



Jahrbuch Sucht

25

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

DHS Jahrbuch Sucht 2025

DHS Jahrbuch Sucht 2025



Herausgeberin:
DEUTSCHE HAUPTSTELLE
FÜR SUCHTFRAGEN E.V.

Postfach 1369 · 59003 Hamm
Westenwall 4 · 59065 Hamm
Telefon +49 2381 9015-0
Telefax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion:
Christina Rummel
Dr. Peter Raiser
Jolanthe Kepp
Birgit Lehner



PABST

Lengerich · 2025

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.dnb.de>> abrufbar.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Alle in diesem Buch enthaltenen Angaben, Daten, Ergebnisse etc. wurden von den Autorinnen und Autoren nach bestem Wissen erstellt und von ihnen mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Gleichwohl sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Daher erfolgen die Angaben ohne Garantie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., des Verlages oder der Autorinnen und Autoren. Autorinnen und Autoren, der Verlag sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. schließen jegliche Verantwortung und Haftung für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten aus.

Im gesamten Jahrbuch werden geschützte Warennamen (Warenzeichen) teilweise nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Hinweise zur geschlechtergerechten Sprache bei der DHS finden Sie unter folgendem Link: www.dhs.de/gender-sprache. Alternativ kommen Sie auch über den QR-Code auf unsere Erläuterungen.



© 2025 Pabst Science Publishers
49525 Lengerich · Deutschland
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com
pabst@pabst-publishers.com

Umschlagbild: © siraphol · Fotolia.com
Formatierung: Bernhard Mündel
Druck: booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-95853-968-6
eBook: ISBN 978-3-95853-969-3
ISSN: 0940-4910

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	
	<i>Norbert Scherbaum</i>	7
1	Daten, Zahlen und Fakten	
	<i>Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp</i>	9
2	Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen	
2.1	Alkohol	
	<i>Jakob Manthey, Carolin Kilian</i>	39
2.2	Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum	
	<i>Anne Starker, Sally Olderbak, Justin Möckl, Stephanie Klosterhalfen, Daniel Kotz, Boris Orth, Jens Hoebel</i>	57
2.3	Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum	
	<i>Boris Orth, Justin Möckl, Christian Becher, Eva Krowartz, Sally Olderbak</i>	83
2.4	Glücksspiel – Zahlen und Fakten	
	<i>Gerhard Meyer, Tobias Hayer</i>	93
2.5	Cannabis – Zahlen und Fakten	
	<i>Eva Hoch, Heiko Bergmann, Elena Gomes de Matos, Justin Möckl, Monika Murawski, Franziska Schneider, Larissa Schwarzkopf, Sally Olderbak</i>	115
2.6	Internetnutzungsstörungen – Bestandsaufnahme, Trends und Perspektiven	
	<i>Kai W. Müller, Klaus Wölfling</i>	137
2.7	Rauschgiftlage 2023 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland	
	<i>Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung</i>	151

2.8	Delikte unter Alkoholeinfluss <i>Martin Rettenberger, Hanna Verzagt</i>	163
2.9	Suchtmittel im Straßenverkehr 2023 – Zahlen und Fakten <i>Nadja Färber, Simone Klipp</i>	179
3	Suchtkrankenhilfe in Deutschland	
3.1	Jahresstatistik 2023 der professionellen Suchthilfe <i>Larissa Schwarzkopf, Monika Murawski, Carlotta Riemerschmid</i>	193
3.2	Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits- erkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung <i>Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Johannes Falk</i>	219
4	Aktuelle Themen	
4.1	Nationale und lokale Drogenpolitik 2023 <i>Heino Stöver, Ingo Ilja Michels</i>	233
4.2	It's all about the money: Wie die Glücksspielindustrie ökonomische Interessen wahrt und effektive Suchtprävention verhindert <i>Tobias Hayer, Tobias Turowski</i>	257
4.3	ADHS und Abhängigkeit <i>Ahmed Zaher, Mathias Luderer</i>	273
5	Autoren- und Autorinnenverzeichnis	287
6	Anschriften aus dem Suchtbereich	
6.1	Bundesweit tätige Organisationen	297
6.2	Anschriften in den Bundesländern	308
6.3	Europäisches Ausland	318

Vorwort

Seit vielen Jahren wird das DHS Jahrbuch Sucht von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegeben. Es bietet jährlich aktualisierte Informationen zur Epidemiologie des Konsums von verschiedenen Suchtmitteln in Deutschland. Die Folgen des Suchtmittelkonsums sind bekanntermaßen vielfältig. Im DHS Jahrbuch Sucht geht es insbesondere um die Epidemiologie substanzbezogener Störungen, aber auch um die Folgen von Suchtmittelkonsum in der Gesellschaft z. B. Delikte unter Alkoholeinfluss oder auch Suchtmittelkonsum und Probleme im Straßenverkehr. Entwicklungen der letzten Jahre berücksichtigend befassen sich Kapitel auch mit dem Glücksspiel und mit Internetnutzungsstörungen. Zudem bietet das DHS Jahrbuch Sucht einen Überblick zur Klientel und den professionellen Leistungen in der Suchthilfe und bei der rehabilitativen Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen.

Das DHS Jahrbuch Sucht wird in diesem Jahr zu einem besonderen (gesundheits-)politischen Zeitpunkt veröffentlicht. Durch die vorgezogene Bundestagswahl verhandeln aktuell Parteien zum Programm einer künftigen Bundesregierung. Der unter der Rubrik „Aktuelle Themen“ befindliche Aufsatz von Stöver und Michels „Nationale und lokale Drogenpolitik“ kann also kaum aktueller sein. Wie unter „Daten, Zahlen und Fakten“ im DHS Jahrbuch Sucht umfassend dargestellt, führt Suchtmittelkonsum in unserer Gesellschaft zu schwerwiegenden Folgeproblemen. Nach den Autoren werden diese Probleme allerdings von den zahlreichen Akteuren in diesem Feld weitgehend unkoordiniert angegangen. Es bestünden strukturell-organisatorische wie auch inhaltliche Defizite der Suchtpolitik in Deutschland. Welche Ziele verfolgt überhaupt die Suchtpolitik in Deutschland? In welchem organisatorischen Rahmen können die verschiedenen Akteure auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene wie auch Krankenkassen, Reha-Träger, Wissenschaftler und andere gemeinsam und verbindlich Ziele der Suchtpolitik definieren? Solche Ziele sollten zudem operationalisiert und in Hinblick auf Meilensteine zu deren Erreichen definiert sein. Schließlich ist auch zu klären, wer die Zielerreichung überprüft. Nach den Autoren ist Deutschland im internationalen Vergleich suchtpolitisch auf einem hinteren Platz. Dies betrifft z. B. die Verhältnisprävention. Als Bei-

spiele seien genannt die hohe Verfügbarkeit von Alkohol rund um die Uhr oder auch die Existenz von Zigarettenautomaten.

Eine substanzbezogene Störung tritt selten als isolierte psychische Störung auf. Bei der Mehrheit der Betroffenen bestehen auch weitere psychische Störungen wie z. B. depressive Erkrankungen oder soziale Phobie. In den letzten Jahren hat die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) als komorbide psychische Störung bei substanzbezogenen Störungen wissenschaftlich und klinisch erhöhte Aufmerksamkeit gefunden. Die Autoren Zaher und Luderer haben unter „Aktuelle Themen“ den Wissensstand zum Thema zusammengefasst.

Ich freue mich, wenn das DHS Jahrbuch Sucht 2025 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen auch in diesem Jahr in der skizzierten Mischung aus Zahlen und Fakten ergänzt durch Aufsätze zu aktuellen Entwicklungen zahlreiche interessierte Leserinnen und Leser findet.

Essen, im Februar 2025

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum
1. Vorsitzender der DHS

1 Daten, Zahlen und Fakten

Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp

Alkohol

Registrierter Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA) in Liter Reinalkohol nach Getränkeart und Gesamt im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Bier	Wein ¹	Spirituosen	Andere ²	Registrierter PKA ³
2012	5,5	3,4	2,4	0,02	11,4
2013	5,4	3,4	2,4	0,02	11,3
2014	5,4	3,4	2,5	0,02	11,3
2015	5,4	3,3	2,5	0,02	11,2
2016	5,3	3,4	2,5	0,03	11,2
2017	5,2	3,4	2,5	0,03	11,1
2018	5,2	3,3	2,6	0,03	11,2
2019	5,1	3,3	2,4	0,03	10,8
2020	4,8	3,3	2,3	0,04	10,5
2021	4,7	3,3	2,4	0,04	10,4
2022	4,9	3,2	2,5	0,05	10,6
2023 ⁴	4,7	3,1	2,4	0,05	10,2

¹ Wein einschließlich Sekt.

² Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops.

³ Rundungsbedingt entspricht die Spalte „Registrierter PKA“ nicht zwangsläufig der Summe der anderen Spalten. Die exakten Angaben finden Sie unter: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>.

⁴ Vorläufige Schätzung.

Bevölkerungsumfang basiert auf „UN Population Prospects 2022 revision“

Quellen: Manthey, J.; Kilian, C. (2025): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Manthey, J.; Kilian, C. (2025): Pro-Kopf-Alkoholkonsum. Open Science Framework. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>.

**Gesamtalkoholkonsum (Liter pro Kopf) im europäischen Vergleich
(inkl. Nicht-OECD-Staaten) in den Jahren 2010 und 2022 (bei Erwachsenen
ab 15 Jahren)**

Land	Alkoholverbrauch (Liter)	
	2010	2022
Lettland	9,8	11,9
Spanien	9,8	11,8
Rumänien	10,0	11,6
Österreich	12,1	11,6
Tschechische Republik	11,4	11,6
Estland	11,4	11,2
Litauen	13,5	11,2
Bulgarien	9,8	11,1
Luxemburg	11,9	11,0
Polen	10,0	11,0
Frankreich	12,3	10,8
Ungarn	10,8	10,6
Deutschland	11,6	10,6
Portugal	11,3	10,4
Irland	11,6	10,2
EU27	10,3	10,0
Slowenien	10,3	10,0
Zypern	11,3	9,6
Dänemark	10,8	9,5
Slowakische Republik	10,1	9,5
Belgien	10,3	9,2
Kroatien	10,7	9,0
Niederlande	9,1	8,5
Malta	7,00	8,07
Italien	7,0	7,7
Finnland	9,7	7,6
Schweden	7,4	7,5
Griechenland	8,3	6,3
Montenegro	9,9	9,91
Vereinigtes Königreich	10,1	9,9
Schweiz	10,0	8,4
Serbien	8,9	7,45
Moldawien	6,9	6,1
Island	6,8	7,5
Norwegen	6,6	6,6
Ukraine	7,8	6,1
Albanien	4,9	3,8
Nordmakedonien	3,5	3,8
Türkei	1,5	1,69

Quelle: OECD (2024): OECD/European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>, Zugriff: 29.01.2025.

**Pro-Kopf-Verbrauch an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen
(Liter Fertigware)**

Jahr	Bier	Wein	Schaumwein	Spirituosen
2000	125,5	19,0	4,1	5,8
2010	107,4	20,5	3,9	5,4
2012	107,3	20,4	4,2	5,5
2014	106,9	20,7	3,9	5,4
2016	100,7	21,1	3,7	5,4
2018	99,0	20,5	3,4	5,4
2020	92,4	20,7	3,3	5,2
2022	91,9	19,9	3,2	5,2
2023 ¹	88,0	19,0	3,2	5,1

¹ vorläufige Angaben.
 Quellen: Berechnungen des ifo-Instituts In: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2024): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2024. Bonn.
 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland (verschiedene Jahrgänge).
 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst (verschiedene Jahrgänge)

Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken fiel im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr (2022: 120,2 l) um 4,1 % (4,9 Liter) auf 115,3 Liter Fertigware pro Kopf der Bevölkerung. Auf den gesamten Alkoholkonsum, gemessen in Reinalkohol pro Kopf, entfallen 4,2 Liter auf Bier, 2,1 Liter auf Wein, 1,7 Liter auf Spirituosen und 0,4 Liter auf Schaumwein.

Quelle: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2024): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2024. Bonn.

**Umsatz der Alkoholindustrie in Deutschland im Jahr 2022 und 2023
(in Tausend Euro)**

	Umsatz	Inlandsumsatz	Auslandsumsatz
Herstellung von Spirituosen			
2022	2.448.046	1.911.947	536.099
2023	2.539.238	1.997.667	541.570
Herstellung von Wein			
2022	2.225.438	1.977.921	247.517
2023	2.396.599	2.121.599	275.000
Herstellung von Bier			
2022	8.430.451	7.466.671	963.779
2023	8.931.435	7.885.715	1.045.720

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Beschäftigte und Umsatz der Betriebe im Verarbeiten-
 der Gewerbe: Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/42271-0003/search/s/NDIyNzEtMDAwMw==>, Zugriff: 13.01.2025.

Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern (in Mio. Euro), gerundet

Jahr	Biersteuer	Schaumwein- steuer	Alkohol ¹ - und Zwischenerzeugnis- steuer ²	Insgesamt ²
2000	844	478	2.185	3.507
2005	777	424	2.179	3.380
2010	713	422	2.014	3.149
2012	697	450	2.137	3.284
2014	684	412	2.076	3.172
2016	678	401	2.086	3.165
2018	655	378	2.153	3.186
2020	566	405	2.271	3.243
2022	600	352	2.220	3.173
2023	580	361	2.184	3.125
2024	558 (–3,7) ³	352 (–2,5) ³	2.006 (–8,1) ³	2.917 (–6,7) ³

¹ Alkoholsteuer (bis 2017 Branntweinsteuer).

² Die Einnahmen ab 2005 enthalten die Alkopopsteuer.

³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %. Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Bundesministerium der Finanzen (2025): Steuereinnahmen (ohne Gemeindesteuern) nach Steuerarten im gesamten Bundesgebiet – in Tsd. Euro. Berlin. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/1-kassenmaessige-steuereinnahmen-nach-steuerarten-und-gebietskoerperschaften.html, Zugriff: 30.01.2025.

Alkoholsteuern in Deutschland: Übersicht und Änderungen seit 1950

Alkoholisches Getränk	Datum	Steuersatz	Steuerbetrag pro Liter Getränk	Steuerbetrag pro Liter Reinalkohol
Bier	zum 01.01.1950 ab 01.01.1993	6,14 bis 7,67 €/hl Vollbier 0,787 €/hl und Grad Plato	0,069 € 0,087 €	1,44 € 1,81 €
Alkohol (bis 31.12.2017 Branntwein)	zum 01.01.1950	511 €/hl A	1,94 €	5,11 €
	ab 01.01.1966	614 €/hl A	2,33 €	6,14 €
	ab 01.01.1972	767 €/hl A	2,91 €	7,67 €
	ab 18.03.1976	844 €/hl A	3,21 €	8,44 €
	ab 01.01.1977	997 €/hl A	3,79 €	9,97 €
	ab 01.04.1981	1.150 €/hl A	4,24 €	11,15 €
	ab 01.04.1982	1.303 €/hl A	4,95 €	13,03 €
Schaumwein	zum 01.01.1950	1,53 €/ganze Flasche (0,75 l)	2,04 €	18,55 €
	ab 01.11.1952	0,51 €/ganze Flasche	0,68 €	6,18 €
	ab 01.01.1966	0,77 €/ganze Flasche	1,02 €	9,27 €
	ab 01.04.1982	1,02 €/ganze Flasche	1,36 €	12,36 €
	ab 01.04.1996	136 €/hl, 51 €/hl für Erzeugnisse mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von nicht mehr als 6 % vol.	1,36 €/0,51 €	12,36 €/8,50 €
Zwischen- erzeugnisse	zum 01.01.1950	anteilige Alkoholbesteuerung nach § 103a BrantwMonG	n.a.	n.a.
	ab 01.01.1993	51 €/hl	0,51 €	2,32 €
	ab 01.08.1996	153 €/hl, 102 €/hl für Erzeugnisse mit einem vorhandenen Alkoholgehalt von nicht mehr als 15 % vol.	1,53 €/1,02 €	6,95 €/6,80 €
Alkopops	ab 01.08.2004	5.550 €/hl A (neben der Brantweinsteuer)	3,05 €	55,55 €

Für die Umrechnung der Brantweinsteuer auf einen Liter Spirituosengeränk wurde ein durchschnittlicher Alkoholgehalt von 33 Vol.-% unterstellt. Bei Zwischenerzeugnissen die jeweiligen Obergrenzen von 22 Vol.-% und 15 Vol.-%, bei Schaumwein 11 Vol.-%. Bei Bier wurde von einem Alkoholgehalt von 4,8 Vol.-% und bei Alkopops von 5,5 Vol.-% ausgegangen.

Quelle: Adams, M.; Effertz, T. (2009): Prävention riskanten Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen. Sucht, 55(3), 169–180.

Preisindizes für Alkoholgetränke und für die Lebenshaltung

Jahr	Spirituosen	Wein	Bier	Alkoholische Getränke insgesamt	Lebenshaltung insgesamt
1995	86,7	77,3	76,0	78,1	71,0
2000	86,3	80,2	77,6	79,8	75,5
2005	87,6	82,0	83,3	83,9	81,5
2010	95,3	89,6	89,2	90,7	88,1
2015	99,4	97,7	95,2	97,1	94,5
2020	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2022	105,1	106,4	106,2	106,0	110,2
2024	115,9	117,8	122,4	119,0	119,3

Alle Preisindizes sind bezogen auf das Jahr 2020 (2020 = 100).
Preisindex: Die Preisentwicklung der Waren, die private Haushalte für Konsumzwecke kaufen.
Für einen langfristigen Trend von 2000 bis 2022 in Deutschland (Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke und Veränderungen) siehe Tab. 3 im DHS Jahrbuch Sucht 2025, Beitrag „Alkohol“.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/61111-0001/search/s/NjExMTetMDAwMQ==>, Zugriff: 29.01.2025.
Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre, Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualkonsums. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/61111-0003/search/s/NjExMTetMDAwMw==>, Zugriff: 29.01.2025

Ausgaben für die Bewerbung alkoholischer Getränke (in Mio. Euro)¹

Jahr	Spirituosen	Bier	Wein	Sekt	Insgesamt
2000	125	388	31	51	595
2005	87	410	21	47	565
2010	105	377	19	51	552
2012	125	373	17	50	565
2014	115	359	18	72	564
2016	93	379	21	66	559
2018	105	424	18	70	617
2020	94	300	36	54	484
2022	150	171	37	56	414
2023	164	237	23	45	469

¹ Werbeausgaben für alkoholhaltige Getränke beziehen sich auf folgende Werbearten: Internet, Print, Fernsehen/Bewegt看, postalische Direktwerbung, Außenwerbung, Radio/Audio, Kino.
Quelle: Nielsen Media Research zitiert nach: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2024): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2024. Bonn.

Alter bei Alkoholerstkonsum der 12- bis 25-Jährigen: 15,1 Jahre.

Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch: 16,2 Jahre.

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Ergebnisse zum Alkoholkonsum. Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_DAS_Alkoholkonsum_final.pdf, Zugriff: 30.01.2025.

Konsumierende, Missbrauchende, Abhängige

30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums

(Hochrechnung auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung)

Alkohol	Männer Hochrechnung ^{3,4}		Frauen Hochrechnung ^{3,4}		Gesamt Hochrechnung ^{3,4}	
	N	[95 %-KI]	N	[95 %-KI]	N	[95 %-KI]
Konsumprävalenz	19,4 Mio.	[18,8; 19,9]	16,6 Mio.	[16,1; 17,1]	36,1 Mio.	[35,2; 36,8]
Episodisches Rauschtrinken ¹ , Konsumenten	8,1 Mio.	[7,4; 8,8]	3,9 Mio.	[3,5; 4,3]	12,0 Mio.	[11,1; 12,9]
Konsum riskanter Mengen ² , Konsumenten	4,1 Mio.	[3,6; 4,6]	3,8 Mio.	[3,4; 4,3]	7,9 Mio.	[7,2; 8,6]

¹ Episodisches Rauschtrinken: Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken an mindestens einem der letzten 30 Tage.

² Riskanter Konsum: durchschnittlicher Konsum von mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag.

³ Mittelwert basierend auf 51.139.451 Personen (25.940.597 Männern und 25.198.854 Frauen) im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag 31.12.2020, Statistisches Bundesamt).

⁴ in Millionen (Mio.).

KI = Konfidenzintervall

Quellen: Persönliche Mitteilung. Auswertung auf der Grundlage des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021, siehe Rauschert et al., 2022.

Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Dt. Ärzteblatt, 119(31-32), 527–534.

In Deutschland konsumieren 7,9 Millionen Menschen der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung Alkohol in einer gesundheitlich riskanten¹ Form.
Bei 9,0 Millionen Personen liegt ein problematischer² Konsum vor.

¹ riskanter Konsum: durchschnittlicher Konsum von mehr als 12 g (Frauen) beziehungsweise 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag.

² problematischer Konsum: Problematischer Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 1989), erhoben mit der deutschen Fassung von Rist et al. (2003). Ab einem Schwellenwert von 8 Punkten wird von problematischem Alkoholkonsum ausgegangen (Conigrave et al., 1995; Saunders et al., 1993).

Quelle: Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Deutsches Ärzteblatt International, 119, 527–534. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren¹

	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt N	Gesamt [95 %-KI]
Missbrauch	2,8	4,0	1,5	1,4 Mio.	[1,2; 1,7]
Abhängigkeit	3,1	4,5	1,7	1,6 Mio.	[1,4; 1,9]

¹ Hochrechnung der Anzahl an Personen mit substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, basierend auf 51.544.494 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2017, Statistisches Bundesamt).

KI = Konfidenzintervall

Quelle: Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), 577–584.

Morbidität

Eine Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol wurde im Jahr 2023 als fünfthäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern mit 232.737 Behandlungsfällen diagnostiziert, davon waren 169.790 Behandlungsfälle männliche Patienten und 62.947 Frauen.

Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10)“ lag bei den Männern auf dem dritten Platz der Hauptdiagnosen für 2023.

Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2024): https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=564&p_archiv_id=6036247&p_sprache=D&p_action=A
https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=564&p_archiv_id=6036316&p_sprache=D&p_action=A
https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=564&p_archiv_id=6036352&p_sprache=D&p_action=A, Zugriff: 04.02.2025.

Vollstationäre Krankenhauseinweisungen wegen akuter Alkoholvergiftung

Im Jahr 2023 wurden rund 62.300 Patientinnen und Patienten wegen akuter Alkoholvergiftung stationär behandelt. Das waren 48,8 % weniger als im Jahr 2012 (Behandlungsfälle: 121.595). Damit sind die Fallzahlen das siebte Jahr in Folge gesunken. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen werden die meisten stationären Behandlungsfälle (7.842) wegen akutem Alkoholmissbrauch verzeichnet, gefolgt von den Behandlungszahlen der 40- bis 44-Jährigen mit 6.405.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Wiesbaden.

Volkswirtschaftliche Kosten

In einer Untersuchung beziffert Effertz die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland auf rund 57,04 Milliarden Euro.

Quelle: Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst. 225–234.

F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch) - Behandlungsland: Deutschland

		2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023	Veränderung 2000 zu 2023 in %
Davon im Alter von ... Jahren	Insgesamt ¹	54.041	63.124	81.212	87.535	109.283	115.436	121.595	118.562	115.456	103.024	76.245	68.695	62.303	+ 15,3
	u. 1	15	3	1	2	5	4	24	14	5	9	10	3	7	+ 53,3
	1-5	29	23	10	10	9	9	21	6	1	3	6	1	1	+ 96,6
	5-10	18	12	12	6	7	8	11	2	1	4	1	2	2	+ 88,9
	zusammen	9.514	12.807	16.423	19.423	25.709	25.995	26.673	22.391	22.309	20.635	12.233	11.538	9.325	+ 2,0
	10-15	2.194	2.732	3.059	3.298	4.512	4.088	3.999	2.947	2.630	2.904	2.104	1.881	1.483	+ 32,4
	15-20	7.320	10.075	13.364	16.125	21.197	21.907	22.674	19.444	19.679	17.651	9.929	9.657	7.842	+ 7,1
	20-25	3.824	4.992	6.651	7.784	10.354	11.715	12.712	11.424	11.124	9.494	5.171	5.362	4.546	+ 18,88
	25-30	3.082	3.324	4.389	4.984	6.622	7.359	8.131	8.424	8.484	6.935	4.244	4.277	3.818	+ 23,88
	30-35	5.056	4.969	5.112	4.844	5.903	6.584	7.549	7.942	8.250	7.368	5.473	4.947	4.688	+ 7,28
	35-40	7.164	7.387	8.332	7.439	7.902	7.292	7.200	8.228	8.275	7.880	6.556	6.322	6.000	+ 16,25
	40-45	7.400	8.449	10.610	10.472	11.751	11.269	10.714	9.585	8.420	7.792	6.859	6.464	6.405	+ 13,45
	45-50	5.675	6.760	9.381	10.358	12.617	13.473	13.294	12.912	11.344	8.779	6.920	5.856	5.651	+ 0,42
	50-55	3.891	4.955	7.197	7.850	10.279	11.611	12.671	13.134	12.276	10.534	8.448	6.471	5.657	+ 45,39
	55-60	3.088	3.040	4.039	5.110	6.818	7.772	8.833	9.494	9.748	9.278	7.823	6.406	5.750	+ 86,20
	60-65	2.611	3.063	3.789	3.344	3.904	4.386	5.718	6.424	6.376	6.188	5.471	4.927	4.603	+ 76,29
	65-70	1.328	1.737	2.797	3.103	3.533	3.333	3.115	3.378	3.645	3.569	3.252	2.840	2.791	+ 110,17
	70-75	726	857	1.271	1.581	2.232	2.681	2.734	2.576	2.245	1.971	1.639	1.533	1.510	+ 107,99
	75-80	371	446	720	809	977	1.176	1.403	1.695	1.878	1.511	1.194	870	746	+ 101,08
	80-85	131	218	344	364	432	516	542	660	766	747	678	647	551	+ 320,61
	85-90	90	60	98	114	188	207	191	224	250	207	210	192	208	+ 131,11
	90+>	28	20	34	38	41	46	59	49	59	69	57	37	44	+ 57,14
	Unbekannt		2	2							51				

¹ Einschl. der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Wiesbaden.

Straftaten unter Alkoholeinfluss

Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2022 und 2023

Ausgewählte Straftatengruppen mit besonders hohen Anteilen; Bundesgebiet insgesamt

Straftaten(gruppen)	2022			2023		
	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %
Widerstand gegen die Staatsgewalt	36.389	18.151	49,9	37.574	18.628	49,6
Gewaltkriminalität	178.224	37.428	21,0	190.605	37.444	19,6
Mord	763	110	14,4	824	110	13,3
Totschlag und Tötung auf Verlangen	1.948	494	25,4	1.972	500	25,4
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im bes. schweren Fall einschl. mit Todesfolge	10.045	1.952	19,4	10.295	1.763	17,1
Raubdelikte	28.057	3.446	12,3	32.337	3.672	11,4
Körperverletzung mit Todesfolge	101	17	16,8	96	15	15,6
Gefährliche und schwere Körperverletzung, Verstümmelung weibl. Genitalien	144.430	32.066	22,2	153.475	32.118	20,9
Sachbeschädigung	124.132	23.433	18,9	118.144	21.189	17,9
(Vorsätzliche) Brandstiftung und Herbeiführen einer Brandgefahr	4.353	597	13,7	4.342	482	11,1
<i>Alle Tatverdächtigen</i>	<i>2.093.782</i>	<i>200.295</i>	<i>9,6</i>	<i>2.246.767</i>	<i>203.261</i>	<i>9,0</i>

Quellen: Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Polizeiliche Kriminalstatistik 2023. Bundesrepublik Deutschland. Tabellen: Bund – Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2023/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 31.01.2025.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2023): Polizeiliche Kriminalstatistik 2022. Bundesrepublik Deutschland. Tabellen: PKS 2022 Bund – Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2022/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 31.01.2025.

Alkohol im Straßenverkehr

Alkoholunfälle¹ mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte

	2000	2005	2010	2015	2020	2022	2023
Alkoholunfälle	27.375	22.004	15.070	13.239	13.003	16.807	15.652
dabei Getötete	1.022	603	342	256	156	242	198
alkoholisierte Beteiligte	27.375	22.345	15.221	13.361	13.098	16.947	15.806

¹ Alkoholunfälle sind Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2024): Statistischer Bericht. Verkehrsunfälle Zeitreihen 2014–2023. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/statistischer-bericht-verkehrsunfaelle-zeitreihen-5462403.html>, Zugriff: 04.02.2025.

