen **zu prüfen, wie der aktuelle Antragsprozess ressourcensparend optimiert werden kann** [3a], so dass Zeit und Personalaufwand reduziert werden und die Hürde für Betroffene gesenkt wird. Laufende Bemühungen und bereits eingeführte Veränderungen (z.B. Überarbeitung des Sozialberichts der DRV) werden dabei häufig nicht als ausreichend erachtet. Zudem

wäre eine Antragsvereinheitlichung zwischen Kostenträgern in der Alltagsarbeit der Antragstellenden eine große Erleichterung. Da fraglich ist, ob ein Konsens gefunden werden kann, beschreibt die Empfehlung zunächst eine systematische Prüfung. Eine Einbindung aller relevanten Stakeholder ist wesentlich, um Optimierungsmöglichkeiten herauszuarbeiten und gleichzeitig Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der Vorschläge durch alle Beteiligten zu erreichen.

Ein grundlegendes Problem scheint darin zu bestehen, dass Informationen zwischen antragsunterstützenden Stellen und Kostenträgern nur unzureichend fließen. So scheint etwa die flächendeckende Möglichkeit der eAntrag-Nutzung in vielen Beratungsstellen nicht bekannt. Wir empfehlen vor diesem Hintergrund die **Entwicklung einer effizienten Kommunikationsstrategie für personenungebundene Informationen zwischen ambulanten Beratungsstellen und DRVen in Bayern** [3b], durch die die meisten Betroffenen versorgt werden. Dabei sollte nach Möglichkeit die Option offengehalten werden, mittelfristig Akutstationen und gesetzliche Krankenkassen zu involvieren. Digitale Möglichkeiten können hier einen Ansatz bilden.

#### **4.3.4 Demografischem Wandel begegnen**

Durch den demografischen Wandel ist ein geringer, aber zunehmender Anteil an Substanzabhängigen von einer Versorgungslücke betroffen. Durch den Eintritt geburtenstarker Jahrgänge („Babyboomer“) ins Rentenalter sind zunehmend die Krankenkassen als Kostenträger für Entwöhnungsbehandlungen in der Verantwortung. Bei privaten Krankenkassen sind stationäre Entwöhnungsbehandlungen jedoch standardmäßig nicht im Leistungskatalog enthalten. Deshalb ist mittelfristig **darauf hinzuwirken, den Ausschluss von Entwöhnungsbehandlungen aus den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausgeldversicherung (MB/KK) rückgängig zu machen** [4a].

#### **4.3.5 Frühe Erreichung Betroffener**

Ein vermuteter Grund für den Rücklauf der Anträge ist die Verschlechterung des allgemeinen Gesundheits- und psychosozialen Zustandes der Betroffenen. Verschiedene Datenquellen sowie die vorliegende Studie weisen übereinstimmend auf eine solche Entwicklung der Klientel im Suchthilfesystem hin, mit steigenden psychischen und somatischen Komorbiditäten, aber auch zunehmender Chronifizierung der Suchtproblematik (Dauber et al., 2020; Moog et al., 2019; Wolter, 2018). Es wurde berichtet, dass dies zur Abnahme der Anträge beitrage, da ein wachsender Anteil Betroffener den Antragsprozess nicht bewältige. Wir empfehlen einen **Ausbau von Maßnahmen zur Erreichung von Betroffenen in einem möglichst frühen Stadium des Störungsverlaufs** [5a]. Kosten-Nutzen-Analysen zeigen die Einsparung gesellschaftlicher Kosten bei einer Fokuslegung auf Prävention und Frühintervention (Packmohr & Weiß, 2020). Die Empfehlung wurde deshalb unabhängig von der

zeitlichen Dimension bereits geäußert (z. B. Schomerus et al., 2017), wird durch die Zunahme an komplexen Fällen aber deutlich unterstrichen. Zu möglichen Ansätzen der Realisierung dieser Empfehlung gehören Aufklärung und Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung (s. Handlungsempfehlung zu Destigmatisierung), aber auch Sensibilisierung und Training in der medizinischen Primärversorgung und (anderen) niedrigschwelligen Angeboten.

**Stärkere Vernetzung mit und Partizipation durch die Abhängigen-Selbsthilfe** [5b] sind zu empfehlen, um Betroffene stärker oder zu einem früheren Zeitpunkt durch das formale Hilfesystem zu erreichen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS), 2019). Personen, die selbst eine stationäre Entwöhnung durchlaufen haben, können im Sinne eines Peer-Ansatzes Fehlvorstellungen korrigieren und Unwissenheit verringern. Empfehlungen für eine gelingende Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchtberatungsstellen wurden in einem Forschungsprojekt systematisch herausgearbeitet (Rummel et al., 2015).

#### **4.3.6 Entstigmatisierung**

In den qualitativen Interviews wurde wiederholt der Eindruck geäußert, dass die Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen zugenommen habe, ohne dass sich diese Hypothese mit verfügbaren Daten abschließend beurteilen lässt. In jedem Fall ist Fremd- und Selbststigmatisierung als häufiges Behandlungshindernis zur Inanspruchnahme von Hilfe bei Sucht- und anderen psychischen Problemen bekannt (Schomerus, 2017). Entsprechend kann erwartet werden, dass Stigmareduktion in der Bevölkerung die Inanspruchnahme von stationären Entwöhnungstherapien durch Betroffene steigert. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, die **öffentliche Anti-Stigma-Arbeit zu fördern** [6a]. Analog zur Depressions-Kampagne kann etwa eine Anti-Stigma Kampagne umgesetzt werden. Relevante Themen sind dabei Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen und aktuelle Ansätze zur Entwöhnungsbehandlung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS), 2019). Dazu können bestehende Strukturen genutzt und Synergien mit entsprechenden Bemühungen zu anderen psychischen Störungen hergestellt werden (z. B. über das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Zur Vermeidung unerwünschter Effekte sollte eine wissenschaftliche Begleitung dringend stattfinden.

Zudem wurde mehrfach geäußert, dass gewisse Strukturen im Bewilligungsprozess ein stigmatisierendes Krankheitsbild widerspiegeln. Dies betrifft zum einen die Abweichungen in der Beantragung einer stationären Entwöhnungstherapie gegenüber somatischen Erkrankungen. Zum anderen werde dem chronischen Charakter des Krankheitsbildes unzureichend Rechnung getragen. Dies zeige sich in der Schwierigkeit der Bewilligung von Folgeanträgen, aber auch regelmäßig in der direkten Kommunikation mit Sachbearbeitenden. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, die

**Fortbildungskonzepte für Sachbearbeitende der Kostenträgerstellen, aber auch für Tätige des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), über zu begutachtende Störungsbilder zu prüfen** [6b]. Relevant können dabei inhaltliche (z. B. Sensibilisierung für das Thema, nichtstigmatisierende Kommunikation) sowie konzeptionelle (z. B. regelmäßige Fortbildungen zur Auffrischung und Vermittlung neuer Erkenntnisse) Aspekte sein.

Die Knappheit der Personalressourcen kann durch außerhäusliche Fortbildungen zwar kurzfristig verstärkt werden, hingegen werden möglicherweise Anträge schneller abgewickelt und bei Ablehnungen für Betroffene nachvollziehbarer begründet. Diese Empfehlungen sind mutmaßlich über den Bereich der Suchtstörungen hinaus für weitere Krankheiten/psychische Störungen zu denken.

Abschließend sei auf die strukturelle Stigmatisierung in den bestehenden Angeboten der stationären Entwöhnungsbehandlung hinzuweisen, welche für die heterogene Klientel unzureichend sind (Moog et al., 2019). Dies betrifft teilweise wachsende Bevölkerungsgruppen; gleichzeitig ist von wachsendem Bewusstsein für strukturelle Stigmatisierung auszugehen. Betroffen sind Menschen mit vielfältigen besonderen Bedürfnissen, beispielsweise Menschen mit Sprachbarrieren, Gehörlose, Menschen mit komorbiden Störungen und somatischen Erkrankungen sowie Substituierte, aber auch Personen mit zu versorgenden Kindern. Für diese gebe es nicht ausreichend Rehabilitations-Kliniken, die den konkreten Bedürfnissen entsprechen, sodass eine stationäre Entwöhnung regelmäßig mangels passenden Angebots erschwert bis unmöglich sei. Wir empfehlen folglich einen **an den Bedarf angepassten Ausbau der spezifischen Reha-Angebote für oben genannte Bevölkerungsgruppen sowie von Eltern-Kind-Angeboten** [6c]. Ein spezifisches Angebot für Substituierte wird bereits in vereinzelt Kliniken erfolgreich durchgeführt. Auch Erfahrungen mit Begleitkindern (Eltern-Kind-Angebote) werden als positiv bewertet (z. B. Funke et al., 2020; Sylvester, 2017). Der Ausbau spezifischer Angebote erfordert jedoch Rahmenbedingungen, in denen die Kliniken diese ohne erhebliches finanzielles Risiko bereitstellen können. Es bestehen Bemühungen, das im Rahmen des Digitalen Rentenübersichtsgesetzes neu konzipierte Vergütungssystem stärker an Leistungsvorgaben zu orientieren.

## **Förderhinweis**

Die Studie „Analyse der Antragsrückgänge im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung“ wurde gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGp). Sie wurde in Auftrag gegeben und fachlich-administrativ begleitet durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

## **Danksagung**

Wir danken herzlichst den Mitgliedern des Projektbeirats, die diese Studie über ihre Laufzeit hinweg begleitet haben; den Expertinnen und Experten für die wertvolle Begutachtung der Handlungsempfehlungen; allen Teilnehmenden der qualitativen Interviews; allen Teilnehmenden des Surveys, sowie den Einrichtungen und Einzelpersonen, die uns bei der Rekrutierung unterstützt haben.

## Literaturverzeichnis

Atkinson, J. W. (1964). *An introduction to motivation*. Van Nostrand.

