

# Sucht(behandlung) in der Krise

Kurzbericht

---

Autorinnen/Autoren

Julian Strizek  
Martin Busch  
Birgit Priebe  
Alexandra Puhm  
Alfred Uhl

Wien, im Dezember 2020

Zitervorschlag: Strizek, Julian; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2020):  
Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

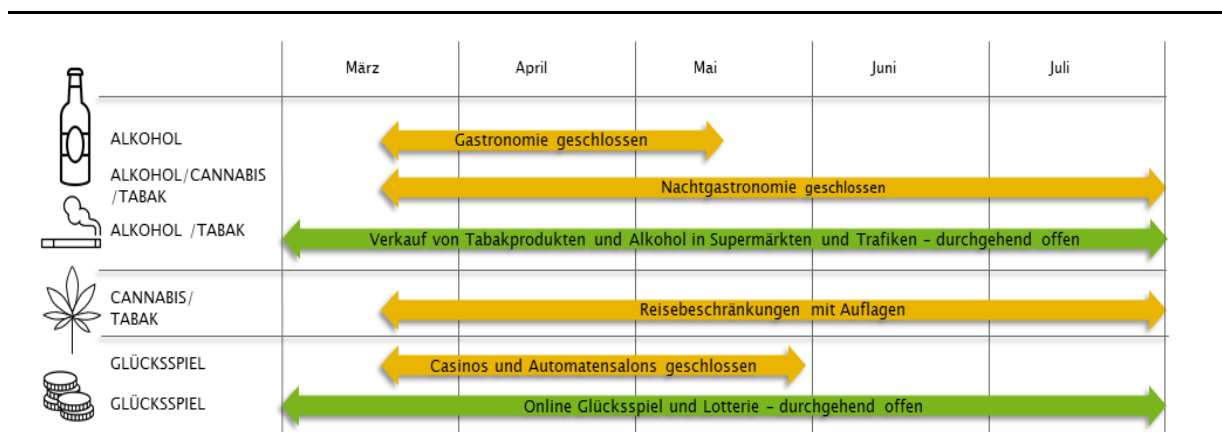
## Sucht(behandlung) in der Krise

### Ausgangslage und Problembeschreibung

Die erste Welle der Corona Pandemie traf Österreich ebenso wie viele andere Länder im Frühjahr 2020 relativ unvorbereitet. Aufgrund steigender Infektionszahlen wurden mit 16. März zahlreiche Beschränkungen des öffentlichen Lebens verordnet, und Ende März wurde der Peak der ersten Welle erreicht. Viele dieser Beschränkungen sind mit Auswirkungen auf Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial verbunden wie etwa die Schließung der Gastronomie oder von Casinos und anderen terrestrischen Glücksspielorten. In den folgenden Monaten kam es zu einem Abflachen der Infektionszahlen und damit zu einer Lockerung der Beschränkungen. Mit Ende des Sommers kam es zu einem erneuten Anstieg der Infektionszahlen und zu einer zweiten Welle, die jene aus dem Frühjahr deutlich übertraf.

Abbildung 1:

Übersicht über Einschränkungen während des ersten Lockdowns mit Relevanz für Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial



Anmerkung: Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Kurzberichts war der weitere Verlauf der Einschränkungen des zweiten Lockdowns noch nicht abschätzbar.

Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Forschungsstand zu Auswirkungen von Corona auf Suchtverhalten und Suchtbehandlung

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung sind eine Herausforderung, die weder auf einzelne Länder noch auf einzelne Versorgungsbereiche beschränkt ist. Initiativen, die einen sehr allgemeinen **Austausch von COVID-19-Lernerfahrungen** fördern sollen, wurden etwa von der WHO

ins Leben gerufen<sup>1</sup> und bieten allgemeine Informationen über Reaktionen der Gesundheitsversorgung in unterschiedlichen Ländern (European Observatory on Health Systems and Policies 2020). Internationaler Austausch zum Themenbereich „Corona und illegale Drogen“ erfolgt unter anderem über die EMCDDA<sup>2</sup>, die regelmäßige Bulletins zu aktuellen Forschungsergebnissen erstellt und verfügbar macht. Ebenso wurde unter der Koordination der EMCDDA im April 2020 ein europaweites **Quick Assessment** durchgeführt, an dem sich auch Österreich beteiligte (EMCDDA 2020; Horváth et al. 2020). Da keine vergleichbare EU-Behörde existiert, die für legale Drogen zuständig ist, fehlen analoge Strukturen für einen koordinierten und schnellen Austausch von Forschungsergebnissen in Bezug auf Corona und Alkohol. Auch die WHO publizierte bislang nur wenige alkoholspezifische Dokumente im Rahmen der Corona-Pandemie. Diese wenden sich in erster Linie an Konsumentinnen/Konsumenten und rufen zur Mäßigung des Konsums während der Pandemie auf (WHO 2020).

An verschiedenen Stellen wird auf eine erhöhte Vulnerabilität süchtiger Menschen in Hinblick auf Belastungen durch die Pandemie (z. B. infolge einer stärkeren sozialen Isolation) bzw. hinsichtlich eines schweren Verlaufs einer Corona-Infektion (z. B. aufgrund von Begleiterkrankungen oder einer Schwächung des Immunsystems) verwiesen (Chick 2020). Allerdings lassen bereits vorliegende Behandlungsdaten nicht auf eine Häufung von Corona-Behandlungen bei Personen mit Alkoholproblemen schließen (Hamer et al. 2020; Vallecillo et al. 2020). Insgesamt ist die verfügbare Literatur zu „Corona und Sucht“ – wie bei jedem erst in Entstehung befindlichen Forschungsgegenstand – dadurch gekennzeichnet, dass es sich mehrheitlich um vorläufige **Zwischenergebnisse, Erfahrungsberichte oder Experteneinschätzungen** handelt, die in erster Linie dazu dienen, Hypothesen zu generieren, während großangelegte Studien zur Prüfung dieser Hypothesen noch nicht verfügbar sind.

Eine Zusammenfassung der vorläufigen Erfahrungen mit dem ersten Lockdown aus Deutschland (Weissing 2020) bildete eine wesentliche Grundlage für die Erstellung eines Interviewleitfadens zur Beschreibung der Situation in Österreich im gegenständlichen Kurzbericht. Zwischenzeitlich wurden auch in Deutschland Erfahrungsberichte aus **unterschiedlichen Versorgungsbereichen** publiziert: In einem Fallbeispiel aus dem Bereich der stationären Rehabilitation zeigten sich einige coronabedingte Veränderungen, die jedoch Patientinnen/Patienten, die sich bereits in stationärer Versorgung befanden, nur relativ wenig tangierten. So kam es z. B. zu keinem Anstieg von Behandlungsabbrüchen (Schöneck 2020). Für Konsumentinnen/Konsumenten illegaler Substanzen berichten Wersé/Klaus (2020), dass die Angebote der Drogenhilfe in Deutschland stark eingeschränkt wurden, wohingegen Take-home-Regelungen vielerorts ausgeweitet wurden (Soyka 2020). Auch für Angehörige von suchtkranken Menschen sind laut Expertenmeinung differenzielle Effekte in Abhängigkeit von der Suchtform, der zugrunde liegenden Belastung und der Art der Beziehung zu der suchtkranken Person zu erwarten (Bischof et al. 2020). Im

---

<sup>1</sup> COVID-19 Health System Response Monitor, abrufbar unter <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> (letzter Zugriff am 11. 12. 2020)

<sup>2</sup> European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse

Bereich der Suchtprävention (Goecke 2020) kam es sowohl auf inhaltlicher Ebene zu Veränderungen (Verzahnung von Corona-Themen mit Suchtthemen, wie z. B. im Falle der Auswirkungen von sozialer Isolation auf die Konsummotivation) als auch auf Ebene der Umsetzung (digitale Angebote anstelle interaktiver Angebote), wobei noch offen ist, ob Letzteres als Chance für mehr Digitalisierung im Bereich der Suchtprävention zu werten ist.