Tabak

Pro-Kopf-Verbrauch (Stück/Jahr)¹

	2000	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024 ²
Zigaretten	1.699	1.162	1.022	995	888	785	758	784 (+3,4) ³

¹ Berechnet mit den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
² Vorläufige Zahlen (Stand: 06. Februar 2025).
³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0001/search/s/NzM0M0TE=>, Zugriff: 31.01.2025.

Tabakwarenverbrauch in Mio. Stück bzw. Tonnen
(= Netto-Bezug von Steuerzeichen)

	2000	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024 ¹
Zigaretten (Mio.)	139.625	95.827	83.565	81.267	73.809	65.784	64.030	66.247 (+3,5) ²
Zigarren/Zigarillos (Mio.)	2.557	4.028	3.967	2.956	2.743	2.535	2.288	2.291 (+0,1) ²
Feinschnitt (t)	12.758	33.232	25.487	25.471	26.328	25.080	23.582	25.152 (+6,7) ²
Pfeifentabak (t)	909	804	756	1.732	5.989	325 ³	398	314 (-21,1) ²

¹ Vorläufige Zahlen (Stand: 06. Februar 2025).
² Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.
³ Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0001/search/s/NzM0M0TE=>, Zugriff: 31.01.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0002/search/s/NzM0M0TE=>, Zugriff: 31.01.2025.

Ausgaben für Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) (Kleinverkaufswerte¹) in Mio. Euro (netto)

2000	2005	2010	2015	2020	2022 ²	2023	2024 ³
20.516	23.990	22.523	26.223	28.794	27.132	27.887	30.078 (+7,9) ⁴

¹ Kleinverkaufswerte repräsentieren den aus dem Steuerzeichenbezug errechneten, von Herstellern und Einführern erwarteten inländischen Gesamtumsatz.

² Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

³ Vorläufige Zahlen (Stand: 31. Januar 2025).

⁴ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/ Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0001/search/s/NzM0MTE=>, Zugriff: 31.01.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0002/search/s/NzM0MTE=>, Zugriff: 31.01.2025.

Tabaksteuereinnahmen (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) in Mio. Euro (netto)

2000	2005	2010	2015	2020	2022 ¹	2023	2024 ²
11.277	14.266	13.471	14.913	14.648	13.987	14.226	14.890 (+4,7) ³

¹ Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

² Vorläufige Zahlen (Stand: 03. Februar 2025).

³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/ Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0001/search/s/NzM0MTE=>, Zugriff: 03.02.2025.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/table/73411-0002/search/s/NzM0MTE=>, Zugriff: 03.02.2025.

Schrittweise Reglementierung der Tabakwerbung:

1975: Verbot der Fernseh- und Radiowerbung.

1984: Werbebeschränkung im Kino.

2007: Werbeverbot in Zeitungen, Zeitschriften und dem Internet. Auch das Sponsoring grenzüberschreitender Veranstaltungen wie Formel-1-Rennen und Hörfunksendungen durch Tabakkonzerne ist unzulässig.

2021: Verbot der Kinowerbung bei Filmen mit einer FSK unter 18.

Verbot der gewerbsmäßigen Ausspielung und der kostenlosen Abgabe von Zigaretten, Tabak zum Selbstdrehen und Wasserpfeifentabak außerhalb der Geschäftsräume des Fachhandels.

Ausdehnung des Verbots der audiovisuellen Werbung von nikotinhaltenen E-Zigaretten auf nikotinfreie.

2022: Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für herkömmliche Tabakprodukte.

2023: Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für Tabakerhitzer.

2024: Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für E-Zigaretten und Nachfüllbehälter.

Quellen: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 28. Oktober 2020. Zweites Gesetz zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes, http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl120s2229.pdf, Zugriff: 04.02.2025.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): Jahresbericht 2021. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020): Jahresbericht 2020. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018. Berlin.

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. Lengerich: Pabst.

Überblick über gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention in Deutschland seit 2002

Inkraft-treten	Maßnahme	Wesentliche Ziele
2002	Änderung der Arbeitsstättenverordnung	Verbesserung des Nichtraucher-schutzes am Arbeitsplatz
2002–2005 und 2011–2015	Änderungen des Tabaksteuergesetzes	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife und damit Preisanstieg bei Tabakwaren
2007	Bundesnichtraucherschutzgesetz	Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen
2007–2008	Nichtraucherschutzgesetze der Länder	Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und der Gastronomie
2007, 2009	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre; ab 2009 auch für Zigarettenautomaten
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung zur Umsetzung der europäischen Tabakproduktrichtlinie	Regelung von Inhaltsstoffen, Emissionswerten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Ausdehnung des Abgabe- und Konsumverbots auf E-Zigaretten und E-Shishas Verbot des Angebots und der Abgabe von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche im Versandhandel
2019	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbarkeit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Schrittweise Werbebeschränkungen für Tabakerzeugnisse, E-Zigaretten und Nachfüllbehälter Einbeziehung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht
2022	Tabaksteuermodernisierungsgesetz	Anpassung der Steuertarife und steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn-Produkten Einführung der Besteuerung von nikotin-haltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für erhitzte Tabakprodukte

Quelle: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Konsumierende, Abhängige, Passivrauchende und Nichtrauchernde

Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

Datenquelle	Jahr	Alter	Stich- proben (n)	Prävalenz (%)		
				Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2024	18–99	12.155	33,6	27,3	30,4
GEDA Studie: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2022/2023	18+	22.708	33,9	24,0	28,9
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–64	8.994	25,7	19,5	22,7
Mikrozensus: Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2021	15+	45.763.000	22,3	15,7	18,9
Jugendliche und junge Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2024	14–17	465	6,4	6,1	6,2
		18–24	1.138	27,7	23,2	25,7
Präventionsradar: Monatsprävalenz (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung [IFT-Nord])	2023/2024	9–13	11.507	1,5	1,7	1,7
		14–17	9.633	8,9	8,8	9,1
Drogenaffinitätsstudie: 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2023	12–17	3.407	7,2	6,4	6,8
		18–25	3.594	33,6	18,4	26,3
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–20	1.023	17,0	15,8	16,4
		21–24	1.097	29,7	19,3	24,7

GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell

Quelle: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

In der Bevölkerung ist Rauchen unter Erwachsenen nach wie vor verbreitet. Nach aktuellen Ergebnissen der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA-Studie) liegt der Anteil bei rund 30 %. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist der Anteil Rauchender deutlich geringer und liegt nach den aktuellen Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 für die 12- bis 17-Jährigen bei 6,8 %. Deutlich höher ist der Anteil in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) mit 26,3 %.

Quelle: Kotz, D., Klosterhalfen, S. (2024). DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums, persönliche Mitteilung. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>, Zugriff: 27.11.2024.

Orth, B. et al. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinit%C3%A4tsstudie_2023_Rauchverhalten.pdf

Anhand der Daten des ESA 2018 kann davon ausgegangen werden, dass bei 4,4 Mio. der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland eine Tabakabhängigkeit vorliegt.

Quelle: Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 116(35–36), 577–584 (ESA 2018).

Anteil der Rauchenden in verschiedenen Altersgruppen

Alter	Männer %	Frauen %
18–19 Jahre	15,8	10,8
20–24 Jahre	23,9	15,9
25–29 Jahre	27,9	17,8
30–34 Jahre	29,8	18,8
35–39 Jahre	30,2	20,2
40–44 Jahre	29,9	20,5
45–49 Jahre	27,2	19,3
50–54 Jahre	28,0	21,4
55–59 Jahre	26,3	21,4
60–64 Jahre	23,6	19,0
65–69 Jahre	17,6	15,4
70–74 Jahre	13,0	10,6
ab 75 Jahre	6,0	4,2

Quellen: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Mikrozensus 2021. Wiesbaden.

Anteil der Rauchenden in verschiedenen Altersgruppen nach Bildungsstatus*

Alter	Bildungsstatus					
	untere Bildungsgruppe		mittlere Bildungsgruppe		obere Bildungsgruppe	
	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %
18–29	49,7	47,4	40,4	29,1	26,9	18,7
30–44	57,6	46,1	52,3	32,7	28,5	17,1
45–64	47,6	36,6	42,1	29,4	23,3	18,8
65 und älter	20,8	11,7	13,5	11,2	11,5	10,3

* nach International Standard Classification of Education (ISCED) 2011 der UNESCO.
Quellen: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.
Starker, A. et al. (2022): Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring, 7(3). DOI 10.25646/10290.

Anteile der Passivrauchenden

Laut der aktuellen Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) sind rund 8 % der nichtrauchenden Erwachsenenbevölkerung (18 Jahre und älter) mindestens einmal pro Woche in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, 4 % täglich. Auf Männer trifft dies häufiger zu als auf Frauen (11 % bzw. 5 % gegenüber 6 % bzw. 3 %).

Die höchste Exposition betrifft junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, besonders in der Altersgruppe ab 60 Jahren.

Quelle: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Die Drogenaffinitätsstudie zeigt für das Jahr 2023 bei 12- bis 17-Jährigen, dass sich 15,5 % der männlichen und 16,9 % der weiblichen Jugendlichen, die selbst nicht rauchten, mindestens einmal in der Woche in Räumen aufhielten, in denen geraucht wurde.

Quellen: Starker, A. et al. (2025): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Volkswirtschaftliche Kosten

Die gesamtwirtschaftlichen Kosten, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich in Deutschland jährlich auf 97,24 Milliarden Euro. Die direkten Kosten (z. B. Kosten für die Behandlungen tabakbedingter Krankheiten, Arzneimittel etc.) des Tabakkonsums betrugen 30,32 Milliarden Euro, auf die indirekten Kosten (z. B. Produktivitätsausfälle) entfielen 66,92 Milliarden Euro.

Quelle: Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst.

Medikamente

Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit

Es wird geschätzt, dass bei etwa 2,9 Millionen Personen ein problematischer¹ Medikamentenkonsum vorliegt. Ein problematischer Gebrauch liegt vor allem bei der Anwendung von Opiat-Analgetika sowie Hypnotika und Sedativa, die ein hohes Abhängigkeitspotenzial aufweisen, vor.

¹ Problematischer Konsum: Hinweise auf problematischen Medikamentenkonsum in den letzten 12 Monaten nach den Kriterien des Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KFM; Watzl et al., 1991). Ab einem Schwellenwert von 4 Punkten wird von problematischem Gebrauch ausgegangen.

Quelle: Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Deutsches Ärzteblatt International, 119, 527–534. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Cannabis

Konsum bei Erwachsenen

Für die Häufigkeitsschätzungen zum Konsum von Cannabis bei Erwachsenen in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2021 vor (Gesamtstichprobe $n = 9.046$, Alter der Befragten 18–64 Jahre).

Ein Drittel der Befragten hatte zum Befragungszeitpunkt bereits Erfahrung mit Cannabis gemacht (34,7 %). In den letzten 30 Tagen hatten 4,3 % die Substanz konsumiert (Rauschert et al., 2022; Rauschert et al., 2023). Es ist insgesamt ein Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs.

Quellen: Hoch, E. (2025): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Rauschert, C. et al. (2023): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten im Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst. 81–88.

Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. Deutsches Ärzteblatt International, 119, 527–534. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0244.

Konsum bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Cannabis ist bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt die Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahr 2023 vor. Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2023.

Cannabis wurde zumindest einmal im Leben von 8,3 % der 12- bis 17-Jährigen und etwa der Hälfte (47,2 %) der 18- bis 25-Jährigen ausprobiert. Regelmäßig konsumierten 1,3 % der Jugendlichen und 8,0 % der jungen Erwachsenen Cannabis. Der Konsum war bei 18- bis 25-jährigen jungen Männern stärker verbreitet als bei 18- bis 25-jährigen jungen Frauen.

Quellen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024): Ausgewählte Ergebnisse zum Cannabiskonsum der Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023“. Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2023. Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinit%C3%A4tsstudie_2023_Cannabis.pdf, Zugriff: 04.02.2025.

Hoch, E. et al. (2025): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Missbrauchende, Abhängige

12-Monats-Prävalenz von Cannabis nach DSM-IV und Hochrechnungen auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung

		Gesamt % ¹	Männer % ¹	Frauen % ¹	Hochrechnung ²
Cannabis	Missbrauch	0,5	0,7	0,4	309.000
	Abhängigkeit	0,6	1,0	0,3	309.000

¹ ungewichtete Anzahl; % gewichtete Prävalenz [95 %-Konfidenzintervall].

² Mittelwert basierend auf 51.544.494 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2017, Statistisches Bundesamt).

Quelle: Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), 577–584.

Behandlung

Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2023: ambulant: 18,1 %, stationär: 9,8 %). Damit hat sich der Anteil an Behandlungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich seit der Jahrtausendwende verdreifacht, im stationären Bereich kam es zu einer Versiebenfachung. Der wirksamste Behandlungsansatz für Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen ist eine Kombination aus kognitiv-behavioraler Therapie und Motivationsförderung. Für Kinder und Jugendliche werden auch familientherapeutische Interventionen empfohlen. Es gibt keine wirksame Medikation zur Therapie von Entzugssymptomen, Craving oder Rückfallprophylaxe der Cannabisabhängigkeit. Aktuell wird eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ fertiggestellt, die Behandlungsempfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen und assoziierten Problemen in der deutschen Versorgung gibt. Angebote zur Prävention des problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Quelle: Hoch, E. et al. (2025): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Andere Drogen

Konsum illegaler Drogen

12-Monats-Prävalenz des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis in Deutschland (in Prozent)

	DAS 2023			ESA 2021		
	(12 bis 17 Jahre)			(18 bis 64 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Andere Drogen als Cannabis	1,2	1,1	1,3	3,6	4,4	2,9
Amphetamin	0,4	0,3	0,5	1,4	1,5	1,3
Methamphetamin	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2
Ecstasy	0,3	0,2	0,5	1,0	1,4	0,7
LSD	0,2	0,3	0,2	0,6	0,8	0,4
Heroin/andere Opiate	0,1	0,0	0,1	0,5	0,6	0,5
Kokain/Crack	0,3	0,4	0,1	1,6	2,1	1,1
Schnüffelfstoffe	0,2	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2
Pilze	0,3	0,4	0,1	0,5	0,7	0,4
Neue psychoaktive Substanzen	0,3	0,4	0,2	1,3	1,5	1,2

Quelle: Orth, B. et al. (2025): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten im Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Missbrauchende, Abhängige

12-Monats-Prävalenz substanzbezogener Störungen nach DSM-IV und Hochrechnungen auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung

		Gesamt % ¹	Männer % ¹	Frauen % ¹	Hochrechnung ²
Kokain	Missbrauch	0,1	0,2	0,0	57.000
	Abhängigkeit	0,1	0,1	0,0	41.000
Amphetamine	Missbrauch	0,1	0,1	0,1	57.000
	Abhängigkeit	0,2	0,2	0,2	103.000

¹ ungewichtete Anzahl; % gewichtete Prävalenz [95 %-Konfidenzintervall].

² Mittelwert basierend auf 51.544.494 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2017, Statistisches Bundesamt).

Quelle: Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, 116(35–36), 577–584.

Todesfälle

Bei Todesfällen in Folge von Suchtmittelkonsum stehen meist Konsumierende illegaler Drogen im Mittelpunkt – nicht zuletzt, weil die Zahl der „Drogen- bzw. Rauschgifttoten“ in den letzten Jahren steigt. Zum Teil lässt sich dieser Anstieg dadurch erklären, dass ein Anteil an Personen aufgrund von Folgeerkrankungen einer langjährigen Drogenabhängigkeit verstirbt. Zu einer Verlängerung der Lebensdauer haben ganz entscheidend Maßnahmen der Harm Reduction beigetragen, darunter niedrigschwellige Hilfen, medizinische Notfallversorgung oder die Naloxonmitgabe und Schulungen zur Anwendung. Die uneinheitliche Erfassung und Definition von Drogentoten in den Bundesländern erschweren eine Interpretation der Daten zusätzlich. Nicht sicher kann ausgeschlossen werden, dass Schwankungen der Zahlen im Verlauf durch diesen Umstand beeinflusst werden. Seit dem Jahr 2021 hat sich zudem die Dokumentation der konsumierten Substanzen der Drogentoten verändert. Insgesamt gibt die Zahl der Drogentoten nur einen Ausschnitt der Todesfälle aufgrund von Substanzkonsum wieder. Die Zahl der Tabak- und Alkoholtoten übersteigt die Zahl der Drogentoten um ein Vielfaches. Berichte über Todesfälle in Folge von Substanzkonsum sollten auch Alkohol und Tabak berücksichtigen.

Alkohol

Aufgrund des hohen Alkoholkonsums starben in Deutschland nach den Daten der GBD-Studie¹ für 2021 rund 47.500 Menschen. Hier wurden alle Altersstufen berücksichtigt.

Der Unterschied zu den genannten Zahlen im Beitrag „Alkohol“ in diesem Band ergibt sich maßgeblich durch die unterschiedlichen Altersgruppen, die in den jeweiligen Erhebungen einbezogen wurden.

¹ GBD = Global Burden of Disease
Quelle: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Tabak

Nach den Daten der GBD-Studie 2021 starben in Deutschland rund 99.000 Menschen an den Folgen des Rauchens inklusive der Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden.

Quelle: Starker, A. et al. (2025): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Drogen

Seit dem Jahr 2017 steigt die Anzahl drogenbedingter Todesfälle stetig an. Im Jahr 2023 wurden 2.227 Drogentote registriert, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme um 11,9 % (2022: 1.990) entspricht.

Der multiple Substanzgebrauch nimmt zu, was sich in den gestiegenen Zahlen der Mischintoxikationen widerspiegelt. Im Jahr 2023 sind 1.479 Personen an Folgen eines Mischkonsums gestorben, 34 % mehr als im Jahr 2022. Bei 522 Personen (23 %) wurde ein monovalenter Konsum im Zusammenhang mit dem Tod registriert. Bei 29 % der Rauschgifttoden wurden Langzeitschäden festgestellt, die auf Rauschgiftkonsum zurückzuführen sind.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2024): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2023. Wiesbaden.

Drogenbedingte Todesfälle

	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Deutschland gesamt	1.326	1.237	1.226	1.581	1.826	1.990	2.227

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2024): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2023. Wiesbaden.

Glücksspiel

Umsätze auf dem legalen Glücksspiel-Markt (in Mio. Euro) (Auszüge)

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	2010	2015	2020	2022	2023	Veränderung in 2023 gegenüber Vorjahr in % ²
Gesamt	31.511	42.519	38.325	53.131,7	63.470,2	+19,5
Spielbanken	6.187	6.189	6.293	12.233	14.684	+20,0
Spielhalle/Gaststätte – Geldspielautomaten	17.210	27.511	17.904	20.961	20.961	±0,0
Deutscher Lotto- und Toto-Block	6.501	7.273	7.915	7.966,8	8.199,5	+2,9

¹ Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten, Fernsehlotterien und die Postcode-Lotterie ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. Beim Fußballtoto liegt die Quote für die „13er Ergebnissette“ bei 60 % und die Quote für die „6 aus 45 Auswahlsette“ bei 50 %. Für die Berechnung der Spieleinsätze bei Sportwetten wurde die vom Deutschen Sportwettenverband berichtete Auszahlungsquote von 85 % zugrunde gelegt, die ebenfalls als untere Grenze zu werten ist, da verschiedene Anbietende im wachsenden Online-Bereich die Wettsteuer in Höhe von 5,3 % für die Spielenden übernehmen und sich dadurch Auszahlungsquoten von über 93 % ergeben können.

² Bei der Berechnung der Jahresvergleiche können sich Rundungsdifferenzen ausgewirkt haben.

Quelle: Meyer, G.; Hayer, T. (2025): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt
(in Mio. Euro) (Gesamtsumme 2023: 13,7 Mrd. Euro)

	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Geldspielautomaten	2.350	3.940	5.300	4.100	2.400	4.800	4.800
Glücksspiele in Spielbanken	952	557	557	566	505	1.102	1.300

Quellen: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGL) (Hrsg.) (2024): Tätigkeitsbericht 2023. Halle (Saale). https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberichte/20240828_Finale_Webversion_GGL-Taetigkeitsbericht-2023-WEB.pdf, Zugriff: 10.02.2025.

Gemeinsame Geschäftsstelle (GGS) der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Jahresreports. Halle (Saale). <https://gluecksspiel-behoerde.de/de/gemeinsame-geschaeftsstelle/jahresreports>, Zugriff: 25.02.2025.

Geleistete Steuerzahlungen der Unterhaltungsautomatenwirtschaft (in Mio. Euro)

	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Vergnügungssteuer	212	357	837	709	412	829	830
Umsatzsteuer ¹	–	–	429	422	275	564	– ²

¹ Umsatzsteuern sind erst nach dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Eindämmung missbräuchlicher Steuergestaltung“ ab 5. Mai 2006 zu entrichten.

² Umsatzsteuer für die gewerbliche Automatenaufstellung liegen für das Jahr 2023 nicht vor.

Quellen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2018): DHS Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst.

Gemeinsame Geschäftsstelle (GGS) der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Jahresreports. Halle (Saale). <https://gluecksspiel-behoerde.de/de/gemeinsame-geschaeftsstelle/jahresreports>, Zugriff: 25.02.2025.

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGL) (Hrsg.) (2024): Tätigkeitsbericht 2023, persönliche Mitteilung. Halle (Saale). https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberichte/20240828_Finale_Webversion_GGL-Taetigkeitsbericht-2023-WEB.pdf, Zugriff: 10.02.2025.

Pathologisches und problematisches Spielverhalten

In der aktuellen, in 2023 durchgeführten Bevölkerungsbefragung wurde die Prävalenz einer „Störung durch Glücksspielen“ auf der Basis der Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ erfasst (9 Kriterien in Form von 17 Einzelfragen) und der Schweregrad der Störung bestimmt (leichte Störung: vier bis fünf von neun Kriterien, mittlere Störung: sechs bis sieben Kriterien, schwere Ausprägung: acht bis neun Kriterien). Bei 2,4 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren weisen die Befunde auf eine Glücksspielstörung hin (entspricht rund 1,38 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall, KI: 2,1 %–2,7 %). Bei 1,0 % ist eine leichte Störung, bei 0,7 % eine mittlere und bei 0,7 % eine schwere Störung diagnostizierbar.

Quelle: Buth, S. et al. (2024): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2023. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2024/03/Gluecksspielsurvey_2023.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Versorgung

Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) veröffentlicht jährlich den REITOX-Jahresbericht für Deutschland. In diesem Bericht wird die Situation illegaler Drogen in Deutschland zusammengefasst. Ausführliche Informationen zum Thema Versorgung finden sich im „Workbook Behandlung“ (Karachaliou et al., 2024).

Ausgewählte Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe
und Sucht-Selbsthilfe

	Einrichtungen/Angebote	Behandelte/Plätze
Ambulante Einrichtungen ¹	1.199 ²	k. A.
Ärztliche Praxis/Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung) ³	2.434 substituierende Ärztinnen und Ärzte ⁴	80.400 Substituierte ⁴
Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung	In ca. 60 % der Einrichtungen wird die Psychosoziale Begleitbetreuung wahrgenommen. ⁵	Etwa 49 % der Substituierten erhalten Leistungen im Rahmen der PSB. ⁵
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	310 ⁶	13.097 ⁷
Einrichtungen der Sozialen Teilhabe	754 ⁶	k. A.
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser/ Fachabteilungen	208 ⁶	91.561 ⁸
Maßregelvollzug	k. A. ⁹	k. A.
Einrichtung im Strafvollzug (intern und extern)	k. A. ¹⁰	k. A.
Selbsthilfegruppen	ca. 7.100 ¹¹	k. A.

¹ Ambulante Einrichtungen umfassen: spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Fach- und Institutsambulanzen.

² 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) aktualisiert, wodurch die Datenerhebung verändert wurde. Verschiedene ambulante Einrichtungsarten wurden zusammengefasst, so dass nur aggregierte Daten vorliegen. Aktuelle Zahlen zu spezialisierten Behandlungszentren, niedrigschwelligen Einrichtungen und weiteren ambulanten Angeboten liegen derzeit nicht vor.

³ Aktuell gibt es weder Daten zur Anzahl der Arzt- oder Psychotherapiepraxen, die Suchtkranke behandeln, noch zur Zahl der Behandelten. Die dargestellten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf substituierende Ärztinnen und Ärzte sowie Substitutionspatientinnen und -patienten zum Stichtag, 01. Juli 2024. Da Arztpraxen oft die erste Anlaufstelle sind, ist von deutlich höheren Fallzahlen auszugehen (BfArM, 2025).

⁴ BfArM, 2025.

⁵ Schwarzkopf et al., 2024.

⁶ Im Jahr 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) weiterentwickelt. Der neue KDS 3.0 fasst verschiedene stationäre Einrichtungsarten (teilstationär/ganztägig, stationäre Rehabilitation, Adaption) zusammen, so dass nur die aggregierten Daten berichtet werden können. Ähnliches gilt für Soziotherapeutische Einrichtungen. Die Daten können nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden.

⁷ Es handelt sich hierbei um die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von „illegalen“ Drogen datiert wurden; Datenjahr ist 2023.

⁸ Datenjahr 2022.

⁹ Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten, weshalb ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten fehlen. Weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2024 (Schneider et al., 2024).

¹⁰ Die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug wurde 2019 geändert, wodurch sich der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten änderte. Dadurch fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2021 (Schneider et al., 2021).

¹¹ DHS-Umfrage 2017/2019.

Quellen: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2025. Bonn.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS 3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote. Update 2019. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Karachaliou, K. et al. (2024): Workbook Behandlung. Deutschland. Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023/2024). München (u.a.). https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2024/REITOX_BERICHT_2024_Behandlung.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Schneider, F.; Karachaliou, K.; Neumeier, E. (2024): Workbook Gefängnis. Deutschland. Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023/2024). München (u.a.). https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2024/REITOX_BERICHT_2024_Gefaengnis.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Schneider, F. et al. (2021): Workbook Gefängnis. Deutschland. Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). München (u.a.). https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2021/REITOX_Bericht_2021_DE_Workbook_Gefaengnis.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Schwarzkopf, L. et al. (2024): Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfe-statistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publikationen/jahresberichte/DSHS_DJ2023_Jahresbericht.pdf, Zugriff: 25.02.2025.

Registrierte Substitutionspatienten/-patientinnen und Ärzte/Ärztinnen in Deutschland

Stichtag	Patientinnen/ Patienten	Substituierende Ärztinnen/Ärzte
	Anzahl (ca.)	
01.07.2002 (Beginn der Meldepflicht)	46.000	
01.07.2005	61.000	2.664
01.07.2010	77.400	2.710
01.07.2015	77.200	2.613
01.07.2020	81.300	2.545
01.07.2021	81.300	2.496
01.07.2022	81.200	2.444
01.07.2023	81.600	2.436
01.07.2024	80.400	2.434

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2025. Bonn.

Insgesamt ist die Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten seit 2015 leicht angestiegen. Die erhöhten Zahlen in den Jahren 2020 bis 2023 dürften durch den besonderen Bedarf während der COVID-19-Pandemie begründet sein. Danach ist die Anzahl wieder gesunken und lag am 1. Juli 2024 bei 80.400 Patientinnen und Patienten.

In den Jahren 2015 bis 2019 lag die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte stabil bei etwa 2.600. Während der COVID-19-Pandemie ist die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte deutlich gefallen. Einer der Gründe wird das altersbedingte Ausscheiden sein. Seit 2022 ist die Anzahl wieder weitgehend konstant geblieben.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2025. Bonn.

2 Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

2.1 Alkohol

Jakob Manthey, Carolin Kilian

Zusammenfassung

In diesem Beitrag beschreiben wir den Alkoholkonsum in Deutschland mittels Daten aus Befragungen sowie durch den sogenannten Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA) auf Basis von Verkaufs- und Steuerstatistiken. Der anhaltend hohe Alkoholkonsum resultiert in einer sehr hohen vermeidbaren Krankheitslast, d. h. Krankenhausaufenthalte und Sterbefälle. Neben denjenigen, die Alkohol trinken, sind auch Kinder, Familienangehörige und unbeteiligte Dritte vom Alkoholkonsum anderer Personen betroffen. Auf der Grundlage aktueller Forschungserkenntnisse wird seit einigen Jahren davon ausgegangen, dass es keinen risikofreien oder gar gesundheitsförderlichen Alkoholkonsum gibt. Die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS wurden diesbezüglich bereits angepasst; die Leitlinie Alkohol wird aktuell überarbeitet. Um die hohen gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland zu reduzieren, müssten unterschiedliche evidenzbasierte, alkoholpolitische Maßnahmen umgesetzt werden. Da in Deutschland alkoholische Getränke überdurchschnittlich stark verfügbar und billig sind, wären Verfügbarkeits-einschränkungen sowie eine Anhebung der Verbrauchssteuern die effektivsten Maßnahmen. Darüber hinaus sollte die Versorgung von Personen mit Alkoholabhängigkeit durch den Abbau von Zugangsbarrieren verbessert werden.