AWO Bundesverband e.V. (2021, 10.11.2021). *Suchtberatung wirkt – aber eine auskömmliche Finanzierung fehlt!* <https://awo.de/suchtberatung-wirkt-aber-eine-auskoemmliche-finanzierung-fehlt>

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Schriftenreihe der BAR. Online verfügbar unter: [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe\\_Abhaengigkeit.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf) (letzter Zugriff 10.08.2016)

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). (2022). *Analyse zur Wertschöpfung der ambulanten Suchtberatung in Bayern. Messung von Lebensqualität (SROI 5) und Ermittlung der Alternativkosten (SROI 3)*. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Sachgebiet GE 6, Bayerische Gesundheitsagentur Gesundheitsversorgung. [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/09/kurzbericht\\_wertschoepfung\\_ambulante\\_suchtberatung.pdf](https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/09/kurzbericht_wertschoepfung_ambulante_suchtberatung.pdf)

Bossong, H., & Renzel, P. (2019). Stand und Perspektiven der Finanzierung der Drogen- und Suchthilfe. *PARTNERSchaftlich, 01*. <https://www.partnerschaftlich.org/themenmagazine/2019-01/stand-und-perspektiven-der-finanzierung-der-drogen-und-suchthilfe.html>

Buchholz, A., Rosahl, A., Spies, M., Silkens, A., Scherbaum, N., Reimer, J., Hempleman, J., & Röhrig, J. (2019). Vermittlung von Patienten in eine Postakutbehandlung nach dem stationären qualifizierten Alkoholentzug. *Suchttherapie, 20*(04), 212-219. <https://doi.org/10.1055/a-0785-5850>

Buchholz, I. (2015). *Subjektive Sichtweisen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation [Dissertation]*. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Buchner, U., & Slecza, P. (2022). Abstinenzzuversicht, Behandlungsbereitschaft und Selbststigmatisierung bei Menschen mit Suchterkrankungen [Kongressbeitrag]. *Suchttherapie, 23*(S 01), S38-S39. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756050>

Bundesärztekammer. (2023). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger [in Kraft getreten mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 08.04.2023]. In. Berlin: Bundesärztekammer.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2022). *Bericht zum Substitutionsregister*. [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst\\_Bericht2022.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2022.html)

Bürkle, S. (2016). Kooperation, Kommunikation, Schnittstellenmanagement. Warum die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Suchthilfe gerade heute so wichtig ist. *Konturen Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen, 2*. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2016-suchtrehabilitation/kooperation-kommunikation-schnittstellenmanagement/>



- Dauber, H., Braun-Michl, B., Specht, S., Künzel, J., & Schwarzkopf, L. (2022). Die ambulante Suchthilfe im Wandel der Zeit – Veränderungen von Klientel, Problembereichen und Betreuungsergebnis zwischen 2007 und 2016. *Suchttherapie*, 23(2), 77-86. <https://doi.org/10.1055/a-1441-6790>
- Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L., & Specht, S. (2020). *Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. IFT Institut für Therapieforschung München. [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload/dshs/05\\_publicationen/jahresberichte/DSHS\\_Jahresbericht\\_DJ\\_2019.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload/dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf)
- Dauber, H., & Schwarzkopf, L. (2020). *Status quo und bisherige Entwicklungen bezüglich der Externen Suchtberatung in Bayerischen Justizvollzugsanstalten im Zeitraum 2014 bis 2019*. IFT Institut für Therapieforschung München.
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD). (2019). *Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/2019). Deutschland, Workbook Behandlung Deutschland*. DBDD.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS). (2019). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V (DHS). [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die\\_Versorgung\\_Suchtkranker\\_in\\_Deutschland\\_Update\\_2019.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2019). *Notruf Suchtberatung. Stabile Finanzierung jetzt! Die Hilfen für suchtkranke Menschen sind bedroht!* Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/7526902f3bcdaf18c12583d80026916d/\\$FILE/Notruf%20Suchtberatung\\_Aufruf.pdf](http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/7526902f3bcdaf18c12583d80026916d/$FILE/Notruf%20Suchtberatung_Aufruf.pdf)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (2020). *Suchtberatung ist wichtiger denn je! - Corona legt den Finger in die Wunde („Notruf Suchtberatung“)*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Aktionstag\\_Suchtberatung/DHS\\_Notruf\\_Suchtberatung\\_2020.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktionstag_Suchtberatung/DHS_Notruf_Suchtberatung_2020.pdf)
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2022). *Nahtlosverfahren qualifizierter Entzug / Suchtrehabilitation*. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/psychiatrie-psychosomatik/nahtlosverfahren-qualifizierter-entzug-suchtrehabilitation/>
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). (2009). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008*. Deutsche Rentenversicherung (DRV). [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gem\\_rahmenkonzept\\_amb\\_reha\\_abhaengigkeitskranker\\_2008.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskranker_2008.html)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). (2012). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011*. Deutsche Rentenversicherung (DRV). [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gem\\_rahmenkonzept\\_amb\\_reha\\_abhaengigkeitskranker\\_2011.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskranker_2011.html)

- Döhrn, R., & Rappen, H. (2019). *Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention* (RWI Projektberichte, Issue. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/236535/1/1761492411.pdf>
- Drewes-Lauterbach, R., Fietz, H., Fietz, S., Ridder-Stockamp, B., Telgen, B., & Tielking, K. (2012). *Sucht im Alter – ein gemeinsames Thema der Sucht- und Altenhilfe: Ergebnisse einer Befragung* (Schriftenreihe der Hochschule Emden/Leer Band 5, Issue. Hochschule Emden/Leer. [https://www.hs-emden-leer.de/fileadmin/user\\_upload/Pressestelle/Schriftenreihe/Schriftenreihe\\_Band\\_5.pdf](https://www.hs-emden-leer.de/fileadmin/user_upload/Pressestelle/Schriftenreihe/Schriftenreihe_Band_5.pdf)
- Ebster, C., & Stalzer, L. (2008). *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler* (3 ed.). Facultas WUV Universitätsverlag.
- Elser, P. (2022). *Professionalität in der Suchthilfe. Übertragung theoretischer Konzepte zu Professionalität auf die praktische Arbeit in der ambulanten Suchthilfe [Bachelorarbeit]*. Hochschule Esslingen Fakultät Soziale Arbeit Bildung und Pflege.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr). (2017a). *Arbeit und Bildung. Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe*. Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr).
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr). (2017b). *Forderungen für eine wirksame ambulante Suchthilfe*. Fachverband Drogen- und Suchthilfe fdr. <https://lssh.de/forderungen-fuer-wirksame-ambulante-suchthilfe/>
- Feather, N. T. (1961). The relationship of persistence at a task to expectation of success and achievement related motives. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 552-561. <https://doi.org/10.1037/h0045671>
- Feather, N. T. (1966). Effects of prior success and failure on expectations of success and subsequent performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(3), 287-298. <https://doi.org/10.1037/h0022965>
- Flick, U. (2007). *Designing qualitative research*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849208826>
- Frischknecht, U. (2017). Werden Menschen mit Suchterkrankungen in der ambulanten Psychotherapie stigmatisiert? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 49, 325-333.
- Funke, W., Kuhlmann, T., Backmund, M., Bischof, G., Lange, N., Preuss, U., Rumpf, H.-J., Rüther, T., Thomasius, R., & Batra, A. (2020). Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen in der medizinischen Rehabilitation. *Suchttherapie*, 21(01), 39-42.
- Grüne, J. (2021). *Notfall Klinikpersonal: Stress, Burnout und Konflikte in Kliniken*. tredition.
- Hansjürgens, R., & Schulte-Derne, F. (2021). Suchtberatungsstellen heute - Gemischtwarenladen oder funktional differenzierte Hilfe aus einer Hand. In *Jahrbuch Sucht 2021* (pp. 241-252). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS),.
- Hartog, C. S. (2019). Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114(8), 693-698. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
- Hempel, T. (2022). Abbau von Plätzen für stationäre Entgiftung und Qualifizierten Entzug. Ergebnisse der bus.-Umfrage zur Reduktion von Entgiftungs- und Entzugsbehandlungsplätzen bei

- Kooperationspartnern. *Konturen Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen*.  
<https://www.konturen.de/kurzmeldungen/abbau-von-plaetzen-fuer-stationaere-entgiftung-und-qualifizierten-entzug/>
- Herrmann, M. (2022). *Das Stigma von Suchterkrankungen als Barriere bei der Inanspruchnahme von Hilfen. Inwieweit wird das Stigma von Suchterkrankungen von Betroffenen als Barriere bei den verschiedenen Stadien des Prozesses der Inanspruchnahme von Hilfen wahrgenommen? [Masterarbeit]*. Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut Fakultät Soziale Arbeit.
- Hinz, V., Dreves, F., & Wehner, J. (2012). *Electronic word of mouth about medical services* (HCHE Research Paper, Issue. University of Hamburg. Hamburg Center for Health Economics (HCHE).  
<https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp5-world-of-mouth.pdf>
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation – Teil I. Nachfrage und Zugang, Fachkräftemangel. *Konturen Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen*.  
<https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/>
- Koch, A., & Wessel, T. (2016). Ein Gespenst geht um in Deutschland... Finanzkrise in Suchtfachkliniken. *KONTUREN: Online, Schwerpunktthema 2/2016 Suchtrehabilitation*.  
<https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2016-suchtrehabilitation/ein-gespenst-geht-um-in-deutschland/>
- Konrad, N., Huchzermeier, C., & Rasch, W. (2019). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (5 ed.). Kohlhammer.
- Kostrzewa, R. (2018). Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen: Ein veränderbarer Teufelskreis? *KONTUREN online*. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen. *KONTUREN: Online*.  
<https://www.konturen.de/fachbeitraege/stigmatisierung-und-selbststigmatisierung-im-kontext-von-suchterkrankungen/>
- Makoski, K. (2013). Bewertungsportale im Internet. *Kinder- und Jugendarzt*, 44(11), 600-602.  
[https://www.kinder-undjugendarzt.de/uploads/F9IVB2C0/kja11\\_2013.pdf](https://www.kinder-undjugendarzt.de/uploads/F9IVB2C0/kja11_2013.pdf)
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_42)
- Moog, S., Mohr, S., Weiß, J., Knittel, T., Klein, R., & Madday, C. (2019). *Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Endbericht. Forschungsgutachten im Auftrag der DRV Bund*. Prognos AG.
- Packmohr, K., & Weiß, P. (2020). Suchtberatung wirkt SROI-Studie zu den volkswirtschaftlichen Einsparpotenzialen durch die Suchtberatung. *NDV*, 74-79. [https://www.diakoniesachsen.de/aktuell\\_presse\\_suchtberatung\\_wirkt\\_de.pdf](https://www.diakoniesachsen.de/aktuell_presse_suchtberatung_wirkt_de.pdf)
- Patzelt, C., Kiss, S., Hopf, F., Biedermann, I., Schindler, A., Emmert, M., & Sander, U. (2021). Rehabilitandenzufriedenheit in den sozialen Medien und auf Online-Bewertungsportalen. *Rehabilitation*, 61(02), 134-142. <https://doi.org/10.1055/a-1647-1754>
- Querengässer, J. (2020). Entziehungsanstalten am Limit - Normaler Evolutionsprozess oder drohender Kollaps? *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 27(1), 28-43.