Ein weiterer Forschungsstrang betreffend „Corona und Sucht“ beschäftigt sich mit **Veränderungen im Konsumverhalten** infolge der Pandemie, wobei bisher die meisten Daten auf nicht-repräsentativen Stichproben basieren. Eine große europaweite Onlineerhebung<sup>3</sup> zu Alkoholkonsum (Manthey et al. 2020) kommt zu dem Ergebnis, dass insgesamt eine Konsumreduktion stattgefunden hat, wobei niedrigere Trinkmengen vorwiegend von Jüngeren sowie von Personen ohne subjektives Stresserleben berichtet werden. Problematische Konsumentinnen/Konsumenten scheinen hingegen ihren Konsum gesteigert zu haben. Vorläufige Ergebnisse einer repräsentativen Onlinebefragung aus Österreich legen nahe, dass sich der Anteil derjenigen, die ihren Konsum von legalen bzw. illegalen Substanzen intensiviert haben bzw. diesen reduziert haben, sich in etwa die Waage hält und tendenziell junge Menschen stärker ihr Verhalten geändert haben als ältere Menschen (Strizek et al. 2020).

Als weiterer Schwerpunkt werden aktuell Möglichkeiten untersucht, durch digitale Informations- und Kommunikationstechnologien Beratungsangebote virtuell auch in Pandemiezeiten aufrecht zu erhalten. Entsprechende Angebote zur Beratung und Betreuung, Prävention, Behandlung oder Rückfallprophylaxe werden unter dem Begriff „**e-mental health**“ subsumiert (Riper et al. 2010). Auch veränderte Abläufe bei der Bewilligung notwendiger Medikamente, wie z. B. in der Substitutionsbehandlung (Hughto et al. 2020) oder die Möglichkeit der E-Konsultation von Fachärztinnen/Fachärzten bei Suchtfragen in anderen Einrichtungen (Sahu et al. 2020) werden als Möglichkeit zur Verbesserung der Behandlungspraxis derzeit diskutiert.

Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu Corona und Sucht sind im Entstehen begriffen und derzeit vor allem durch Experteneinschätzungen und punktuelle Fallberichte charakterisiert. Inhaltliche Schwerpunkte sind Auswirkungen auf das Konsumverhalten und auf die Versorgungspraxis in der Suchthilfe, wobei bei letzterem insbesondere Entwicklungsmöglichkeiten von Interventionen aus dem Bereich „e-mental health“ beleuchtet werden.

#### *Datenquellen für die Einschätzung der Situation in Österreich*

Die folgende Beschreibung der Pandemieauswirkungen auf die Versorgung suchtkranker Personen bzw. die österreichische Suchthilfe (Stand Dezember 2020) basiert auf Interviews mit den **neun Sucht- und**

---

3

Das Fehlen einer Zufallsstichprobe wurde in diesem Fall durch eine nachträgliche Gewichtung der Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss teilweise kompensiert.

**Drogenkoordinatorinnen/-koordinatoren<sup>4</sup> (SuKo)** der Bundesländer, die im Zeitraum von Mitte Oktober bis Anfang November durchgeführt wurden (siehe Tabelle hinten).

Das hier skizzierte Bild basiert somit auf den **Erfahrungen der ersten Welle**, während der es laut Auskunft der SuKo mit wenigen Ausnahmen kaum bekannte COVID-positive Fälle im Bereich der Suchtbehandlung gab. Trotz der weitgehenden Abwesenheit positiver Fälle, kam es zu **zahlreichen Einschränkungen und Veränderungen**, die sowohl Klientinnen/Klienten und Mitarbeiter/-innen von Suchthilfeeinrichtungen als auch die Organisation des Suchthilfenetzes betrafen.

#### **Welche Auswirkungen gab es auf unterschiedliche Versorgungsbereiche der Suchthilfe?**

Über alle Versorgungsbereiche hinweg war die einhellige Rückmeldung, dass **Erstkontakte** mit Klientinnen/Klienten von den Einschränkungen stärker in Mitleidenschaft gezogen wurden als laufende Betreuungen von Klientinnen/Klienten, die sich bereits in Behandlung befunden hatten. Ebenso allgemein war die Rückmeldung, dass *physical distancing* die **Beziehungsarbeit** und in weiterer Folge das Aufrechterhalten und Vertiefen der therapeutischen Beziehung erschwerte.

In Hinblick auf die Abläufe in mehreren Bundesländern wird kritisiert, dass Entschlüsse zur Schließung von Angeboten größtenteils **ohne Absprache mit dem Suchthilfesystem** und zumeist sehr kurzfristig getroffen wurden, wodurch kaum eine Möglichkeit bestand, entsprechende Vorbereitungen zu treffen. In Hinblick auf andere Bundesländer wird hingegen positiv hervorgehoben, dass dort die **Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder frühzeitig eingebunden** waren bzw. eigenständig das jeweilige Konzept für den Lockdown und für das langsame Hochfahren danach in Rücksprache mit den Sanitätsdirektionen erstellen und durchführen konnten.

#### *Angebote der Suchtprävention<sup>5</sup>*

Aus mehreren Bundesländern wird berichtet, dass Angebote aus dem **Bereich der Suchtprävention** stark reduziert oder komplett eingestellt wurden. Teilweise wurden bestimmte Angebote der Fachstellen für Suchtprävention nunmehr online abgehalten (z. B. Onlineelternabende anstelle von Informationsveranstaltungen vor Ort), die auch stark nachgefragt wurden. Ein besonders starkes Interesse war bei Eltern zu dem Thema Nutzung digitaler Spiele und neuer Medien zu verzeichnen, die seitens Jugendlicher infolge der Einschränkungen verstärkt erfolgte.

---

4

In manchen Fällen sind die Aufgaben der Suchtkoordination mit jenen der Psychiatriekoordination in einer Person vereint.

5

Da die Prävention einer Suchterkrankung deren Behandlung auf Ebene der betroffenen Individuen voran geht, folgt auch die gegenständliche Beschreibung der Pandemieauswirkungen auf verschiedene Bereiche der Suchthilfe dieser Logik.

Durch die Einstellung von Angeboten der Suchtprävention waren **Jugendliche in einem besonderen Maße betroffen**, weil angenommen wird, dass es gerade bei dieser Zielgruppe seit Ausbruch der Corona-Pandemie einen erhöhten Rede- und Beratungsbedarf gibt. Aufgrund des Lockdowns fanden keine persönlichen Kontakte im öffentlichen Raum statt (auch weil sich dort kaum Leute aufhielten), und auch Angebote in Beratungseinrichtungen wurden deutlich weniger nachgefragt (u. a. aufgrund von Vorbehalten gegenüber dem Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes).

#### *Ambulanter Bereich*

In allen Bundesländern lautete während des ersten Lockdowns die Prämisse für den ambulanten Bereich, den Kontakt mit den Klienten/Klientinnen **aufrecht zu halten**, gleichzeitig aber **persönliche Kontakte** durch den Einsatz von Informations- oder Telekommunikationstechnik (ITK) so weit wie möglich zu vermeiden.

In allen Bundesländern wurden durch den Einsatz von ITK-Technologie neue **Möglichkeiten zur Kontaktaufrechterhaltung** geschaffen, was zu einer grundlegenden Veränderung der Behandlungspraxis geführt hat. Der Einsatz von **Telefonberatung oder Onlineangeboten** erfolgte in erster Linie entsprechend den Präferenzen und technischen Kompetenzen der Patientinnen und Patienten. In manchen Bundesländern wurde auf Onlineangebote in Ermangelung notwendiger Ressourcen und Strukturen bzw. aufgrund von Datenschutzbedenken verzichtet und erfolgte die gesamte Beratung telefonisch. **Gruppentherapeutische Angebote** wurden im ambulanten Bereich weitgehend ausgesetzt.

#### *Stationärer Bereich*

In sechs Bundesländern kam es vorübergehend zu einer zumindest **teilweisen Schließung stationärer Behandlungsangebote** in suchtspezifischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten. Somit waren mancherorts vorübergehend längerfristige Entwöhnungsbehandlungen nicht möglich. Während in manchen Regionen aufgrund dieser Schließungen überhaupt keine Entzugsbehandlungen möglich waren bzw. Patientinnen/Patienten dafür auf andere Bundesländer ausweichen mussten, wurden in anderen Regionen Entzüge vorübergehend auf internen Stationen durchgeführt.