Abstract

This contribution describes alcohol consumption in Germany using data from surveys and per capita alcohol consumption (APC) based on sales and tax statistics. Persistently high alcohol consumption results in a very high avoidable burden of disease, i.e. hospitalisations and deaths. In addition to those who drink alcohol, children, family members and uninvolved third parties are also affected by the alcohol consumption of others. Based on the latest evidence, it can be assumed that there is no safe level of alcohol consumption or even health benefits from drinking. The recom-

mendations of the Scientific Advisory Board of the DHS have already been adapted in this respect and the alcohol guideline is currently being revised. To lower the high health and social costs due to alcohol consumption, various evidence-based policy measures need to be implemented. As alcoholic beverages are widely available and cheap in Germany, the most effective measures would be to restrict their availability and to increase excise duties. In addition, the provision of care for people with alcohol dependence should be improved by removing access barriers.

1 Alkoholkonsum in der Bevölkerung

In diesem Kapitel beschreiben wir die beiden wichtigsten Datenquellen zur Erfassung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung: bevölkerungsbasierte Befragungen und Verkaufs- bzw. Steuerstatistiken.

1.1 Alkoholkonsum in bevölkerungsbasierten Befragungen

Dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zufolge gaben im Jahr 2021 etwa 70,5 % der 18- bis 64-Jährigen an, Alkohol in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben (Rauschert et al., 2022). Im Vergleich zu den 1990er Jahren zeigt sich, dass die Verbreitung des Alkoholkonsums leicht zurückgegangen ist (Seitz et al., 2019). Ein stärkerer Rückgang ist beim besonders risikoreichen Rauschtrinken unter Männern zu beobachten: Während 1995 noch 47,5 % der 15- bis 59-Jährigen angaben, mind. 70g Reinalkohol (entspricht etwa 1,5 l Bier) an einem Tag im letzten Monat getrunken zu haben, sank dieser Anteil bis zum Jahr 2018 auf 35,3 %. Für Frauen wurde keine statistisch signifikante Veränderung dokumentiert (1995: 19,8 %; 2018: 17,3 %).

Mit diesen beiden Indikatoren — Konsum jeglicher alkoholischer Getränke und Rauschtrinken — kann die Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung insgesamt und auch für bestimmte Subgruppen, z. B. nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status beschrieben werden. Allerdings gibt es hinsichtlich der Informationen zum Alkoholkonsum aus Befragungen zwei zentrale Probleme: erstens sind die Befragungen in der Regel nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung und zweitens sind die Angaben ungenau. Die mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität ergibt sich daraus, dass Personen mit einer aktiven Alkoholproblematik in Befragungen unzureichend erreicht werden (z. B. weil sie zum Zeitpunkt der Befragung betrunken oder verkatert sind), während bestimmte Gruppen mit einem hohen Anteil von Alkoholproblemen gar nicht befragt werden (z. B. Menschen in Obdachlosigkeit,

im Gefängnis oder in stationärer Unterbringung, Renterinnen und Rentner). Die Angaben zum Alkoholkonsum sind zudem relativ ungenau, weil es vielen Menschen schwerfällt, die Häufigkeit und Menge des Konsums korrekt einzuschätzen, insbesondere bei unregelmäßigem Gebrauch größerer Mengen Alkohol, oder diesen aus Furcht vor Verurteilung unterschätzen.

1.2 Alkoholkonsum in der Verkaufs- und Steuerstatistik

Daten der Verkaufs- und Steuerstatistik bieten den Vorteil, dass sie keinen Verzerrungen durch mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität sowie ungenauen Angaben unterliegen. Durch die Kombination von Schätzungen aus Befragungen und Informationen aus Verkaufs- und Steuerstatistiken kann ein vollständigeres Bild des Alkoholkonsums in Deutschland gezeichnet werden.

Auf Basis von Verkaufs- und Steuerstatistiken hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bisher den Reinalkohol pro Kopf oder den sogenannten Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA; englisch: *alcohol per capita*, APC) geschätzt. Das ist die Menge von Reinalkohol in Liter, die im Durchschnitt von einer in Deutschland lebenden Person im Alter von 15 Jahren oder älter in einem Jahr getrunken wird. Der PKA ist demnach ein Durchschnittswert für die gesamte Bevölkerung und schließt sowohl Personen ein, die Alkohol trinken, als auch solche, die keinen Alkohol konsumieren. Nachdem diese Berechnung im Jahr 2023 eingestellt wurde (Rummel et al., 2024), schlagen wir eine neue Berechnungsgrundlage vor. Anders als bislang ist die Berechnungsgrundlage mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) abgestimmt und resultiert in denselben PKA-Schätzungen. Folgende Datenquellen sollen genutzt werden:

- *Bier*: Durch die Erfassung der Biersteuer wird genau erfasst, wie viel Bier in Deutschland konsumiert wird. Im Jahr 2023 wurden nach Abzug der Exporte 6,9 Mrd. Liter Bier konsumiert.
- *Wein*: Da auf Wein keine Verbrauchssteuer erhoben wird, müssen andere Datenquellen genutzt werden. Das durch die Weinindustrie finanzierte Deutsche Weininstitut schätzt seit 2012 den inländischen Weinkonsum, der im fiskalischen Jahr 2021/2022 bei 1,7 Mrd. Liter Wein lag.
- *Sekt (Schaumwein)*: Durch die Erfassung der Schaumweinsteuer wird der Konsum von Sekt genau erfasst. Im Jahr 2023 wurden 267 Mio. Liter Schaumwein getrunken.
- *Spirituosen*: Die Alkoholsteuer (bis 2017: Branntweinsteuer) erfasst Spirituosen (z. B. Branntwein, Likör, angereicherter Wein, Wermut) mit einem Alkoholgehalt von über 22 Volumenprozent. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 172 Mio. Liter Reinalkohol in Form von Spirituosen getrunken.

- *Zwischenerzeugnisse*: Die Zwischenerzeugnissteuer umfasst alkoholische Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 und bis 22 Volumenprozent (z. B. angereicherter Wein, Wermut). Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 18 Mio. Liter Zwischenerzeugnisse konsumiert.
- *Alkopops*: Die Alkopopsteuer umfasst trinkfertige Mischgetränke mit einem Volumenalkohol von bis zu 10 %. Im Gegensatz zu den anderen Verbrauchssteuern stellt das Bundesamt für Statistik (DESTATIS) keine Steuerstatistik bereit, aus der die Absätze von Alkopops hervorgehen. Der Absatz kann jedoch über die Steuereinnahmen (2023: 1,426 Mio. €) zurückgerechnet werden.

Mit Hilfe dieser Datenquellen kann der aktuelle und historische Absatz aller Getränkearten berechnet werden. Um den PKA zu ermitteln, muss der Getränkeabsatz zunächst in Reinalkohol umgerechnet werden. Hierzu werden die folgenden durchschnittlichen Volumenprozent angenommen: Bier: 4,8 %; Wein und Sekt: 12 %; Zwischenerzeugnisse ≤ 15 %: 10 %; Zwischenerzeugnisse > 15 %: 20 %. Teilt man die Gesamtmenge Reinalkohol schließlich durch die Größe der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren oder älter, erhält man den PKA. Details zur Berechnung können an anderer Stelle eingesehen werden (Manthey, Kilian, 2025).

Der in Tabelle 1 beschriebene PKA aus Steuer- und Verkaufsstatistiken entspricht dem sogenannten registrierten PKA (aus dem Englischen: *recorded*). Für ein internationales Monitoring wird der registrierte PKA um zwei Einflussfaktoren korrigiert: (1) dem Konsum von nicht-registriertem Alkohol und (2) dem Einfluss touristischen Alkoholkonsums. Unter (1) ist der Umfang des Alkoholkonsums gemeint, der nicht in den Steuer- und Verkaufsstatistiken enthalten ist, wie z. B. selbstgebrautes Bier, nicht-erfasste Mengen Wein oder unsteuerter Alkohol zur medizinischen oder industriellen Verwendung. Für Deutschland wurde geschätzt, dass ca. 3,2 % des gesamten Konsums auf nicht-registrierten Alkohol zurückzuführen ist (Manthey et al., 2023). Unter (2) ist der Umfang des Alkoholkonsums gemeint, der durch deutsche Touristinnen und Touristen im Ausland konsumiert wird, abzüglich der Menge, die hierzulande durch Touristinnen und Touristen aus dem Ausland konsumiert wird. Diese Korrektur ist insbesondere für relativ kleine Länder mit einem hohen Anteil von Touristinnen und Touristen relevant (z. B. Malediven oder Österreich). Für Deutschland geht die WHO von einer Netto-Korrektur von 6,2 % aus, d. h. insgesamt trinken Deutsche durch Auslandsaufenthalte etwas mehr Alkohol als ausländische Touristinnen und Touristen hierzulande. Berücksichtigt man diese beiden Einflussfaktoren ergibt sich ein Gesamt-PKA für das Jahr 2023 in Höhe von 11,2 Litern. Für die 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union wurde zuletzt für das Jahr 2022 ein durchschnittlicher PKA-Wert

Tab. 1: Registrierter Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA) in Liter Reinalkohol nach Getränkeart und Gesamt

Jahr	Bier	Wein ¹	Spirituosen	Andere ²	Registrierter PKA ⁴
2012	5,5	3,4	2,4	0,02	11,4
2013	5,4	3,4	2,4	0,02	11,3
2014	5,4	3,4	2,5	0,02	11,3
2015	5,4	3,3	2,5	0,02	11,2
2016	5,3	3,4	2,5	0,03	11,2
2017	5,2	3,4	2,5	0,03	11,1
2018	5,2	3,3	2,6	0,03	11,2
2019	5,1	3,3	2,4	0,03	10,8
2020	4,8	3,3	2,3	0,04	10,5
2021	4,7	3,3	2,4	0,04	10,4
2022	4,9	3,2	2,5	0,05	10,6
2023 ³	4,7	3,1	2,4	0,05	10,2

¹ Wein einschließlich Sekt.

² Andere = Zwischenenergiezeugnisse und Alkopops.

³ Vorläufige Schätzung.

⁴ Rundungsbedingt entspricht die Spalte „Registrierter PKA“ nicht zwangsläufig der Summe der anderen Spalten. Die exakten Angaben finden Sie unter: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>.

Bevölkerungsumfang basiert auf „UN Population Prospects 2022 revision“.

von 11,2 Litern ermittelt (unveröffentlichte Daten) – in diesem Jahr lag der PKA für Deutschland insgesamt bei 11,6 Litern und damit leicht über dem europäischen Durchschnitt.

Deutschland hat sich als Mitgliedsstaat der WHO im Jahr 2013 dazu verpflichtet den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um 10 % zu verringern (World Health Organization, 2024b). Da der Gesamt-PKA zwischen 2013 und 2023 bislang nur um 8 % zurückgegangen ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass das selbstgesteckte Ziel erreicht wird.

2 Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland

In diesem Kapitel stellen wir aktuelle Zahlen und Hintergründe zu den gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums für Konsumierende und Dritte vor.

2.1 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol steht im Zusammenhang mit mehr als 200 Erkrankungen und Verletzungen. Im Jahr 2021 starben in Deutschland schätzungs-

weise 21.700 Erwachsene im Alter von 15 bis 69 Jahren aufgrund ihres Alkoholkonsums (Kraus et al., 2024). Diese Zahl ist zwar deutlich geringer als noch vor 15 Jahren (2006: 26.800 Sterbefälle bzw. 13,7 % aller Sterbefälle vs. 11,5 % in 2021), allerdings ist seit der COVID-19-Pandemie wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2024). Es handelt sich zudem um vollständig vermeidbare Sterbefälle, d. h., dass ohne den gesundheitsschädigenden Konsum von Alkohol diese Sterbefälle zu einem späteren Zeitpunkt aufgetreten wären. Hinzukommen über 600.000 alkoholbedingte stationäre Behandlungsfälle unter den 15- bis 69-Jährigen (Kraus et al., 2024). Bei Männern war Alkoholkonsum demnach ursächlich für knapp 10 % aller stationären Behandlungsfälle, bei Frauen für ca. 3 %.

Von den 22 im Internationalen Klassifikationssystem (ICD-10) definierten Krankheitskategorien liegen in 16 Kategorien Erkrankungen und Verletzungen vor, die durch den Konsum von Alkohol (mit-)verursacht werden. Dabei lassen sich gesundheitliche Folgen unterscheiden, die auf den akuten bzw. den chronischen Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

Unfälle, Gewalt, Suizid sowie die Übertragung von sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich dem Human-Immundefizienz-Virus (HIV) können die Folge eines einmaligen Alkoholkonsums sein bzw. durch diesen begünstigt werden. Der entscheidende Mechanismus ist hierbei die enthemmende bzw. sedierende Wirkung des Ethanols, der neben Wasser zentraler Bestandteil alkoholischer Getränke ist und im Gehirn wirkt. Auch bei langjährigem (chronischen) Konsum von Alkohol können Unfälle, Suizid und sexuell übertragbare Erkrankungen vermehrt auftreten, was sich neben der enthemmenden Wirkung des Alkohols auch durch langfristige Veränderungen im Gehirn erklären lässt.

Durch den chronischen Konsum insbesondere größerer Mengen Alkohol steigt das Risiko einer Vielzahl von Erkrankungen, einschließlich Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. Leberzirrhose), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck), neuropsychiatrischen und psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Alkoholabhängigkeit), Diabetes Typ 2 und Krebs. Insbesondere die krebserregende Wirkung von Alkohol hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Dabei führt die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC) das Abbauprodukt von Alkohol Acetaldehyd bereits seit 1988 als Gruppe-1-Karzinogen – die gleiche Klassifizierung wie z. B. Zigaretten und Asbest.

Um den Zusammenhang von chronischem Alkoholkonsum mit unterschiedlichen Erkrankungen zu verstehen, ist es notwendig, sich die Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge näher anzuschauen. Dabei unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungsrisiko je

nach Erkrankung. Das heißt erstens, dass es keine Menge Alkohol gibt, die bei allen Erkrankungen zu einem vergleichbar erhöhten Erkrankungsrisiko für Männer und Frauen führt; und zweitens steigt das Risiko für verschiedene Krankheiten mit zunehmender Konsummenge in unterschiedlichem Maße an. So steigt beispielsweise das Risiko für Leberzirrhose erst, wenn im Durchschnitt täglich mehr als zwei kleine Bier ($\geq 30\text{g}$ Reinalkohol) getrunken werden. Für Krebserkrankungen hingegen steigt das Erkrankungsrisiko bereits mit sehr geringen täglichen Trinkmengen. Schätzungsweise geht jede vierte Brustkrebserkrankung auf den sogenannten moderaten Konsum von Alkohol zurück, also auf den Gebrauch von weniger als 0,5 Litern Bier ($\leq 20\text{g}$ Reinalkohol) pro Tag (World Health Organization, 2020).

2.2 Gesundheitliche und soziale Folgen für Dritte

Neben den gesundheitlichen Folgen für Konsumierende wirkt sich Alkoholkonsum auch auf Dritte aus. Dies geschieht auf vielfältigen Wegen und kann unterschiedlich schwere gesundheitliche und soziale Folgen für Betroffene haben. Besonders hervorzuheben ist das unmittelbare Umfeld von Personen mit schwerem Alkoholkonsum, d. h. Partnerinnen und Partner und Kinder. Basierend auf Daten des ESA wird geschätzt, dass bis zu 1,25 Millionen Kinder in Deutschland mit einem Elternteil aufwachsen, welches die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt (Kraus et al., 2021). Werden die Unterschätzung von Alkoholabhängigkeit im ESA und weitere riskante Konsummuster (z. B. wiederholte Rauschtrinkepisoden oder anhaltender, schwerer Konsum) berücksichtigt, fällt diese Zahl sehr wahrscheinlich deutlich höher aus. Kinder, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, haben ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen (z. B. Depression oder Angststörungen) und fangen häufiger selbst an, frühzeitig Alkohol zu trinken. Darüber hinaus gilt Alkoholkonsum in der Schwangerschaft als bedeutsamster vermeidbarer Risikofaktor für angeborene Fehlbildungen, geistige Behinderung und Fehlgeburt. Erkrankungen, die in Folge pränataler Alkoholexposition auftreten, werden unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumstörung“ zusammengefasst.

Darüber hinaus steht Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen und Gewaltdelikten, die neben der trinkenden Person auch unbeteiligte Dritte involvieren können. Dies ist z. B. bei einem Verkehrsunfall oder einem tätlichen Angriff unter Alkoholeinfluss der Fall. Im Jahr 2023 wurden rund 15.150 (5 % aller) Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss und rund 102.200 (21 % aller) Tatverdächtige bei Körperverletzungsdelikten

unter Alkoholeinfluss registriert (Bundeskriminalamt, 2024; Statistisches Bundesamt, 2024). Dabei ist festzuhalten, dass Alkoholeinfluss nicht eine unmittelbare Kausalität des Alkoholkonsums bedeutet. Die kausale Zurückführung entsprechender Vorfälle auf Alkoholkonsum wurde für das Jahr 2014 einmalig geschätzt, wonach ca. 1.200 tödliche Unfälle im Straßenverkehr (45 % aller Unfälle) und 55 tödliche Gewaltdelikte (15 % aller tödlichen Gewaltdelikte) ursächlich auf Alkoholkonsum zurückzuführen waren (Kraus et al., 2019). Berücksichtigt man ferner Verkehrsunfälle und Gewaltdelikte ohne tödlichen Ausgang sowie Vandalismus, ist davon auszugehen, dass der physische, psychische und materielle Schaden deutlich höher ausfällt. Laut einer aktuellen Studie aus Neuseeland ist es sehr wahrscheinlich, dass die durch den Alkoholkonsum verursachten Gesundheitsschäden gegenüber Dritten deutlich über denen der Konsumierenden selbst liegen (Casswell et al., 2024). Das heißt, dass aktuelle Berechnungen zum gesundheitlichen Schaden durch Alkoholkonsum die tatsächlichen Gesundheitsfolgen für die Gesamtbevölkerung stark unterschätzen.

3 Revision der Leitlinie Alkohol

Im Jahr 2008 wurde auf Grundlage des damaligen Kenntnisstands vorgeschlagen, dass ein risikoarmer Konsum vorliegt, wenn an mind. 2 Tagen pro Woche kein Alkohol konsumiert wird, Rauschtrinken vermieden wird, bestimmte Bevölkerungsgruppen (u. a. Schwangere, Jugendliche) komplett auf Alkohol verzichten und der tägliche Gebrauch von max. 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol nicht überschritten wird (Seitz et al., 2008).

Inwiefern diese Empfehlungen dem Stand der Forschung entsprechen, wurde bereits im Jahr 2019 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2019) und zuletzt in zwei Arbeiten im Jahr 2024 (Richter et al., 2024; Rumpf et al., 2024) überprüft.

Nach Sichtung des aktuellen Forschungsstandes hat das Wissenschaftliche Kuratorium der DHS festgestellt, dass es potenziell keinen gesundheitsförderlichen oder sicheren Alkoholkonsum gibt. Da auch geringe Mengen Alkohol bereits schädlich sein können, sollte eine überarbeitete Leitlinie betonen, dass eine Reduktion des Alkoholkonsums immer zu einer Verbesserung der Gesundheit beiträgt (Rumpf et al., 2024). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) kommt zu einem ähnlichen Schluss und empfiehlt eine vollständige Abstinenz zur Vermeidung alkoholbezogener Risiken. In Abhängigkeit der wöchentlichen Trinkmenge von Reinalkohol ergeben sich laut DGE die folgenden drei Kategorien:

- (1) risikoarm (< 27 g, entspricht 660 ml Bier);
- (2) moderates Risiko (27–81 g, entspricht bis zu 2 l Bier);
- (3) riskant (> 81 g, entspricht mehr als 2 l Bier) (Richter et al., 2024).

Es bleibt festzuhalten, dass die Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol in Reaktion auf den veränderten Kenntnisstand angepasst werden, wodurch die Bedeutung von Abstinenz und Trinkmengenreduktion betont wird.

4 Alkoholpolitische Maßnahmen zur Eindämmung alkoholbedingter Folgen

Die WHO empfiehlt verschiedene Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und alkoholbedingter Folgen (World Health Organization, 2021):

- 1) Einschränkungen der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke,
- 2) Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer,
- 3) der niedrigschwellige Zugang zu Alkoholscreening, Kurzinterventionen und Behandlungen,
- 4) ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing sowie
- 5) eine Anhebung von Verkaufspreisen alkoholischer Preise.

Im Folgenden diskutieren wir die Themenblöcke Alkoholverfügbarkeit, Behandlung alkoholbezogener Störungen, Alkoholmarketing und Preispolitik in Bezug auf ihre Umsetzung in Deutschland.

4.1 Verfügbarkeit alkoholischer Getränke

Um die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke einzudämmen, kann zwischen Begrenzungen der Verkaufsorte und Verkaufszeiten unterschieden werden. In Baden-Württemberg wurde im März 2010 ein Verkaufsverbot von Alkohol zwischen 22 und 5 Uhr eingeführt, woraufhin es zu einem deutlichen Rückgang leichter und schwerer Körperverletzungen kam (Baumann et al., 2020). Trotz der erwünschten Effekte wurde das Gesetz im Dezember 2017 durch die Grün-Schwarze Landesregierung abgeschafft.

Um die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke für Jugendliche bzw. junge Erwachsene zu beschränken, gilt in den meisten Ländern weltweit ein Mindesterwerbsalter für alkoholische Getränke. Die Anhebung auf 18 Jahre wird von einer Mehrheit der Deutschen befürwortet (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2024), allerdings hat sich die öffentliche Debatte zuletzt auf das sog. „begleitete Trinken“ verlagert, also der legale Alkoholkonsum in Gaststätten ab einem Alter von 14 Jahren in Anwesenheit einer sorgeberechtigten Per-

son. Aus gesundheitspolitischer Perspektive ist die Anhebung des Mindestverwertsalters für alle alkoholische Getränke auf 18 Jahre sowie die Abschaffung des „begleiteten Trinken“ zu empfehlen.

4.2 Versorgung von Personen mit Alkoholabhängigkeit

Zur Behandlung von Personen mit Alkoholabhängigkeit empfiehlt die S3-Leitlinie u. a. die Aufnahme einer Entzugsbehandlung sowie einer anschließenden Rehabilitationsbehandlung zur längerfristigen Abstinenzsicherung. Tatsächlich werden nur wenige Personen leitliniengerecht behandelt, zudem in der Regel erst im höheren Alter und nach einem langen Krankheitsverlauf. In Bremen und Hamburg begannen z. B. nur 5 % bzw. 8 % der Personen mit Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit innerhalb von 10 bzw. 12 Monaten eine Rehabilitationsbehandlung (Kilian et al., 2025; Möckl et al., 2023).

Dass eine Behandlung erst spät oder gar nicht in Anspruch genommen wird, kann verschiedene Ursachen haben. Ein Problem liegt in der sehr späten Diagnosestellung, oftmals zu einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Eine standardisierte Erfassung des Alkoholkonsums in der allgemeinmedizinischen Versorgung könnte dem entgegenwirken. Neben strukturellen Barrieren (z. B. zeitliche Kapazitäten) stellt aber auch fehlendes Fachwissen auf Seiten der Behandelnden eine relevante Barriere dar (Hanschmidt et al., 2017). Zudem haben Behandelnde Sorge, Patientinnen und Patienten durch das Thematisieren von Alkoholproblemen zu stigmatisieren. Auf Seiten der Betroffenen wiederum stellen Scham und die Sorge davor, stigmatisiert zu werden, Barrieren beim Aufsuchen medizinischer Hilfsangebote dar. Ferner spielen lange Wartezeiten und begrenzte Behandlungskapazitäten eine entscheidende Rolle in der Bereitstellung geeigneter Behandlungsmaßnahmen.

Um Versorgungslücken zu schließen, sollten daher einerseits Behandlungskapazitäten erhöht und andererseits medizinisches Fachpersonal im Umgang mit Alkoholkonsum geschult werden. Darüber hinaus ist eine aktive, gesamtgesellschaftliche Aufklärung und Auseinandersetzung mit dem Thema Alkoholabhängigkeit notwendig, um Scham und Diskriminierung als Barrieren in der medizinischen Versorgung abzubauen.

4.3 Alkoholmarketing und Warnhinweise

Alkohol kann in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen nahezu uneingeschränkt beworben werden. Dem Rundfunkstaatsvertrag (RStV §7 Abs. 10)

zufolge darf durch Werbung der „übermäßige Genuss“ nicht gefördert werden und der Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV) legt fest, dass sich entsprechende Werbung nicht an Kinder und Jugendliche richten darf. Diese unzureichenden Beschränkungen sind – wie auch Selbstverpflichtungen der Alkoholindustrie – keine geeigneten Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums (Babor et al., 2023). Eine häufige Falschannahme in diesem Zusammenhang ist, dass Alkoholmarketing nur die Markenwahl, nicht aber das Konsumverhalten beeinflussen würde, was nachweislich nicht der Fall ist (World Health Organization, 2024a). Zudem wird die Glaubwürdigkeit der Selbstverpflichtungen dadurch in Frage gestellt, dass die Alkoholindustrie stark von jenen Personen abhängig ist, die Alkohol in moderaten oder hoch-riskanten Mengen konsumieren (mehr als 12 g bzw. 24 g Reinalkohol pro Tag für Frauen bzw. Männer). Unsere bislang unveröffentlichten Berechnungen zeigen, dass ca. 50 % des Alkoholumsatzes auf diese Personengruppe entfällt.

Den Kinder- und Jugendschutz betreffend ist die zunehmende Bewerbung alkoholischer Getränke in den Sozialen Medien besonders bedenklich. Eine aktuelle Befragung von Jugendlichen aus Neuseeland zeigt, dass etwa dreiviertel der Befragten im Alter von 14 bis 20 Jahren durch Alkoholmarketing in den Sozialen Medien erreicht werden (McCreanor et al., 2024). Aufgrund der vielfältigen Kanäle, über die Alkoholmarketing in den Sozialen Medien stattfinden kann (z. B. Influencer-Marketing oder Reposting durch private Nutzende), ist es hier besonders herausfordernd, eine effektive Regulierung umzusetzen, wie ein Fallbeispiel aus Finnland veranschaulicht (Katainen et al., 2020).

Ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing erscheint plausibel und wird auch von der WHO empfohlen. Allerdings kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass dadurch der Alkoholkonsum auf Bevölkerungsebene gesenkt werden könnte, wie es bei Verfügbarkeitseinschränkungen oder preispolitischen Maßnahmen der Fall ist. Es ist zwar unbestritten, dass die wiederholte Wahrnehmung von Alkoholwerbung bei Jugendlichen Alkoholkonsum wahrscheinlicher macht (Sargent, Babor, 2020), allerdings konnte andersherum kein eindeutiger Beleg zur Senkung des PKA durch Werbeverbote erbracht werden (Manthey et al., 2024b). Dennoch gibt es entscheidende Gründe, Alkoholmarketing umfassend einzuschränken, wie z. B. die Denormalisierung von Alkohol und dessen Entkopplung von Identität, Feierlichkeit und Zusammengehörigkeit, die Schaffung alkoholwerbefreier Umwelten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie von Personen mit (ehemaliger) Alkoholabhängigkeit.

Neben dem Verbot von Alkoholmarketing ist die Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums zentral. Hierbei richtete sich in den vergangenen Jahren zunehmend die Aufmerksamkeit auf die Anbringung

Abb. 1: Warnhinweis auf alkoholischen Getränken in Irland ab 2026



von Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken. Entsprechende Warnhinweise erreichen Konsumierende sowohl beim Kauf der Produkte als auch in der Konsumsituation und wurden in experimentellen Studien als effektiv zur Erhöhung der Risikowahrnehmung und Veränderung der Kauf- und Konsumintention bewertet (z. B. Grummon et al., 2024). Irland wird das erste EU-Land sein, welches 2026 Warnhinweise für Leber- und Krebserkrankungen auf allen alkoholischen Getränken verpflichtend einführt (s. Abb. 1; Government of Ireland, 2023).

4.4 Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke

Es ist hinreichend belegt, dass sich durch Preiserhöhungen der Alkoholkonsum und die dadurch bedingten Folgeprobleme reduzieren lassen (Babor et al., 2023). Ungeachtet dieser Evidenz wurden in Deutschland die Biersteuern zuletzt im Jahr 1993 erhöht und auf Wein werden keine Verbrauchssteuern erhoben. Die durchschnittlichen Preise für Getränke mit gleicher Menge Reinalkohol und die darauf anfallenden Steuern sind in Tabelle 2 dargestellt.