- Radke, H. (2020). Bemerkungen auf der Grundlage der Rechtsprechung. In J. Müller & M. Koller (Eds.), *Reformansätze zur Unterbringung nach § 64 StGB. Der zweischneidige Erfolg der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt* (pp. 57-83). Kohlhammer.
- Rhodes, T; Coomber, R; (2010) *Qualitative methods and theory in addictions research*. In: Miller, P; Strang, J; Miller, P, (eds.) *Addiction Research Methods*. Wiley, London.
- Rummel, C., Janßen, H.-J., Engelke, J., Naundorff, J., & Schneider, W. (2015). *Praktische Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit von Sucht-Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe*. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/CNN\\_Handreichung.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/CNN_Handreichung.pdf)
- Rumpf, H.-J. (2015). Suchtkrankenversorgung in Deutschland: Eine Zukunftsvision. *Suchttherapie*, 16. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1557493>
- RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2019). Gestaltungsspielräume kommunaler Suchthilfe und Suchtprävention. Expertise im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit. [https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Service/RWI\\_Gestaltungsspielraeume.pdf](https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Service/RWI_Gestaltungsspielraeume.pdf)
- Saure, C., & Thiex-Kreye, M. (2018). Organisational Burnout im Krankenhaus – Frühwarnsystem und Handlungsoptionen. In M. A. Pfannstiel & S. Straub (Eds.), *Dienstleistungscontrolling in Gesundheitseinrichtungen: Aktuelle Beiträge aus Wissenschaft und Praxis* (pp. 321-339). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21710-5\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21710-5_17)
- Schaaf, S., & Schaub, M. P. (2020). Die Klientel in der stationären Suchttherapie – Entwicklung und Herausforderungen. *SuchtMagazin*, 46(5), 23-28.
- Schmid, M., & Vogt, I. (2017). Motivational case management in der Suchthilfe und in der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe*, 64(3), 223-237.
- Schomerus, G. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Psychiatrische Praxis*, 44, 249-251. <https://doi.org/10.1055/s-0043-109924>
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., Rummel, C., Schneider, W., Speerfock, S., Stolzenburg, S., Sylvester, E., Tremmel, M., Vogt, I., Williamson, L., Heberlein, A., Rumpf, H.-J., & In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht). (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden [Memorandum]. *Sucht*, 63(5), 253–259. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000501>
- Schomerus, G., & Corrigan, P. W. (2022). *The stigma of substance use disorders*. Cambridge University Press.
- Schütze, C., Neumann-Runde, E., Degkwitz, P., Verthein, U., Kalke, J., Reichwald, H., & Martens, M.-S. (2019). *Erhebung und Analyse der ambulanten Suchthilfestrukturen in Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS).
- Schwarzkopf, L. (2022-09-09). Und keiner kriegt mehr Reha? - Eine Trendanalyse auf Basis von Routinedaten. In Elena Gomes de Matos & Larissa Schwarzkopf (Vorsitz), *Symposium S31: Alles anders? - Entwicklungen in der Reha in den letzten 15 Jahren*. Deutscher Suchtkongress 2022, München. doi: 10.1055/s-0042-1756062.

- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M., & Specht, S. (2022). *Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. IFT Institut für Therapieforschung München. [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/05\\_publicationen/jahresberichte/DSHS\\_DJ2021\\_Jahresbericht.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2021_Jahresbericht.pdf)
- Seeger, K. (2020). *Forschungsprojekt Zugangswege zur stationären Suchtrehabilitation*. Im Auftrag des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).
- Seifert, D. (2021). Unterbringung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB. In H. Dreßing & E. Habermeyer (Eds.), *Psychiatrische Begutachtung* (7 ed., pp. 434-450). Urban & Fischer / Elsevier.
- StataCorp. (2017). *Stata statistical software: Release 15*. In StataCorp LLC,.
- Steinert, T., Traub, H.-J., & Weitz, H.-J. (2020). Plädoyer für die Abschaffung des § 64 StGB. In J. Müller & M. Koller (Eds.), *Reformansätze zur Unterbringung nach § 64 StGB. Der zweischneidige Erfolg der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt* (pp. 84-102). Kohlhammer.
- Steppan, M., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). *Suchtcrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)* (Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%20jahresbericht%202011.pdf>). IFT Institut für Therapieforschung München.
- Sylvester, E. (2017). Medizinische Rehabilitation unter Substitution. In *Herausforderung Substitutionsbehandlung. Qualität – Kooperation – Verantwortung* (Vol. 50, pp. 47-53). Landschaftsverband Westfalen-Lippe., LWL-Koordinationsstelle Sucht., [https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS\\_50.pdf](https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_50.pdf)
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J., & Braun, B. (2017). Zur Situation der arbeitslosen Klientel in der deutschen Suchthilfe. *Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*, 4(2), 1-9. <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2017-wege-in-arbeit-teil-2011/zur-situation-der-arbeitslosen-klientel-in-der-deutschen-suchthilfe/>.
- VERBI Software. (2019). *MAXQDA 2020 [computer software]*. In VERBI.
- Weinberg, R. S., & Ragan, J. (1979). Effects of competition, success/failure, and sex on intrinsic motivation. *Research Quarterly. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 50(3), 503-510. <https://doi.org/10.1080/00345377.1979.10615637>
- Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. Inanspruchnahme, Vernetzung und Entwicklungsbedarf. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62, 173-185.
- Wolter, D. K. (2018). Altgewordene Suchtkranke. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(7), 758-769. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1440-6>
- Wortberg, S., Kuhn, U., & Klein, M. (2012). Soziale Arbeit in der Suchthilfe – Ergebnisse zweier empirischer Studien zum Berufsfeld. *Suchttherapie*, 13(04), 167-174. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327686>
- xit GmbH (2022). Analyse zur Wertschöpfung der ambulanten Suchtberatung in Bayern. Messung von Lebensqualität (SROI 5) und Ermittlung der Alternativkosten (SROI 3).

[https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/wertschoepfung\\_ambulante\\_suchtberatung\\_langfassung.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/wertschoepfung_ambulante_suchtberatung_langfassung.pdf)

Zurhold, H., Verthein, U., Reimer, J., & Savinsky, A. L. (2013). *Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG ("Therapie statt Strafe"): Wirksamkeit und Trends*. ZIS und Universität Hamburg. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht\\_Forschungsstudie\\_35\\_BtMG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Forschungsstudie_35_BtMG.pdf)

# Abschlussbericht: Projekt Entwöhnungsbehandlung „Analyse der Antragsrückgänge im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung“

## Anhang

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| Anhang 1 | Interviewleitfaden für Betroffene  |
| Anhang 2 | Interviewleitfaden für Fachkundige |
| Anhang 3 | Fragebogen                         |
| Anhang 4 | Handlungsempfehlungen              |

# Anhang 1

## Interviewleitfaden für Betroffene



# Interviewleitfaden Betroffene

**Gruppe 1: Hat stationäre Reha beantragt und angetreten (abgeschlossen oder läuft aktuell)**

**Gruppe 2: Hat trotz Empfehlung keine stationäre Reha beantragt**

**Gruppe 3: Hat stationäre Reha beantragt aber trotz Bewilligung nicht angetreten**

|                  |   |
|------------------|---|
| <i>Kursiv:</i>   | <i>Einführungen zu verschiedenen Themenfeldern für den Interviewten</i>   |
| <i>(Kursiv):</i> | <i>(Erläuterungen zu Fragen für den Interviewten, insbesondere wenn die Frage offensichtlich nicht verstanden wird oder um nachzuhaken)</i> |
| <b>Fett:</b>     | <b>Hinweise für Interviewer*in</b>  |

*Vielen Dank, dass Sie an dem Interview teilnehmen! Ich werde gleich die Tonaufnahme starten und dann auch mit den Fragen beginnen. Der Anfang wird etwas formaler sein, dann kommen wir mehr und mehr zu einem normalen Gespräch. Zum Schutz Ihrer Anonymität werde ich Ihren Namen in dem Interview nicht verwenden.*

*Haben Sie Fragen, bevor ich die Aufnahme starte?*

**Studieninformation geschickt und Unterschrift auf Einverständniserklärungen (Interview & Tonaufnahme) eingeholt?**

**> Aufnahme starten! <**

*Sie haben ja schon eine kurze Beschreibung unseres Projekts bekommen. Wir möchten verstehen, warum die Anträge auf stationäre Suchtreha zurückgehen. In diesem Interview interessieren uns vor allem ihre persönlichen Erfahrungen, Einstellungen und Einschätzungen zum Thema Suchtreha.*

*Sollte das Interview für Sie zu irgendeinem Zeitpunkt unangenehm werden, teilen Sie mir das bitte mit. Wir können das Interview jederzeit unterbrechen oder auch beenden. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie können auch zu jedem Zeitpunkt Nachfragen stellen.*

*Sie sollen wissen, dass ich Ihre Antworten nicht bewerte, dass es kein richtig und falsch gibt und, dass Sie uns am meisten mit ehrlichen und persönlichen Antworten weiterhelfen. Sie dürfen sehr gern ausführlich auf die Fragen antworten*

*Haben Sie bis hierhin Fragen?*

*Wir starten mit ein paar Fragen hinsichtlich der Teilnahmebedingungen für diese Studie.*

## **I. Filterfragen**

1. Sind Sie mindestens 18 Jahre alt?
2. Sie sind abhängig von Alkohol, Medikamenten und/oder illegalen Substanzen?

3. Die von Ihnen unterschriebene Einverständniserklärungen zur Teilnahme an diesem Interview und der Tonaufnahme haben wir erhalten. Haben Sie dazu noch Fragen?
4. Fühlen Sie sich gerade körperlich und mental dazu in der Lage, an diesem Interview teilzunehmen?

*Zuerst einmal interessieren mich Ihre persönliche Situation. Für manche Menschen können diese Fragen sehr aufwühlend sein. Ich erinnere Sie noch einmal daran, dass wir jederzeit unterbrechen können.*

## **II. Persönliche Suchthistorie**

### **1. Wie alt sind Sie?**

**Kategorien v.a. für Transkription. Nur vorlesen, wenn Personen ihr Alter z.B. nicht nennen wollen.**

18-25 Jahre / 26-35 Jahre / 36-45 Jahre / 46-55 Jahre / 56-65 Jahre / älter als 65 Jahre

### **2. Erzählen Sie mir bitte etwas zu der Entwicklung Ihrer persönlichen Suchterkrankung.**

*(Auf welche Substanz bezieht sich Ihre Abhängigkeit: Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen?)*

*(Seit wann besteht die Abhängigkeit?)*

*(Wann wurde die Abhängigkeit ärztlich diagnostiziert?)*

*(Wann haben Sie sich dazu entschieden, Hilfe zu suchen?)*

*(Wieso haben Sie sich dazu entschieden, Hilfe zu suchen?)*

*(An wen haben Sie sich zugewandt, um Hilfe zu bekommen?)*

*(Wie sehr sind Sie durch die Abhängigkeit beeinträchtigt?)*

#### **Falls nötig:**

*Falls Sie hier eine kurze Pause benötigen, lassen Sie mich dies gern wissen. Die folgenden Fragen werden weniger persönlich und daher bestimmt weniger aufwühlend sein.*

*Ich werde Ihnen jetzt ein paar Fragen bzgl. Ihrer Erfahrungen mit Suchtrehas stellen. Zu anderen Formen der Behandlung oder Unterstützung kommen wir später zu sprechen.*

## **III. Persönliche Erfahrungen mit stationären Reha**

Beschreiben Sie bitte ihre persönlichen Erfahrungen mit stationären Suchtrehas.

#### **Falls Eingruppierung notwendig:**

1. Sie haben schon einmal eine stationäre Suchtreha durchlaufen oder nehmen aktuell an einer stationären Rehabilitation teil?
2. Haben Sie schon einmal eine stationäre Reha beantragt?
3. Wurde diese abgelehnt?
4. Sie haben also [...], verstehe ich das richtig?

### Gruppe 1:

1. Sie haben schon einmal eine stationäre Suchtreha durchlaufen oder nehmen aktuell an einer stationären Rehabilitation teil?
2. Wieso haben Sie sich zu einer stationären Reha entschieden?
3. Wer hat Ihnen zu dieser Behandlungsform geraten?
4. Wer hat Ihnen geholfen, die Behandlung zu beantragen?
5. Wie finden Sie die stationäre Behandlung (bis jetzt)?
6. Würden Sie bei Bedarf noch einmal eine solche stationäre Behandlung beantragen?
7. **Wenn nein:** Warum nicht?