Schließungen im stationären Suchthilfebereich erfolgten teilweise explizit, um **Betten für COVID-19-Patientinnen/Patienten** frei zu halten bzw. um Patientinnen und Patienten aus anderen Spitälern übernehmen zu können. Mehrfach wurde berichtet, dass diese Betten letztlich aber nie für diese Zwecke genutzt wurden und dies in manchen Fällen aufgrund der vorhandenen Ausstattung auch gar nicht möglich gewesen wäre (z. B. kein Sauerstoffanschluss, um eine künstliche Beatmung vorzunehmen).

In einem weiteren Bundesland kam es zwar zu keiner Schließung des stationären Bereichs der Suchthilfe, aber zu einem **temporären Aufnahmestopp**, mancherorts in Verbindung mit der Aufforderung, Neuaufnahmen nur in Notfällen durchzuführen und die Behandlungsdauer nach Möglichkeit zu verkürzen.

In zwei Bundesländern schließlich konnte der stationäre Betrieb der Suchthilfe weitestgehend uneingeschränkt weitergeführt werden.

An manchen Standorten wurde versucht, Einschränkungen im stationären Bereich durch eine Ausweitung des ambulanten Angebots zu kompensieren. Gleichzeitig gab es Schilderungen, dass stationäre Patientinnen/Patienten nur unzureichend mit sozialarbeiterischen Maßnahmen aufgefangen werden konnten und dass es verstärkt zu **Rückfällen** bei bereits in Betreuung befindlichen Personen kam.

Die Schließung stationärer Einrichtungen hatte zudem negative Auswirkungen auf jene Personen, die zu diesem Zeitpunkt gerade motiviert waren, eine Behandlung zu beginnen. Erfahrungen zeigen, dass es oftmals nur ein kleines Zeitfenster der Behandlungsmotivation gibt, innerhalb dessen Patientinnen und Patienten Zugang zur Suchthilfe finden. Dieses Problem einer **ungenutzten Behandlungsmotivation** verschärfte sich dadurch, dass insbesondere in den Bereichen bei Alkohol und Glücksspiel beobachtet wurde, dass manche Klientinnen/Klienten den Lockdown zu einer Änderung ihres Suchtverhaltens hätten „nutzen wollen“.

In vielen stationären Suchthilfeeinrichtungen wurden **Ausgangsbeschränkungen** erlassen, deren Auswirkungen auf die Klientel sehr heterogen geschildert werden. Diese reichen von einer anfänglichen Erleichterung über den geschützten Rahmen bis zu einer Belastung durch die längerfristige Isolation von Angehörigen. Als hilfreich erwies sich dabei, den Wegfall unbegleiteter Ausgänge durch verstärkte Angebote von **begleiteten Ausgängen/Freizeitaktionen** (mit entsprechenden Hygienevorgaben) zu kompensieren, um die für die Suchtklientel wichtige Erprobung außerhalb eines geschützten Rahmens aufrechtzuerhalten. Zudem wurde versucht, eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten und der damit verbundenen Isolation durch mehr Möglichkeiten der Kommunikation mit Angehörigen via Telefon bzw. online entgegenzuwirken (sofern eigene Geräte aus therapeutischen Gründen abgenommen worden waren). Nur in wenigen Ausnahmen wurde auf strikte Ausgangsverbote verzichtet und stattdessen im Konsens mit den Patientinnen und Patienten versucht, adäquate Strategien zur Infektionsvermeidung zu implementieren. Bisher vorliegende Einschätzungen von Therapeutinnen/Therapeuten legen nahe, dass die Verfügung eingeschränkter Ausgangsmöglichkeiten zu keinem Anstieg von Therapieabbrüchen geführt hat.

#### *Aufsuchende und niederschwellige Angebote*

Niederschwellige Angebote der Suchthilfe (z. B. ambulante Angebote ohne Voranmeldung wie ein „Kontakt-Café“), Maßnahmen zur Schadensminimierung (z. B. Drug-Checking<sup>6</sup>) oder aufsuchende Angebote (z. B. Streetwork) wurden in allen Bundesländern **teilweise eingestellt** bzw. mussten ihr **Leistungsspektrum maßgeblich adaptieren**.

So wurden etwa vermehrt Hausbesuche durchgeführt, persönliche Kontakte aus Einrichtungen in den öffentlichen Raum verlegt oder wurde eine **Reduktion der Angebotspalette** durchgeführt, indem bestimmte Dienstleistungen (z. B. Sprizentausch, Möglichkeiten zum Duschen, Versorgung mit Lebensmitteln) ohne ein – ansonsten begleitendes – Beratungsgespräch durchgeführt wurden. An manchen

---

6

wird nur in Tirol und Wien angeboten



Standorten wurden derartige Angebote aber zeitweise zur Gänze eingestellt oder zeitlich stark eingeschränkt.

Unterschiedliche Rückmeldungen erfolgten zur Verfügbarkeit von **Notschlafstellen**: In manchen Regionen gab es hier keine Neuaufnahmen, was speziell als Problem für Jugendliche eingestuft wird, da diesen so eine wichtige Ausweichmöglichkeiten bei ernsthaften familiären Problemen abhanden kam. In einem Bundesland wurde das Angebot von Notschlafstellen hingegen sogar ausgeweitet (ganztägige Öffnung), um den Wegfall von Tageszentren im niedrighschwelligem Bereich zu kompensieren.

Wiederholt wurde berichtet, dass Maßnahmen zur **Festigung der Tagesstruktur** von Suchtpatientinnen/Suchtpatienten sowie Beschäftigungsprojekte nur noch stark eingeschränkt verfügbar gewesen seien und auch in diesem Bereich versucht worden sei, über das Telefon den Kontakt aufrechtzuerhalten. Angebote, die ein Zusammentreffen mehrerer Personen mit sich bringen, wurden hingegen eingestellt.

In einem Bundesland war das schadensminimierende Drug-Checking-Angebot bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie auf Apotheken ausgeweitet worden. Diese „stationäre“ **Möglichkeit zur Testung von Substanzen** zur Vermeidung von Überdosierungen bzw. Vergiftungen konnte dadurch trotz des Wegfalls von Veranstaltungen, bei denen zuvor Drug-Checking durchgeführt worden war, aufrechterhalten werden.

### *Selbsthilfe*

Nicht in allen Bundesländern stehen Informationen zu den Auswirkungen der Krise auf Selbsthilfeangebote zur Verfügung. Die vorhandenen Informationen legen allerdings nahe, dass während des Lockdowns **Gruppentreffen eingestellt** wurden und nur in einem geringen Ausmaß durch telefonische Betreuung ersetzt wurden. Auch wenn im Sommer persönliche Treffen wieder organisiert wurden, sind durch die Pause einige Personen aus Gruppen weggeblieben, was mit einer erhöhten Anzahl von Rückfällen in Verbindung gebracht wird. Insgesamt hat der Wegfall von Selbsthilfeangeboten zur Destabilisierung von Personen beigetragen, die diese Angebote genutzt hatten.

Suchtpräventive Angebote wurden während des Lockdowns zu einem Großteil eingestellt und konnten nur zu einem geringen Ausmaß durch Online-Angebot ersetzt werden. Im Bereich der ambulanten Versorgung konnte mittels Telefon- und Onlineangeboten der Kontakt zu den meisten Klienten/Klientinnen aufrecht gehalten werden, gruppentherapeutische Angebote mussten hingegen eingestellt werden. Letzteres betraf auch Angebot der Selbsthilfe. In sechs von neun Bundesländern wurden während der ersten Welle stationäre Angebote der Suchthilfe vorübergehend geschlossen, was sich in vielen Fällen rückblickend als nicht notwendig erwies. Auch im Bereich der niederschwelligen sowie bei tagesstrukturierenden Angeboten der Suchthilfe kam es zu deutlichen Einschränkungen in Ausmaß und Qualität der Angebote.

### **Richtlinien und Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen**

In allen Bereichen der Suchthilfe wurden allgemeingültige Hygienemaßnahmen umgesetzt (Abstandhalten, Händewaschen, Desinfektion).