Das verlorene Potenzial dieser unzureichenden Preispolitik wird durch einen Vergleich mit anderen EU-Ländern deutlich. Im Jahr 2022 nahmen Estland, Litauen und Lettland pro Kopf zwischen 167 € und 218 € Steuern aus dem Verkauf alkoholischer Getränke ein, während in Deutschland lediglich 44 € pro Kopf eingenommen wurden – bei ähnlichem PKA (Manthey et al., 2024a). Würde man die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke auf ein Niveau erhöhen, dass die Verkaufspreise um etwa 5 % anstiegen (z. B. Preisanstieg ei-

Tab. 2: Verkaufspreise und Verbrauchssteuern für alkoholische Getränke mit 12 g Reinalkohol

Getränk	Durchschnittlicher Verkaufspreis ¹ in €	Anteil Verbrauchssteuer in €	Anteil Verbrauchssteuer in %
330 ml Bier ²	0,50 (0,38–0,65)	0,028	5,6 (4,3–7,3)
125 ml Wein ³	0,54 (0,47–0,83)	0,000	0
125 ml Sekt ⁴	0,63 (0,32–0,67)	0,170	27,2 (20,4–36,6)
50 ml Spirituosen ⁵	0,62 (0,40–0,84)	0,208	33,6 (24,8–52,2)

¹ Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 2018, basierend auf Ausgaben von $n = 2.131$ bis $n = 6.690$ Haushalten (je nach Getränkeart): Median und Interquartilsabstand, d. h. entspricht den mittleren 50 % aller gekauften Produkte der jeweiligen Getränkeart.

² Berechnet für Bier mit 4,8 % Volumenalkohol (entspr. 10,7 Grad Plato) nach Biersteuergesetz (0,787 € je hl Bier je Grad Plato).

³ Keine Verbrauchssteuer auf Wein.

⁴ Berechnet für Sekt nach dem Schaumwein- und Zwischenerzeugnissteuergesetz (136 € je hl Sekt).

⁵ Berechnet für Spirituosen mit 32 % Volumenalkohol nach dem Alkoholsteuergesetz (1.303 € je hl Reinalkohol).

ner Flasche Bier von 1,00 € auf 1,05 €), so ließen sich zusätzliche 1,4 Mrd. € Steuereinnahmen generieren (+44 %), der PKA um 2,2 % senken und der Tod von etwa 850 Personen in einem Jahr verzögern (Ergebnisse einer unveröffentlichten Studie).

Die aktuelle Preispolitik führt zu zwei ungünstigen Entwicklungen. Erstens stagnieren die Verbrauchssteuereinnahmen aus Alkoholverkäufen (2010: 3,15 Mrd. €; 2022: 3,17 Mrd. €) bei ansteigenden Kosten durch alkoholbedingte Folgeerkrankungen (z. B. durch einen Anstieg der Behandlungskosten). Berücksichtigt man die Inflation oder die allgemeine Entwicklung der Steuereinnahmen (alle Steuerarten einschl. Mehrwert-, Einkommens- und Verbrauchssteuern: 2010: 531 Mrd. €; 2022: 896 Mrd. €), so sinken die Real-Steuereinnahmen sogar. Die Verbrauchssteuereinnahmen werden häufig den direkten (v. a. Behandlungskosten; Schätzungen aus 2020: 16,59 Mrd. €) sowie den indirekten Kosten (z. B. Kosten durch eingeschränkte Produktivität und vorzeitigen Tod; Schätzungen aus 2020: 40,44 Mrd. €), die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, gegenübergestellt (Effertz, 2020). Dabei ist anzumerken, dass die Verbrauchssteuereinnahmen aus Alkoholverkäufen nur zu einem sehr kleinen Teil für die entstandenen Kosten aufgewendet werden (z. B. für Langzeitarbeitslosigkeit), während andere Kosten durch die Allgemeinheit (z. B. durch Krankenkassenbeiträge) bezahlt werden oder nicht direkt anfallen (z. B. Produktivitätsverlust durch vorzeitigen Tod), also nicht durch Steuereinnahmen bezahlt werden müssen.

Tab. 3: Einkommen, Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke und Veränderungen im Erschwinglichkeitsindex von 2000 bis 2022 in Deutschland

Jahr	Index des Haushaltsnettoeinkommens (HNE) ¹	Verbraucherpreisindex (VPI) ²				Erschwinglichkeitsindex (EI) ³				Proportionale Veränderung im EI (im Vergleich zum Vorjahr) ⁴
		Alkoholische Getränke	Bier	Wein	Spirituosen	Lebensmittel	Alkoholische Getränke	Bier	Wein	Spirituosen
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	104,3	101,0	100,9	101,0	101,0	104,5	103,2	103,3	103,2	103,2
2002	104,4	102,4	102,7	101,9	101,4	105,4	101,9	101,6	102,5	102,9
2003	104,4	103,9	105,2	102,0	101,6	105,2	100,5	99,3	102,3	102,7
2004	105,0	104,8	106,6	102,6	101,6	104,9	100,3	98,6	102,4	103,4
2005	109,0	105,1	107,3	102,2	101,5	104,9	103,7	101,5	106,6	107,4
2006	108,9	105,4	107,2	102,6	103,0	107,1	103,3	101,6	106,1	105,7
2007	111,9	108,3	110,6	104,6	105,7	111,1	103,3	101,2	106,9	105,8
2009	113,2	113,2	115,1	110,7	109,7	116,4	100,0	98,4	102,2	103,2
2010	115,1	113,7	114,9	111,7	110,4	117,8	101,3	100,2	103,1	104,3
2011	117,7	114,8	115,2	114,6	111,0	121,0	102,6	102,2	102,7	106,1
2012	120,9	116,3	115,6	117,6	112,4	125,2	104,0	104,6	102,8	107,6
2014	124,0	120,7	120,7	121,3	114,8	131,3	102,7	102,7	102,2	108,0
2015	126,8	121,7	122,7	121,8	115,2	132,1	104,2	103,4	104,1	110,1
2016	130,6	121,9	123,2	121,7	115,2	133,3	107,1	106,0	107,3	113,4
2017	133,9	122,4	124,1	122,2	115,3	136,9	109,4	107,9	109,6	116,2
2019	141,1	126,2	130,2	125,4	116,5	141,7	111,8	108,4	112,5	121,1
2020	142,3	125,3	128,9	124,7	115,9	144,7	113,6	110,4	114,1	122,8
2021	150,2	127,3	130,5	126,8	118,1	149,2	118,0	115,1	118,5	127,2
2022	159,8	132,8	136,9	132,7	121,8	167,9	120,3	116,8	120,5	131,2

Daten des Statistischen Bundesamtes (Tabelle 61111.-0003 und 63121.-0004); NB: nicht berechenbar aufgrund fehlender Daten des Vorjahres.

Lebensmittel: VPI der Kategorie „Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke“ zum Vergleich.

¹ $HNE_t = HNE_t / HNE_{2000} \cdot 100$.

² $VPI_t = VPI_t / VPI_{2000} \cdot 100$.

³ $EI_t = HNE_t / VPI_t \cdot 100$.

⁴ Proportionale Veränderung im EI im Vergleich zum Vorjahr = $((HNE_{t+1} / VPI_{t+1}) - (HNE_t / VPI_t)) / (HNE_t / VPI_t) \cdot 100$.

* Aufgrund fehlender Daten des Vorjahres (für 2008, 2013 und 2018) wurde die proportionale Veränderung zum vorletzten Jahr berechnet.

Zweitens führt die unzureichende Besteuerung dazu, dass alkoholische Getränke im Verhältnis zum verfügbaren Haushaltsnettoeinkommen in Deutschland zunehmend günstiger werden. Das bedeutet, dass mit einem durchschnittlichen Haushaltseinkommen im Jahr 2022 deutlich mehr Rein-alkohol gekauft werden konnte als noch vor 10 Jahren. In Tabelle 3 ist die Entwicklung der Alkoholpreise, des Haushaltsnettoeinkommens sowie deren Verhältnis als Indikator für Erschwinglichkeit dargestellt. Demzufolge sind die Preise für alkoholische Getränke in den letzten 20 Jahren deutlich weniger stark angestiegen als für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke. Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass Alkohol in keinem anderen Land so erschwinglich ist wie in Deutschland (Kilian et al., 2022).

5 Fazit

In Deutschland liegt der Gesamt-PKA über dem europäischen Durchschnitt und das international vereinbarte Ziel zur Konsumreduktion wird womöglich verfehlt. Der hohe Durchschnittskonsum spiegelt sich in einer sehr hohen Zahl von alkoholbedingten Sterbe- und Erkrankungsfällen wider. Darüber hinaus sind auch Kinder und andere nicht am Konsum beteiligte Personen von den Folgen des weit verbreiteten Alkoholkonsums betroffen. Würde man in Deutschland effektiv den Alkoholkonsum und die Folgeprobleme reduzieren wollen, müssten insbesondere der Zugang zu Alkohol eingeschränkt und die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke deutlich erhöht bzw. für Wein eingeführt werden. Durch diese Maßnahmen könnten Erkrankungen, Sterbefälle und damit einhergehendes Leid vermieden werden und es stünden gleichzeitig mehr Steuereinnahmen zur Prävention, Erforschung und Behandlung von Suchterkrankungen zu Verfügung.

Literatur

- Babor, T. F. et al. (Eds.) (2023): *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy* (3rd ed.). Oxford: University Press.
- Baumann, F. et al. (2020): *Beschränktes Alkoholverkaufsverbot in Baden-Württemberg: Wirksames Gesetz abgeschafft*. Wirtschaftsdienst, 100(1), 60–63.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): *Polizeiliche Kriminalstatistik: PKS 2023 Bund – Tatverdächtige insgesamt*. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundTV/bundTV_node.html, Zugriff: 31.01.2025.

- Casswell, S. et al. (2024): Quantifying alcohol-attributable disability-adjusted life years to others than the drinker in Aotearoa/New Zealand: A modelling study based on administrative data. *Addiction*, 119(5), 855–862. <https://doi.org/10.1111/add.16435>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Wie sollten Menschen mit Alkohol umgehen, um Gesundheitsrisiken zu verringern? Stellungnahme. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS-Stellungnahme_Umgang_mit_Alkohol.pdf, Zugriff: 31.01.2025.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2024): Bier, Wein und Sekt erst ab 18: Steigende Zustimmung zu einem einheitlichen Mindestabgabealter für Alkohol. Heidelberg. <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2024/dkfz-pm-24-52-Steigende-Zustimmung-zu-einem-einheitlichen-Mindestabgabealter-fuer-Alkohol.php>, Zugriff: 31.01.2025.
- Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht*. Lengerich: Pabst. 225–234.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024): Sterbefälle. Bonn: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 31.01.2025.
- Government of Ireland (2023): S.I. No. 249/2023 – Public Health (Alcohol) (Labeling) Regulations 2023. Dublin. <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/print>, Zugriff: 31.01.2025.
- Grummon, A. H. et al. (2024): Health harms that discourage alcohol consumption: A randomized experiment of warning messages. *Addictive Behaviors*, 159, 108135. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108135>.
- Hanschmidt, F. et al. (2017): Barriers to Alcohol Screening Among Hypertensive Patients and the Role of Stigma: Lessons for the Implementation of Screening and Brief Interventions in European Primary Care Settings. *Alcohol and Alcoholism*, 52(5), 572–579. <https://doi.org/10.1093/alcac/agx032>.
- Katainen, A. et al. (2020): Regulating Alcohol Marketing on Social Media: Outcomes and Limitations of Marketing Restrictions of Finland's 2015 Alcohol Act. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(1), 39–46. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.39>.
- Kilian, C. et al. (2025): Re-hospitalisation of alcohol use disorder patients with and without qualified withdrawal and rehabilitation treatment: A data-linkage study (Germany). *Open Science Framework*.
- Kilian, C. et al. (2022): Affordability of alcoholic beverages in the European Union. *European Addiction Research*, 29(1), 63–66. <https://doi.org/10.1159/000527096>.

- Kraus, L. et al. (2024): Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021: A modelling study. *Drug and Alcohol Review*, 43(7), 1662–1675. <https://doi.org/10.1111/dar.13928>.
- Kraus, L. et al. (2021): Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0>.
- Kraus, L. et al. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: A register-based study. *BMC Medicine*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>.
- Manthey, J. et al. (2024a): The impact of raising alcohol taxes on government tax revenue: Insights from five European countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 22, 363–374. <https://doi.org/10.1007/s40258-024-00873-5>.
- Manthey, J. et al. (2024b): Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the ‘best buys’. *Addiction*, 119(5), 799–811. <https://doi.org/10.1111/add.16411>.
- Manthey, J. et al. (2023): Unrecorded alcohol use in 33 European countries: Analyses of a comparative survey with 49,000 people who use alcohol. *International Journal of Drug Policy*, 116, 104028. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104028>.
- Manthey, J.; Kilian, C. (2025): Pro-Kopf-Alkoholkonsum. Open Science Framework. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>
- McCreanor, T. et al. (2024): Alcohol marketing on social media: Young people’s exposure, engagement and alcohol-related behaviors. *Addiction Research & Theory*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/16066359.2024.2373145>.
- Möckl, J. et al. (2023): Estimating the prevalence of alcohol-related disorders and treatment utilization in Bremen 2016/2017 through routine data linkage. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1002526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1002526>.
- Rauschert, C. et al. (2022): The use of psychoactive substances in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Richter, M. et al. (2024): Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen. *Ernährungs-Umschau*, 71(10), 2–16. DOI: 10.4455/eu.2024.033.
- Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2024): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst. 9–35. <https://doi.org/10.2440/012-0002>.
- Rumpf, H.-J. et al. (2024): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Positionspaper des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS, Hamm. *SUCHT*, 70(2), 113–117. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000868>

- Sargent, J. D.; Babor, T. F. (2020): The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Supplement*, 19, 113–124. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>.
- Seitz, H. K.; Bühringer, G.; Mann, K. (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht: Neuland. 205–209.
- Seitz, N.-N. et al. (2019): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Dt. Ärzteblatt*, 116(35-36), 585–591. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>.
- Statistisches Bundesamt (2024): *Verkehrsunfälle 2023*. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/_inhalt.html#238554, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (2024a): *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: Alcohol policy playbook*. Copenhagen. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379378/WHO-EURO-2024-5624-45389-64949-eng.pdf?sequence=2>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization (WHO) (2024b): *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (2021): *Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019*. Copenhagen. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340727/9789289055048-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 03.02.2025.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO) (2020): *Alcohol and cancer in the WHO European Region: An appeal for better prevention*. Copenhagen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Zugriff: 03.02.2025.

2.2 Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum

*Anne Starker, Sally Olderbak, Justin Möckl,
Stephanie Klosterhalfen, Daniel Kotz, Boris Orth,
Jens Hoebel*

Zusammenfassung

In der Bevölkerung ist Rauchen unter Erwachsenen nach wie vor verbreitet. Nach aktuellen Ergebnissen der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA-Studie) beträgt der Anteil im Jahr 2024 30,4 %. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist dieser Anteil deutlich geringer und liegt nach den aktuellen Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 für die 12- bis 17-Jährigen bei 7,0 %, ist aber in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) mit 26,3 % schon deutlich höher. Der Anteil von Jugendlichen und Erwachsenen, die Tabakprodukte rauchen, hat seit Anfang der 2000er Jahre abgenommen. Jedoch stagniert diese Entwicklung in den letzten Jahren. Beim Konsum von verwandten Nikotinprodukten gibt es seit 2018 einen Anstieg, insbesondere bei jungen Erwachsenen. Im Jahr 2024 nutzten laut DEBRA-Studie 2,0 % der Personen ab einem Alter von 14 Jahren aktuell eine E-Zigarette und 1,2 % einen Tabakerhitzer. Ein Großteil der Personen, die konventionelle Tabakprodukte konsumieren, nutzen auch verwandte Nikotinprodukte, wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer oder Wasserpfeifen. Von mindestens wöchentlicher Passivrauchbelastung sind vor allem junge Männer betroffen: 22,9 % der 18- bis 25-Jährigen, die selbst nicht rauchen, berichten das in der Drogenaffinitätsstudie 2023. Am stärksten verbreitet sind Rauchen und die Passivrauchbelastung nach wie vor in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten ist 2024 erstmals seit 2019 gegenüber dem Vorjahr gestiegen und der Pro-Kopf-Verbrauch liegt damit aktuell bei 784 Zigaretten. Auch der Absatz von Feinschnitt und Zigarren/Zigarillos ist gestiegen. Dagegen ist der Absatz von Pfeifentabak gesunken und lag im Jahr 2024 bei 314 Tonnen. Gegenüber dem Vorjahr ist der Absatz von Wasserpfeifentabak deutlich (+75,1 %) gestiegen und lag bei 1.274 Tonnen.

Für eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums, der Passivrauchbelastung und vor allem des Konsums verwandter Nikotinprodukte ist es notwendig, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen weiter fortzuführen und zu intensivieren.

Abstract

Smoking is still widespread among adults in the population. According to the latest results of the German Study on Tobacco Use (DEBRA study), the proportion of smokers is 30.4 % in 2024. Among young people under the age of 18, the proportion of smokers is significantly lower and, according to the latest data from the 2023 Drug Affinity Study amounts to 7.0 % for the 12- to 17-years-olds. However, it is significantly higher in the young adult (18 to 25 years) age group, at 26.3 %. The percentage of adolescents and adults who smoke tobacco products has decreased since the early 2000s. However, this trend has stagnated in recent years. Since 2018, there has been an increase in the use of related nicotine products, particularly among young adults. According to the DEBRA study, 2.0 % of people aged 14 and over currently use e-cigarettes and 1.2 % use heated tobacco products in 2024. A large proportion of people who use conventional tobacco products also use related nicotine products, such as e-cigarettes, heated tobacco products or water pipes. Young men in particular are exposed to second hand smoke exposure at least once a week: 22.9 % of 18- to 25-year-olds who do not smoke themselves report this in the 2023 Drug Affinity Study. Smoking and second-hand smoke exposure continue to be most prevalent in socially disadvantaged population groups.

In 2024, for the first time since 2019, sales of manufactured cigarettes taxed in Germany have increased year-to-year, and the per capita consumption is at 784 cigarettes. Also sales of fine-cut cigarettes and cigars/cigarillos increased. In contrast, pipe tobacco sales fell to 314 tonnes in 2024. Sales of waterpipe tobacco increased significantly (+75.1 %) compared to the previous year, reaching (1,274 tonnes).

For a sustainable reduction in tobacco consumption, second-hand smoke exposure, and especially the use of related nicotine products, it is necessary to continue and intensify structural preventive measures.

1 Einleitung

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Weltweit ist nach den Daten der Global Burden of Disease (GBD)-Studie 2021 Tabakkonsum der zweithäufigste Risikofaktor für Tod und Behinderung (DALYs, disability adjusted life years) (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2024a). Zu den Erkrankungen, die bei Rauchern und Raucherinnen vermehrt auftreten, gehören z. B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Darüber hinaus wirkt sich das Rauchen negativ auf das Immunsystem, den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus. Knapp ein Fünftel (19 %) aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland waren zum Stand 2018 auf Tabakkonsum zurückzuführen (Mons et al., 2018). Nach den Daten der GBD-Studie 2021 starben in Deutschland rund 99.000 Menschen an den Folgen des Rauchens (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2024b) inklusive der Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden. Die direkten Kosten im Gesundheitssystem für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich laut Schätzungen für das Jahr 2018 zufolge auf 30,3 Mrd. Euro. Unter Einbeziehung von Kosten für Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfällen – den sogenannten indirekten Kosten (66,9 Mrd. Euro) – ist von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 97,2 Mrd. Euro pro Jahr auszugehen (Effertz, 2020).

Vor diesem Hintergrund stellt die nachhaltige Verringerung des Anteils der Menschen, die Nikotin- und Tabakprodukte konsumieren oder durch deren Emission belastet werden, wichtige gesundheitspolitische Ziele dar. Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und Verbesserung des Nichtraucher-schutzes ist eine regelmäßige Berichterstattung, die auf aktuelle Entwicklungen und Trends verweist. Dazu trägt auch das *DHS Jahrbuch Sucht* der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bei.

Der vorliegende Beitrag beschreibt den aktuellen Stand der Tabakkontrollpolitik und des Nichtraucherschutzes in Deutschland und berichtet über die Verbreitung des Rauchens und der Passivrauchbelastung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anhand von Daten repräsentativer Bevölkerungsbefragungen. Auch wird auf Rauchstoppversuche eingegangen. Auf Grundlage der Tabaksteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes wird über den Absatz und die Preise der verschiedenen Tabakprodukte sowie die Umsätze und Steuereinnahmen informiert. Zudem enthält der Beitrag einen Abschnitt zum

Tab. 1: Überblick über gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention in Deutschland seit 2002

Inkrafttreten	Maßnahme	Wesentliche Ziele
2002	Änderung der Arbeitsstättenverordnung	Verbesserung des Nichtraucher-schutzes am Arbeitsplatz
2002–2005 und 2011–2015	Änderungen des Tabaksteuer-gesetzes	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife und damit Preisanstieg bei Tabakwaren
2007	Bundesnichtraucherschutz-gesetz	Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen
2007–2008	Nichtraucherschutzgesetz der Länder	Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und der Gastronomie
2007, 2009	Änderung des Jugendschutz-gesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre; ab 2009 auch für Zigarettensautomaten
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung zur Umsetzung der europäischen Tabakprodukt-richtlinie	Regelung von Inhaltsstoffen, Emissionswerten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
	Änderung des Jugendschutz-gesetzes	Ausdehnung des Abgabe- und Konsumverbots auf E-Zigaretten und E-Shishas Verbot des Angebots und der Abgabe von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche im Versandhandel
2019	Änderung des Tabakerzeugnis-gesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbarkeit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnis-gesetzes	Schrittweise Werbebeschränkungen für Tabakerzeugnisse, E-Zigaretten und Nachfüllbehälter Einbeziehung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht
2022	Tabaksteuermodernisierungsgesetz	Anpassung der Steuertarife und steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn-Produkten Einführung der Besteuerung von nikotin-haltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnis-gesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für erhitzte Tabakprodukte

Gebrauch von verwandten Nikotinprodukten, wie E-Zigaretten, Tabakerhitzern und Wasserpfeifen sowie des Konsums mehrerer Produkte.

2 Tabakkontrollpolitik und Nichtraucherschutz in Deutschland

Um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtrauchende besser vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zu schützen, wurden in Deutschland in den Zeiträumen von 2002 bis 2008 und von 2016 bis 2021 tabakkontrollpolitische Maßnahmen eingeführt (Tab. 1). Wesentliche Impulse für diese Entwicklung gingen vom Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) aus, dessen erklärte Ziele der Schutz vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens sind. Das Rahmenübereinkommen sieht verschiedene Maßnahmen zur Reduzierung von Angebot und Nachfrage vor, zu deren Umsetzung sich die Vertragsstaaten durch Unterzeichnung verpflichtet haben, was Deutschland bereits 2004 getan hat. Dazu gehören regelmäßige Erhöhungen von Tabaksteuern, ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring, Warnungen vor den Gefahren des Tabakkonsums, Schutz vor Passivrauchen sowie Unterstützung beim Rauchstopp (World Health Organization [WHO], 2003).

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Deutschland bislang nicht ausreichend umgesetzt worden sind, was sich auch in der europäischen Tabakkontrollskala von 2021 widerspiegelt, für die insgesamt 37 Länder hinsichtlich ihrer Bemühungen um effektive Tabakprävention und Tabakkontrolle miteinander verglichen wurden. Deutschland weist in der Tabakkontrollskala 2021 eine der niedrigsten Gesamtpunktzahlen in Europa auf und liegt in diesem Ranking auf dem viertletzten Platz, Spitzenreiter sind Großbritannien und Irland (Joossens et al., 2022). Demnach besteht in allen Bereichen der Tabakkontrolle in Deutschland Handlungsbedarf.

3 Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung

Aussagen zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung sind anhand bundesweit repräsentativer Studien möglich (Tab. 2). Aktuelle Daten für das Jahr 2024 liegen aus der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) vor. Danach beträgt der Anteil Rauchender unter Männern 33,6 % und unter Frauen 27,3 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024a). Weitere bevölkerungsrepräsentative

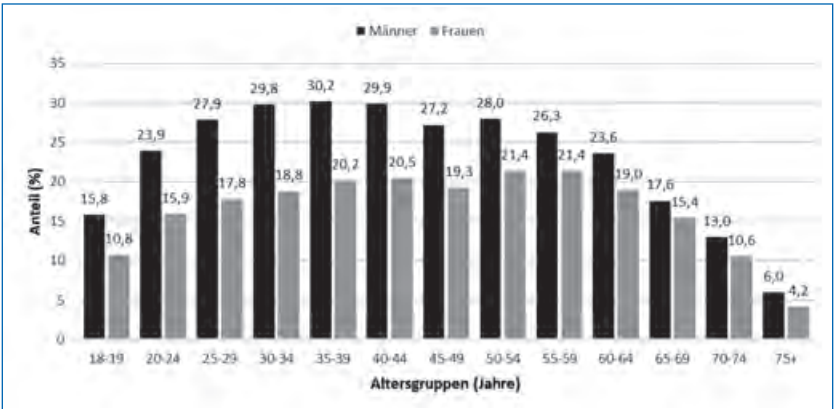
Tab. 2: Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen

Datenquelle	Jahr	Alter	Stichproben (n)	Prävalenz (%)		
				Männer	Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2024	18–99	12.155	33,6	27,3	30,4
GEDA-Studie ^{b)} : Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2022/ 2023	18+	22.708	33,9	24,0	28,9
Epidemiologischer Suchtsurvey ^{c)} : 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–64	8.994	25,7	19,5	22,7
Mikrozensus ^{d)} : Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2021	15+	45.763.000	22,3	15,7	18,9

Quellen: ^{a)} Kotz, Klosterhalfen, 2024a; ^{b)} Starker et al., 2025; ^{c)} Rauschert et al., 2022
^{d)} Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Surveys aus früheren Jahren zeigen für Erwachsene folgendes Bild: Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ermittelte für den Zeitraum 2022/2023 einen Anteil Rauchender von 32,7 % bei Männern und 24,8 % bei Frauen (Starker et al., 2025). Nach den Daten des Mikrozensus 2021 betrug der Anteil bei den 15-jährigen und älteren Männern 22,3 % und bei den Frauen 15,7 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022). Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2021, die sich auf die 18- bis 64-jährige Be-

Abb. 1: Anteil der Raucherinnen und Raucher in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: Mikrozensus 2021 (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023)

völkerung beziehen, haben 25,7 % der Männer und 19,5 % der Frauen geraucht (Rauschert et al., 2022).

Hinsichtlich möglicher Altersunterschiede zeigen die Daten des Mikrozensus 2021 exemplarisch, dass das Rauchen bei Männern in den Altersgruppen von 30 bis 45 Jahre und bei Frauen in den Altersgruppen von 40 bis 50 Jahren am stärksten verbreitet ist (Abb. 1). Bei beiden Geschlechtern sind erst ab einem Alter von 65 Jahren deutlich niedrigere Anteile Rauchender zu beobachten.

Zum Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen ebenfalls aktuelle Ergebnisse bundesweit repräsentativer Studien vor (Tab. 3). In der DEBRA-Studie liegt der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher im Jahr 2024 bei den 14- bis 17-Jährigen bei 6,2 % und bei den 18- bis 24-Jährigen bei 25,7 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024b). Nach der Drogenaffinitätsstudie 2023 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), jetzt Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), rauchen 7,2 % der 12- bis 17-jährigen Jungen und rund 6,4 % der gleichaltrigen Mädchen. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren sind es 18,4 % bei den Frauen und 33,6 % bei den Männern (Orth et al., 2025). Laut ESA rauchten im Jahr 2021 junge Erwachsene zwischen 18 und 20 Jahren zu 16,4 %, während in der Altersgruppe von 21

Tab. 3: Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Datenquelle	Jahr	Alter	Stichprobe (n)	Prävalenz (%)		
				Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^a : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2024	14–17	465	6,4	6,1	6,2
		18–24	1.138	27,7	23,2	25,7
Präventionsradar ^b : Monatsprävalenz (Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung – IFT-Nord)	2023/2024	9–13	11.507	1,5	1,7	1,7
		14–17	9.633	8,9	8,8	9,1
Drogenaffinitätsstudie ^c : 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2023	12–17	3.407	7,2	6,4	6,8
		18–25	3.594	33,6	18,4	26,3
Epidemiologischer Suchtsurvey ^d : 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–20	1.023	17,0	15,8	16,4
		21–24	1.097	29,7	19,3	24,7

Quellen: ^a) Kotz, Klosterhalfen, 2024b; ^b) Hanewinkel, Hansen, 2024; ^c) Orth et al., 2025; ^d) Möckl et al., 2023

bis 24 Jahren 24,7 % rauchten (Möckl et al., 2023). Nach den Daten des Präventionsradars, einer sich jährlich wiederholenden Befragung von Schülerinnen und Schülern der Klassenstufen 5 bis 10 an allgemeinbildenden Schulen in 14 Bundesländern, rauchten im Schuljahr 2023/2024 bei den 9- bis 13-Jährigen 1,7 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 9,1 %.