### Gruppe 2:

1. Wurde Ihnen eine stationäre Reha empfohlen? Von wem?
2. Haben Sie über eine Reha nachgedacht?
3. Wieso haben Sie sich gegen eine Beantragung entschieden?
4. Hat Ihnen jemand von dieser Behandlungsform abgeraten?
5. Wie schätzen Sie ihre Entscheidung, die stationäre Behandlung bisher nicht beantragt zu haben rückblickend ein?
6. Würden Sie in der Zukunft eine solche Behandlung beantragen? **Oder** Würden Sie einer anderen Person in ähnlicher Situation eine Beantragung empfehlen?
7. **Wenn nein:** Warum nicht?

### Gruppe 3:

1. Ihnen wurde eine stationäre Reha bewilligt und Sie haben sie nicht angetreten?
2. Wieso haben Sie sich gegen den Antritt der bewilligten stationären Reha entschieden?
3. Wer hat Ihnen zu dieser Behandlungsform geraten?
4. Wer hat Ihnen geholfen, die Behandlung zu beantragen?
5. Wie schätzen Sie ihre Entscheidung die stationäre Behandlung nicht angetreten zu haben rückblickend ein?
6. Würden Sie in der Zukunft nochmal eine solche Behandlung beantragen?
7. **Wenn nein:** Warum nicht?

*Vielen Dank zunächst einmal. Lassen Sie uns nun über Ihre Erfahrungen mit anderen Hilfsangeboten als der stationären Reha sprechen.*

## IV. Persönliche Erfahrungen mit anderen Hilfsangeboten

Beschreiben Sie bitte ihre persönlichen Erfahrungen mit anderen Hilfsangeboten.

*(Kennen Sie andere Hilfsangebote?) Ja oder Nein?*

→ **Wenn nein: weiter zu Frage V**

→ **Wenn ja:**

*(Haben Sie schon einmal welche davon wahrgenommen? **Wenn nein:** Warum nicht?)*

*(welche?)*

*(wie bewerten Sie diese?)*

*(wer hat Ihnen dazu geraten bzw. Sie darüber informiert?)*

**Gruppe 1:**

1. Haben Sie die stationäre Reha einem möglichen anderen Hilfsangebot vorgezogen?
2. Wenn ja, aus welchen Gründen?
3. Wie bewerten Sie die stationäre Reha und die anderen Hilfsangebote im Vergleich?

**Gruppe 2:**

1. Sind andere Hilfsangebote evtl. einer der Gründe, warum Sie sich gegen die Beantragung einer stationären Reha entschieden haben?
2. Wenn ja, welche Vorteile sehen Sie in den anderen Hilfen gegenüber der stationären Reha?

**Gruppe 3:**

1. Sind andere Hilfsangebote evtl. einer der Gründe, warum Sie sich gegen den Antritt der stationären Behandlung entschieden haben?
2. Wenn ja, welche Vorteile sehen Sie in den andere Behandlungsangeboten gegenüber stationären?

**Wenn nötig:** Falls Sie sich weiterhin wohlfühlen, kommen wir nun auf den Antragsprozess zu sprechen.

**V. Subjektive Bewertung des Antragsprozesses****Gruppe 1 & 3:**

Wie bewerten Sie persönlich den Antragsprozess für eine stationäre Behandlung?

*(Wer hat Sie im Antragsprozess begleitet / unterstützt?)*

*(War der Antragsprozess für Sie eher anstrengend oder eher unkompliziert?)*

*(Wenn eher anstrengend: Welche Herausforderungen gab es im Antragsprozess für Sie?)*

*(Wie lief die Kommunikation mit den beteiligten Institutionen / Personen?)*

*(Waren Sie aktiv in den Prozess der Antragstellung mit einbezogen?)*

*(Über welchen Zeitraum erstreckte sich der Prozess der Antragstellung?)*

*(Wie viel Zeit lag zwischen Beantragung und Genehmigung des Antrags?)*

*(Würden Sie in Zukunft bei Bedarf noch einmal einen solchen Antragsprozess durchlaufen?)*

**(Gruppe 2:** *Hätten Sie bei einer kürzeren Wartezeit die Reha vielleicht angetreten?)*

**Gruppe 2:**

1. War der Antragsprozess vielleicht einer der Gründe, warum Sie letztlich keinen Antrag gestellt haben?
2. Wenn ja, was genau im Antragsprozess hat dazu geführt?

Lassen Sie uns abschließend noch über Ihre Einschätzungen zu möglichen Veränderungen sprechen.

## **VI. Subjektiv empfundene Veränderungsbedarfe**

1. Sollte es nach Ihrem Empfinden Verbesserungen bei der Beantragung und Teilnahme an einer stationären RehaMaßnahme geben? Ja oder Nein?

→ Wenn nein: weiter zu Frage VII

→ Wenn ja:

2. Sehen Sie Möglichkeiten der Verbesserung bei den Informationen zu stationären Rehas?

*(Zugang zu / Verfügbarkeit von diesen Informationen?)*

*(Unterstützung zum Zugang und für Fragen zu diesen Informationen?)*

*(Art der Informationen?)*

*(Verständlichkeit / Klarheit der Informationen?)*

*(Richtigkeit der Informationen?)*

3. Sehen Sie Möglichkeiten der Verbesserung bei der Antragstellung auf stationäre Rehas?

*(welche Punkte im Prozess der Antragstellung?)*

*(Bürokratische Aspekte wie das Antragsformular?)*

*(welche Schnittstellen und/oder Institutionen im Prozess?)*

*(bei der Unterstützung im Antragsprozess?)*

## **VII. Konkrete Handlungsvorschläge zur Weiterentwicklung**

Haben Sie konkrete Vorschläge oder Ideen zur Weiterentwicklung?

### **Gruppe 1:**

Wie könnte es idealerweise laufen?

### **Gruppe 2:**

Was müsste konkret verändert werden, damit Sie einen Antrag auf eine Ihnen empfohlene stationäre Reha stellen?

### **Gruppe 3:**

Was müsste konkret verändert werden, damit Sie den bewilligten Antrag antreten?

### **Alle Gruppen:**

*(die Informationen zu stationären Rehas betreffend?)*

*(den Prozess der Antragstellung betreffend?)*

*(das Aufklärungs- und Beratungsangebot bzgl. Stationärer Behandlungen betreffend?)*

*(die Kommunikationswege betreffend?)*

*(Idealer Ablauf)*

## XVI. Abschlussfrage

Gibt es von Ihrer Seite Fragen, die Sie gerne stellen würden?

*Warum glauben Sie denn, dass die Anträge auf stationäre Suchtreha rückgängig sind?*

Vielen Dank, dass Sie Ihre Erfahrungen und Einschätzungen mit mir geteilt und so bei der Studie mitgeholfen haben!

Sollten Sie im Nachgang noch Fragen zur Studie haben, melden Sie sich gerne jederzeit bei uns. Die Kontaktdaten finden Sie in der Einverständniserklärung und Studieninformation.

Die Teilnahmevergütung in Form eines 15 €-Amazon-Gutscheins bekommen Sie von uns direkt im Anschluss an dieses Interview per E-Mail zugesendet.

Ich stoppe nun die Tonaufnahme. Bitte bleiben Sie noch am Telefon.

**> Aufnahme stoppen! <**

Zunächst einmal bedanke ich mich herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an diesem Interview.

Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Interview?

Sind sie durch das Interview emotional aufgewühlt? Möchten Sie mit mir darüber sprechen?

Ich werde Ihnen jetzt gleich zusammen mit der Teilnahmevergütung per E-Mail auch Informationen zu Hilfsangeboten bei Suchterkrankungen und psychischen Problemen zukommen lassen. Dort finden Sie Adressen und Telefonnummern, an die sie sich bei Bedarf wenden können. Scheuen Sie nicht davor, Hilfe zu suchen, wenn Sie sich generell oder im Speziellen nach diesem Interview mental belastet fühlen.

Haben Sie an dieser Stelle noch Fragen? Gibt es irgendetwas, was ich noch für Sie tun kann?

Dann bedanke ich mich abschließend und wünsche Ihnen alles Gute.

## Anhang 2

### Interviewleitfaden für Fachkundige

# Interviewleitfaden Expert\*innen Selbsthilfeorganisation und Wohlfahrtverbände; ambulante Suchtberatung und -entwöhnung

|                  |   |
|------------------|---|
| <i>Kursiv:</i>   | <i>Einführungen zu verschiedenen Themenfeldern für den Interviewten</i>   |
| <i>(Kursiv):</i> | <i>(Erläuterungen zu Fragen für den Interviewten, insbesondere wenn die Frage offensichtlich nicht verstanden wird oder um nachzuhaken)</i> |
| <b>Fett:</b>     | <b>Hinweise für Interviewer*in</b>  |

*Vielen Dank, dass Sie an unserem Expert\*inneninterview teilnehmen! Ich werde gleich die Tonaufnahme starten und dann auch mit den Fragen beginnen. Zuvor möchte ich Sie nochmals darüber informieren, dass zum Schutz Ihrer Anonymität ihr Klarnamen in diesem Interview nicht verwendet wird.*

*Haben Sie Fragen, bevor ich die Aufnahme starte?*

## **Studieninformation geschickt und Unterschrift auf Einverständniserklärungen (Interview & Tonaufnahme) eingeholt?**

### **> Aufnahme starten! <**

*Vielen Dank dafür, dass Sie an unserem Expert\*inneninterview teilnehmen!*

*Sie haben im Vorfeld schon eine kurze Beschreibung unseres Projekts erhalten. Es geht uns in diesem Interview darum, einen Einblick in Ihre Arbeit zu gewinnen. Wir möchten verstehen, warum die Anträge auf stationäre Suchtreha zurückgehen.*

*Dabei wollen wir insbesondere von Ihnen erfahren, welche Erklärungen Sie selbst für diesen Rückgang sehen. Am Ende werde ich Sie nach Verbesserungsvorschlägen fragen.*

*Da wir das Interview mit unterschiedlichen Berufsgruppen führen, kann es sein, dass Sie in einige der angesprochenen Aspekte wenig Einblick haben. Sie berichten einfach so viel, wie Sie können.*

*Sollten Sie das Interview zu irgendeinem Zeitpunkt unterbrechen oder auch beenden wollen, teilen Sie mir dies bitte mit.*

*Haben Sie bis hierhin Fragen?*



*Wir starten mit ein paar Fragen hinsichtlich der Teilnahmebedingungen für diese Studie.*

### **I. Filterfragen**

1. Sind Sie mindestens 18 Jahre alt?
2. Sind Sie am Prozess der Beantragung von stationären Suchtreha beteiligt, begleiten diese oder haben Klient\*innen, mit denen Sie eine solche Behandlung thematisieren?
3. Die Ihnen vorgelegten Einverständniserklärungen zur freiwilligen Teilnahme an diesem Interview und zur Nutzung personenbezogener Daten und der Verwendung der Tonaufnahme dieses Interviews haben Sie verstanden und vor diesem Interview unterschrieben?
4. Fühlen Sie sich gerade körperlich und mental dazu in der Lage, an diesem Interview teilzunehmen?