### *Anschaffung von Schutzausrüstung*

Die Anschaffung von Schutzausrüstung (Masken, Kittel und Desinfektionsmittel) für Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe erfolgte in mehreren Regionen **direkt über die Landesbehörden**, u. a. weil Suchthilfeeinrichtungen als Bestandteil der kritischen Infrastruktur definiert sind. In anderen Bundesländern wurde Schutzausrüstung über die Träger der ambulanten Versorgungseinrichtungen (Dachorganisation mit mehreren Standorten) akquiriert. Nur in Ausnahmen wurde solches Material **direkt von den Einrichtungen** beschafft, wobei die Kosten im Falle einer Überschreitung der vorhandenen Mittel aus externen Fördertöpfen rückvergütet wurden.

### *Testungen*

Österreichweit einheitlich wurde **im stationären Bereich vor jeder Neuaufnahme** von Klientinnen/Klienten an ihnen ein Corona-Test durchgeführt. Auch bei Wohneinrichtungen wurden ähnlich verfahren. Mitarbeiter/-innen im stationären sowie im gesamten ambulanten Bereich wurden hingegen in der Mehrheit der Einrichtungen nur dann getestet, wenn Symptome vorlagen<sup>7</sup> (betrifft sowohl Mitarbeiter/-innen als auch Klientinnen/Klienten). Von einem großflächigen Test aller Klientinnen/Klienten und Mitarbeiter/-innen wurde nur aus einem Bundesland berichtet, und auch das stellte sich bloß als eine einmalige Aktion heraus.

### *Richtlinien und Vorgaben für Hygiene und Infektionsschutz*

Für den stationären Bereich der Suchthilfe galten im Wesentlichen die gleichen Vorgaben wie für andere **stationäre Versorgungsbereiche** – darüber hinaus wurden keine spezifischen Vorgaben oder Richtlinien erwähnt.

Im ambulanten Setting bildeten in mehreren Bundesländern die zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden **Vorgaben des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** für andere Versorgungsbereiche (z. B. Altenpflege oder Behindertenhilfe) eine Grundlage für entsprechende Schutzmaßnahmen. Diese Vorgaben wurden teilweise als hilfreich und ausreichend erlebt. Dort, wo Adaptierungen für Suchthilfeeinrichtungen (aber auch für Obdachlosenheime) notwendig waren, wurden diese von Ländersseite bzw. von den jeweiligen Trägern durchgeführt und aufgrund von Unterschieden in den Gegebenheiten vor Ort bzw. bei den Bedürfnissen der Klientel teilweise als herausfordernd empfunden.

Die konkrete Ausarbeitung von Richtlinien für Hygiene- und Schutzmaßnahmen für Einrichtungen im ambulanten Bereich erfolgt meist auf Ebene der **Trägereinrichtungen**. In manchen Bundesländern wurde es als negativ erlebt, dass es keine übergeordnete Leitlinie gab und die Einrichtungen diese Aufgabe selbst

---

7

Durch technische Entwicklungen in den Testmöglichkeiten (die sich z. B. in der Verfügbarkeit von Antigentest oder Gurgeltests widerspiegeln) ist es wahrscheinlich, dass sich die Handhabung von Testungen laufend ändert.

übernehmen mussten. Dabei taten sich kleinere (zumeist auf illegale Substanzen spezialisierte) Einrichtungen tendenziell leichter als größere (zumeist auf Alkohol spezialisierte) Einrichtungen.

### *Sonstige Schutzmaßnahmen*

Als weitere Schutzmaßnahmen wurden in manchen stationären Einrichtungen die **Plätze in der Alkoholentwöhnung deutlich reduziert** oder Isolierzimmer für die ersten Tage des Aufenthalts eingerichtet. Diese Prozedere verursachten mitunter erhebliche logistische Schwierigkeiten und Verzögerungen bei der Aufnahme von neuer Klientinnen/Klienten, da unter anderem immer nur eine bestimmte Anzahl von **Quarantänebetten** zur Verfügung stand. Dies kann laut Aussage aus einem Bundesland auch der Grund dafür sein, dass die Krise in der stationären Versorgung für den Drogenbereich weniger Auswirkungen hatte als für den stationären Alkoholbehandlungsbereich, denn bei ersterem überwiegen längerfristige Betreuungskonzepte, wodurch das Problem mit Neuaufnahmen nur eine geringere Rolle spielt.

Auch die **Aufteilung der Mitarbeiter/-innen mit Patientenkontakt in separierte Teams** bzw. die Einführung entsprechender Diensträder wurden als Maßnahmen gegen die Infektionsausbreitung eingesetzt.

Maßnahmen zum Infektionsschutz im Bereich der stationären Suchthilfe verliefen einheitlicher als im Bereich der ambulanten Suchthilfe. Zusätzliche Schutzmaßnahmen umfassten an manchen Standorten eine Reduktion der Behandlungsplätze, die Einrichtungen von Quarantänebetten oder die Aufteilen der Mitarbeiter/innen in separierte Teams.

### **Welche Patientinnen und Patienten waren besonders betroffen?**

Insgesamt werden die bisherigen (kurzfristigen) Pandemieauswirkungen auf Klientinnen und Klienten als **sehr heterogen** geschildert: bei manchen von ihnen waren kaum Veränderungen zu verzeichnen, manche waren aufgrund der veränderten Angebotslage weniger stabil, manche zogen sich zurück und es waren vermehrte Anstrengungen erforderlich, um Letztere nach dem Lockdown wieder zur Zusammenarbeit zu motivieren.

Wiederholt wurde der Eindruck vermittelt, dass Klientinnen/Klienten, die **bereits stabil in das Suchthilfe-system** integriert gewesen waren, deutlich weniger Probleme hatten, als Personen im Rahmen einer Erstbehandlung oder instabile Patientinnen/Patienten (z. B. aufgrund von Multimorbidität oder Beikonsum). Bei letzterer Gruppe wird aus mehreren Bundesländern von einem Anstieg von Behandlungsabbrüchen bzw. Rückfällen berichtet. Insgesamt kam es zu **weniger Neuaufnahmen in eine kontinuierliche Behandlung**, während Personen, die nur einer kurzfristigen Intervention bedurften, weniger betroffen waren.

Widersprüchliche Aussagen wurden in Bezug auf eine erhöhte Vulnerabilität von Suchtklientinnen/-klienten getätigt: Einerseits seien diese durch Unsicherheiten und Umstellungen in der Suchthilfe besonders betroffen, weil diese Klientel in besonderem Maß auf die **stabilisierende Funktion** eines regelmäßigen Kontakts zu Versorgungseinrichtungen angewiesen sei. Zudem wirke sich die Angebotsreduktion auf Suchtkranke besonders drastisch aus, da ein Ausweichen auf alternative Versorgungsbereiche nur schwer möglich sei, weil Suchtkranke entweder aus fachlichen Gründen (insbesondere bei aufrechter Konsum) von anderen Angeboten ausgeschlossen seien oder das mit Suchterkrankungen verbundene Stigma eine

anderweitige Versorgung behindere. Für viele Suchtpatientinnen und -patienten ist zudem das **Tragen von MNS-Masken** mit einer großen Belastung verbunden, bzw. kann es zu Panikreaktionen führen, was in weiterer Folge dazu beitrug, dass weniger direkte Betreuungen in Anspruch genommen wurden. Dem stehen Schilderungen gegenüber, welche die **Fähigkeit zur Krisenbewältigung** bzw. zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen (Resilienz) von Suchtklientinnen/-klienten betonen, die sich während der Corona-Krise als hilfreich erwiesen habe.

Eine spezielle Gruppe stellen Personen dar, die eine **Therapie nicht aus Eigenmotivation** (sondern z. B. aufgrund behördlicher Auflagen) begonnen hatten und für die der Lockdown diesbezüglich zumindest kurzfristig mit weniger Stress verbunden war.

Dabei sind sowohl **kurzfristige als auch langfristige Auswirkungen** auf die Versorgung von Suchtklientinnen/-klienten zu bedenken. Zu befürchten ist insbesondere, dass Suchtpatientinnen/-patienten mit Behandlungsbedarf nicht angemessen versorgt werden, was einen ungünstigeren Krankheitsverlauf und somit auch höhere Folgekosten in anderen medizinischen Versorgungsbereichen (z. B. interne Abteilungen oder Abteilungen für Psychiatrie) verursachen kann.