Die Studien zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung unterscheiden sich methodisch hinsichtlich der Stichprobenziehung, der Form der Datenerhebung sowie in der Formulierung der Fragen und der Antwortoptionen zum Rauchverhalten, was zu abweichenden Ergebnissen in der Rauchprävalenz führen kann. Die Betrachtung verschiedener Studien ermöglicht jedoch ein umfassendes Gesamtbild und eine gute Einschätzung des Rauchverhaltens Erwachsener in Deutschland. Damit liegt eine solide Grundlage für Schlussfolgerungen vor, die für politische Entscheidungen wichtig sind (Kotz et al., in Vorb.).

3.1 Gruppenspezifische Unterschiede in der Bevölkerung

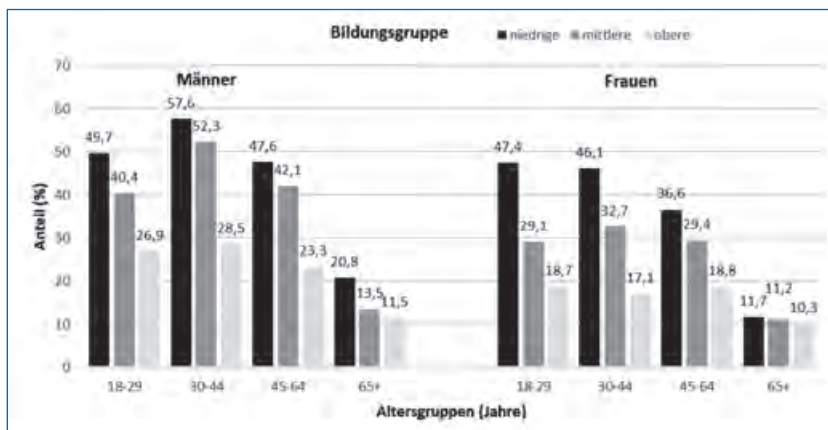
Für eine zielgerichtete Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik ist wichtig, ob es in Bezug auf das Rauchen Unterschiede in der Bevölkerung gibt, z. B. zwischen Frauen und Männern oder zwischen sozialen Gruppen.

Deutlich mehr Männer als Frauen rauchen. Das belegen die Daten des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023). Danach rauchen 22,3 % der Männer und 15,7 % der Frauen. Auch die anderen genannten bevölkerungsbezogenen Studien in Deutschland zeigen diesen Unterschied (s. Tab. 2).

Rauchen ist ein gesundheitliches Risikoverhalten, das stark sozial geprägt ist. Studien haben gezeigt, dass Bildung dabei der wichtigste sozioökonomische Prädiktor für das Rauchverhalten Erwachsener ist (Huisman et al., 2005). In Deutschland sowie in den meisten anderen europäischen Ländern ist das Tabakrauchen bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau stärker verbreitet (World Health Organization [WHO], 2019). Das belegen auch die Daten der GEDA-Studie (Starker et al., 2022) und die der DEBRA-Studie (Kotz et al., 2018; Kastaun, et al., 2020). Exemplarisch gezeigt anhand von GEDA 2019/2020-EHIS sind die Bildungsunterschiede im Rauchverhalten im jungen und mittleren Erwachsenenalter besonders ausgeprägt und fallen im höheren Alter ab 65 Jahren geringer aus (Abb. 2).

Auch innerhalb der Gruppe der Jugendlichen zeichnen sich Unterschiede im Rauchverhalten nach Bildung ab. Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), jetzt BIÖG, gibt es Unterschiede im Rauchverhalten nach besuchter Schulform.

Abb. 2: Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen nach Bildungsstatus



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS (Starker et al., 2022)

Bei 12- bis 17-Jährigen war bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten Rauchen geringer verbreitet als bei Jugendlichen, die eine Haupt-, Real-, Gesamt- oder andere Schule besuchten beziehungsweise in Ausbildung waren. Und auch bei 18- bis 25-Jährigen zeigt sich ein Zusammenhang mit der Bildung dahingehend, dass je höher der Bildungsabschluss war, desto geringer lag der Anteil Rauchender (Orth et al., 2025). Das deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien (Zeihner et al., 2018a; Moor et al., 2020; Seitz et al., 2020).

3.2 Zeitliche Entwicklungen und Trends des Rauchverhaltens von Tabakprodukten

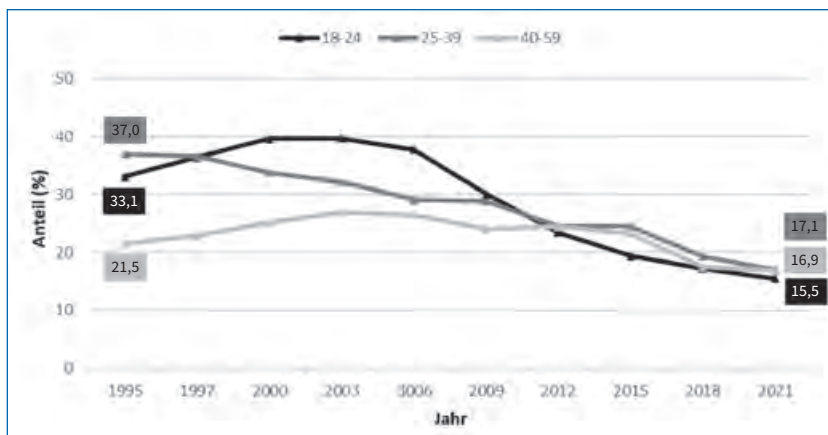
Erkenntnisse über zeitliche Entwicklungen und Trends des Rauchverhaltens sind eine wichtige Voraussetzung für die zielgerichtete Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle. Es kann auf die Ergebnisse bundesweiter Studien zurückgegriffen werden, wobei diese unterschiedlich lange Erhebungszeiträume abdecken.

Für die erwachsene Bevölkerung (18- bis 59-Jährige) können mit den Daten des ESA Trends der 30-Tage-Prävalenz des Konsums konventioneller Tabakprodukte von 1995 bis 2021 abgebildet werden (Kraus et al., 2022). Bei Männern aller Altersgruppen zeigt sich eine Abnahme des Konsums. Bei Frauen nahm in den Altersgruppen 18 bis 34 Jahre und 40 bis 59 Jahre der Anteil

Rauchender konventioneller Tabakprodukte bis zum Jahr 2003 zu, danach aber ebenfalls deutlich ab (Abb. 3a und 3b). Mit der Zeit haben sich die Rauchquoten von Männern und Frauen sukzessive angenähert.

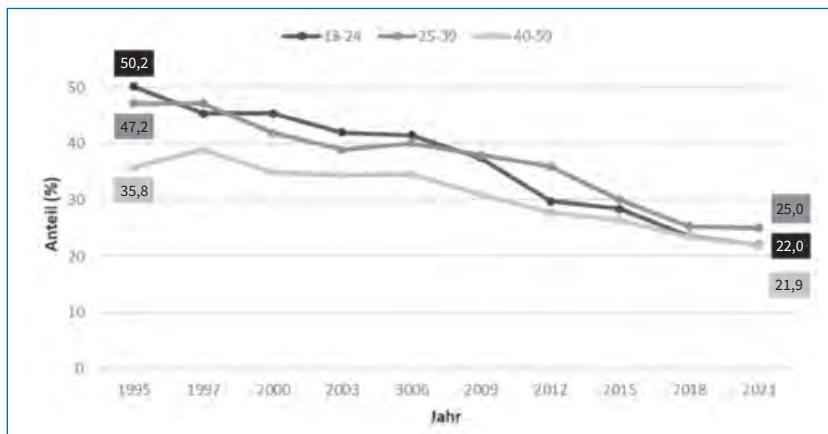
Auch ein Vergleich der Ergebnisse des Mikrozensus der Jahre 2003 und 2021 zeigen einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung.

Abb. 3a: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote konventioneller Tabakprodukte bei 18- bis 59-jährigen Frauen



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2021 (Kraus et al., 2022)

Abb. 3b: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote konventioneller Tabakprodukte bei 18- bis 59-jährigen Männern



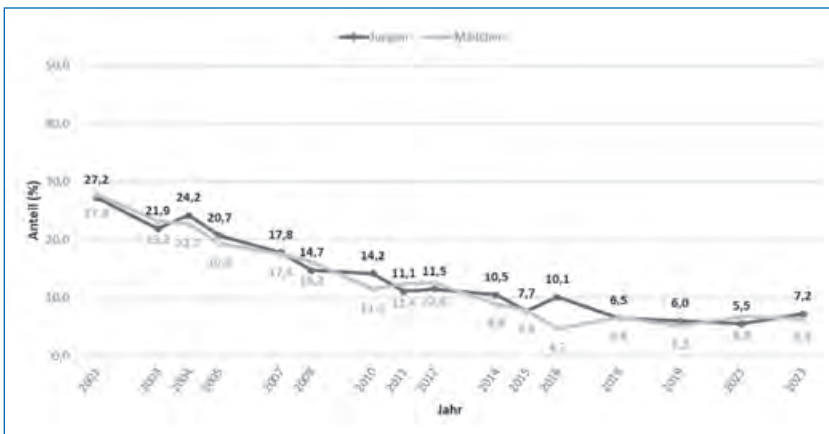
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2021 (Kraus et al., 2022)

Danach hat der Anteil Rauchender (täglich oder gelegentlich) bezogen auf die 15-jährige und ältere Bevölkerung insgesamt von 27,4 % auf 18,9 % abgenommen, bei den Männern von 33,2 % auf 22,3 %, bei den Frauen von 22,1 % auf 15,7 % (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2004, 2023). Einen abnehmenden Trend belegen auch die Daten der GEDA- und DEBRA-Studie. Die GEDA-Studie zeigt über den Zeitraum 2003 bis 2022/2023 eine Abnahme von 32,1 % auf 28,8 % (Starker, et al., 2025) Die DEBRA-Studie kann einen Zeitraum von 2016 bis 2024 abbilden. In den ersten Jahren lag der Anteil aktueller Tabakraucherinnen und -raucher ab 14 Jahren bei etwa 28 %, stieg zwischenzeitlich in den Jahren 2022 und 2023 auf über 30 % und lag bei der letzten Erhebung im November 2024 wieder bei 28 % (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA], 2024).

Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Studienergebnisse macht jedoch deutlich, dass der Rückgang des Rauchens vor allem auf Verhaltensänderungen bei jungen Erwachsenen zurückzuführen ist. Im mittleren und höheren Lebensalter fällt der Rückgang schwächer aus (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023; Kraus et al., 2022).

Für Jugendliche kann die langfristige Entwicklung der Rauchprävalenzen anhand der Repräsentativerhebungen der BZgA, jetzt BIÖG, beschrieben werden (Abb. 4). Für den Zeitraum von 2001 bis 2023 ist ein deutlicher Rückgang des Rauchens zu beobachten. Dieser Rückgang erfolgte allerdings vor allem bis Mitte der 2010er Jahre. Seitdem liegt der Anteil männlicher und weiblicher rauchender Jugendlicher in der Regel in einem Bereich von rund 6 bis 9

Abb. 4: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen



Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 2001–2023 (Orth et al., 2025)

Prozent (Orth et al., 2025). Auch anhand der Daten des ESA ist bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, vor allem bis 2012 (Kraus et al., 2022).

Hinsichtlich sozialer Unterschiede in der Raucherprävalenz belegen Untersuchungen für Deutschland, dass diese weiterhin fortbestehen und sich zum Teil sogar vergrößert haben (Hoebel et al., 2018; Kuntz et al., 2018; Tönnies et al., 2021).

3.3 Rauchstopppversuche und genutzte Entwöhnungsmethoden

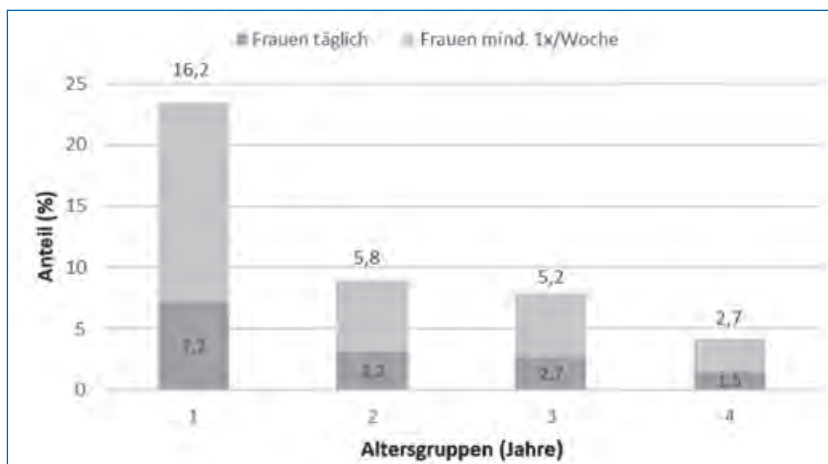
Rauchstopppversuche sind ein wichtiger Indikator für das Bemühen von Menschen, den Tabakkonsum zu beenden und – neben der Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum – ein zentraler Aspekt bei der Reduktion des Anteils der Menschen, die rauchen. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher, die einen Rauchstopppversuch unternehmen, ist in den letzten Jahren allerdings kontinuierlich zurückgegangen. Laut aktuellen Daten der DEBRA-Studie unternahmen in 2024 im Schnitt nur 7,7 % der Personen, die in den letzten 12 Monaten geraucht haben, mindestens einen ernsthaften Rauchstopppversuch in den letzten 12 Monaten (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA], 2024). Dieser Anteil betrug im Jahr 2016 noch 30,4 %. Die Ergebnisse der DEBRA-Studie weisen außerdem darauf hin, dass evidenzbasierte Methoden bei der Unterstützung von Rauchstopppversuchen nur selten zum Einsatz kommen (Kotz et al., 2020). Unter den Menschen, die einen Rauchstopppversuch unternahmen, nutzten im Jahr 2024 nur 19,5 % mindestens eine evidenzbasierte Methode zur Unterstützung. Die am häufigsten genutzten Methoden waren die ärztliche Kurzberatung (8,7 %) und Nikotinersatz ohne Rezept (8,0 %). E-Zigaretten mit oder ohne Nikotin, die in medizinischen Leitlinien keine Empfehlung zum Rauchstopp haben (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021), nutzten 11,3 %.

4 Ausmaß der Passivrauchbelastung

Gemäß der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) sind rund 8 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung, die selbst nicht rauchen, mindestens einmal pro Woche in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, 4 % täglich (Starker et al., 2022). Auf Männer trifft dies häufiger zu als auf Frauen (11 % bzw. 5 % gegenüber 6 % bzw. 3 %). Die höchste Exposition betrifft junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jah-

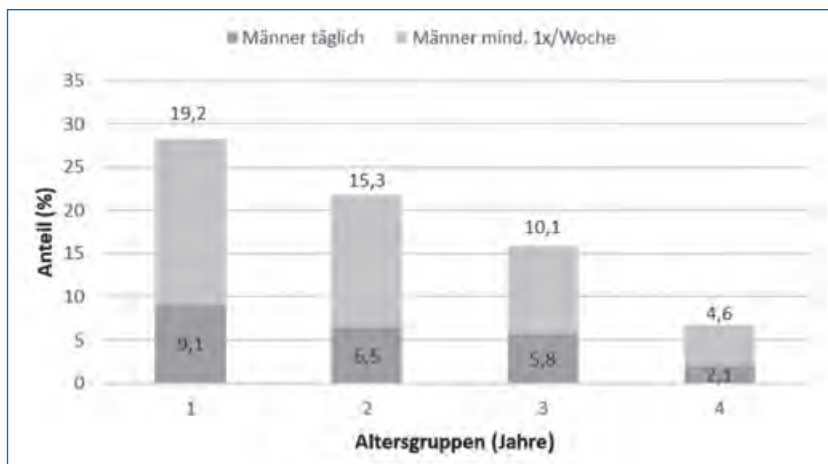
ren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, besonders deutlich ab dem 60. Lebensjahr (Abb. 5a und Abb. 5b).

Abb. 5a: Anteil der Nichtraucherinnen, die regelmäßig in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS (Starker et al., 2022)

Abb. 5b: Anteil der Nichtraucher, die regelmäßig in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS (Starker et al., 2022)

Auch bei der Passivrauchbelastung zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede. Nach GEDA 2019/2020-EHIS sind Männer der oberen Bildungsgruppe deutlich seltener von täglicher Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen betroffen (2,5 %) als die der mittleren (6,2 %) und niedrigen (9,8 %) Bildungsgruppe. Bei Frauen sind diese Unterschiede nicht gleichermaßen festzustellen (Starker et al., 2022). Das belegen auch andere Studien (Mlinarić et al., 2022).

Im Trend zeigt sich, dass der Anteil der nichtrauchenden Erwachsenen, die mindestens an einem Tag in der Woche einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, zwischen 2009 und 2012 von 33 % auf 27 % zurückgegangen ist. In GEDA 2014/2015-EHIS lag die tägliche Passivrauchbelastung bei 11,3 % (Zeihner et al., 2018b). In GEDA 2019/2020-EHIS berichteten (bei geänderter Fragestellung) 4 % von täglicher Passivrauchbelastung (Starker et al., 2022).

Die Drogenaffinitätsstudie zeigt für das Jahr 2023 bei 12- bis 17-Jährigen, dass sich 15,5 % der männlichen und 16,9 % der weiblichen Jugendlichen, die selbst nicht rauchten, mindestens einmal in der Woche in Räumen aufhielten, in denen geraucht wurde. Bei den 18- bis 25-Jährigen waren männliche Nichtraucher mit 22,9 % deutlich häufiger einer Passivrauchbelastung ausgesetzt als Nichtraucherinnen in dieser Altersgruppe (13,2 %) (Orth et al., 2025).

Im Trend zeigt sich auch für Jugendliche ein Rückgang der Passivrauchbelastung: Der Anteil nicht rauchender Jugendlicher, die sich mindestens einmal in der Woche in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, ist von 39,0 % im Jahr 2008 auf 16,2 % im Jahr 2023 zurückgegangen (Orth et al., 2025).

5 Ergebnisse der Tabaksteuerstatistik

5.1 Verbrauch von Tabakprodukten und Substituten

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten ist 2024, erstmals seit 2019, gegenüber dem Vorjahr um 3,5 % gestiegen (Tab. 4). Das entspricht einem Pro-Kopf-Verbrauch von 784 Zigaretten (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025).

Auch der Absatz von Feinschnitt ist 2024 gegenüber dem Vorjahr um 6,7 % gestiegen und betrug 25.152 Tonnen. Das entspricht schätzungsweise einer Menge von ca. 37,7 Mrd. Zigaretten (Annahme: 1 kg Feinschnitt ergibt 1.500 selbstgedrehte Zigaretten; vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2014).

Das Statistische Bundesamt erklärt den Anstieg bei Zigaretten und Feinschnitt im Jahr 2024 primär mit einem Vorzieheffekt, wonach durch die

Tab. 4: Tabakwarenverbrauch 2014 bis 2024 in Millionen Stück bzw. Tonnen (entsprechend Nettobezug von Steuerzeichen^{a)})

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^{b)}
Zigaretten	Mio. 79.521	81.267	75.016	75.838	74.360	74.596	73.809	71.767	65.784	64.030	66.247
Zigarren/Zigarillos	Mio. 3.858	2.956	3.049	2.823	3.007	2.645	2.743	2.780	2.535	2.288	2.291
Feinschnitt	t 25.700	25.471	25.188	24.258	24.298	23.813	26.328	24.854	25.080	23.582	25.152
Pfeifentabak	t 1.359	1.732	2.521	3.245	3.333	4.150	5.989	8.387	325*	398	314

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^{b)}
Zigaretten	-0,9	+2,2	-7,7	+1,1	-1,9	+0,3	-1,1	-2,8	-8,3	-2,7	+3,5
Zigarren/Zigarillos	+8,4	-23,4	+3,1	-7,4	+6,5	-12,0	+3,7	+1,3	-8,8	-9,7	+0,1
Feinschnitt	-0,1	-0,9	-1,1	-3,7	+0,2	-2,0	+10,6	-5,6	+0,9	-6,0	+6,7
Pfeifentabak	+13,3	+27,4	+45,6	+28,7	+2,7	+24,5	+44,3	+40,0	-*	+22,5	-21,1

^{a)} Für Tabakwaren ist die Steuer durch Verwendung von Steuerzeichen zu entrichten. Die Verwendung umfasst das Entwerfen und das Anbringen der Steuerzeichen an den Kleinverpackungen. Die Steuerzeichen müssen verwendet sein, wenn die Steuer entsteht.

^{b)} Vorläufige Zahlen (Stand 27. Januar 2025).

* Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

Tabaksteuererhöhung zum 1. Januar 2025 die Produzenten bereits vorzeitig Steuerzeichen für die neuen Steuertarife beziehungsweise für im Jahr 2025 zum Verkauf vorgesehene Produkte bestellt haben.

Der Absatz von Zigarren und Zigarillos ist im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr geringfügig gestiegen (+0,1 %).

Der Verbrauch von Pfeifentabak lag im Jahr 2024 bei 314 Tonnen. Gegenüber 2023 ist das eine Abnahme um 21,1 %.

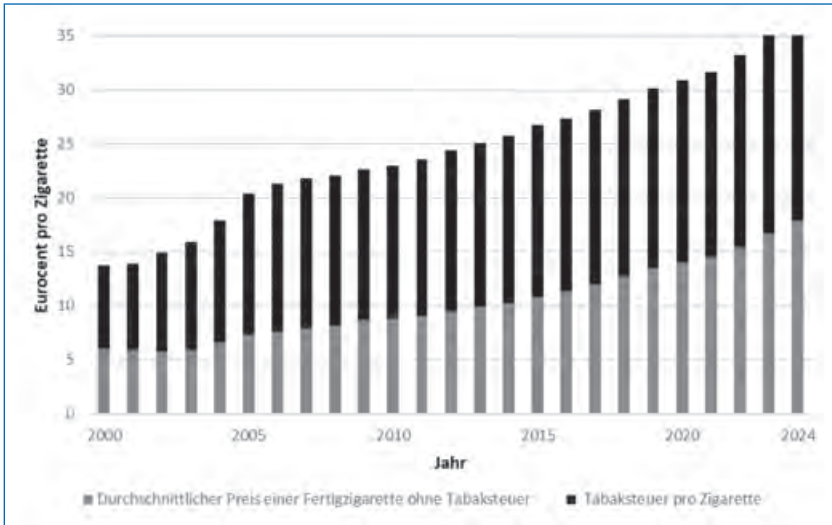
Im Jahr 2024 betrug der Absatz von Wasserpfeifentabak 1.274 Tonnen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025), was ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr ist (+75,1 %). Dabei zeigte sich, dass der Absatz nach der Aufhebung der Packungshöchstmenge von 25 Gramm für Kleinverkaufspackungen zum 1. Juli 2024 deutlich angestiegen ist: im ersten Halbjahr 2024 wurden nur 259 Tonnen Wasserpfeifentabak versteuert und im 2. Halbjahr 1.015 Tonnen, was nahezu der vierfachen Menge entspricht.

Die Angaben zu erhitztem Tabak werden aus datenschutzrechtlichen Gründen derzeit nicht ausgewiesen.

Der Verbrauch von versteuerten Substituten für Tabakwaren (z. B. Liquids für E-Zigaretten bzw. Verdampfer) betrug 1,28 Millionen Liter (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025) im Jahr 2024. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Anstieg um 3,5 %.

5.2 Preisentwicklung

Im Jahr 2024 kostete eine Fertigzigarette durchschnittlich 36,65 Eurocent (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025). Seit Anfang der 2000er Jahre hat sich der Preis für Zigaretten damit mehr als verdoppelt (Abb. 6). Staatlicherseits haben die mehrstufigen Tabaksteuererhöhungen der Jahre 2002 bis 2005 und 2011 bis 2015 sowie die im Jahr 2007 umgesetzte Mehrwertsteuererhöhung von 16 % auf 19 % zur Verteuerung von Fertigzigaretten beigetragen. Zudem sind in dem seit 2022 geltenden Tabaksteuermodernisierungsgesetz über den Zeitraum von fünf Jahren schrittweise Erhöhungen der Tarife für Zigaretten und Feinschnitt und auch für Zigarren/Zigarillos, Pfeifentabak sowie Tabakerhitzer und nikotinhaltige Liquids für E-Zigaretten vorgesehen. Der Anteil der Tabaksteuer am durchschnittlichen Verkaufspreis von Fertigzigaretten betrug 2024 ca. 51 % und liegt aktuell niedriger als im Vorjahr (53 %), aber deutlich niedriger als noch in den Jahren 2003–2008, wo es ca. 63 % waren (Abb. 6). Inklusive der Mehrwertsteuer ergibt sich damit insgesamt ein Steueranteil von rund zwei Dritteln des Verkaufspreises.

Abb. 6: Durchschnittlicher Verkaufspreis von Zigaretten pro Stück 2000–2024

Quelle: Tabaksteuerstatistik 2024 (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025)

5.3 Umsätze

Die Umsätze mit Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 7,9 % auf 30,1 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 5). In allen Produktklassen bis auf Pfeifentabak kam es zu einem Anstieg (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025). Bei Wasserpfeifentabak lag der Umsatz im Jahr 2024 mit 175 Millionen Euro deutlich über dem Vorjahr (+45,8 %). Für Substitute liegen keine Angaben dazu vor.

5.4 Tabaksteuereinnahmen

Auch die Nettoeinnahmen aus der Tabaksteuer (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 4,8 % auf 14,9 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 6). Dabei entfiel der Großteil der Tabaksteuereinnahmen auf Fertizigaretten, gefolgt von Feinschnitt. Die Nettoeinnahmen für Wasserpfeifentabak lagen bei 67 Millionen Euro und die für die Substitute bei 265 Millionen Euro (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025).

Tab. 5: Entwicklung der Umsätze für Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) 2014 bis 2024 (Kleinverkaufswerte^a); in Mio. €

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^b
Zigaretten	20.462	21.697	20.521	21.377	21.659	22.490	22.807	22.718	21.885	22.525	24.279
Zigarren/Zigarillos	773	691	705	673	738	661	737	775	794	776	802
Feinschnitt	3.516	3.670	3.655	3.515	3.539	3.627	4.198	4.094	4.436	4.507	4.929
Pfeifentabak	131	165	235	347	426	635	1.052	1.796	17*	79	68
Summe	24.882	26.223	25.116	25.912	26.362	27.413	28.794	29.383	27.132	27.887	30.078

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^b
Zigaretten	+1,6	+6,0	-5,4	+4,2	+1,3	+3,8	+1,4	-0,4	-3,7	+2,9	+7,8
Zigarren/Zigarillos	+8,3	-10,6	+2,0	-4,5	+9,7	-10,4	+11,5	+5,2	+2,5	-2,3	+3,4
Feinschnitt	+5,0	+4,4	-0,4	-3,8	+0,7	+2,5	+15,7	-2,5	+8,4	+1,6	+9,4
Pfeifentabak	+8,3	+26,0	+42,4	+47,7	+22,8	+49,1	+65,7	+70,7	-*	+364,7	-13,9
Summe	+2,3	+5,4	-4,2	+3,2	+1,7	+4,0	+5,0	+2,0	-*	+2,8	+7,9

^a Kleinverkaufswerte repräsentieren den aus dem Steuerzeichenbezug errechneten, von Herstellern und Einführern erwarteten inländischen Gesamtumsatz.

^b Vorläufige Zahlen (Stand 27. Januar 2025).

* Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

Tab. 6: Entwicklung der Netto-Tabaksteuereinnahmen (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) 2014 bis 2024 in Mio. €

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a
Zigaretten	12.260	12.871	12.125	12.362	12.294	12.251	12.349	12.303	11.819	11.963	12.477
Zigarren/Zigarillos	130	95	97	93	93	87	84	86	93	97	93
Feinschnitt	1.835	1.893	1.889	1.832	1.840	1.760	1.976	1.955	2.017	2.139	2.309
Pfeifentabak	39	48	71	95	106	149	228	370	10*	16	15
Summe	14.264	14.907	14.182	14.382	14.333	14.247	14.637	14.714	13.939	14.215	14.894

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a
Zigaretten	+0,4	+5,0	-5,8	+2,0	-0,6	-0,3	+0,8	-0,4	-3,9	+1,2	+4,3
Zigarren/Zigarillos	+6,6	-26,9	+2,1	-4,1	0,0	-6,5	-3,4	+2,4	+8,1	+4,3	-4,1
Feinschnitt	+4,3	+3,2	-0,2	-3,0	+0,4	-4,3	+12,3	-1,1	+3,2	+6,0	+7,9
Pfeifentabak	+14,7	+23,1	+47,9	+33,8	+11,6	+40,6	+53,0	+62,3	—*	+60,0	-6,3
Summe	+0,9	+4,5	-4,9	+1,4	-0,3	-0,6	+2,7	+0,5	—*	+2,0	+4,8

^a Vorläufige Zahlen (Stand 27. Januar 2025).

* Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025

6 Verwandte Nikotinprodukte

Epidemiologische Studien erheben neben Daten zu konventionellen Tabakprodukten, wie Zigarette, Zigarre, Zigarillo und Pfeife auch die Nutzung von verwandten Nikotinprodukten. So haben im Jahr 2021 laut ESA 4,3 % der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal ein E-Produkt (E-Zigaretten, E-Shisha, E-Zigarre), 4,1 % Wasserpfeife und 1,3 % Tabakerhitzer benutzt (Möckl et al., 2023). Im Jahr 2023 nutzten laut DEBRA-Studie 1,9 % der Personen ab einem Alter von 14 Jahren eine E-Zigarette und 0,6 % einen Tabakerhitzer (Kotz, Klosterhalfen, 2024c).

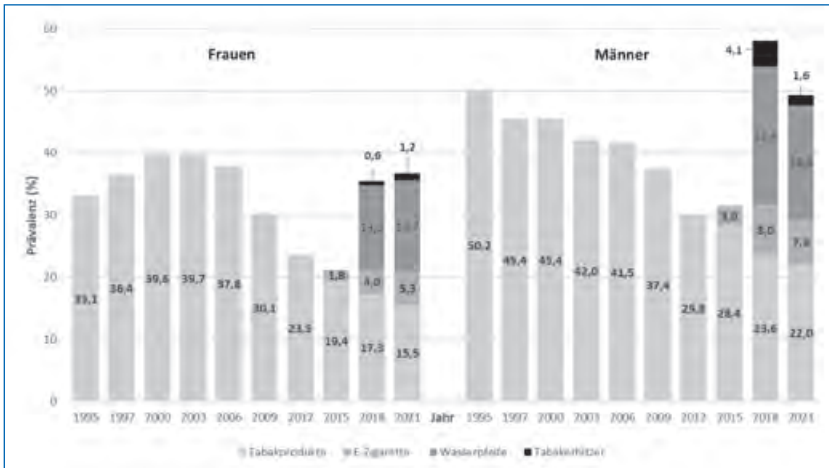
Der Konsum von verwandten Nikotinprodukten ist vor allem bei jungen Erwachsenen verbreitet (Tab. 7). Im Jahr 2024 nutzten nach Daten der DEBRA-Studie 4,6 % der 18- bis 24-Jährigen E-Zigaretten (Kotz, Klosterhalfen, 2024d). Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 waren es bei den 18- bis 25-Jährigen 7,8 %, die Mehrweg-, und 12,0 %, die Einweg-E-Zigaretten nutzten (Orth et al., 2025). Im ESA 2021 haben 8,6 % der 18- bis 20-Jährigen und 9,0 % der 21- bis 24-Jährigen in den letzten 30 Tagen ein E-Produkt genutzt. Den Konsum von Wasserpfeifen gaben 17,1 % der 18- bis 20-Jährigen und 18,5 % der 21- bis 24-Jährigen an (Möckl et al., 2023).

Tab. 7: Daten zur Nutzung verwandter Nikotin- und Tabakprodukte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Datenquelle	Jahr	Alter	E-Zigarette	Tabakerhitzer	Wasserpfeife
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA ^a): aktuelle Nutzung (Universität Düsseldorf)	2024	14–17	1,5	0,0	2,2
		18–24	4,6	1,0	4,8
Drogenaffinitätsstudie ^b): 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2023	12–17	3,9 (Mehrweg) 6,7 (Einweg)	0,3	
		18–25	7,8 (Mehrweg) 12,0 (Einweg)	3,4	
Epidemiologischer Suchtsurvey ^c): 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapie-forschung)	2021	18–20	8,6*	1,0	17,1
		21–24	9,0*	1,5	18,5

* Umfasst folgende Produkte: E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife, E-Zigarre.
Quellen: ^a) Kotz, Klosterhalfen, 2024d; ^b) Orth et al., 2025; ^c) Möckl et al., 2023

Abb. 7: Trend der 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Tabakprodukten, E-Zigaretten, Wasserpfeifen und Tabakerhitzern von 1995 bis 2021



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2021 (Kraus et al., 2022)

6.1 Trends

Eine Analyse der Veränderungen des Konsums von konventionellen Tabakprodukten sowie von verwandten Nikotinprodukten in den letzten 30 Tagen veranschaulicht die altersspezifische Entwicklung des Konsums dieser Produkte anhand von ESA-Daten zwischen 1995 und 2021 (Kraus et al., 2022). Dabei zeigt sich, dass der Konsum konventioneller Tabakprodukte in allen Altersgruppen im Laufe der Zeit abgenommen hat. Im Gegensatz dazu gibt es seit 2018 einen Anstieg im Konsum von verwandten Nikotinprodukten, insbesondere bei jungen Erwachsenen (Abb. 7) (Kraus et al., 2022).

Daten der DEBRA-Studie zeigen, dass der Konsum von E-Zigaretten in der deutschen Bevölkerung im Alter von 14 bis 99 Jahren von 1,6 % in 2016 auf 2,0 % in 2024 zugenommen hat. Einweg-E-Zigaretten sind Ende 2024 die am häufigsten genutzten E-Zigaretten-Modelle in Deutschland (Klosterhalfen et al., 2024). Die DEBRA-Studie zeigt außerdem, dass der Anteil aktueller Nutzerinnen und Nutzer von Wasserpfeifen in Deutschland nach einem Anstieg von 1,9 % im Jahr 2018 auf 3,2 % im Jahr 2020 bis 2024 auf 1,2 % sank. Die Nutzung von Wasserpfeifen variiert zwischen den Altersgruppen und war in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit 4,8 % im Jahr 2024 weiterhin am höchsten (Klosterhalfen, Kotz, 2024).

6.2 Dualer und multipler Konsum

Die gleichzeitige Nutzung mehrerer Produkte im gleichen Beobachtungszeitraum bezeichnet man auch als multiplen bzw. dualen Konsum („dual use“), wenn nur zwei Produkte genutzt werden.

Die Auswertungen des ESA 2021 belegen, dass hauptsächlich der alleinige Konsum von konventionellen Tabakprodukten zurückgegangen ist. Nicht zurückgegangen, sondern teilweise gestiegen ist jedoch die gleichzeitige Nutzung von verwandten Produkten und konventionellen Tabakprodukten (Kraus et al., 2022). Laut ESA 2021 haben in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren über die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzern von E-Zigaretten und Tabakerhitzern gleichzeitig noch konventionelle Tabakprodukte konsumiert, bei Nutzerinnen und Nutzern von Wasserpfeifen war das bei mehr als einem Drittel der Fall (Kraus et al., 2022).

Der aktuelle Konsum von Tabak bei Menschen im Alter von 14 bis 99 Jahren, die aktuell auch E-Zigaretten konsumieren, beträgt für das Jahr 2024 laut DEBRA-Studie 70,3 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024c). In der Gruppe der Personen, die aktuell Wasserpfeife nutzen, gaben knapp 64 % der Nutzerinnen und Nutzer an, gleichzeitig Tabak zu konsumieren (Klosterhalfen, Kotz, 2024).

Zusätzlich wird Cannabis häufig zusammen mit Tabak konsumiert. Dies belegen Daten des ESA 2021 und des European Web Survey on Drugs 2021. Der Konsum von Cannabis zusammen mit Tabak tritt vermehrt unter Personen auf, die in den letzten 30 Tagen konventionelle Tabakprodukte genutzt haben und die häufiger Cannabis konsumieren (Hoch et al., 2025).

7 Fazit

Das Rauchen von Tabakprodukten ist nach wie vor verbreitet und es bestehen deutliche soziale Unterschiede. In der Tendenz der letzten zwei Jahrzehnte ist bei Erwachsenen eine Abnahme des Anteils Rauchender zu erkennen und weniger Jugendliche beginnen mit dem Tabakrauchen. Im Gegensatz dazu ist seit 2018 ein Anstieg im Konsum von verwandten Nikotinprodukten zu verzeichnen, insbesondere bei jungen Erwachsenen. Im Trend zeigt sich für Jugendliche und Erwachsene ein Rückgang der Passivrauchbelastung.

Es bleibt damit weiterhin erforderlich, die Bemühungen zur Eindämmung des Tabakkonsums fortzusetzen. Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung und Ratifizierung des WHO FCTC dazu verpflichtet, die darin festgelegten Maßnahmen umzusetzen. Dazu gehören: Tabaksteuererhöhungen, Unterstützung von Rauchenden beim Rauchstopp, Werbeverbote und stan-

dardisierte Verpackungen, Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten, Schutz vor Passivrauchbelastung, Aufklärungskampagnen, Schutz politischer Entscheidungen und deren Organisationen vor Beeinflussung durch die Tabakindustrie sowie regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der genannten Maßnahmen. Es hat sich auch gezeigt, dass die kontinuierliche und konsequente Umsetzung der Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums auf Bevölkerungsebene allen Bevölkerungsgruppen, und damit auch sozial Benachteiligten zugutekommen und so zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann (Tabuchi et al., 2018). Durch einen „policy mix“ aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen kann das erreicht werden.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2021): S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“. AWMF-Register Nr. 076-006. Berlin. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html>, Zugriff: 26.11.2024.
- Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) (Hrsg.) (2024): Rauchstoppversuch. Düsseldorf. www.debra-study.info, Zugriff: 26.11.2024.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2014): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg.
- Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst. 225–234.
- Hanewinkel, R.; Jansen, J. (2024): Trends und Risikofaktoren des Nikotinkonsums im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2024. Dt. Ärzteblatt International, 121(23), 779–780. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0158.
- Hoch, E. et al. (2025): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst. 115–136.
- Hoebel, J. et al. (2018): Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s. The Case of Germany. Nicotine & Tobacco Research 20(3), 295–302.
- Huisman, M.; Kunst, A. E.; Mackenbach, J. P. (2005): Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union. Comparing education and income. Preventive Medicine 40(6), 756–764.

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2024a): Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>, Zugriff: 13.12.2024.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2024b): GBD Results. Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff 27.11.2024.
- Joossens, L. et al. (Eds.) (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels. <https://www.tobaccocontrolscales.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>, Zugriff: 26.11.2024.
- Kastaun, S.; Brown, J.; Kotz, D. (2020): Association between income and education with quit attempts, use of cessation aids, and short-term success in tobacco smokers: A social gradient analysis from a population-based cross-sectional household survey in Germany (DEBRA study). *Addictive Behaviors*, 111, 106553. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106553.
- Klosterhalfen, S.; Kotz, D. (2024): Entwicklung des Konsums von Wasserpfeifen in Deutschland über die Jahre 2018 bis 2023. (DEBRA Factsheet, 10/2024). Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2024/02/Factsheet-10-v8-2.pdf>, Zugriff: 15.12.2024.
- Klosterhalfen, S.; Viechtbauer, W.; Kotz, D. (2024): Disposable e-cigarettes: Prevalence of use in Germany from 2016 to 2023 and associated user characteristics. *Addiction* [advance online publication]. <https://doi.org/10.1111/add.16675>.
- Kotz, D. et al. (in Vorb.): Rauchverhalten in Deutschland: ein Vergleich verschiedener bundesweiter Studien. *Sucht*.
- Kotz, D.; Batra, A.; Kastaun, S. (2020): Rauchstoppversuche und genutzte Entwöhnungsmethoden. Eine deutschlandweite repräsentative Befragung anhand sozioökonomischer Merkmale in 19 Wellen von 2016–2019 (DEBRA-Studie). *Dt. Ärzteblatt International*, 117(1-2), 7–13. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0007.
- Kotz, D.; Böckmann, M.; Kastaun, S. (2018): Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Dt. Ärzteblatt International*, 115(14), 235–242. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0235.
- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024a): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums. Persönliche Mitteilung. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>, Zugriff: 27.11.2024.
- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024b): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, persönliche Mitteilung. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>, Zugriff: 27.11.2024.

- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024c): DEBRA-Studie: Aktueller Konsum von Tabak bei Menschen, die aktuell E-Zigaretten konsumieren. Persönliche Mitteilung. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum, Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>, Zugriff: 27.11.2024.
- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024d): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Konsums von E-Zigaretten, Tabakerhitzern und Wasserpfeifen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, persönliche Mitteilung. Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/>, Zugriff: 27.11.2024.
- Kraus, L. et al. (2022): Entwicklung des Konsums von Tabak, alternativen Tabakprodukten und Tabakalternativen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International* 119(31-32), 535–541.
- Kuntz, B. et al. (2018): Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(11), 1388–1398.
- Mlinarić, M.; Kastaun, S.; Kotz, D. (2022): Exposure to Tobacco Smoking in Vehicles, Indoor, and Outdoor Settings in Germany: Prevalence and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(7), 4051. DOI: 10.3390/ijerph19074051.
- Möckl, J. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf problematischen Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. München: IFT Institut für Therapie-forschung. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html>, Zugriff: 13.12.2024.
- Mons, U. et al. (2018): Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(35-36), 571–577.
- Moor, I. et al. (2020): Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 73–92.
- Orth, B.; Spille-Merkel, C.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(31-32), 527–534.

- Seitz, N. N.; Rauschert, C.; Kraus, L. (2020): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte Band 191. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Starker, A. et al. (2025): Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. *Journal of Health Monitoring*, 10(1), e12990.
- Starker, A. et al. (2022): Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 7(3), 7–22.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/details>, Zugriff: 28.01.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten: Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. Ergebnisse des Mikrozensus 2021. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/The men/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html#119174>, Zugriff: 26.11.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2004): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden.
- Tabuchi, T.; Iso, H.; Brunner, E. (2018): Tobacco Control Measures to Reduce Socio-economic Inequality in Smoking: The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. *Journal of Epidemiology*, 28(4), 170–175.
- World Health Organization (WHO) (Ed.) (2003): WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva.
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (2019): European tobacco use: trends report 2019. Copenhagen. <https://iris.who.int/handle/10665/346817>, Zugriff: 13.12.2024.
- Zeiher, J. et al. (2018a): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 23–44.
- Zeiher, J. et al. (2018b): Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 72–80.

2.3 Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum

*Boris Orth, Justin Möckl, Christian Becher,
Eva Krowartz, Sally Olderbak*

Zusammenfassung

Laut aktuellen Schätzungen haben in Deutschland etwa 69.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie 6,3 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge (außer Cannabis) konsumiert. Dies entspricht einer Lebenszeitprävalenz von 1,5 % bzw. 12,3 %. Bezogen auf die letzten 12 Monate haben 1,2 % aller Jugendlichen eine illegale Droge konsumiert. Dabei war der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy, Kokain/Crack, Pilzen oder neuen psychoaktiven Stoffen etwas weiter verbreitet als der Konsum anderer illegaler Drogen. Bei Erwachsenen spielen neben Kokain/Crack und Amphetaminen neue psychoaktive Stoffe eine Rolle. Der mit Abstand meistgenannte Grund für den Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain/Crack bei Erwachsenen war „high“ werden bzw. Spaß haben. Am häufigsten gekauft in den letzten 12 Monaten bei Erwachsenen wurden Amphetamine, gefolgt von Ecstasy/MDMA und Kokain und die meisten beziehen ihre Drogen über einen Dealer.

Summary

According to recent estimates, about 69,000 adolescents aged 12 to 17 years and 6.3 million adults aged 18 to 64 years have consumed an illegal drug at least once in their lives. This corresponds to lifetime prevalence rates of 1.5 % and 12.3 %, respectively. In the past 12 months, 1.2 % of all adolescents have used an illegal drug. The use of amphetamines, ecstasy, cocaine/crack, mushrooms or new psychoactive substances was somewhat more widespread than the use of other illegal drugs. In adults, cocaine/crack, amphetamines, and new psychoactive substances show notable prevalence rates. The most frequently mentioned reason for adult consumption of amphetamines, ecstasy, and cocaine/crack was to “get high” or to have fun. Over the past 12 months, the most commonly purchased drug among adults was amphetamines, fol-

lowed by ecstasy/MDMA and cocaine, with the majority obtaining their drugs from a dealer.

Einleitung

In Deutschland haben etwa 69.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie 6,3 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge (außer Cannabis) konsumiert (Orth, Spille-Merkel, Nitzsche, 2025; Rauschert et al., 2022). Der Konsum von Drogen ist mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Folgen verbunden, bis hin zur Abhängigkeit und zum Tod. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 2.227 Todesfälle durch den Konsum illegaler Rauschgiftmittel dokumentiert (Bundeskriminalamt, 2024). Dies entspricht ungefähr 2,6 Personen pro 100.000 Bewohnerinnen und Bewohnern Deutschlands und 0,22 % der Gesamtzahl der Sterbefälle (Statistisches Bundesamt, 2024a, 2024b). Europaweit lag die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle im Jahr 2022 bei 6.392 (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2024), wobei die Todesfälle überwiegend männlich sind (77 %).

Um ein Bild über die Verbreitung illegaler Substanzen zu erhalten, werden in Deutschland wiederholt nationale, repräsentative Befragungen zum Drogenkonsum durchgeführt. Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), jetzt Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Orth et al., 2025), ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Substanzkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersgruppe 12 bis 25 Jahre). Die letzte Erhebung erfolgte im Jahr 2023 und es wurden 7.001 Jugendliche und junge Erwachsene befragt. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine Befragung, in der Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zu ihrem Substanzkonsum befragt werden (Rauschert et al., 2022). Der ESA wird vom IFT Institut für Therapieforchung München durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Im Jahr 2021 haben 9.046 Personen an der Befragung teilgenommen. Die aktuelle Befragung des ESA wurde 2021 im zweiten Jahr der COVID-19-Pandemie durchgeführt.

Die Fallzahlen von Konsumierenden sind in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben häufig gering. Es gibt daher zusätzlich Umfragen, die sich spezifisch an Drogenkonsumierende wenden, um Gebrauchsmuster und Beschaffungswege tiefergehend analysieren zu können. Die Europäische Online-Befragung zum Thema Drogen (European Web Survey on Drugs, EWSD) ist eine webbasierte Erhebung, die Informationen mithilfe von Gelegenheitsstich-

proben von Drogenkonsumierenden über die Muster des Drogenkonsums in ganz Europa sammelt. Im Fragebogen werden soziodemografische Merkmale, Drogenkonsumverhalten, Art der Drogenbeschaffung (üblicherweise gekaufte Mengen und gezahlte Preise) sowie die Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten erhoben. Der EWSD wird vom European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (heißt jetzt Drogenagentur der Europäischen Union oder European Union Drugs Agency, EUDA) gefördert und im Jahr 2021 nahmen 1.286 Personen in Deutschland an der Erhebung teil (Olderbak et al., 2024).

Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung wurden von 1,2 % der Jugendlichen und von 3,6 % der Erwachsenen mindestens irgendeine andere illegale Droge als Cannabis konsumiert (Tab. 1). Bei den Jugendlichen liegen die 12-Monats-Prävalenzwerte aller Substanzen bei unter einem Prozent. Amphetamine (0,4 %) sowie Ecstasy, Kokain/Crack, Pilze und neue psychoaktive Stoffe (jeweils 0,3 %) sind die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Statistisch bedeutsame Geschlechtsunterschiede gibt es innerhalb der Gruppe der Jugendlichen nicht. Bei Erwachsenen weisen Kokain/Crack (1,6 %), Amphetamine (1,4 %), neue psychoaktive Substanzen (1,3 %) und Ecstasy (1,0 %) nennenswerte Prävalenzwerte auf. Im Allgemeinen ist der Konsum von anderen

Tab. 1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen in Deutschland

	DAS 2023 (12 bis 17 Jahre)			ESA 2021 (18 bis 64 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Andere Drogen als Cannabis	1,2	1,1	1,3	3,6	4,4	2,9
Amphetamine	0,4	0,3	0,5	1,4	1,5	1,3
Methamphetamin	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2
Ecstasy	0,3	0,2	0,5	1,0	1,4	0,7
LSD	0,2	0,3	0,2	0,6	0,8	0,4
Heroin/andere Opiate	0,1	0,0	0,1	0,5	0,6	0,5
Kokain/Crack	0,3	0,4	0,1	1,6	2,1	1,1
Schnüffelfstoffe	0,2	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2
Pilze	0,3	0,4	0,1	0,5	0,7	0,4
Neue psychoaktive Stoffe	0,3	0,4	0,2	1,3	1,5	1,2

Quelle: Rauschert et al., 2022; Orth et al., 2025

illegalen Drogen bei Männern weiter verbreitet als unter Frauen. Besonders auffällig ist dieser Geschlechtsunterschied bei Amphetaminen.

Trends des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung

Bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hat sich im Zeitraum von 2001 bis 2023 die 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge kaum verändert. Sie lag in dieser Zeit immer in einem Bereich von ein bis zwei Prozent.

Die Werte der 12-Monats-Prävalenz des Konsums einer illegalen Droge zeigen bei 18- bis 59-jährigen Erwachsenen über einen Zeitraum von 26 Jahren einen insgesamt zunehmenden Trend. Zwischen den Jahren 1995 und 2003 zeigt sich ein insgesamt ansteigender Trend des Kokainkonsums von 0,8 % im Jahr 1995 auf 1,6 % im Jahr 2021. Auch der Amphetaminkonsum ist von 0,7 % auf 1,3 % gestiegen. In Bezug auf Ecstasy war zwischen den Jahren 1995 und 2012 zunächst ein Rückgang von 0,8 % auf 0,4 % zu beobachten. Im Jahr 2021 stieg die Prävalenz wieder auf 1,2 % an.

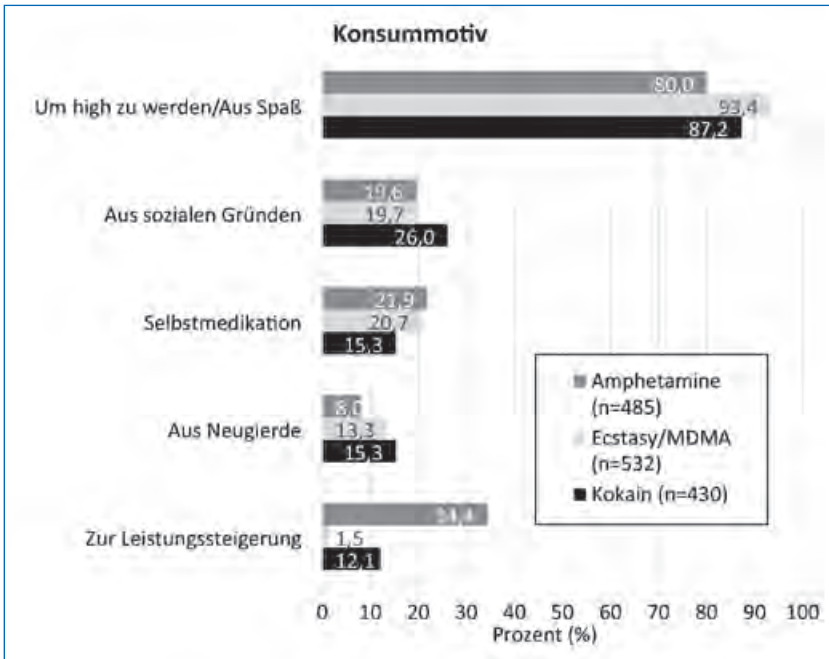
Konsummotiv bei Erwachsenen mit Drogenkonsum

Mit Daten aus dem EWSD lässt sich zeigen, dass „um high zu werden“ bzw. „aus Spaß“ mit Abstand das häufigste Konsummotiv war, wobei es für Ecstasy/MDMA am häufigsten genannt wurde (93,4 %), gefolgt von Kokain (87,2 %) und zuletzt Amphetaminen (80,0 %). Die größte Differenz zwischen den Substanzen zeigte sich beim Konsummotiv „Leistungssteigerung“. Während 34,4 % der Befragten Amphetamin zur Leistungssteigerung verwenden, war das für Kokain nur bei 12,1 % und für Ecstasy für 1,5 % der Fall. Kleine Unterschiede gab es bei den Motiven „Selbstmedikation“, „soziale Gründe“ und „Neugierde“, wobei Kokainkonsumierende geringfügig häufiger aus Neugierde (15,3 %) und sozialen Gründen (26,0 %) konsumieren (Abb. 1).

Konsumhäufigkeit bei Erwachsenen mit Drogenkonsum

Laut des EWSD wurden in den letzten 12 Monaten Amphetamine am häufigsten konsumiert (Abb. 2). Ecstasy/MDMA und Kokain werden an nur wenigen Tagen konsumiert (63,8 % für Ecstasy/MDMA und 50,9 % für Kokain an 1–5 Tagen im Jahr). Dieses Konsummuster spricht für die Nutzung von Ecstasy und Kokain primär als Partydrogen, die tendenziell zum Feiern, aber nicht

Abb. 1: Konsummotiv

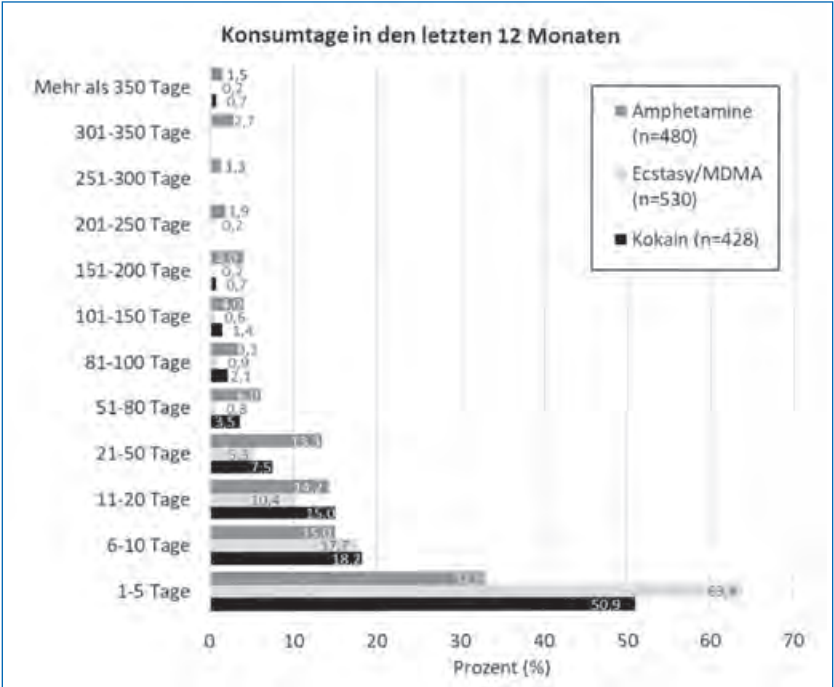


Quelle: EWSD, 2021

im Alltag konsumiert werden. Der häufigere Konsum von Amphetaminen könnte mit dem Konsummotiv der Leistungssteigerung und einem häufigeren Konsum im Alltag zusammenhängen. Eine mögliche Erklärung für die höhere Häufigkeit von Amphetaminen im Vergleich zu Kokain könnte im durchschnittlichen Preis pro Gramm der Substanzen liegen. Beide Substanzen sind Stimulanzien und haben ähnliche Effekte, jedoch ist Amphetamin mit einem durchschnittlichen Preis von 6,92 € (SD: 0,27) pro Gramm deutlich günstiger als Kokain, dessen durchschnittlicher Preis bei 69,70 € (SD: 1,59) pro Gramm liegt.

Dieses Bild zeigt sich auch in der Stichprobe des ESA 2021 (Rauschert et al., 2022). Mehr als ein Drittel der Konsumierenden von Amphetaminen konsumierten mindestens monatlich und 7 % (fast) täglich. Im Gegensatz dazu konsumierten 94 % der Ecstasykonsumierenden seltener als einmal im Monat und nur 5 % häufiger als einmal im Monat.