*Zuerst einmal möchte ich mit etwas ganz Allgemeinem beginnen.*

### **II. Einführung**

Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihren Beruf in Bezug auf die Arbeit mit Personen, die unter einer Substanzkonsumstörung leiden.

*Ich möchte Sie daran erinnern, dass diese Befragung anonym durchgeführt wird. Das heißt, alle Informationen, von denen man direkt auf Ihre Person schließen kann, werden anonymisiert. Spätestens zum Ende der Auswertung werden diese Aufnahme sowie deren Verschriftlichung gelöscht.*

*(Zu welcher Fachgruppe bzw. Institution gehören Sie?)*

*(Seit wann sind Sie in dieser Institution bzw. in Ihrem Beruf tätig?)*

*(In welchem Landkreis befindet sich Ihre Institution?)*

*Ich werde Ihnen jetzt ein paar Fragen bzgl. der Personen stellen, die mit einer Substanzkonsumstörung zu Ihnen kommen.*

### **III. Kollektiv der Klient\*innen mit Substanzkonsumstörung**

1. Beschreiben Sie bitte, was für Personen mit Substanzkonsumstörungen Sie typischerweise behandeln oder beraten.

*(Welche Störungen, Schwere der Störung, soziodemographischer Hintergrund, psychische und physische Probleme?)*

*Im weiteren Verlauf des Interviews werde ich häufig danach fragen, ob Sie beim jeweiligen Aspekt Veränderungen in den letzten Jahren feststellen. Damit ist der Zeitraum von ca. 10-15 Jahren gemeint.*

2. Wie hat sich das Klient\*innenkollektiv in den letzten Jahren verändert, beispielweise bezüglich Substanz oder Soziodemografie?

*(Komorbiditäten mit anderen Substanzen oder psychischen Erkrankungen?)*

*Kommen wir nun zum Antragsprozess auf stationäre Suchtreha zu sprechen.*

#### **IV. Allgemeiner Antragsprozess**

1. Wie gestaltet sich der Prozess für die Beantragung einer stationären Suchtreha typischerweise?

*(Welche Instanzen sind eingebunden?)*

*(Welche Kommunikationswege werden dabei üblicherweise genutzt?)*

*(Wie lange dauert es normalerweise, einen Antrag zu stellen?)*

*(Wie viel Zeit vergeht üblicherweise zwischen Antragsstellung und (Nicht-)Bewilligung?)*

2. Haben sich der gesamte Prozess oder Teile davon in den letzten Jahren bedeutend verändert?

*(Kommunikationswege, Instanzen, Bürokratie, Zeitrahmen...?)*

#### **V. Ihre Rolle im Prozess der Antragsstellung**

1. Welche Rolle spielen Sie bzw. Ihre Institution im Prozess der Antragsstellung?

*(Raten Sie Klient\*innen mit Substanzkonsumstörungen im gegebenen Fall zu einer Antragsstellung?)*

*(Sprechen ihre Klient\*innen Sie aus Ihrer Erfahrung heraus von selbst auf die Möglichkeit einer stationären Suchtreha an?)*

*(Verweisen Sie die Klient\*innen an andere Institutionen, um über einen Antrag informiert zu werden und diesen dann ggf. zu stellen?)*

*(Stellen Sie zusammen mit den Klient\*innen diese Anträge?)*

2. Hat sich in den letzten Jahren die Rolle Ihrer Institution bei der Beantragung stationärer Reha verändert?

*(Werden weniger stationäre Behandlungen empfohlen/ zur Auflage gemacht?)*

*(Haben sich die Informations- und Beratungsangebote Ihrer Institution zur Beantragung stationärer Behandlungen in den letzten Jahren verändert?)*

*(Hat sich das Angebot praktischer Hilfe bei der Antragstellung verändert? Hat sich das Ausmaß oder die Form Ihrer Unterstützung verändert?)*

*(Haben sich die Kriterien der Gruppe, denen Sie eine Beantragung empfehlen, verändert?)*

#### **VI. Rolle der Mediziner\*innen**

1. Welche Rolle spielen die niedergelassenen Mediziner\*innen und Psychotherapeut\*innen in der Beantragung einer stationären Suchtreha Ihrer Erfahrung nach?

*(Initiiieren sie nach erfolgter Diagnose einer Substanzkonsumstörung die Beantragung einer stationären Suchtreha oder empfehlen sie beispielsweise ganz allgemein eine Behandlung jeglicher Art?)*

*(Helfen sie den Patient-/Klient\*innen bei der Beantragung? Vermitteln sie Kontakte o.ä.?)*

2. Hat sich das in den letzten Jahren verändert?

## VII. Schnittstellen Versorgungsbereiche

1. Wie schätzen Sie allgemein die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure bei der Behandlung der Substanzkonsumstörungen ein? (also Suchtberatungsstellen, Akutbehandlung, Adaptionsbehandlung, Nachsorge, ambulante Psychotherapie usw.)

*(Welche Probleme sind in diesen Schnittstellen festzustellen?)*

*(Wie fließend ist der Übergang vom ambulanten zum stationären Setting?)*

2. Hat sich die Zusammenarbeit verändert?

*(Haben sich die Probleme verändert?)*

*(Wie hat sich das durch die DRV-Einführung des „Nahtlosverfahrens“ verbessert/ verändert?)*

## VIII. Finanzierungsaspekte

Hat sich in Ihren Augen in den letzten Jahren etwas fundamental an den Finanzierungsaspekten bezüglich stationärer Suchtreha verändert?

*(Haben Sie das Gefühl, die Kostenträger bewilligen weniger stationäre Suchtrehas?)*

*(Müssen Klient\*innen irgendwelche Kosten davon selbst tragen und, wenn ja, hat sich das entscheidend verändert?)*

*Wir haben das Thema eher aus Sicht der Institutionen betrachtet, Lassen Sie uns nun über die Seite der Betroffenen sprechen.*

## IX. Trends hinsichtlich Beantragung und Antritt (Betroffene)

1. Können Sie Trends bezüglich der Beantragung stationärer Suchtreha auf Seiten der Betroffenen beobachten?

*(Werden in Ihren Augen deutlich weniger Anträge gestellt?)*

*(Hat sich das Verhältnis zwischen nahegelegten Behandlungen und tatsächlich getätigten Anträgen verändert?)*

*(Haben sich, Ihrer Einschätzung nach, die Gründe / Motive der Klient\*innen für eine (Nicht-) Beantragung einer stationären Behandlung verändert?)*

2. Können Sie Trends bezüglich des Antritts stationärer Suchtrehas auf Seiten der Betroffenen wahrnehmen?

*(Werden weniger bewilligte stationäre Behandlungen letztlich angetreten als früher?)*

*(Was könnten in Ihren Augen mögliche Gründe für einen Nicht-Antritt einer Behandlung sein?)*

*(Haben sich diese Gründe in Ihren Augen in den letzten Jahren verändert?)*

## **X. Strukturelle Herausforderungen**

1. Alle Beteiligten, Institutionen und Betroffene zusammengenommen, welche strukturellen Herausforderungen gibt es Ihrer Meinung nach bei der Beantragung und des Antritts von stationären Rehas?

*(Auf Seiten der Institutionen, die an dem Prozess der Antragsstellung beteiligt sind?)*

*(Gibt es Ihrer Meinung nach strukturelle Begebenheiten, die Patient\*innen davon abhalten, eine stationäre Behandlung zu beantragen? Wurde Ihnen davon eventuell berichtet?)*

*(Wie leicht ist es, einen Platz zu erhalten?)*

2. Haben sich diese strukturellen Herausforderungen Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren verändert?

*(Hat sich durch die 2009 eingeführte Zertifizierungspflicht evtl. etwas verändert? (höhere Bettenauslastung in verbleibenden Kliniken → Nicht-Antritt)*

*Nun würde ich gerne zu Alternativen zur stationären Reha zu sprechen kommen.*

## **XI. Andere Behandlungsoptionen**

1. Welche anderen Behandlungsoptionen zur stationären Suchtreha gibt es, und haben sich diese Behandlungsoptionen in den letzten Jahren verändert?

*(Veränderungen in Umfang, Zugang oder Art)*

*(Sehen Sie Ihr eigenes Angebot hier als Alternative, und in welchen Fällen?)*

*(Gleichgestellte- oder Notalternative?)*

2. Hat sich die Bedeutung der anderen Optionen in den letzten Jahren verändert?

*(Haben Ihrer Meinung nach andere Behandlungsoptionen auf Seiten der Klient\*innen mehr Bedeutung als früher? Werden sie z.B. seltener oder häufiger von diesen gewählt?)*

*(Werden den Klient\*innen, in Ihren Augen, öfter oder seltener andere Behandlungsoptionen empfohlen als früher?)*

3. Könnten andere Behandlungsoptionen in Ihren Augen ein zentraler Aspekt bei der Nicht-Beantragung von stationären Behandlungen sein?

*(Was denken Sie sind die Gründe dafür?)*

*Kommen wir nun noch zu ein paar abschließenden Fragen*

## **XII. Einschätzung Weiterentwicklungsbedarfe**

Was sind Ihrer persönlichen Einschätzung nach die dringendsten Weiterentwicklungsbedarfe/  
Veränderungsbedarfe?

*(Welche Punkte im Prozess der Antragsstellung könnten verbessert werden?)*

*(Welche Schnittstellen und/oder Institutionen im Prozess betreffen sie?)*

*(Welche Angebote betrifft das? Informations- und Beratungsangebote?)*

*(Welche Kommunikationswege betrifft das?)*

*(Haben Sie konkrete Handlungsvorschläge oder -ideen?)*

*(Welche Veränderungen müssten Ihrer Meinung nach am dringlichsten passieren?)*

*(Wie würden Sie es sich idealerweise vorstellen?)*

*(Haben Sie nun nach dem Interview noch Gedankengänge, die Sie loswerden möchten, bei denen Sie denken, sie könnten relevant sein?)*

## **XIII. Abschlussfrage**

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen, die Sie gerne stellen würden?

Warum glauben Sie, sind die Anträge auf stationäre Entwöhnung in den letzten Jahren rückläufig?

**Dann würde ich jetzt die Aufnahme stoppen**

**> Aufnahme stoppen! <**

Vielen Dank, dass Sie Ihre Erfahrungen, Beobachtungen und Einschätzungen mit mir geteilt haben  
und so bei der Studie mitgeholfen haben!

Sollten Sie im Nachgang noch Fragen zur Studie haben, melden Sie sich gerne jederzeit bei der  
Projektleiterin Dr. Elena Gomes de Matos. Ihre Kontaktdaten finden Sie in der  
Einverständniserklärung und Studieninformation.

**Reminder:** Wäre es Ihnen möglich, uns bei der Rekrutierung von Betroffenen zu helfen?

Ansonsten bedanke ich mich noch einmal herzlich bei Ihnen und wünsche Ihnen alles Gute.

Machen Sie es gut!