Die Auswirkungen des ersten Lockdowns unterscheiden sich je nach Klientenprofil, wobei insbesondere instabile Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten im Erstkontakt negativ beeinflusst wurden. Längerfristige Auswirkungen einer möglichen temporären Unterversorgung lassen sich größtenteils derzeit noch nicht abschätzen.

### **Welche Belastungen ergeben sich infolge der Corona-Pandemie für die Behandler/-innen?**

Kurzfristige Belastungen für Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe umfassen etwa erhöhte Erfordernisse in Hinblick auf die **Flexibilität bei Arbeitszeiten oder Arbeitsmodalitäten**. Diesen Anforderungen stand in manchen Bundesländern eine unzureichende technische Ausstattung (z. B. für Beratungen mittels Videotelefonie) entgegen, was dort für entsprechende Frustration sorgte.

Neue Arbeitsmodalitäten, wie etwa telefonische Beratungen stellen zudem eine Herausforderung dar, weil das **sichtbare Gegenüber** fehlt und ohne Mimik Emotionen schwerer zu erkennen sind. Dieser Umstand wiegt besonders schwer, wenn zuvor mit dem Gegenüber noch nie ein persönlicher Kontakt stattfand.

Neben aktuellen Belastungen bewegen längerfristige Unsicherheiten die Mitarbeiter/innen der Suchthilfe. Dies betrifft einerseits Ängste vor einem möglichen **Verlust des Arbeitsplatzes** angesichts der antizipierten Verschuldung der öffentlichen Haushalte, andererseits aber auch die Erwartungshaltung, dass die Nachfrage nach Suchtbehandlung bzw. -beratung – und damit auch das **Arbeitsausmaß nach Abklingen der akuten Krisensituation** – ansteigen wird.

In manchen Bundesländern wird aufgrund von Überlastung bereits ein **Anstieg der Krankenstände** bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Suchthilfe beobachtet. Ähnlich wie bei Klientinnen/Klienten wird aber auch in Hinblick auf Mitarbeiter/-innen von Suchthilfeeinrichtungen erwartet, dass psychosoziale Probleme erst **mit Verzögerung** und erst nach Abklingen der akuten Belastungssituation sichtbar werden.

Die Aufrechterhaltung des Betriebs erforderte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfeeinrichtungen ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in Bezug auf geänderte Arbeitsmodalitäten. Neben akuten Herausforderungen spielen auch Unsicherheiten in Hinblick auf die längerfristigen Arbeitsbedingungen eine Rolle.

### Veränderung der Vidierung in der Substitutionsbehandlung

Insgesamt hat die im April in Kraft getretene Veränderung der Vidierung von Rezepten für Substitutionsmittel<sup>8</sup> in allen Bundesländern nahezu ausschließlich zu **positiven Erfahrungen** geführt. Positiv hervorgehoben wird vor allem, dass damit eine Möglichkeit zur **Erweiterung der ärztlichen Gestaltungsmöglichkeiten** geschaffen worden sei, die einen individuelleren Behandlungsplan erlaube.

Insgesamt überwiegt der Eindruck, dass es zu keiner Zunahme von Problemen in der Substitutionsbehandlung kam, insbesondere zu keinem erhöhten Handel mit Substitutionsmitteln. Nur in Einzelfällen wurden Probleme (etwa eine **eigenständige Dosiserhöhung** durch eine freizügigere Mitgaberegung) berichtet und der Wunsch zur Rückkehr zu strengeren Abgaberegungen geäußert. Angemerkt wird zudem, dass die Umstellung zu einer **administrativen Mehrbelastung** für Drogenambulanzen geführt habe (für das administrative Personal oder die Sozialarbeit), weil sie Rezepte direkt an die Apotheken schicken mussten. Eine Herausforderung bleibt die **psychosoziale Begleitbetreuung** von Substitutionspatientinnen/-patienten, weil diese telefonisch zum Teil nur schwer erreichbar sind.

Aufgrund der überwiegend positiven Erfahrungen wurde von mehreren Seiten der Wunsch geäußert, das veränderte **Prozedere der Vidierung von Substitutionsrezepten auch zukünftig beizubehalten**, was im Rahmen des Bundesdrogenforums bis Juni 2021 empfohlen und im Rahmen einer Novelle des Suchtmittelgesetzes umgesetzt wurde.

In einem Bundesland war bereits vor der Änderung der Vidierungsvorschriften durch den Bund ein **länderspezifisches Prozedere** etabliert worden, das persönliche Kontakte für Klientinnen/Klienten und damit das Ansteckungsrisiko auf ein Minimum reduzierte.

Noch nicht gänzlich abschätzbar ist der Effekt der Corona-Pandemie auf die **Verfügbarkeit von Opiaten auf dem Schwarzmarkt**. Nur aus einem Bundesland wird berichtet, dass die geringere Verfügbarkeit von Opiaten am Schwarzmarkt zu einer verstärkten Nachfrage nach Substitutionstherapie geführt habe. In den anderen Bundesländern wurde diese Situation zwar auch erwartet, ist aber tatsächlich nicht eingetreten. Bisherige Erfahrungen ergeben demnach nur sehr begrenzte Hinweise für einen – mancherorts

---

8

Laut § 21 (8) Suchtgiftverordnung ist eine Substitutionsdauerverschreibung zusätzlich zur Verordnung des Substitutionsmittels durch die verschreibende Ärztin bzw. den verschreibenden Arzt durch eine Amtsärztin / einen Amtsarzt zu vidieren. Diese Anforderung wurde durch eine Änderung der Suchtgiftverordnung (Bundesgesetzblatt 2020, Teil II, 145) vorübergehend aufgehoben, wodurch der persönliche Kontakt zwischen Patient/-in und Amtsärztin/Amtsarzt wegfiel.

angesichts einer verringerten Verfügbarkeit von Opiaten auf dem Schwarzmarkt erwarteten – „Run“ auf die Substitutionsbehandlung.

Die Änderung der Vidierung von Rezepten für Substitutionsmittel wurde nahezu einhellig positiv beurteilt und könnte auch als Modell für die Substitutionsbehandlung für Zeiten nach Corona dienen.

### Hat sich das Ausmaß der Inanspruchnahme bzw. das Klientenprofil geändert?

Insgesamt hat die Corona-Pandemie in der Suchthilfe bewirkt, dass sich die **Art zu arbeiten** verändert hat. Einem Rückgang in der Auslastung in manchen Bereichen steht ein Anstieg zusätzlicher Aufgaben gegenüber, wodurch sich in Summe die Arbeitslast tendenziell erhöht und nicht reduziert hat.

#### *Herausforderungen und Behandlungsschwerpunkte*

Neue Herausforderungen ergaben sich daraus, dass manche Klientinnen/Klienten **nicht mehr erreichbar waren**, andere hingegen **intensivere Betreuungen benötigten**, etwa aufgrund von Vereinsamung, Isolation, Konflikten, psychiatrischer Komorbidität etc., was sich u. a. in einem **verstärkten Bedarf an psychosozialen Beratungen / therapeutischen Gesprächen** bemerkbar machte.

Zudem hat sich das Spektrum bzw. der Schwerpunkt der Behandlungsthemen geändert. So haben beispielsweise **familiäre Konflikte** – auch in Verbindung mit Gewalt – als Thema in der Suchtbehandlung zugenommen. Auch **finanzielle und berufliche Probleme** wie die Vereinbarkeit von Beschäftigung und Betreuungspflichten (verstärkt bei Klientinnen), Sorgen um den Arbeitsplatz und mit dem Jobverlust verbundene Selbstwertprobleme haben zugenommen und werden nach derzeitigen Einschätzungen auch längerfristig an Bedeutung gewinnen.

Durch Quarantäne und Ausgangsbeschränkungen war auch die **Sozialarbeit innerhalb der Suchthilfe** stärker im Einsatz als sonst. Die Vermittlung sozialer Unterstützungsangebote (z. B. Unterstützung bei der Deckung des Wohnbedarfs oder der Essensversorgung) in Zeiten eingeschränkter persönlicher Kontakte stellte eine große Herausforderung dar.

#### *Nachfrage und Auslastung*

Suchtpräventionsprogramme, die im **Setting Schule** stattfinden, konnten während des Lockdowns nicht fortgeführt werden, und vielerorts fehlte es zum damaligen Zeitpunkt an alternativen Konzepten, wie Jugendliche in einem vergleichbaren Ausmaß diesbezüglich erreicht werden können.