Abb. 2: Konsumtage in den letzten 12 Monaten



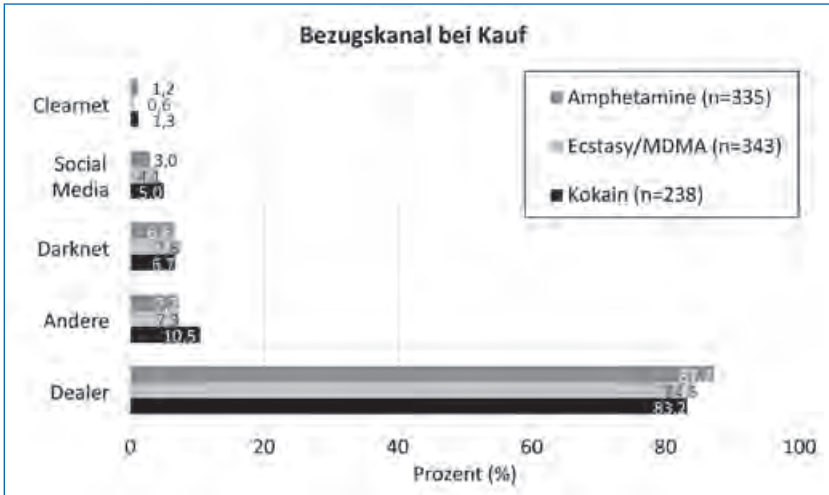
Quelle: EWSD, 2021

Abb. 3: Erwerb von Substanzen in den letzten 12 Monaten



Quelle: EWSD, 2021

Abb. 4: Bezugskanal beim Kauf



Quelle: EWSD, 2021

Erwerb von Drogen bei Erwachsenen mit Drogenkonsum

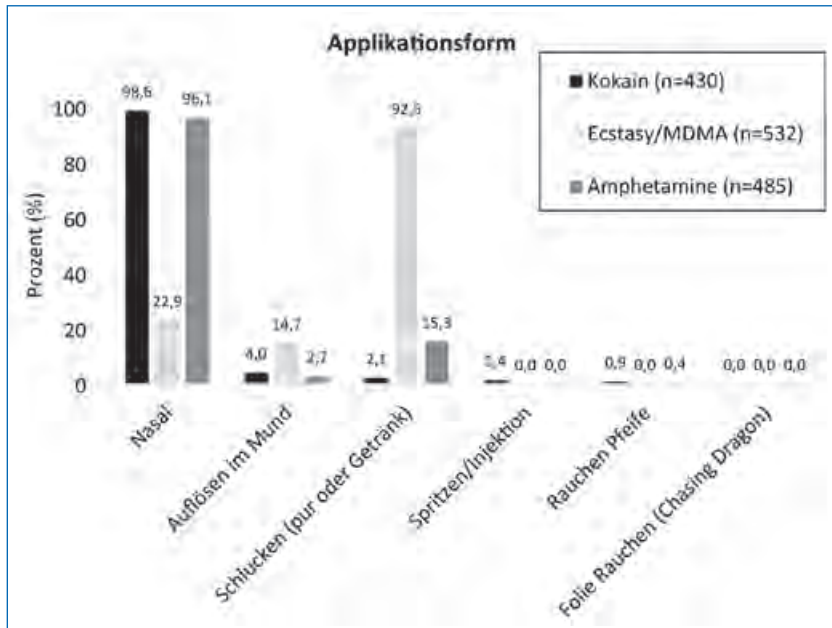
Laut der EWSD-Stichprobe wurden Amphetamine in den letzten 12 Monaten am häufigsten gekauft (70,5 %), gefolgt von Ecstasy (65,0 %) und Kokain (56,5 %) (Abb. 3). Diese Ergebnisse könnten im Zusammenhang mit der Häufigkeit des Substanzkonsums stehen.

Der am weitesten verbreitete Bezugskanal zum Kauf für alle Substanzen ist der Dealer. Jeweils 87,2 % kauften Amphetamine, 84,5 % Ecstasy und 83,2 % Kokain über einen Dealer. Am seltensten bezogen wurden Drogen über das Clearnet, also dem offen und durch Suchmaschinen zugänglichen Teil des Internets. Über alle Bezugskanäle hinweg zeigt sich kein bevorzugter Beschaffungsweg für eine bestimmte Droge (Abb. 4).

Applikationsform bei Erwachsenen

Mit Daten aus der EWSD-Stichprobe ist die nasale Applikation besonders verbreitet unter Kokain- (98,6 %) und Amphetaminkonsumierenden (96,1 %). Ecstasy/MDMA wird vor allem geschluckt bzw. in ein Getränk gemischt (92,5 %) sowie manchmal geschnupft (22,9 %) oder im Mund aufgelöst (14,7 %). Andere

Abb. 5: Applikationsformen



Quelle: EWSD, 2021

Applikationsformen werden gar nicht oder sehr wenig genutzt. Keine/r der Befragten gab an, eine der drei Substanzen in einer Folie geraucht zu haben (Abb. 5).

Literatur

- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2023. Wiesbaden. <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2023RauschgiftBundeslagebild.html?nn=27972>, Zugriff: 09.01.2025.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2024): European Drug Report 2024: Trends and Developments. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en, Zugriff: 09.01.2025.
- European Web Survey on Drugs (2024): https://www.euda.europa.eu/activities/european-web-survey-on-drugs_en, Zugriff: 27.01.2025.

- Olderbak, S. et al. (2024): Predictors of changes in marijuana consumption in Germany during the COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01861-5>
- Orth, B.; Spille-Merkel, C.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119, 527–534. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland im Jahr 2023: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html>, Zugriff: 09.01.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b): Todesursachenstatistik 2023. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html, Zugriff: 09.01.2025.

2.4 Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer, Tobias Hayer

Zusammenfassung

Die Umsätze (Spieleinsätze) auf dem legalen Glücksspiel-Markt sind in 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 19,5 % auf knapp 63,5 Mrd. Euro gestiegen. Das Marktvolumen liegt damit deutlich höher als vor der Corona-Pandemie (42,6 Mrd. Euro in 2019). Der Anstieg ist vor allem auf die Legalisierung von Sportwetten im Oktober 2020 und virtuellem Automatenspiel/Online-Poker im Juli 2021 zurückzuführen. Größter Umsatzträger sind die in Spielhallen und gastronomischen Betrieben aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten mit rund 21 Mrd. Euro (unverändert). Die Bruttospielerträge des regulierten Marktes erreichten ein Volumen von 13,7 Mrd. Euro (plus 2,2 %). Auf dem nicht-regulierten Markt wurde ein geschätzter Ertrag von 400 bis 600 Mio. Euro erzielt. Die glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates lagen in 2023 nahezu unverändert bei 6,6 Mrd. Euro.

Nach der aktuellen, in 2023 durchgeführten Erhebung zur 12-Monats-Prävalenz der Spielteilnahme der Bevölkerung haben sich 36,5 % der 16- bis 70-Jährigen an irgendeinem Glücksspiel beteiligt, ein Anstieg um 6,8 %-Punkte (%P) im Vergleich zu 2021. Am häufigsten wurde mit 19,8 % Lotto 6 aus 49 gespielt (plus 0,5 %P), gefolgt von Soziallotterien mit 14,5 % (plus 7,9 %P) und Eurojackpot mit 13,0 % (plus 2,3 %P). Die Teilnahmeprävalenz an Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial ist deutlich geringer ausgeprägt: Auf Sportereignisse mit Festquoten wetteten 2,5 % der Befragten (minus 0,8 %P), 1,9 % spielten an Geldspielautomaten (minus 0,1 %P), 1,1 % wetteten live auf Sportereignisse (minus 0,3 %P), 0,5 % beteiligten sich an Online-Automatenspielen (neue Kategorie) und 0,9 % spielten Roulette in Spielbanken (unverändert).

Auf Grundlage eines Screenings glücksspielbezogener Probleme weisen 2,4 % der Befragten nach den Kriterien des DSM-5 eine „Störung durch Glücksspielen“ auf (2021: 2,3 %). Eine leichte Störung ist bei 1,0 %, eine mittlere Störung bei 0,7 % und eine schwere Störung bei 0,7 % feststellbar. Weitere 6,1 % zeigen ein riskantes Spielverhalten. Bezogen auf einzelne Spielformen sind Spielerinnen und Spieler an virtuellen Automatenspielen mit 32,8 % am häufigsten von einer glücksspielbezogenen Störung betroffen, gefolgt von

Live-Sportwetten mit 31,8 %, Poker mit 26,9 % sowie Geldspielautomaten mit 25,5 %. Insgesamt 6,7 % der Befragten kennen eine oder mehrere Personen in ihrem Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, für die das Glücksspiel zu einer Belastung oder einem Problem geworden ist.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2023 für ambulante Suchthilfeeinrichtungen beziffert die Anzahl der Betreuungszugänge (ohne Einmalkontakte) mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ auf 5.655, diejenigen mit entsprechender Hauptdiagnose auf 4.850 (2022: 5.872 bzw. 5.081). Der Frauenanteil unter den Hauptdiagnosen liegt bei 10,8 %. Ferner betragen die Anteile bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Einzel- bzw. Hauptdiagnose 3,7 % bzw. 3,3 %. Unter Einbeziehung aller Betreuungen mit Einmalkontakten wurden 9.765 Einzel- und 8.152 Hauptdiagnosen registriert. Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Fälle mit Einmalkontakten in 1.199 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen verweist auf rund 13.000 Fälle mit entsprechender Einzeldiagnose (Hauptdiagnose: 11.300). Für Fälle, bei denen die Spielform dokumentiert ist, sind „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit 39,7 % die häufigste Hauptspielform, gefolgt von den beiden Online-Formaten des „Automatenspiels“ und der „Sportwetten“ mit 20,1 % bzw. 9,7 %. Ein polyvalentes Spielverhalten, und damit keine eindeutig zuordenbare Hauptspielform, wird bei 5,7 % aller Fälle mit dokumentierter Spielform erfasst. Differenzierte Klienteldaten aus dem ambulanten Glücksspielsuchthilfesystem aus Niedersachsen verweisen im Zeitverlauf zum einen darauf, dass Online-Glücksspiele immer häufiger als problemverursachende Spielformen benannt werden. Zum anderen sind gängige Risikofaktoren wie Migrationshintergrund, Erwerbslosigkeit oder geringe formale Bildung bei Online-Glücksspielen kaum von Bedeutung. Schließlich umfasst die Deutsche Suchthilfestatistik 2023 für stationäre Einrichtungen 1.133 registrierte Einzel- und 458 Hauptdiagnosen „Pathologisches Spielen“.

In der Datenbank des Spielersperrsystems OASIS, das mit dem Glücksspielstaatsvertrag 2021 (§ 8) zum 1. Juli 2021 als bundesweit zentrales, spielformübergreifendes Sperrsystem eingeführt wurde, waren Ende 2023 insgesamt 245.130 Sperreinträge gespeichert, davon beruhten 235.750 (96,2 %) auf einer Selbstsperre und 9.380 (3,8 %) auf einer Fremdsperre.

In der Gesamtbetrachtung verlangen die vorliegenden Erkenntnisse aus der Wissenschaft, das Glücksspiel als ein Problem der öffentlichen Gesundheit (Public Health Ansatz) zu behandeln, ähnlich wie es bei anderen Konsumgütern mit Suchtgefahren der Fall ist. Interessen des Gemeinwohls sollten immer gegenüber den wirtschaftlichen Partikularinteressen der Glücksspielbranche Priorität genießen.

Abstract

The turnover (stakes) of the legal gambling market has increased in 2023 by 19.5 % to almost EUR 63.5 billion compared to the previous year. The market volume is significantly higher than before the corona pandemic (EUR 42.6 billion in 2019). This increase is mainly due to the legalization of sports betting in October 2020 and virtual slot machines/online poker in July 2021. Private amusement with prizes (AWP) machines in arcades and pubs are the largest source of turnover at around EUR 21 billion (unchanged). The gross gambling revenue of the regulated market reached a volume of EUR 13.7 billion (plus 2.2 %). An estimated revenue of EUR 400 to 600 million is generated by the non-regulated market. The state gambling revenue was almost unchanged at EUR 6.6 billion in 2023.

According to a population survey carried out in 2023 that measured the 12-month prevalence of gambling participation, 36.5 % of the respondents aged 16 to 70 participated in any form of gambling, representing an increase of 6.8 % point (%p) compared to 2021. The most common form was Lotto 6 out of 49 with 19.8 % (plus 0.5 %p), followed by Social Lotteries with 14.5 % (plus 7.9 %p) and Eurojackpot with 13.0 % (plus 2.3 %p). The prevalence of participation in gambling forms with high addiction potential was significantly less common: 2.5 % of the respondents betted on sporting events with fixed odds (minus 0.8 %p), 1.9 % gambled on AWP machines (minus 0.1 %p), 1.1 % participated in live-action sports betting (minus 0.3 %p), 0.5 % gambled in online slot machines (new category) and 0.9 % played roulette in casinos (unchanged).

Based on a screening of gambling-related problems, it is estimated that 2.4 % of the respondents suffer from a “gambling disorder” according to DSM-5 criteria (2021: 2.3 %). A mild disorder could be found in 1.0 %, a moderate disorder in 0.7 % and a severe disorder in 0.7 %. A further 6.1 % indicate at-risk gambling behavior. In terms of individual forms of gambling, gamblers of virtual slot machines are the most frequently affected by a gambling-related disorder with 32.8 %, followed by live sports betting with 31.8 %, poker with 26.9 % and AWP machines in arcades and pubs with 25.5 %. A total of 6.7 % of the population know one or more individuals in their circle of family, friends and acquaintances for whom gambling has become a burden or a problem.

The German Addiction Treatment Statistics 2023 for outpatient addiction care facilities specifies the number of single diagnoses of “pathological gambling” (entrants without one-time contacts) to 5,655, and of main diagnoses to 4,850 (2022: 5,872 or 5,081, respectively). The proportion of women among main diagnosis was 10.8 %. In addition, the proportion related to the total number of clients was 3.7 % or 3.3 %, respectively. Including all clients with one-time contacts, 9,765 individual diagnoses and 8,152 main diagnoses were registered. An extrapolation to the total

number of gamblers in 1,199 outpatient centres (with one-time contacts) refers to 13,000 cases with single diagnoses (main diagnoses: 11,300 cases). The biggest group is represented by AWP machine gamblers in arcades with 39.7%, followed by slot machine gamblers and sports bettors on the Internet with 20.1% and 9.7%. Furthermore, 5.7% of clients report polyvalent gambling behavior. Differentiated client data from the outpatient gambling addiction support system in the federal state of Lower Saxony indicates over time, on the one hand, that online gambling is increasingly being reported as the gambling form that causes problems. On the other hand, common risk factors such as migration background, unemployment or low formal education are hardly relevant for online gambling. Finally, the German Addiction Treatment Statistics 2023 for inpatient treatment centres include 1.133 registered single and 458 main diagnoses of “pathological gambling”.

At the end of 2023, a total of 245.130 exclusion entries were stored in the database of the player exclusion system OASIS, of which 235.750 (96.2%) were based on self-exclusion and 9.380 (3.8%) on third-party exclusion. The database was introduced by the State Treaty on Gambling 2021 (Section 8) on July 1, 2021 as a nationwide central system covering nearly all forms of gambling.

Overall, the available scientific findings call for gambling to be treated as a public health issue, similar to other consumer goods with addictive risks (e.g., alcohol or tobacco). The interests of the common good should always take priority over the particular economic interests of the gambling industry.

Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt

Auf dem legalen deutschen Glücksspiel-Markt wurde in 2023 ein Umsatz (gleichbedeutend mit Spieleinsätzen) von 63,5 Mrd. Euro erzielt (Tab. 1)¹. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg um 19,5% zu verzeichnen, vor allem bedingt durch die stark gestiegenen Spieleinsätze beim virtuellen Automaten-spiel/Online-Poker (als gemeinsame Kategorie²). Das gesamte Marktvolumen liegt damit deutlich höher als vor der Corona-Pandemie (42,6 Mrd. Euro in 2019). Der Anstieg seitdem ist vor allem auf die Legalisierung von Sportwetten im Oktober 2020 und virtuellem Automaten-spiel/Online-Poker im Juli 2021 zurückzuführen. Die gesamte deutsche Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt) ist in 2023 um 0,3% gesunken.

¹ Auf der Basis des Bruttospielertrages und der Auszahlungsquote lassen sich für die jeweiligen Spielformen, die sich durch unterschiedliche Ereignisfrequenzen auszeichnen, Beträge des Umsatzes ermitteln. Für Vergleiche der Branche mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft stellen diese Umsatzzahlen – neben den Bruttospielerträgen – einen geeigneten Maßstab dar.

² Erlaubnisse wurden erst ab dem zweiten Quartal 2022 erteilt. Dieser Umstand erklärt das markante Umsatzplus für diese Kategorie von 2022 auf 2023.

Tab. 1: Umsätze auf dem legalen Glücksspiel-Markt (in Mio. Euro)

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	2010	2015	2020	2022	2023	Veränderung in 2023 gegenüber Vorjahr in % ²
Spielbank (91)						
– Glücksspielautomaten, Roulette, Black Jack etc.	6.187	6.189	6.293	12.233	14.684	+20,0
Spielhalle/Gaststätte						
– Geldspielautomaten (77,1)	17.210	27.511	17.904	20.961	20.961	±0,0
Virtuelles Automatenspiel, Online-Poker (93)	–	–	–	729	5.714	+683,8
Sportwetten (85)³	–	–	4.457	9.333	12.000	+28,6
Deutscher Lotto- und Toto-Block						
– Lotto 6 aus 49 (50)	4.017	4.056	3.979	3.844,1	3.791,9	–1,4
– Eurojackpot (50)	–	769	1.475	1.756,8	1.956,3	+11,4
– Fußballtoto (50 bzw. 60)	48	41	35	41,7	40,5	–2,9
– Oddset (66,7)	174	162	–	–	–	–
– Spiel 77 (42,4)	972	1.017	960	857,5	849,0	–1,0
– Super 6 (44,7)	562	430	406	368,2	366,1	–0,6
– Glücksspirale (40)	246	239	250	226,2	226,5	+0,2
– Sofort-Lotterien (40–60)	243	353	556	621,0	696,6	+12,2
– Bingo (40)	70	62	73	87,2	108,9	+25,0
– Keno (49,4)	153	131	146	130,7	129,9	–0,6
– Plus 5 (48,7)	16	13	12	10,4	10,1	–3,2
– Sieger-Chance (36,7)	–	–	23	23,0	23,7	+3,3
Gesamt	6.501	7.273	7.915	7.966,8	8.199,5	+2,9
Klassenlotterie						
– Nordwestdeutsche (43,6)	237	172	128	112,4	105,3	–6,3
– Süddeutsche (45,6)	245	177	185	172,3	157,2	–8,8
Fernsehloterie						
– ARD Fernsehlotterie (30)	156	172	188	187,1	176,4	–5,7
– ZDF Aktion Mensch (30)	441	447	524	585,5	585,9	+0,1
Sparkasse/Bank						
– PS-Sparen (55)	271	275	285	288,2	289,2	+0,4
– Gewinnsparen (55)	205	255	294	312,2	312,1	±0,0
Pferdewetten						
– Rennvereine/Totalisator, Buchmacher (85)	58	48	40	48,0	43,8	–8,7
Postcode-Loterie (30)	–	–	112	203,2	241,8	+19,0
Gesamtumsatz	31.511	42.519	38.325	53.131,7	63.470,2	+19,5

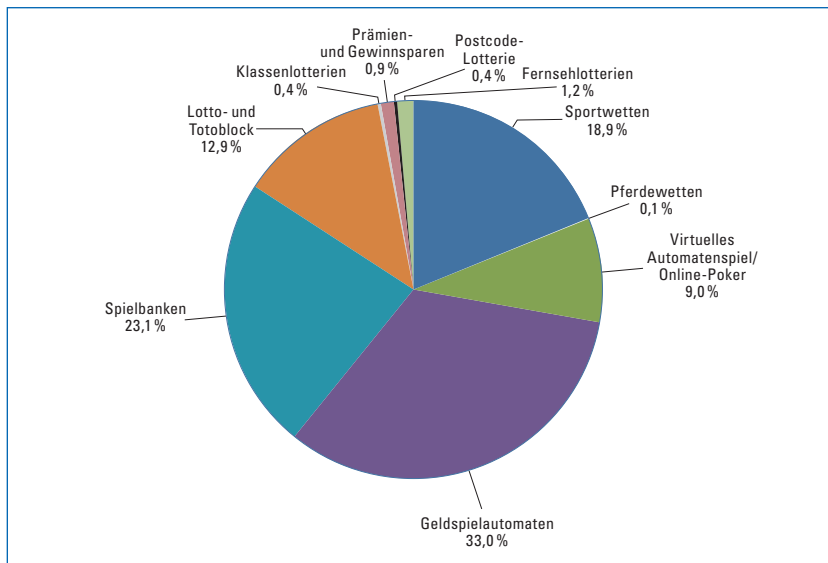
¹ Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten, Fernsehlotterien und die Postcode-Loterie ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. Beim Fußballtoto liegt die Quote für die „13er Ergebnisswette“ bei 60 % und die Quote für die „6 aus 45 Auswahlwette“ bei 50 %. Für die Berechnung der Spieleinsätze bei Sportwetten wurde die vom Deutschen Sportwettenverband berichtete Auszahlungsquote von 85 % zugrunde gelegt, die ebenfalls als untere Grenze zu werten ist, da verschiedene Anbietende im wachsenden Online-Bereich die Wettsteuer in Höhe von 5,3 % für die Spielenden übernehmen und sich dadurch Auszahlungsquoten von über 93 % ergeben können.

² Bei der Berechnung der Jahresvergleiche können sich Rundungsdifferenzen ausgewirkt haben.

³ Seit Oktober 2020.

Quellen: Archiv- und Informationsstelle der deutschen Lotto- und Toto-Unternehmen, Institut für Wirtschaftsforschung, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel, Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, eigene Berechnung

Abb. 1: Anteile am Gesamtumsatz der Glücksspiel-Anbietenden im erlaubten Markt 2023



Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2024

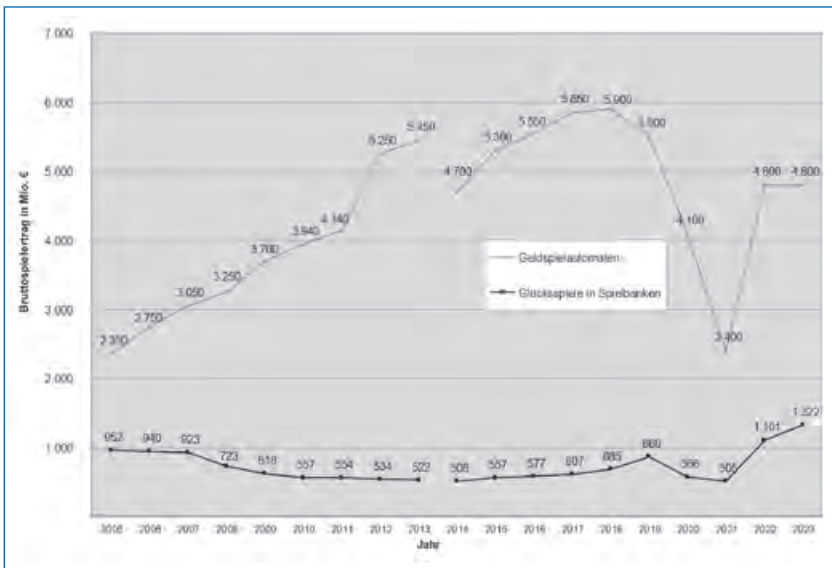
Der Deutsche Lotto- und Toto-Block (DLTB) realisierte über alle Produkte in Lotto-Annahmestellen und die regionalen Homepages der Gesellschaften einen Umsatzanstieg von 2,9 %. Beim Hauptprodukt „Lotto 6 aus 49“ gingen die Spieleinsätze allerdings um 1,4 % zurück.

Die gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten verzeichneten – wie im Vorjahr – einen Umsatz von rund 21 Mrd. Euro und sind mit einem Anteil von 33,0 % weiterhin der größte Umsatzträger auf dem deutschen Glücksspiel-Markt (Abb. 1), gefolgt von den Angeboten der Spielbanken (23,1 %) und den Sportwetten (18,9 %). Bei Spielgewinnen von 77,1 % (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten) verblieb den Aufstellenden der Geldspielautomaten im Jahr 2023 ein Bruttospielertrag von 4,8 Mrd. Euro (für die Entwicklung der Bruttospielerträge bei Geldspielautomaten und Glücksspielen in Spielbanken im Zeitverlauf s. Abb. 2).

Die 47 bundesdeutschen Vollspielbanken (mit Roulette, Black Jack, Poker und Glücksspielautomaten) und 24 Automaten-Dependancen³ erwirtschafteten nach Angaben der Bayerischen Spielbanken in 2023 einen Bruttospieler-

³ Eröffnung der Spielbank in Monheim (NRW) im März 2023.

Abb. 2: Bruttospielerträge der Geldspielautomaten und Glücksspiele in Spielbanken (in Mio. Euro)

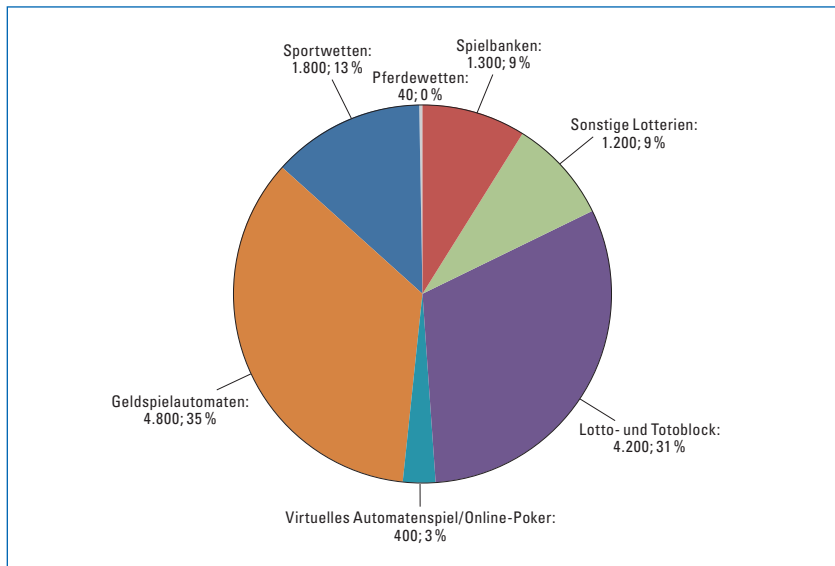


Quellen: Angaben der Bayerischen Spielbanken, Geldspielautomaten: Institut für Wirtschaftsforschung bis 2013, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel ab 2014 bzw. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder ab 2022

trag von 1.321,6 Mio. Euro, was einem Anstieg um 220,4 Mio. Euro (plus 20,0 %) im Vergleich zum Vorjahr entspricht (Abb. 2). Im Klassischen Spiel wuchs der Ertrag um 26,4 %, bezogen auf Glücksspielautomaten um 19,1 %. Der Anteil des Automatenspiels am Gesamtertrag lag hier bei 86,7 %. Einen Betrag von 87,1 Mio. Euro (Klassisches Spiel: 53,2 Mio. Euro; Glücksspielautomaten: 33,9 Mio. Euro) zahlten die Spielerinnen und Spieler nach zwischenzeitlichen Gewinnen in den Tronc, die Trinkgeldkasse der Spielbanken, ein. Unter Einbeziehung des Tronc betrug der Bruttospielertrag insgesamt 1.4087 Mio. Euro, nach 1.178 Mio. Euro im Jahr 2022. Die Anzahl der Besuche erhöhte sich auf 6,810 Mio. (2022: 5,472 Mio.; plus 24,4 %).

Die Spieleinsätze auf dem legalen Markt für Sportwetten lagen in 2023 bei 12,0 Mrd. Euro, die Bruttospielerträge bei 1,8 Mrd. Euro, gleichbedeutend mit einem Anstieg um 28,6 % im Vergleich zum Vorjahr. Zum Jahresende 2023 gab es aktive Angebote von 29 Erlaubnisinhabenden (davon 19 online, 10 hybrid) in rund 1.900 Wettvermittlungsstellen (plus 26,7 %) bzw. rund 12.000 Oddset-Aannahmestellen (minus 5,6 %).