# Anhang 3

## Fragebogen

# Fragebogen

## Fragen zu Ihrer Person

|                                       |                                   |                                   |                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> divers |
| 2. In welchem Jahr sind Sie geboren?  | 19__ (Jahr angeben)               |                                   |                                 |

|  |  |
|--|--|
| 3. Welche Form der Arbeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?  |  |
| <input type="checkbox"/> In beruflicher Ausbildung/Lehre   |  |
| <input type="checkbox"/> Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt (inkl. 450€ Job, Minijob etc.)   |  |
| <input type="checkbox"/> Voll erwerbstätig oder teilzeitbeschäftigt  |  |
| <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler, Rentner ohne Nebenverdienst, Elternzeit) |  |

|   |  |
|---|--|
| 4. Haben Sie jemals einen Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung (auch genannt stationäre Suchtreha, Langzeittherapie) gestellt oder sind gerade dabei, einen Antrag zu stellen? |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   | → Bitte hier mit der Beantwortung fortfahren |
| <input type="checkbox"/> Nein   | → Bitte auf Seite 6 beginnen                 |

|  |  |
|--|--|
| 5. Wer hat Sie bei der Antragsstellung unterstützt?<br>Wenn Sie bereits mehr als einen Antrag gestellt haben, geben Sie bitte alles an, was jemals zutraf. |  |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle   |  |
| <input type="checkbox"/> Sozialdienst der Entgiftungsstation   |  |
| <input type="checkbox"/> JVA   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges/Weiß nicht  |  |

|  |  |
|--|--|
| 6. Wurde der Antrag/Wurden die Anträge auf stationäre Entwöhnungsbehandlung (auch genannt stationäre Suchtreha, Langzeittherapie) genehmigt? |  |
| <input type="checkbox"/> Ja  |  |
| <input type="checkbox"/> Falls mehrere Anträge: Teils, Teils   |  |
| <input type="checkbox"/> Nein  |  |

|   |  |
|---|--|
| 7. Haben Sie die bewilligten/genehmigten Behandlungen angetreten? |  |
| <input type="checkbox"/> Ja                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Teils, teils                             |  |
| <input type="checkbox"/> Nein                                     |  |



## Motivation (falls bereits ein Antrag gestellt wurde)

Sie haben schon einmal einen Antrag auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung gestellt. Was waren die Gründe, warum Sie diesen Antrag gestellt haben?

Wenn Sie bereits mehr als einen Antrag gestellt haben, geben Sie bitte alle Gründe an, die jemals für Sie wichtig waren.

|     |  | Trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Teils/teils | Trifft eher zu | Trifft voll und ganz zu |
|-----|--|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1.  | Auflagen des Jugendamts  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2.  | „Therapie statt Strafe“  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3.  | Um meinen Arbeitsplatz nicht zu verlieren.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4.  | Um wieder normal arbeiten zu können. Das geht mit der Suchterkrankung nicht.         | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5.  | Druck von Freunden/Familie.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6.  | Um die Beziehung zu Freunden/Familie zu verbessern.                                  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7.  | Ich bin/war mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich.         | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8.  | Meiner Gesundheit zuliebe.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 9.  | Um ein Leben ohne die Suchterkrankung führen zu können.                              | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 10. | Ich bin/war zuversichtlich, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.     | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 11. | Für eine erfolgreiche Behandlung brauche/brauchte ich den Abstand von meinem Alltag. | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 12. | Sonstiges (bitte in eigenen Worten angeben):   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 13. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

## Hürden bei der Beantragung

Im Folgenden interessieren wir uns dafür, was es schwierig gemacht hat, einen Antrag zu stellen.

|     |  | trifft gar nicht zu | Trifft eher nicht zu | Teils/teils | Trifft eher zu | trifft voll und ganz zu |
|-----|--|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1.  | Mir ist die Entscheidung, einen Antrag zu stellen, schwergefallen.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2.  | Die Regelungen, wie man einen Antrag stellt, sind umständlich/kompliziert./ Ich habe mich überfordert gefühlt.                           | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3.  | Ich hätte bessere Unterstützung bei der Beantragung gebraucht.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4.  | Die langen Wartezeiten auf Bewilligung/Genehmigung haben mich demotiviert/frustriert.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5.  | Die Rückfallgefahr zwischen Entgiftung und stationärer Entwöhnungsbehandlung ist hoch. Das hat die Antragsstellung schwierig gemacht.    | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6.  | Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann negative Folgen haben (Job, Familie, ...).  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7.  | Ich habe/hatte Angst, dass Andere mich ablehnen, wenn sie von meiner Suchterkrankung erfahren.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8.  | Ich muss/musste regeln, wer sich um meine Familie oder Haustiere kümmert.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 9.  | Durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird man aus dem Alltag gerissen/lange von Freunden/Familie getrennt. Das fand ich schwierig. | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 10. | Ich glaube/glaubte nicht, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 11. | Ich bin/war unsicher, ob ich eine stationäre Entwöhnung durchhalte.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 12. | Mir wäre eine ambulante Entwöhnungsbehandlung (bei der man zuhause übernachtet) lieber (gewesen).  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 13. | Ich habe schlechte Dinge über die Entwöhnungsbehandlung gehört.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 14. | Ich weiß/wusste nicht, was in der Entwöhnungsbehandlung auf mich zukommen wird/würde.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 15. | Ich finde/fand es schwierig, eine Klinik zu finden, die für mich passt.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 16. | Ich fand es schwierig, vor mir selbst zuzugeben, dass ich eine Entwöhnungsbehandlung brauche.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 17. | Sonstiges ( <i>bitte in eigenen Worten angeben</i> ):  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 18. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 19. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

## Verbesserungsvorschläge

Was könnte helfen, damit Personen schaffen, einen Antrag zu stellen und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu machen? Geben Sie bitte für jeden Satz an, ob Sie diesem zustimmen.

|    |  | stimme gar nicht zu | stimme eher nicht zu | Teils/teils | stimme eher zu | stimme voll und ganz zu |
|----|--|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1. | Man sollte den Antrag online stellen können.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2. | Man sollte nicht bei jedem Antrag alle Informationen neu angeben müssen.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3. | Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben (von der Antragsstellung bis zur Rückkehr in den Alltag).  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4. | Es sollte mehr Möglichkeiten geben, die Entwöhnungsbehandlung teilweise stationär (in der Klinik) und teilweise ambulant (während man zuhause wohnt) durchzuführen ("Kombimodell") | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5. | Die Kliniken sollten mehr auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6. | Sonstiges ( <i>bitte in eigenen Worten angeben</i> ):  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

**Wenn Sie möchten, können Sie uns hier andere Dinge mitteilen, die Ihnen wichtig sind.**

*Zum Beispiel, wie Sie mit Wartezeiten umgegangen sind, wie der Antragsprozess verbessert werden kann, oder wo Sie gute Erfahrungen gemacht haben.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Als Dankeschön für Ihre Teilnahme haben Sie die Möglichkeit, an einer Verlosung von Amazongutscheinen im Wert von jeweils 25€ teilzunehmen.**

**Wenn Sie daran interessiert sind, an der Verlosung teilzunehmen, geben Sie bitte hier Ihre Emailadresse an.**

**Diese wird getrennt von Ihren übrigen Angaben gespeichert und kann Ihrem Fragebogen nicht zugeordnet werden. Die Anonymität ist somit gewährleistet.**

Emailadresse:

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Motivation (falls kein Antrag gestellt wurde)

Wann könnten Sie sich vorstellen, einen Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung zu stellen?

|     |  | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | Teils/teils | Trifft eher zu | trifft voll und ganz zu |
|-----|--|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1.  | Wenn das eine Auflage des Jugendamts wäre.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2.  | „Therapie statt Strafe“, also wenn ich sonst ins Gefängnis müsste.                     | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3.  | Wenn mein Arbeitsplatz in Gefahr wäre.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4.  | Wenn ich wegen der Suchterkrankung nicht mehr normal arbeiten könnte.                  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5.  | Wenn Freunde/Familie mich drängen würden.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6.  | Wenn ich merken würde, dass meine Freunde/Familie unter meiner Suchterkrankung leiden. | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7.  | Wenn ich dadurch die Beziehung zu Freunden/Familie verbessern könnte.                  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8.  | Wenn ich mit meinem Leben wegen der Suchterkrankung nicht mehr glücklich wäre.         | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 9.  | Wenn meine Gesundheit durch die Suchterkrankung in Gefahr wäre.                        | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 10. | Wenn ich denken würde, dass mir die stationäre Entwöhnungsbehandlung am besten hilft.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 11. | Wenn ich Abstand von meinem Alltag bräuchte.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 12. | Sonstiges ( <i>bitte in eigenen Worten angeben</i> ):                                  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 13. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

## Hürden bei der Beantragung

Was hält Sie davon ab, einen Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung zu stellen?

|     |   | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | Teils/teils | Trifft eher zu | trifft voll und ganz zu |
|-----|---|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1.  | Die Regelungen, wie man einen Antrag stellt, sind umständlich/kompliziert./ Ich würde mich überfordert fühlen.                          | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2.  | Ich bräuchte mehr Unterstützung bei der Beantragung.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3.  | Dass man so lange auf einen Platz warten muss.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4.  | Anträge werden oft abgelehnt.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5.  | Die Rückfallgefahr zwischen Entgiftung und stationärer Entwöhnungsbehandlung ist hoch. Das macht die Antragsstellung schwierig.         | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6.  | Ich habe Angst, dass Andere mich ablehnen, wenn sie von meiner Suchterkrankung erfahren.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7.  | Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann negative Folgen haben (Job, Familie, ...).   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8.  | Ich kann keine stationäre Entwöhnungsbehandlung machen, weil ich mich um Familie oder Haustiere kümmern muss.                           | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 9.  | Durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung wird man aus dem Alltag gerissen/ lange von Freunden/Familie getrennt. Das möchte ich nicht. | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 10. | Ich glaube nicht, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung mir hilft.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 11. | Ich glaube nicht, dass ich eine stationäre Entwöhnung durchhalten würde.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 12. | Mir wäre/ist eine ambulante Entwöhnungsbehandlung (bei der ich zuhause übernachtete) lieber.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 13. | Ich habe schlechte Dinge über die Entwöhnungsbehandlung gehört  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 14. | Ich weiß nicht, was in der Entwöhnungsbehandlung auf mich zukommen würde.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 15. | Ich finde es schwierig, eine Klinik zu finden, die für mich passt.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 16. | Mir wurde keine stationäre Entwöhnungsbehandlung empfohlen.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 17. | Ich bekomme auch ohne die stationäre Entwöhnungsbehandlung genug Hilfe.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 18. | Ich brauche keine stationäre Entwöhnungsbehandlung.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 19. | Sonstiges ( <i>bitte in eigenen Worten angeben</i> ):   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 20. |   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 21. |   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

## Verbesserungsvorschläge

Was könnte helfen, damit Personen schaffen, einen Antrag zu stellen und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu machen? Geben Sie für jeden Satz an, ob Sie diesem zustimmen.

|    |  | stimme gar nicht zu | stimme eher nicht zu | Teils/teils | stimme eher zu | stimme voll und ganz zu |
|----|--|---------------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------|
| 1. | Der Antrag sollte online zu stellen sein.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 2. | Man sollte nicht bei jedem Antrag alle Informationen neu angeben müssen.   | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 3. | Man sollte eine Person als Ansprechpartner für den ganzen Weg haben (von der Antragsstellung bis zur Rückkehr in den Alltag).  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 4. | Es sollte mehr Möglichkeiten geben, die Entwöhnungsbehandlung teilweise stationär (in der Klinik) und teilweise ambulant (während man zuhause wohnt) durchzuführen ("Kombimodell") | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 5. | Die Kliniken sollten mehr auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen.  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 6. | Sonstiges ( <i>bitte in eigenen Worten angeben</i> ):  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 7. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |
| 8. |  | 0                   | 1                    | 2           | 3              | 4                       |