Aus mehreren Bundesländern wird berichtet, dass die Maßnahmen zur Infektionseindämmung während des Lockdowns (z. B. die Reduktion der Behandlungsplätze, die Einstellung gruppentherapeutischer Angebote) **zu langen Wartezeiten** geführt hätten und dass der dadurch entstandene Rückstau bis zum Herbst 2020 nicht habe aufgeholt werden können. In einem Bundesland hat sich in Verbindung mit einem solchen Rückstau für den Herbst 2020 allerdings noch keine verstärkte Nachfrage an Angeboten gezeigt, eine solche wird aber für die **Zeit nach der akuten Krisensituation** auch dort erwartet.

Infolge der generellen Reduktion von Aktivitäten im öffentlichen Raum kam es während des Lockdowns im Frühjahr 2020 auch zu einem Rückgang von Anzeigen wegen Verstößen gegen das Suchtmittelgesetz. Mit einer entsprechenden Verzögerung hat sich dadurch auch die **Anzahl der Behandlungen aufgrund behördlicher Auflagen** verringert, wenngleich Behörden natürlich nach wie vor diesbezüglich Vorladungen aussprechen und auf einschlägige Behandlungen hinwirken.

Bei manchen Versorgungsangeboten kam es während des Sommers eindeutig zu einer erhöhten Nachfrage. Beispielsweise wurde der Spritzentausch erhöht nachgefragt, da steriles Spritzenmaterial aus **Angst vor einem zweiten Lockdown** „gebunkert“ wurde.

#### *Veränderungen im Konsummuster und im Klientenprofil*

Aus manchen Regionen wird für Klientinnen/Klienten der Suchthilfe anekdotisch ein verstärkter Umstieg von illegalen Substanzen auf Medikamente/Alkohol berichtet. Diese Momentaufnahmen sind nicht frei von Widersprüchen, plausibel hingegen erscheint allerdings das Bild einer verstärkten Bedeutung von Substanzen, die sich zur Beruhigung einsetzen lassen und leichter verfügbar sind, sowie ein **Rückgang von (aufputschenden) Partysubstanzen**.

Aufgrund der Isolierung im Privatbereich kam es auch zu vermehrten **Anfragen von Angehörigen**. So wurde etwa sowohl seitens der Alkohol- als auch der Drogenberatung berichtet, dass durch die **vermehrte Zeit im Familienverbund** während des Lockdowns ein zuvor nicht sichtbares problematisches Alkoholverhalten des Öfteren sichtbar wurde oder dass ein zuvor nichtthematisierter Cannabiskonsum plötzlich als Problem manifest wurde. In diesem Zusammenhang kam es auch vermehrt zu Anfragen von Eltern betreffend Konsumverhaltensweisen ihrer Kinder. Insgesamt ist schwer zu beurteilen, ob sich das Konsumverhalten tatsächlich geändert hat oder ob Problemverhaltensweisen durch die Einschränkungen einfach sichtbarer wurden.

Unter dieser Einschränkung wird in Hinblick auf das Konsumverhalten von Klientinnen/Klienten eine Wechselwirkung zwischen **zwei gegenläufigen Effekten** beschrieben: Einerseits kam es zu einer Konsumreduktion bei manchen Personen, die bereits in Behandlung gewesen waren und bei denen aufgrund des Lockdowns mehr Ruhe eingetreten war (etwa weil sie primär in Gesellschaft trinken). Andererseits haben Belastungen während des Lockdowns (die Angst, an COVID-19 zu erkranken, finanzielle Belastungen usw.) bei manchen Klientinnen/Klienten zu einem Anstieg des Konsums bzw. zu Rückfällen geführt. Längerfristig wird erwartet, dass die erhöhte Stressbelastung während der Corona-Pandemie auch bei sonst gesunden Menschen zu einem erhöhten Konsum psychoaktiver Substanzen und einem Bedarf an Suchthilfeangeboten führt.

Seit Ausbruch der Pandemie wurde bei vielen Klientinnen/Klienten eine intensivere Betreuung notwendig und ergab sich teilweise eine Verschiebung der Behandlungsschwerpunkte. Es wird damit gerechnet, dass der Bedarf an psychosozialen Unterstützungsangeboten auch längerfristig ansteigt und es mit Ende der Pandemie zu einer generell verstärkten Nachfrage von Therapieangeboten kommt. Durch den während des Lockdowns verstärkten Konsum im Familienverbund haben auch Anfragen Angehöriger zuge-

nommen. In Bezug auf problematische Konsummuster ist denkbar, dass durch Corona sowohl eine Veränderung des tatsächlichen Verhaltens stattgefunden hat als auch die Sichtbarkeit von bereits existierenden Problemen erhöht wurde.

### Welche Erfahrungen wurden bislang mit E-Health-Interventionen gemacht?

Die nahezu einhellige Meinung zu **E-Health-Interventionen** lautet, dass diese in Zukunft ausgebaut werden sollen, aber kein vollwertiger Ersatz für persönliche Kontakte sein können. Die Eignung von E-Health-Interventionen ist nicht zuletzt abhängig von der zusätzlichen **Diagnose**, z. B. kann Videotelefonie bei sozialen Phobien eine für Klientinnen/Klienten angenehme Alternative, bei schweren Traumata hingegen keine Option darstellen.

Geht es um stark **schambesetzte Themenbereiche** (z. B. wenn Eltern über Suchtprobleme ihrer Kinder reden wollen), werden anonyme digitale Angebote oft besser angenommen als Gruppentreffen im Präsenzmodus. Allerdings bestehen bislang noch keine ausreichenden Erfahrungswerte, welche Zielgruppen man verliert, wenn ausschließlich Onlineformate als Kontaktart zur Verfügung stehen. Hier ist natürlich zu beachten, dass nicht alle Menschen einen guten Zugang zu Internet und Smartphones haben.

Insbesondere im **niederschweligen Bereich** kann Onlineberatung kein vollwertiger Ersatz sein, weil vielfach die notwendigen Rahmenbedingungen aufseiten der Klientinnen/Klienten nicht vorhanden sind (z. B. technische Ressourcen oder ausreichend Rückzugsraum, um Privatsphäre zu garantieren). Bei einer rein schriftlichen Onlinekommunikation über Messengerdienste kommt es zudem häufig zu Missverständnissen.

Aber auch bei eigentlich technikaffinen Zielgruppen wie z. B. Jugendlichen wurde während des Lock-downs eine durch Distance-Learning und private Onlinekommunikation verursachte **Sättigung** beobachtet. Zudem findet Onlinekommunikation häufig im privaten Raum statt, und die Anwesenheit von Familienangehörigen schränkt die dafür notwendige Privatsphäre ein. Auch für Berater/-innen ist dieses Setting teilweise belastend, da Videotelefonie sehr viel (**ungewollte**) **Einblicke in den privaten Bereich** der Klientinnen/Klienten mit sich bringt.

Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes bei Onlineangeboten werden sowohl von Klientinnen/Klienten als auch von Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern der Suchthilfe immer wieder thematisiert. Durch die Fülle unterschiedlicher Programme für Onlinekommunikation gibt es zwar prinzipiell eine große Auswahl an möglichen Tools, in der Folge ist die **Abklärung von Datenschutzaspekten** aber umso zeitaufwändiger. Auch der Punkt der **Barrierefreiheit** (z. B. für Gehörlose) muss bei E-Health-Interventionen grundsätzlich mitgedacht werden.

Bisherige Erfahrungen mit **Telefonkontakten** zeigen, dass diese nur für eine **begrenzte Zeit** eine gute Alternative für persönliche Kontakte darstellen können, dass danach aber „die Luft draußen ist“. Auch bei akuten Krisen werden die Grenzen einer telefonischen Beratung deutlich. Kommunikation über Telefon erfolgt nicht nur kürzer und oberflächlicher, sondern besitzt auch eine **geringere Verbindlichkeit**, wodurch sich das Aufrechterhalten des Kontakts mit Klientinnen/Klienten in Form einer „nachgehenden/nachtelefonierenden Arbeit“ sehr ressourcenintensiv gestalten kann.



Wenngleich internetgestützte Interventionen noch nicht bei allen Klientinnen/Klienten Anwendung finden können und in manchen Bundesländern auch die dafür notwendige IT-Infrastruktur in den Einrichtungen fehlt, hat sich der vermehrte Einsatz von **Onlinekommunikation unter Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern** der Suchthilfe (z. B. in Form von Webinaren anstelle von Fortbildungen im Präsenzmodus) als hilfreich erwiesen.

Angebote aus dem Bereich „e-mental health“ (z. B. Onlineberatung, Videotelefonie) haben sich bei gewissen Indikationen und Angeboten bewährt, können längerfristig aber nur eine Ergänzung und keinen Ersatz für herkömmliche Behandlungsmodalitäten darstellen. Zudem sind noch viele Fragen offen, die für einen Einsatz im Regelbetrieb geklärt werden müssten (z. B. Wahrung der Privatsphäre, Datenschutz, Barrierefreiheit).

### **Auswirkungen auf die Finanzierungssicherheit von Suchthilfeeinrichtungen**

Nahezu einhellig wird berichtet, dass die Art des Kontakts **kaum Auswirkungen auf die Finanzierung von Suchthilfeeinrichtungen** hat, da diese in der Regel entweder pauschal finanziert werden oder Telefonberatung gleich wie persönliche Beratung verrechnet werden kann. Nur in Ausnahmen wurde berichtet, dass die Umstellung von persönlicher Beratung auf Telefon- bzw. Onlinekontakte negative Auswirkungen auf die Finanzierung ambulanter Suchthilfeeinrichtungen hat.

In Hinblick auf stationäre Einrichtungen wurde hingegen mehrfach berichtet, dass die temporäre Schließung von Stationen oder Einrichtungen aufgrund der **Tagsatzfinanzierung** mit deutlichen Einbußen verbunden ist.

Auch der Bereich der **Suchtprävention** ist durch den Wegfall von Schulprogrammen von deutlichen finanziellen Einbußen betroffen, was teilweise aber durch Kurzarbeit abgefedert werden konnte.

Ebenso hatten manche Einrichtungen einen **Rückgang der Eigenmittel** zu verzeichnen, da Erlöse aus Verträgen mit der Justiz durch die vorübergehende Einstellung von Programmen wegfielen.

Durch die Notwendigkeit, kleinere Gruppen zu führen, durch die Anmietung größerer Räume oder durch notwendige Investitionen in die IT-Infrastruktur ergab sich ein finanzieller und personeller Mehraufwand für manche Einrichtungen. Ein Antrag auf Ersatz für diese Kosten kann in den meisten Bundesländern auf Landesebene eingereicht werden. Allerdings erschwert das **Prinzip der Subsidiarität schnelle Lösungen**, weil häufig lange nicht klar ist, ob Kosten durch den Bund übernommen oder abgelehnt werden.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Anpassungen von Angeboten der Suchthilfe bislang nicht dazu geführt haben, dass Einrichtungen finanzielle Grundlagen verloren gingen.

**Welche Maßnahmen haben sich in der ersten Welle bewährt, welche neuen Herausforderungen gibt es für die Suchthilfe, und welche alten Probleme sind besonders sichtbar geworden?**

Positive Erfahrungen bestehen in mehreren Bundesländern mit **Krisentelefonen zum Thema psychosoziale Probleme** (inklusive Suchtproblemen), die bereits mit Beginn der Corona-Pandemie erste Andockstellen bei Unterstützungsbedarf waren und Information zu Hilfsangeboten bereitstellen.

#### *Kommunikation, Vernetzung und Schnittstellenmanagement*

Der regelmäßige Austausch zwischen Einrichtungen zur **Optimierung des Schnittstellenmanagements** fand wegen des Wegfalls persönlicher Treffen (Jour fixes, Qualitätszirkel) in manchen Regionen nicht statt und wurde durch entsprechende virtuelle Kommunikationswege nur teilweise zu einem späteren Zeitpunkt kompensiert. Dies wird u. a. damit begründet, dass durch die Pandemie der **Fokus auf die Krisenbewältigung in der eigenen Einrichtung** gerichtet war und keine ausreichenden Ressourcen für Außenkommunikation vorhanden waren. Auch auf Ebene der Verwaltung haben sich ähnliche Probleme ergeben. Dort, wo Vernetzung stattfand (z. B. ein Austausch von Präventionskonzepten unter Einrichtungen) bzw. bestehende Fachgremien wegen des Verbots, sich persönlich zu treffen, nunmehr telefonisch oder videotelefonisch) in Austausch blieben bzw. wo regelmäßige Kommunikation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bestand, wurde dies als große Unterstützung wahrgenommen.

In der Suchthilfe erleichtert die überschaubare Anzahl von Einrichtungen pro Bundesland die Orientierung über die aktuelle Angebotslage (darüber, welches Angebot verfügbar ist und welches nicht) im Vergleich zu größeren und stärker segmentierten Versorgungsbereichen, z. B. der Psychiatrie. Allerdings ist auch die Abstimmung mit **angrenzenden Versorgungsbereichen** wichtig, um Klientinnen/Klienten nicht an der Schnittstelle zwischen zwei Versorgungsbereichen zu verlieren. Exemplarisch wurde berichtet, dass die plötzliche und teilweise unkoordinierte Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Suchthilfebereich in manchen Regionen die Wohnungslosenhilfe unter starken Druck setzte, wohingegen in anderen Regionen genau an dieser Schnittstelle die Maßnahmen gut abgestimmt wurden.

Aus mehreren Bundesländern wird berichtet, dass die Einbeziehung von Vertreterinnen/Vertretern des Suchthilfesystems (Sucht- und Drogenkoordinationen bzw. Träger von Suchthilfeeinrichtungen) in die jeweiligen **Krisenstäbe der Länder** die Koordination und weiterführende Kommunikation von Maßnahmen deutlich erleichtert habe.

Der Fokus auf die Krisenbewältigung in der jeweils eigenen Einrichtung hat in manchen Regionen dazu geführt, dass der Austausch und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen zu kurz gekommen sind. Dort, wo beides aufrechterhalten wurde, wurde dies als große Bereicherung erlebt. Die Einbeziehung von Vertreterinnen/Vertretern der Suchthilfe in die Krisenstäbe des Landes hat eine koordinierte Vorgehensweise deutlich erleichtert.

### *Längerfristiger Anstieg der Nachfrage nach Suchtbehandlung erwartbar*

**Krisen fördern psychische Erkrankungen** und erhöhen das Risiko, dass diese ebenso wie und Suchtverhalten entgleisen. Viele Personen können während einer akuten Krise viele Funktionsaufgaben aufrechterhalten und psychische Belastungen werden erst in der ersten Verschnaufpause erkannt, bzw. wird erst dann Zeit gefunden, sich darum zu kümmern. Zudem ist zu befürchten, dass sich das volle Ausmaß der Krisenauswirkungen in manchen Bereichen (z. B. ökonomische Folgen) erst mit Auslaufen der aktuellen Unterstützungsmaßnahmen (z. B. der Kurzarbeitsmodelle) voll zeigen.

Da Suchtverhalten und soziale Probleme häufig miteinander einhergehen, könnten längerfristig die sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie Süchtige stärker treffen als andere Personengruppen. Aus diesem Grund besteht die einhellige Erwartungshaltung, dass ein Anstieg sozialer (z. B. Arbeitslosigkeit) und psychischer Probleme bzw. die damit einhergehende steigende Nachfrage nach Suchtbehandlung erst mit einer **gewissen zeitlichen Verzögerung** zu erwarten ist. Diese Erwartungshaltung wird auch durch die Tatsache untermauert, dass es während der Krise bei vielen Klientinnen/Klienten zu einem Rückzug und einem Aufschieben therapeutischer Behandlung kam.

### *Sicherstellung des Versorgungsauftrags der Suchthilfe*

Wenn die Nachfrage nicht auf ein entsprechendes Angebot trifft, ist zu befürchten, dass der bereits bestehende **treatment gap** (also die Lücke zwischen Behandlungsnachfrage und -angebot) noch größer wird. Unklar ist in dieser Hinsicht, auf welche Weise sich die Verschuldung der öffentlichen Haushalte auf die Finanzierung des Suchthilfebereichs auswirken wird und ob ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen werden, um eine steigende Nachfrage an Suchthilfeangeboten erfüllen zu können. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass unbehandelte Suchtprobleme zu weiteren gravierenden Gesundheitsfolgen wie etwa somatischen und psychischen Begleiterkrankungen oder erhöhter Suizidalität führen können.