**Wenn Sie möchten, können Sie uns hier andere Dinge mitteilen, die Sie wichtig finden.**

*Zum Beispiel, wie der Antragsprozess verbessert werden kann, oder wo Sie gute Erfahrungen gemacht haben.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Als Dankeschön für Ihre Teilnahme haben Sie die Möglichkeit, an einer Verlosung von Amazongutscheinen im Wert von jeweils 25€ teilzunehmen.**

**Wenn Sie daran interessiert sind, geben Sie bitte Ihre Emailadresse an.**

**Diese wird getrennt von Ihren übrigen Angaben gespeichert und kann Ihrem Fragebogen nicht zugeordnet werden. Die Anonymität ist somit gewährleistet.**

Emailadresse:

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**



# Anhang 4

## Handlungsempfehlungen

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Sicherstellung von Ressourcen zur Antragsunterstützung ..... | 1 |
| 2 | Verbesserung von Schnittstellen .....                        | 2 |
| 3 | Antragsprozess erleichtern .....                             | 4 |
| 4 | Demografischem Wandel begegnen.....                          | 5 |
| 5 | Frühe Erreichung Betroffener verbessern .....                | 5 |
| 6 | Entstigmatisierung .....                                     | 6 |

# 1 Sicherstellung von Ressourcen zur Antragsunterstützung

|   | Einschätzung Zielführung  | Einschätzung Machbarkeit  | Offene Fragen                                     | Erwartete Hürden der Umsetzung   | Lösungsansätze für Hürden  | Weitere Aspekte  |
|---|---|---|---|--|--|--|
| <b>1a)</b> Aufbau einer gesicherten Finanzierung der psychosozialen Beratungsstellen, die sich an einer regelmäßigen Bedarfsanalyse orientiert. Dazu institutionalisierter Austausch betreffender Stellen einschließlich Bund und Länder. | Eine der zentralen Empfehlungen. Hohe Sicherheit bezüglich der Einschätzung, dass die Umsetzung positive Auswirkungen auf die Erreichung und Versorgung Betroffener hätte. Durch auskömmliche Finanzierung ist Verbesserung der personellen Ressourcen zu erwarten; geringere Arbeitsbelastung könnte Attraktivität der Beratungsstellen als Arbeitsstätte erhöhen (s. Empfehlung zu Bindung von Mitarbeitenden). | Unsicher, da Bereitstellung von Mitteln fraglich ist. Diese durchzusetzen ist langwieriger Prozess. Aufgrund der Dringlichkeit wird die Empfehlung trotz unsicherer Machbarkeit ausgesprochen.  | Details der gesetzlichen Verankerungsmöglichkeit. | Erfordert Priorisierung der Suchthilfe in Politik und Gesellschaft.  | - Kontinuierliche Thematisierung der Versorgungslage<br>- Antistigma-Arbeit (s. entsprechende Empfehlungen)<br>- Betonung langfristiger Kosten durch Unterversorgung Abhängiger und Einsparungspotenzial durch Gegenmaßnahmen. | - Detaillierte Vorschläge zur Verortung einer gesetzlichen Verankerung werden von der DHS erarbeitet.  |
| <b>1b)</b> Schaffen von Anreizen für Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen, um Personal trotz Fachkräftemangel zu binden.   | Eine der zentralen Empfehlungen. Hohe Sicherheit bezüglich der Einschätzung, dass die Umsetzung positive Auswirkungen auf die Erreichung und Versorgung Betroffener hätte. Durch auskömmliche Finanzierung ist Verbesserung der personellen Ressourcen zu erwarten.   | Unsicher, da Bereitstellung von Mitteln fraglich ist. Bei ausreichender Priorisierung wird die Empfehlung jedoch als machbar eingeschätzt. In jedem Fall ein langwieriger Prozess (s. Lösungsansätze). Aufgrund der Dringlichkeit wird die Empfehlung trotz unsicherer Machbarkeit ausgesprochen. | Details der gesetzlichen Verankerungsmöglichkeit. | - Erfordert Mitteleinsatz<br>- Erfordert Priorisierung der Suchthilfe in Politik und Gesellschaft<br>- Stigmata bei Fachkräften (also potenziellen Mitarbeitenden)<br>- Unzureichende Ausbildung zur Arbeit mit Abhängigen führt zu geringer wahrgenommener Kompetenz. | - s. Empfehlung zu gesicherter Finanzierung von Suchtberatungsstellen<br>- zusätzlich: Verankerung des Themas Abhängigkeits-erkrankungen im Studiums-Curriculum Sozialer Arbeit.   | - Eine Rücknahme des Ausschlusses von Suchtberatungsstellen ohne Angebot medizinischer Reha als von Kostenträgern akzeptierte Stelle zur Weiterbildung Suchttherapeut/Suchttherapeutin könnte die Gewinnung von Fachkräften für den Bereich fördern. |
| <b>1c)</b> Aufbau einer bedarfsgerechten Finanzierung der entzugsbehandelnden Kliniken und Maßnahmen zur Personalbindung.   | Positive Auswirkungen auf Anträge auf stationäre Entwöhnung sicher zu erwarten, zusätzlich positive Effekte die sich nicht auf Antritt stationärer Entwöhnung beziehen.   | Unsicher, da Bereitstellung von Mitteln fraglich ist. Aufgrund der Dringlichkeit wird die Empfehlung trotz unsicherer Machbarkeit ausgesprochen.  | Details der gesetzlichen Verankerungsmöglichkeit. | - Erfordert Mitteleinsatz<br>- Erfordert Priorisierung der Suchthilfe in Politik und Gesellschaft<br>- Stigmata bei Fachkräften (also potenziellen Mitarbeitenden)<br>- Unzureichende Ausbildung zur Arbeit mit Abhängigen führt zu geringer wahrgenommener Kompetenz. | s. analoge Empfehlungen zu Suchtberatungsstellen.  | Auswirkungen aktuell umgesetzt und geplanter gesetzlicher Regelungen ("Digitales Rentengesetz", "Krankenhausreform") auf Bestehen entsprechender Stationen und personelle Besetzung des Sozialdienstes ist eng zu beobachten.                        |

## 2 Verbesserung von Schnittstellen (I von II)

|   | Einschätzung Zielführung   | Einschätzung Machbarkeit  | Offene Fragen   | Erwartete Hürden der Umsetzung  | Lösungsansätze für Hürden   | Weitere Aspekte   |
|---|--|---|---|---|---|---|
| <p><b>2a)</b> Institutionalisierung und Ausweitung des "Runden Tisches Suchtreha".</p>  | <p>Auf Basis von Erfahrungsberichten zu ähnlichen, uneinheitlich bestehenden, Formaten wird ein sehr positiver Einfluss auf Zusammenarbeit und Erhöhung des Informationsflusses erwartet. Voraussetzung sei, dass alle Beteiligten "an Bord" seien. Zudem wird eine Formalisierung als wichtig erachtet, sowohl zur Installation eines Runden Tisches (z.B. Kooperationsverträge) als auch bei der Durchführung (z.B. Formulierung von Standards).</p> | <p>Ein gewisser Ressourceneinsatz ist erforderlich, insbesondere für strukturierende und koordinierende Stelle; insgesamt jedoch als machbar eingestuft.</p>  | <p>Ausmaß der Ausdehnung: Auf Landes- oder Bezirke-Ebene? Damit verbunden ist die Frage, wer genau teilnimmt; die Beteiligung der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe wird hier als zielführend erachtet.</p> | <p>Für eine erfolgreiche Umsetzung sei die aktive Beteiligung aller Involvierten notwendig. Insbesondere in Bezug auf Kostenträger bestehen von mehreren Seiten Bedenken, doch allgemein könnte Ressourcenknappheit ein Problem darstellen.</p> | <p>- Beispiel Baden-Württemberg: DRV hat initiierte Rolle. Könnten ggf. informieren, welcher Nutzen Kostenträgern kommuniziert werden kann.<br/>- Es muss eine zuständige Koordinierungsstelle auf Länderebene geben, z.B.<br/>- Nutzung digitaler Treffen.</p> | <p>- Falls durchführbar, wird eine bundesweite Ausweitung als zielführend erachtet, mit analog gestalteten "Runden Tischen" und vergleichbaren Standards in den Bundesländern. In dem Fall liegen die Initiierung und Koordinierung durch Bundesstellen nahe. Eine Ausweitung auf einen bundesweiten "Runden Tisch" wird nicht als zielführend angesehen, jedoch der Austausch unter den Bundesländern.<br/>- Auch bei Durchführung auf Bezirke-Ebene (o.ä.) scheinen einheitliche Standards notwendig.</p> |
| <p><b>2b)</b> Zuweisung von festen Ansprechpersonen bei den Kostenträgerstellen für die antragunterstützenden Einrichtungen. Dies beinhaltet auch Vertretungsregelungen, die Entwicklung einer effizienten Informationsverbreitungsstrategie.</p> | <p>Allgemein werden positive Effekte erwartet: schnellere Bearbeitung, Ausräumen von Unsicherheiten bei Betroffenen, effektivere Ressourcennutzung. Vertretungsregelungen werden wegen Krankheiten und Personalwechseln als zentral angesehen.</p>   | <p>Hürden der Machbarkeit liegen v.a. bei Kostenträgern: Es wird ein möglicher starker Anstieg von Anfragen betont. Die Entwicklung einer Strategie, die den Einrichtungen aktualisierte Kontaktdaten zur Verfügung stellt ohne diese öffentlich zugänglich zu machen, wird als Hürde gesehen. Zur Pflege der Strategie wird voraussichtlich langfristig ein gewisser Ressourceneinsatz nötig sein. Trotz dieser zu lösenden Fragen wird die Empfehlung als machbar eingestuft.</p> | <p>s. Einschätzung Machbarkeit: Entwicklung einer entsprechenden Informationsstrategie.</p>   | <p>s. Einschätzung Machbarkeit.</p>   | <p>Entwicklung Informationsstrategie: Möglicherweise können Strukturen aus dem Kontakt zu Reha-Kliniken ("Häuser-Betreuer") übertragen werden.</p>  |   |

## 2 Verbesserung von Schnittstellen (Fortsetzung, II von II)

|   | <b>Einschätzung Zielführung</b>  | <b>Einschätzung Machbarkeit</b>  | <b>Offene Fragen</b>  | <b>Erwartete Hürden der Umsetzung</b>  | <b>Lösungsansätze für Hürden</b>   | <b>Weitere Aspekte</b>  |
|---|--|--|---|--|--|---|
| <b>2c)</b> Ausweitung von Gruppenangeboten der Suchtberatungsstellen zur Vorbereitung auf stationäre Entwöhnung, für Personen ab Beginn der Antragstellung bis zum Antritt. | Durchweg als dringend empfehlenswert bis notwendig eingeschätzt. Sehr positive Einschätzung bezüglich Haltequoten, aber auch bezüglich Motivation zur Antragstellung. Notwendigkeit entsprechender Mittel ist zentral, da Suchtberatungsstellen eine Angebotsausweitung mit der aktuellen Ausstattung nicht leisten können.  | Große Skepsis, ob notwendige Mittel bereitgestellt werden; aufgrund der Dringlichkeit wird die Empfehlung trotzdem beibehalten.  | Verfügbarkeit entsprechender Konzepte mit rollenden Gruppen.  | s. Einschätzung Machbarkeit: Finanzierung; Personalgewinnung; ggf. Schulungsbedarf.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunächst prozessevaluierte Umsetzung an Pilotstandort zur Optimierung der Einführung und Umsetzung an anderen Standorten.</li> <li>- Die Studienlage lässt erwarten, dass eingesetzte Mittel nachhaltig eingespart werden durch Verminderung von Folgekosten bei Abhängigkeit</li> <li>- Möglicherweise Unterstützung durch lokale Selbsthilfe. Diese kann aber nicht die qualifizierte Arbeit einer Fachkraft ersetzen und darf in keinem Fall als kostengünstigere Alternative genutzt werden.</li> </ul> | - Lokale Selbsthilfe kann Unterstützen im Sinne eines Peer-Ansatzes. z.B. Offene Fragen/falsche Vorstellungen bzgl. des stationären Aufenthalts klären, Möglichkeiten der Unterstützung durch Selbsthilfe aufzeigen, insbesondere in der Nachsorge. Wichtig ist, dass dies kein Ersatz für die Begleitung durch eine Fachkraft sein kann.   |
| <b>2d)</b> Höchstmögliche Konstanz in der Begleitung der Betroffenen durch feste Ansprechperson an einer ambulanten Beratungsstelle.  | Wichtigkeit von langfristiger Ansprechperson von Tätigen der Suchthilfe bestätigt, vor allem aber aus Betroffenenperspektive befürwortet. Zweifel an Notwendigkeit der Empfehlung bestanden vor allem mit Hinblick darauf, dass Beratungsstellen allgemein versuchen, dies zu gewährleisten; allerdings können sie nur im Rahmen ihrer Möglichkeiten agieren, und wie stringent Umsetzung ist, ist unklar. | Sehr unterschiedlich eingeschätzt im Expertise-Panel. Von Auffassung es sei vor allem eine Frage der Umsetzung innerhalb der Organisation (klare Vertretungsregelungen, transparente Kommunikation mit Klientel, Zugriff auf Daten durch alle Fachkräfte) bis dahingehend, Beratungsstellen verfügten nicht über notwendige Ressourcen. Abschließende Beurteilung nicht möglich. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unklarheit bzgl. der aktuell etablierten Strukturen zur Umsetzung</li> <li>- Anreizschaffung zum Halten von Personal zentral (s. Empfehlungen zu Sicherstellung von Ressourcen)</li> <li>- (Wie) kann dieser Standard Personen gewährt werden, die Zugang zum Suchthilfesystem nicht über ambulante Beratungsstellen finden? Es handelt sich um eine wichtige Kompetenz der Beratungsstellen, die kaum bis nicht durch andere Stelle gewährleistet werden kann.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vor allem Personalfluktuaton</li> <li>- sekundär Priorisierung entsprechender Strukturen</li> <li>- Gewährleistung für Personen mit anderem Zugang zum Suchthilfesystem.</li> </ul> | Appellieren, ggf. Formalisierung.  | Wichtigkeit einer festen Ansprechperson kann als in der Suchthilfe anerkannt gesehen werden, aber in grauer und weißer Literatur kaum thematisiert. Die Empfehlung zielt vor allem darauf ab, den Aspekt der (Fach-)Öffentlichkeit ins Bewusstsein zu rufen. Betroffenenperspektive ist hier ausschlaggebend, sowohl im Rahmen des Expertise-Gremiums als auch Survey-Ergebnisse. |

### 3 Antragsprozess erleichtern

|   | Einschätzung Zielführung  | Einschätzung Machbarkeit   | Offene Fragen  | Erwartete Hürden der Umsetzung  | Lösungsansätze für Hürden                                      | Weitere Aspekte |
|---|---|--|--|---|--|-----------------|
| <b>3a)</b> Prüfung, wie das Antragsverfahren ressourcensparend optimiert werden kann, unter Einbindung der beteiligten Akteure.   | Unsicherheit, ob letztlich ein für verschiedene Kostenträger sowie Antragstellende zufriedenstellender Kompromiss gefunden werden kann. Ein gezielter Versuch wird jedoch übereinstimmend als sinnvoll erachtet, da bei Erfolg günstige Kosten-Nutzen-Relation. | Machbarkeit der Optimierung: s. Einschätzung Zielführung; Machbarkeit der Prüfung: Wenn eine Stelle die Initiierung übernimmt und Teilnehmenden notwendige Zeit eingeräumt wird, als machbar eingeschätzt. | Federführende Stelle.  | - Zeitliche Ressourcen. Insbesondere bei Kostenträgern, für die Benefit nicht offenbar ist, droht unzureichende Bereitschaft. | - Ausgleich gewährleisten, Nutzen für alle Beteiligten finden. |                 |
| <b>3b)</b> Aufbau einer effizienten Kommunikationsstrategie für personenungebundene Informationen zwischen ambulanten Beratungsstellen und DRV, ggf. unter Beachtung der Möglichkeit, mittelfristig Akutstationen und gesetzliche Krankenkassen zu involvieren. | Zielführend für besseren Informationsfluss und angezeigt.   | Als machbar eingeschätzt.  | - Wenn digital sind technische Umsetzungsmöglichkeiten durch Abgleich der Ausstattung/Möglichkeit DRV und Beratungsstellen zu finden.<br>- DRV mit allen Bayerischen Regionalstellen involviert, ohne Bund? Pragmatische Lösung sollten Mitarbeitende benennen können. |   |  |                 |

#### 4 Demografischem Wandel begegnen

|  | Einschätzung Zielführung   | Einschätzung Machbarkeit                              | Offene Fragen | Erwartete Hürden der Umsetzung                       | Lösungsansätze für Hürden | Weitere Aspekte |
|--|--|---|---------------|--|---------------------------|-----------------|
| <b>4a)</b> Ausschluss von Entwöhnungsbehandlungen aus den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausgeldversicherung (MB/KK) rückgängig machen. | Zielführung bzgl. Antragssteigerung voraussichtlich gering, da es zahlenmäßig nicht viele Personen betrifft. Zielführung bzgl. Schließen einer wachsenden Versorgungslücke sicher. | Ungewiss, da mit Widerstand der GKVen zu rechnen ist. |               | s. "Einschätzung Machbarkeit": Widerstand der GKVen. |                           |                 |

#### 5 Frühe Erreichung Betroffener verbessern

|   | Einschätzung Zielführung  | Einschätzung Machbarkeit   | Offene Fragen | Erwartete Hürden der Umsetzung                | Lösungsansätze für Hürden                                    | Weitere Aspekte  |
|---|---|--|---------------|---|--|--|
| <b>5a)</b> Ausbau von Interventionsmaßnahmen, die Betroffene zu einem möglichst frühen Stadium der Abhängigkeit erreichen.        | Auf Basis starker wissenschaftlicher Evidenz kann von besseren Therapieerfolgen bei weniger chronifizierten/mehrfachbelasteten Fällen ausgegangen werden. | Wenn Priorisierung gegeben, sehr gute Einschätzung bzgl. Machbarkeit. Erfolgreich praktiziertes müsste lediglich ausgeweitet werden. | Finanzierung. | - Bereitstellung von Ressourcen erforderlich. | - Argumentation der Mehrkosten durch späte/keine Erreichung. | Frühere Erreichung kann dazu führen, dass stationäre Entwöhnung keine indizierte Therapie ist, was dann ja trotzdem ein positiver Effekt ist. Blick ist hier aber ja auf Personen, bei denen der Antritt stationärer Entwöhnung bereits ein Fortschritt ist. |
| <b>5b)</b> Stärkere Zusammenarbeit mit Strukturen der Selbsthilfe, um mehr Betroffene durch das formale Hilfesystem zu erreichen. | Auf Basis von Erfahrungsberichten und wissenschaftlicher Evidenz als zielführend eingeschätzt.  | Sehr positive Einschätzung bzgl. Machbarkeit.  |               |   |  | Genauen Rahmen vereinbaren, z.B. Kooperationsvertrag. Genaue Form der Kooperation vermutlich uneinheitlich und abhängig von lokalen Gegebenheiten/Möglichkeiten/Bedarfen.  |

## 6 Entstigmatisierung

|   | <b>Einschätzung Zielführung</b>   | <b>Einschätzung Machbarkeit</b>  | <b>Offene Fragen</b>                                     | <b>Erwartete Hürden der Umsetzung</b>  | <b>Lösungsansätze für Hürden</b>  | <b>Weitere Aspekte</b>   |
|---|---|--|--|--|---|--|
| <b>6a)</b> Förderung der öffentlichen Anti-Stigma-Arbeit.   | Sicher bezüglich der langfristigen besseren Erreichung Betroffener.   | Know-How zu effektiver Präventionsarbeit ist vorhanden, ebenso entsprechende Programme. Machbarkeit ist eine Frage der Priorisierung von Ressourcen. |  | - Bereitstellung von Ressourcen erforderlich.  | - Betonung der Folgekosten unbehandelter Fälle.   | Synergien mit Verbänden, Vereinen etc. zu anderen Krankheiten/psychischen Störungen können genutzt werden.                                   |
| <b>6b)</b> Überprüfung der Fortbildungskonzepte für Sachbearbeitenden der Kostenträgerstellen sowie für Tätige des MDK bezüglich der zu begutachtenden Störungsbilder, hinsichtlich Inhalten und Anpassung regelmäßiger Nachschulungen. | Sicher bezüglich Stigmareduktion durch Sensibilisierung.  | Unsicher, solange nicht für Kostenträger verpflichtend.  | - Finanzierungsstelle<br>- Teilnahme über Verpflichtung? | - Bereitschaft der Kostenträger da Ressourcen notwendig ohne dass eigener Nutzen offensichtlich. | Eventuell zusätzlichen Nutzen weiter qualifizierten Personals herausstellen (z.B. positive Auswirkungen von Kompetenzgefühl).   |  |
| <b>6c)</b> Ausbau der Rehabilitationsangebote für Personen mit besonderen Bedürfnissen.   | Sicher bezüglich Verminderung struktureller Stigmatisierung und besserer Erreichung betreffender Personen durch stationäre Entwöhnungsangebote. | Fraglich unter aktuellen Vergütungssätzen, da diese kaum Spielraum für entsprechenden Ausbau lassen.   |  | s. "Einschätzung Machbarkeit": Ressourcenmangel bei Kliniken.                                    | Möglicherweise im Rahmen der Umsetzung Gesetz Digitale Rentenübersicht: Leistungserbringen bemühen sich um ein Vergütungssystem, das sich Leistungsvorgaben orientiert. | Setzt sich der beobachtete Trend steigender Mehrfachbelastungen und hin zu illegalen Drogen fort, ist der Angebotsausbau zunehmend relevant. |