Bei einem Anstieg von Krankenständen bzw. Personen in Quarantäne ist auch im Bereich der Suchthilfe ein **Personalengpass** zu befürchten, insbesondere da einschlägig ausgebildetes Personal auch abseits von Krisenzeiten nicht leicht zu finden ist. Um den laufenden Betrieb zu sichern, ist es daher auch weiterhin notwendig, Infektionen innerhalb von Einrichtungen gering zu halten bzw. entsprechende Maßnahmen zu treffen, dass bei einer Infektionen dort – z. B. durch die Verwendung von FFP2 Masken, zeitliche Trennung usw. – nur ein möglichst geringer Anteil der Belegschaft in Quarantäne geschickt werden muss.

Durch die Pandemie wurden aber auch bereits zuvor bestehende Systemschwächen sichtbar, wie etwa der **generelle Mangel an substituierenden niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten**. Dieser zieht eine starke Abhängigkeit von Einzelpersonen in der Substitutionstherapie nach sich, womit ein einzelner Ausfall weitreichende Auswirkungen auf eine große Anzahl von Klientinnen/Klienten zur Folge haben kann. Aber auch in Versorgungsbereichen, die in „normalen Zeiten“ gut funktionieren, haben die Erfahrungen des Lockdowns verdeutlicht, wie stark einzelne Versorgungsangebote innerhalb der Suchthilfe miteinander verbunden sind und wie stark der Ausfall einzelner Angebote die gesamte Behandlungskette beeinträchtigt.

### **Vorläufige Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

1. Für Versorgungsbereiche, die stark auf persönliche Interaktion setzen (z. B. Präventionsangebote für Jugendliche, niederschwellige Angebote für Suchtkranke, Angebote zur Tagesstruktur) sollten Konzepte erarbeitet werden, welche Maßnahmen in Zeiten einer Pandemie dabei helfen können, die Zielgruppe weiterhin erreichen zu können.
2. Die Schließung stationärer Angebote der Suchthilfe sollte in Zukunft so gut wie möglich vermieden werden. Können Schließungen erneut nicht vermieden werden, sollten die Suchthilfe und an sie angrenzende Versorgungsbereiche rechtzeitig in entsprechende Planungen eingebunden werden.
3. Es sollten entsprechende Vorkehrungen getroffen werden, um einen erhöhten Bedarf an psychosozialen Unterstützungsangeboten sowie einen Rückstau bei stationären Behandlungen insbesondere nach Ende der Krise adäquat bewältigen zu können.
4. Im Bereich „e-mental-health“ werden zertifizierte Kommunikationslösungen bzw. Leitfäden und Empfehlungen für eine einheitliche und transparente Regelung der Verwendung virtueller Plattformen hinsichtlich DSGVO, Datensicherheit, Lizenzen benötigt. Auch in den Bereichen digitale Kompetenz der Klientinnen/Klienten, Infrastrukturausstattung von Einrichtungen, Barrierefreiheit, Abgrenzungen der Privatsphäre von Klientinnen/Klienten sowie Standards für Kommunikationstechniken auf unterschiedlichen Plattformen muss noch Auf- und Ausbauarbeit geleistet werden.
5. Zentrale Telefonhotlines, die psychosozialen Problemen gewidmet sind, haben sich dort, wo sie eingesetzt wurden, bewährt und sollten im weiteren Verlauf der Pandemie sowie auch darüber hinaus auch bundesweit zum Einsatz kommen.
6. Adaptionen im ambulanten Behandlungsbereich während der Corona-Pandemie (z. B. die Umstellung auf Telefon bzw. Videotelefonie) sollten nur dann beibehalten werden, wenn dies nicht zu einem Rückgang der Behandlungsqualität führt und es insgesamt zu keiner Schmälerung der Angebotspalette in der Suchtbehandlung kommt. Vielmehr sollten sie nach Möglichkeit eine Ausweitung individualisierter Behandlungsmöglichkeiten (etwa in Form der Veränderung der Vidierungsvorschriften oder neuer Kontaktmöglichkeiten) darstellen.
7. Vertreter/innen des Suchtbereichs sollten unbedingt in Maßnahmen von Krisenstäben einbezogen werden, um die Auswirkungen eines Lockdowns koordiniert abfangen zu können und zu vermeiden, dass Patientinnen/Patienten an Schnittstellen verlorengehen.

---

## Quellenverweise

### Interviews mit Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren der Bundesländer

Bundesland	Name	Datum
BGL	Petra Taferner-Kraigher	04. 11. 2020
KNT	Barbara Drobosch-Binter	14. 10. 2020
NÖ	Uschi Hörhahn	27. 10.2020
OÖ	Thomas Schwarzenbrunner	29. 10. 2020
S	Franz Schabus-Eder	19. 10. 2020
STM	Juliane Cichy	29. 10. 2020
T	Beate Grüner	22. 10. 2020
V	Thomas Neubacher	5. 11. 2020
W	Ewald Lochner	3. 11. 2020

### Zitierte Literatur

Chick, J. (2020): Alcohol and COVID-19. In: Alcohol and Alcoholism 55/4:341–342

EMCDDA (2020): Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe. EMCDDA Trendspotter briefing, Lisbon

European Observatory on Health Systems and Policies (2020): COVID-19 Health System Response

Goecke, Michaela (2020): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Maßnahmen zur Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: Sucht 66/5:259–6

Hamer, M.; Kivimäki, M.; Gale, C. R.; Batty, G. D. (2020): Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: A community-based cohort study of 387,109 adults in UK. In: Brain Behav Immun 87/:184–187

Horváth, Ilonka; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2020): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union – Ergebnisse des vom REITOX Focal Point durchgeführten Quick Assessment in Österreich. Erhebungszeitraum: 8. bis 16. April 2020, Wien

Hughto, Jaclyn MW; Peterson, Lisa; Perry, Nicholas S; Donoyan, Alex; Mimiaga, Matthew J; Nelson, Kimberly M; Pantalone, David W (2020): The provision of counseling to patients receiving medications for opioid use disorder: Telehealth innovations and challenges in the age of COVID-19. In: Journal of Substance Abuse Treatment 120 (2021)/:108163

Manthey, Jakob; Kilian, Carolin; Schomerus, Georg; Kraus, Ludwig; Rehm, Jürgen; Schulte, Bernd (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. In: Sucht 66/5:247–12

- Riper, Heleen; Andersson, Gerhard; Christensen, Helen; Cuijpers, Pim; Lange, Alfred; Eysenbach, Gunther (2010): Theme issue on e-mental health: a growing field in internet research. In: Journal of medical Internet research 12/5:e74
- Sahu, Prashant; Mathur, Akanksha; Ganesh, Aurobind; Nair, Shruti; Chand, Prabhat; Murthy, Pratima (2020): Acceptance of e-consult for Substance Use Disorders during the COVID 19 pandemic: A study from India. In: Asian Journal of Psychiatry:102451
- Schöneck, Robert (2020): Auswirkungen des coronabedingten Lockdowns auf die stationäre Rehabilitation von Suchtkranken. In: Sucht 66/5:265-6
- Soyka, M. (2020): Covid-19 und Substitution. In: Suchtmedizin 22/3:119-3
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Schwarz, Tanja; Puhm, Alexandra (2020): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Hg. v. Österreich, Gesundheit, Wien
- Vallecillo, G; Perelló, R; Güerri, R; Fonseca, F; Torrens, M (2020): Clinical impact of COVID-19 on people with substance use disorders. In: Journal of Public Health (Oxford, England):1-4
- Weissinger, Volker (2020): Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. In: Sucht 66/4:183-12
- Werse, Bernd; Klaus, Luise (2020): Corona, "harte" Szenen und Drogenhilfe-Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. In: Sucht 66/5:278-8
- WHO (2020): Alcohol and COVID-19: what you need to know. World Health Organisation – Regional Office for Europe