Abb. 3: Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt in 2023 (gesamt: 13.740 Mio. Euro)



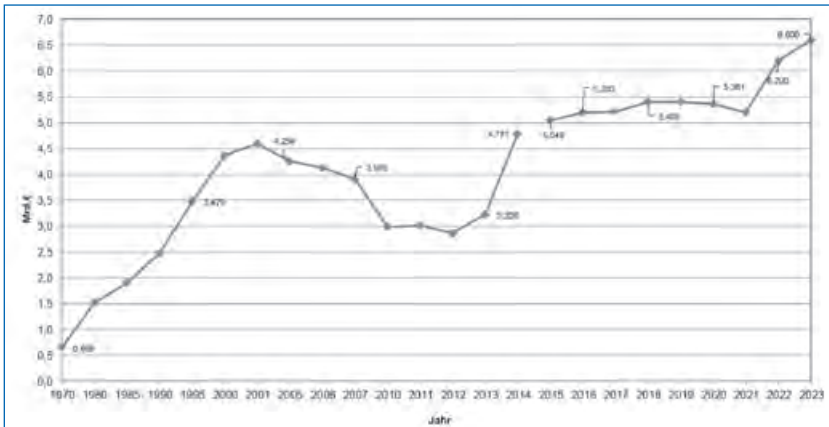
Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2024

Virtuelles Automatenspiel und Online-Poker verzeichneten Spieleinsätze von rund 5,7 Mrd. Euro sowie einen Bruttospielertrag in Höhe von 400 Mio. Euro (Anstieg um 683,8 %). Insgesamt erreichten die Bruttospielerträge des erlaubten deutschen Glücksspiel-Marktes ein Volumen von 13,7 Mrd. Euro (Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2024; Abb. 3)⁴. Dies entspricht einem Anstieg von 2,2 % gegenüber dem Vorjahr (13,4 Mrd. Euro⁵). Dabei wurden 78,1 % der Erträge terrestrisch und 21,9 % online erwirtschaftet. Mit 35,0 % erzielten Geldspielautomaten den höchsten Ertragsanteil, gefolgt von den Lotterien des DLTB mit 30,6 % und Sportwetten mit 13,1 %.

Außerdem existierte in 2023 ein illegaler Markt von Sportwetten, virtuellen Automatenspielen, Online-Casinospielen, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien, für den die Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2024) einen geschätzten Bruttospielertrag von 400 bis 600 Mio. Euro angibt (nach 300

⁴ Hierbei sind Rundungsdifferenzen aufgrund unterschiedlicher Bezugsquellen zu berücksichtigen: Während Abbildung 2 konkretere Werte zugrunde liegen, nimmt Abbildung 3 Bezug auf gerundete Werte.

⁵ Dieser Vergleichswert bezieht sich auf den Tätigkeitsbericht der Gemeinsamen Glücksspielbehörde der Länder (2024) und weicht von älteren Angaben des Jahresreports 2022 der Glücksspielaufsichtsbehörden ab (vgl. DHS Jahrbuch Sucht 2024).

Abb. 4: Staatliche Einnahmen aus legalen Glücksspielangeboten in Mrd. Euro

Quelle: Statistisches Bundesamt bis 2013, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspielsucht bis 2020 bzw. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder ab 2021

Anmerkung: Ab 2023 umfasst der Wert sowohl Einnahmen aus regulierten als auch Einnahmen aus nicht-regulierten Glücksspielen. Bis 2022 fanden nur Einnahmen aus regulierten Glücksspielen Berücksichtigung.

bis 500 Mio. in 2022⁶). Insgesamt konnten 761 deutschsprachige Internetseiten mit Glücksspielen von 205 Veranstaltenden ohne Erlaubnis von der deutschen Behörde festgestellt werden (Vorjahr: 843 Seiten von 207 Unternehmen).

Die Einnahmen des Staates aus Glücksspielen über verschiedene Steuerarten (Totalisator-, Buchmacher-, Sportwett-, Lotterie-, Vergnügungs- und Umsatzsteuer, Gewinnablieferungen verschiedener Lotterien, Spielbankabgabe) lagen in 2023 – unter Berücksichtigung einer veränderten Berechnungsgrundlage – nahezu unverändert bei 6,6 Mrd. Euro⁷ (Abb. 4).

Glücksspiel-Nachfrage in der Bevölkerung

Nach dem aktuellen Glücksspiel-Survey zur 12-Monats-Prävalenz der Spielteilnahme der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung, der von August bis Mitte Oktober 2023 per Telefon- und Online-Befragung (Mixed-Mode-Design, $N = 8.209$ Telefon/4.099 online, Antwortrate 25,8 %/17,9 %) durchgeführt wurde (Buth et al., 2024), nahmen 36,5 % der Befragten an irgendeinem Glücksspiel teil (rund 20,4 Mio. Personen). Dies entspricht einem Zuwachs um 6,8 %-Punkte (%P) im

⁶ Vgl. Fußnote 5.

⁷ Eine Differenzierung der Einnahmen aus regulierten und nicht-regulierten Glücksspielen ist für 2023 nicht mehr möglich (2022: 6,2 Mrd. Euro bzw. 426 Mio. Euro).

Tab. 2: 12-Monats-Prävalenz der Beteiligung an verschiedenen Glücksspielen in Befragungen der Jahre 2013 bis 2023

Glücksspiel	12-Monats-Prävalenz					
	2013 in %	2015 in %	2017 in %	2019 in %	2021 ¹ in %	2023 In %
Irgendein Glücksspiel	40,0	37,3	37,3	37,7	29,7	36,5
Keno	0,5	0,2	0,4	0,3	1,1	0,8
Geldspielautomaten	3,7	2,6	2,6	2,7	2,0	1,9
Kleines Spiel in der Spielbank ²	0,8	0,8	0,9	0,7	0,4	0,5
Großes Spiel in der Spielbank ³	1,3	1,3	1,1	1,2	1,0	1,0
Casinospiele im Internet ⁴	0,6	0,5	0,6	0,7	1,4	1,0
Virtuelles Automatenspiel	–	–	–	–	0,8	0,5
Live-Wetten (Sportereignisse)	1,0	0,9	1,0	0,8	1,4	1,1
Sportwetten mit Festquoten	–	–	–	1,7	3,3	2,5
Pferdewetten	0,5	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4
Sofortlotterie, Rubbellose	10,6	9,7	10,0	9,2	7,2	7,7
Lotto 6 aus 49	25,2	22,7	22,6	21,0	19,3	19,8
Eurojackpot	5,0	7,1	8,3	10,8	10,7	13,0
Soziallotterien ⁵	5,2	4,2	4,6	6,0	6,6	14,5

¹ Die Vergleichbarkeit der Daten aus 2021 bzw. 2023 mit denen aus den Vorjahren ist aufgrund veränderter methodischer Parameter nur eingeschränkt möglich.

² Glücksspielautomaten.

³ Tischspiele (Roulette, Black Jack, Poker).

⁴ Ohne virtuelles Automatenspiel.

⁵ Bis 2019: Fernsehlotterien; 2021: Glücksspirale und sonstige Soziallotterien; ab 2023 Glücksspirale, Aktion Mensch, Deutsche Fernsehlotterie, Deutsche Postcode-Lotterie, Gewinnsparen der Sparkassen und Banken und andere Soziallotterien.

Quelle: Banz (2019) bis zum Jahr 2019; ab 2021 Buth et al. (2024) inkl. eigener Berechnungen

Vergleich zu 2021 (Tab. 2). Davon nutzten 25,5 % der Befragten mehrere Spiel-
formen⁸ (2 bis 3 Spielformen: 23,2 %, mindestens 4 Spielformen: 2,3 %). Am
häufigsten wurde mit 19,8 % Lotto 6 aus 49 gespielt, gefolgt von Soziallotterien
mit 14,5 %⁹ und Eurojackpot mit 13,0 %. An Glücksspielen mit hohem Suchtpo-
tential (Meyer, Bachmann, 2017) hat nur ein geringer Anteil teilgenommen:
Lediglich 2,5 % der Bevölkerung wetteten auf Sportereignisse mit Festquoten
(minus 0,8 %P), 1,9 % spielten an Geldspielautomaten (minus 0,1 %P), 1,1 %

⁸ Es wurden insgesamt acht zusammengefasste Spielformen abgefragt: Lotterien (ohne Sofort-
lotterien), KENO, Sofortlotterien, Geldspielautomaten, terrestrisch angebotene Casinospiele
(inkl. Glücksspielautomaten), terrestrische Sportwettangebote, riskante Onlineglücksspiele
(Automaten- und/oder Casinospiele und/oder Sportwettangebote im Internet) sowie sonstige
Glücksspiele.

⁹ Die Teilnahme an Soziallotterien wurde in der Erhebung 2023 (im Vergleich mit 2021) diffe-
renzierter erfasst: Gegenstand der Befragung waren Glücksspirale, Lotterie Aktion Mensch,
Deutsche Fernsehlotterie, Deutsche Postcode-Lotterie, das Gewinnsparen der Sparkassen und
Banken sowie sonstige Soziallotterien.

wetteten live auf Sportereignisse (minus 0,3 %P), 0,5 % beteiligten sich an Online-Automatenspielen (neue Kategorie) und 0,9 % spielten Roulette in Spielbanken (unverändert).

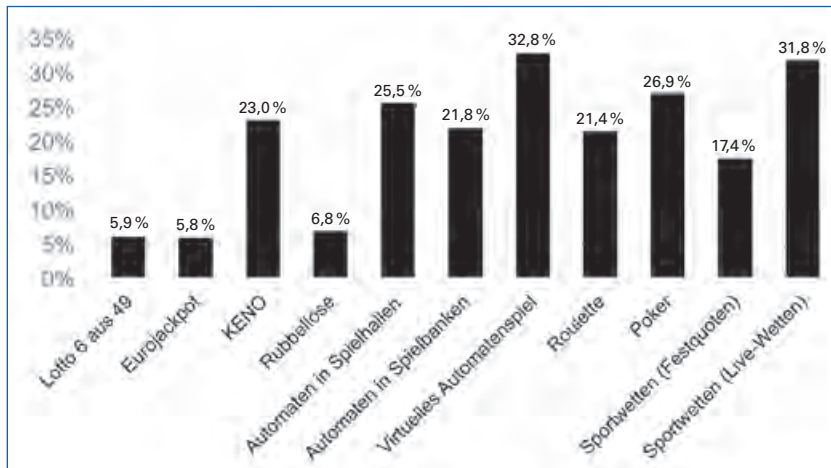
Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der Bevölkerung

Die Befunde dieser aktuellen Bevölkerungsbefragung zur Prävalenz einer „Störung durch Glücksspielen“ (Buth et al., 2024) verweisen anhand der Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ bei 2,4 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren (Männer: 3,2 %, Frauen: 1,5 %) auf eine Glücksspielstörung (entspricht rund 1,38 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall: 2,1 % bis 2,7 % bzw. 1,2 Mio. bis 1,6 Mio.). Bei 1,0 % ist eine leichte Störung (4 oder 5 erfüllte DSM-5-Kriterien), bei 0,7 % eine mittlere Störung (6 oder 7 erfüllte Kriterien) und bei weiteren 0,7 % eine schwere Störung (8 oder 9 erfüllte Kriterien) feststellbar. Die Anteile mit ein, zwei oder drei erfüllten Kriterien (= riskantes Verhalten im Zusammenhang mit einer Glücksspielteilnahme) liegen bei 3,6 %, 1,6 % bzw. 0,8 %. Unter den Personen der Stichprobe, die sich in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt haben, befindet sich ein Anteil mit einer glücksspielbezogenen Störung von 6,3 %. Bei weiteren 16,3 % dieser Subgruppe ist ein riskantes Spielverhalten erkennbar.

Nach der Analyse der Daten in Bezug auf einzelne Glücksspielformen, die allerdings aufgrund der Differenzierung nur auf geringen Fallzahlen beruht, weisen Spielerinnen und Spieler mit der Teilnahme an virtuellen Automatenspielen den höchsten Anteil mit leichten, mittleren und schweren Störungen durch Glücksspielen auf (32,8 %), gefolgt von Live-Wetten auf Sportereignisse (31,8 %), Poker (26,9 %) und Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten (25,5 %) (vgl. Abb. 5). Auch wenn diese Befunde nicht kausal zu interpretieren sind – die Teilnahme an einer Spielform bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Spielform auch allein- oder hauptverantwortlich für die Problemgenese ist –, bleibt festzuhalten, dass Personen mit einer Glücksspielstörung diese Spielformen deutlich häufiger nachfragen.

Insgesamt 6,7 % der Befragten kennen eine oder mehrere Personen in ihrem Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, für die das Glücksspiel zu einer Belastung oder einem Problem geworden ist. Bezogen auf das engere soziale Umfeld (Partnerinnen und Partner, Angehörige, Freunde) sind es 3,8 %. Von dieser Subgruppe berichtet mehr als ein Fünftel von eigener verminderter Leistungsfähigkeit (21,9 %) aufgrund der Glücksspielproblematik der ihnen nahestehenden Person; jede/r Vierte leidet selbst unter Schlafproblemen

Abb. 5: Glücksspielstörung (DSM-5) nach Spielform



Basis: Gewichtete Daten der 18- bis 70-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten an Glücksspielen teilgenommen haben (Buth et al., 2024)

(26,0 %). Auch stressbedingte gesundheitliche Probleme (wie z. B. Bluthochdruck oder Kopfschmerzen: 15,0 %) und verstärkt auftretende Depressionen (14,5 %) werden in diesem Zusammenhang genannt.

Ein Vergleich mit den Befunden des Glücksspiel-Survey aus 2021 zeigt insgesamt bei deskriptiver Betrachtung nur geringfügige Differenzen auf. Die seit 2021 angewandte Methodik wird im Rahmen einer weltweiten Meta-Analyse von 342 Prävalenzstudien mit 366 repräsentativen Stichproben positiv bewertet (Tran et al., 2024, Appendix 11). Alle neun Bewertungskriterien, wie Angemessenheit der Stichprobengröße und -ziehung sowie die eingesetzten statistischen Verfahren, gehen mit einem „low risk bias“ (= geringes Verzerrungsrisiko durch die Untersuchungsmethodik) einher.

Pathologisches Spielen (nach ICD-10) in ambulanten Beratungs- und/oder stationären Behandlungsstellen

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) 2023¹⁰ für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (IFT Institut für Therapieforchung, Forschungs-

¹⁰ Für Details zur Methodik der DSHS siehe Schwarzkopf et al. (2023). Abweichend zur Routineberichterstattung werden für diesen Beitrag Fälle mit fehlender Spezifikation der betrachteten Parameterausprägungen („unbekannt“) in die Grundgesamtheit mit einbezogen und separat angeführt. Die präsentierten Fallzahlen und Anteilswerte können damit von den Angaben im Jahresbericht der DSHS 2023 abweichen.

gruppe Therapie und Versorgung, 2024a, Tab. 4.17) verweist in 876 Einrichtungen bei 5.655 Fällen (2022: 5.872 Fälle in 872 Einrichtungen) auf die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ nach ICD-10 (ohne Einmalkontakte). Dies entspricht durchschnittlich 6,5 Zugängen mit dieser Einzeldiagnose pro Einrichtung, wobei aufgrund der fallbezogenen Betrachtung dieselbe Person (mit unterschiedlichen Fällen) mehrfach berücksichtigt sein kann. Der Anteil an Fällen mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ bezogen auf die Gesamtzahl der Klientel (mit Einzeldiagnose) beläuft sich auf 3,7 %. Unter Einbeziehung aller Betreuungen einschließlich potentieller Übernahmen aus dem Vorjahr sowie der Einmalkontakte (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b, Tab. 4.17) wurden in 888 Einrichtungen 9.765 Einzeldiagnosen registriert, dies entspricht 11,0 Fälle pro Einrichtung (2022: 10.159 bzw. 11,5 Fälle pro Einrichtung).

Die Anzahl der Zugänge (ohne Einmalkontakte) mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (IFT Institut für Therapieforschung, 2024a, Tab. 3.01) beträgt 4.850 Fälle in 887 ambulanten Einrichtungen (2022: 5.081 Fälle in 877 Einrichtungen). Dies ist gleichzusetzen mit durchschnittlich 5,5 Fällen pro Einrichtung (2022: 5,8 Fälle). Der Anteil an der Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose liegt bei 3,3 % (2022: 3,7 %). Dabei beläuft sich der Frauenanteil bei der Klientel mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ auf 10,8 %. Werden alle Betreuungen (also auch Übernahmen aus den Vorjahren und Einmalkontakte) berücksichtigt, beträgt die Anzahl der Fälle mit dieser Hauptdiagnose 8.152 Fälle in 862 Einrichtungen (9,5 Fälle pro Einrichtung; 3,2 Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose).

Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Fälle mit Diagnosen bezüglich Pathologischem Spielen bei bundesweit 1.199 ambulanten Einrichtungen (Stand: 2023) verweist auf rund 7.700 Fälle (Zugänge ohne Einmalkontakte; 2022: 8.300) bzw. 13.000 Fälle (alle Betreuungen mit Einmalkontakten; 2022: 14.200) mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 6.600 bzw. 11.300; 2022: 7.100 bzw. 12.200)¹¹.

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der DSHS ist für 94,3 % der Fälle mit dokumentierter Spielform eine Hauptspielform erfasst¹². Ein polyvalentes Spielmuster und damit keine Hauptspielform wird für 5,7 % der Betreuungen dokumentiert, nach 5,8 % in 2023. Als Hauptspielform ist das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit insgesamt 39,7 % am weitesten ver-

¹¹ Hierbei wird angenommen, dass alle Einrichtungen, für die keine entsprechenden Daten vorliegen, in vergleichbarem Ausmaß Klientel mit Haupt- und Einzeldiagnosen bzgl. Pathologischem Spielen betreuen wie der Gesamtdurchschnitt an Einrichtungen mit den entsprechenden Daten.

¹² Es gilt zu beachten, dass die Dokumentation einer Spielform Auskunft über problematisches Spielverhalten an sich gibt und nicht zwangsläufig an eine Einzeldiagnose oder Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ geknüpft ist.

breitet (2022: 37,8 %; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a; Tab. 3.01). Es folgen jeweils als Online-Spielform „Automatenspiele“ bzw. Sportwetten mit 20,1 % bzw. 9,7 % (2022: 19,7 % bzw. 9,6 %).

Weiterführende Erkenntnisse zur Klientel ratsuchender Spielerinnen und Spieler bringt eine standardisierte Klienteldokumentation aus Niedersachsen mit sich, die 24 Standorte des ambulanten Glücksspielsuchthilfesystems und den Zeitraum von 2017 bis 2023 umfasst (Brosowski, Hayer, 2024). Unter anderem lässt sich auf Grundlage differenzierter glücksspielspezifischer Angaben zeigen, dass in den letzten Jahren vermehrt Personen mit einer Online-Glücksspielproblematik ambulante Hilfe in Anspruch genommen haben. In 2023 benannten 41,9 % der Klientel Online-Glücksspiele (d. h. Automatenspiele, Sportwetten, Poker oder Casinospiele) als problemverursachende Spielform. Weiterhin fällt die selbstberichtete Dauer der Problementwicklung, definiert als Differenz von frühestem Störungs- und Erstkontakalter, bei Online-Glücksspielen im Mittel deutlich kürzer aus als bei terrestrischen Glücksspielen (über alle Glücksspielformen etwa 4 Jahre; bei Automatenspielen im Internet 2,2 Jahre). Schließlich sind einzelne Problemspielformen mit bestimmten sozio-demographischen Profilen assoziiert: Während bei terrestrischen Spielformen Risikofaktoren wie Migrationshintergrund, Erwerbslosigkeit oder geringe formale Bildung zumeist eine bedeutsame Rolle spielen, zeigen sich diese Merkmale bei Online-Glücksspielen hingegen kaum.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2023 für stationäre Einrichtungen (IFT Institut für Therapieforschung, 2024c, Tab. 4.17 und 3.01) berichtet für 156 teilnehmende Einrichtungen 1.133 Fälle mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ und 458 Fälle mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (2022: 940 bzw. 418 Fälle in 162 Einrichtungen). Der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose liegt bei 87,6 %. Die durchschnittliche Anzahl an Fällen mit entsprechender Einzel- und Hauptdiagnose beträgt somit 7,3 bzw. 2,9 Fälle pro Einrichtung. Daneben zeigen die Daten, dass der Anteil an Fällen mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Einzeldiagnose 3,1 % (2022: 2,9 %) und der Anteil der Fälle mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Hauptdiagnose 1,3 % ausmacht (unverändert). Unter der Klientel mit dokumentierter Spielform ist bei 92,9 % eine eindeutige Hauptspielform erfasst. Für 7,1 % ist ein polyvalentes Spielverhalten (und damit keine eindeutige Hauptspielform) dokumentiert. Unter den Hauptspielformen erweist sich mit insgesamt 41,1 % das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ als am weitesten verbreitet (2022: 33,6 %). Es folgen mit 31,1 % das Online-Automatenspiel und mit 7,9 % Online-Casino-

Tab. 3: Anzahl der behandelten Spielerinnen und Spieler in spezifisch erfassten stationären Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Erhebungsjahr						
	2007	2010	2013	2016	2019	2022	2023
Fachkliniken Nordfriesland, Bredstedt (S+P)	87	66	128	124	112	69	k.A.
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg (S)	33	50	73	59	k.A.	k.A.	k.A.
Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh (S)	62	127	167	130	124	76	78
Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal (S)	87	148	196	226	300	184	148
MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar (S+P)	253	263	312	347	295	147	140
MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf (S+P)	105	138	168	167	142	52	96
MEDIAN Kliniken Daun, Daun (S+P)	28	125	162	205	193	38	60
salus Klinik Lindow (S+P)	–	77	165	122	98	73	66
salus Klinik Hürth (S+P)	–	–	83	201	189	133	100
salus Klinik Friedrichsdorf (S+P)	–	–	54	123	88	80	76
Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen (S)	–	74	111	98	88	39	16
Asklepios Fachklinikum Wiesen, Wildenfels (S)	56	108	113	103	74	26	36
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler (S)	–	43	76	96	67	43	32
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe, Bad Hersfeld (S)	158	257	261	219	141	77	59
MEDIAN Klinik Berus, Überherrn-Berus (P)	80	91	121	35	23	k.A.	k.A.
Johannesbad Fachklinik Fredeburg, Schmallingenberg (S)	39	49	91	71	81	20	26
Johannesbad Fachklinik Hochsauerland, Schmallingenberg (P)	79	130	151	156	99	52	42
Gesamt	1.067	1.746	2.295	2.482	2.114	1.105	975

S = Suchtfachklinik bzw. -abteilung

P = Psychosomatische Fachklinik bzw. Abteilung

Quelle: Eigene Erhebung

spiele (ohne Poker; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024c, Tab. 3.01 und 4.17).

Bei einer Auswahl stationärer Einrichtungen, die sowohl Suchtfachkliniken als auch psychosomatische Fachkliniken und entsprechende Abteilungen einbezieht, summiert sich die Anzahl behandelter Spielerinnen und Spieler in 2023 auf 975 (Hauptdiagnose: 623; Neben-/Zweit-/Drittdiagnose: 342; Tab. 3). Dieser Wert bedeutet einen Rückgang um 5,9 % im Vergleich zum Vorjahr¹³.

In 1982 wurden die ersten Selbsthilfegruppen der „Anonymen Spieler (GA)“ gegründet. In 2002 gab es bereits 110 Gruppen, zum Teil auch unabhängig von GA. Der Datenbestand des Fachverbandes Glücksspielsucht verweist für 2023 auf 138 Selbsthilfegruppen (2022: 152). Darunter befinden sich 91 Freie Gruppen und 36 Gruppen der „Anonymen Spieler“ (sowie 11 Suchthilfeverbände).

¹³ Aufgrund der fehlenden Angaben der Fachkliniken Nordfriesland für 2023 wurden sie in den Jahresvergleich nicht einbezogen.

Anzahl gesperrter Spielerinnen und Spieler

Weitere Erkenntnisse zum Ausmaß glücksspielbezogener Probleme liefert das Spielersperrsystem OASIS (Onlineabfrage Spielerstatus), das mit dem Glücksspielstaatsvertrag 2021 (§ 8) zum 1. Juli 2021 als bundesweit zentrales, spielformübergreifendes Sperrsystem eingeführt wurde. Nach § 8a haben Veranstaltende und Vermittelnde von Glücksspielen, an denen gesperrte Spielerinnen und Spieler nicht teilnehmen dürfen, Personen zu sperren, die dies beantragen (Selbstsperre) oder von denen sie aufgrund von Wahrnehmungen ihres Personals oder aufgrund von Meldungen Dritter wissen oder aufgrund sonstiger tatsächlicher Anhaltspunkte annehmen müssen, dass sie spielsuchtgefährdet oder überschuldet sind, ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen oder Spieleinsätze riskieren, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen oder Vermögen stehen (Fremdsperre). Vorher galt die Sperrverpflichtung lediglich für die Segmente der Spielbanken sowie der Spielhallen in Hessen (seit 2014) und Rheinland-Pfalz (seit 2020) und für die der Sportwetten und Lotterien mit besonderem Gefährdungspotential (Oddset, Toto, Keno). Von dem Verbot der Spielteilnahme für gesperrte Personen ausgenommen sind Lotterien mit maximal zwei Veranstaltungen pro Woche, Sofortlotterien, Lotterien in Form des Gewinnsparens und spezifische Formen der Pferdewette.

Ende des Jahres 2023 enthielt OASIS nach Information des Regierungspräsidiums Darmstadt (Dez. II 24.1) insgesamt 245.130 Sperreinträge (2022: 160.759; Tab. 4), was einem Anstieg um 52,5 % entspricht. Dabei beziehen sich 30,9 % dieser Sperreinträge auf Spielhallen, 24,5 % auf Sportwetten (Veranstalter) und 19,6 % auf Spielbanken. Anträge bei der Behörde lassen sich keiner Spielform zuordnen.

Auf einer Selbstsperre beruhen 235.750 (96,2 %) der Sperreinträge, auf einer Fremdsperre basieren entsprechend 9.380 (3,8 %). Mit 12,0 % ist der Anteil der Fremdsperren im Spielbankbereich deutlich höher als etwa bei der Veranstaltung von Sportwetten (2,7 %) und im Spielhallenbereich (0,7 %). In 2023 haben die Glücksspielanbietenden, die an OASIS angeschlossen waren, rund 969 Mio. Sperrabfragen gestellt (2022: 1,9 Mrd.).

Verschuldung

Ein Vergleich der ambulant betreuten Klientel in der DSHS (IFT Institut für Therapieforschung, 2024a, Tab. 3.19) hinsichtlich ihrer finanziellen Lage zeigt auf, dass die Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ die höchst-

Tab. 4: Anzahl der Sperren im Spielersperrsystem OASIS

Glücksspielbereich	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
Spielbanken							
Selbstsperren	k.A.	k.A.	26.837	31.003	35.796	38.782	42.330
Fremdsperren	k.A.	k.A.	4.418	4.935	6.447	6.023	5.798
Gesamt	24.544	27.674	31.255	35.938	42.243	44.805	48.128
Online-Casinospiele/-Poker							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	2.605
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	43
Gesamt	–	–	–	–	–	–	2.648
Virtuelle Automatenspiele							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	3.380	25.231
Fremdsperren	–	–	–	–	–	39	314
Gesamt	–	–	–	–	–	3.419	25.545
DTLB							
Selbstsperren	370	2.041	1.706	1.818	2.015	2.002	1.931
Fremdsperren	112	165	194	199	285	337	344
Gesamt	482	2.453	1.900	2.017	2.300	2.339	2.275
Sportwetten (Veranstaltung)							
Selbstsperren	–	–	–	28	2.059	46.033	58.442
Fremdsperren	–	–	–	–	306	1.636	1.602
Gesamt	–	–	–	28	2.365	47.669	60.044
Sportwetten (Vermittlung)							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	408	883
Fremdsperren	–	–	–	–	–	23	41
Gesamt	–	–	–	–	–	431	924
Pferdewetten							
Selbstsperren	–	–	–	–	40	72/6	104/9
Fremdsperren	–	–	–	–	–	0/1	0/1
Gesamt	–	–	–	–	40	72/7	104/10
Spielhallen							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	45.813	75.080
Fremdsperren	–	–	–	–	–	452	563
Gesamt	–	–	–	–	–	46.265	75.643
Automatenaufsteller							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	460	969
Fremdsperren	–	–	–	–	–	8	16
Gesamt	–	–	–	–	–	468	985
Behörde¹							
Selbstsperren	–	–	–	–	–	15.057	28.166
Fremdsperren	–	–	–	–	–	227	658
Gesamt	–	–	–	–	–	15.284	28.824
Gesamt							
Selbstsperren	–	–	28.543	32.849	39.910	152.013	235.750
Fremdsperren	–	–	4.612	5.134	7.038	8.746	9.380
Gesamt	25.026	30.127	33.155	37.983	46.948	160.759	245.130

¹ Sperranfragen an die Behörde, die für OASIS zuständig ist.

Quelle: Deutsche Sperrdatenbank, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel bis 2019, Regierungspräsidium Darmstadt (OASIS, Dez. II 24.1)

Tab. 5: Hauptdiagnose und Verschuldung bei der Klientel ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (Zugänge 2023)

Hauptdiagnose – Konsumbereich	Ausmaß der Verschuldung (in Euro)					Unbekannt in %
	keine Schulden in %	bis 10.000 in %	bis 25.000 in %	bis 50.000 in %	über 50.000 in %	
Alkohol	75,1	10,2	2,9	1,5	1,0	9,3
Opioide	51,1	27,1	7,0	2,2	0,9	11,6
Cannabinoide	71,5	14,1	2,8	1,0	0,5	10,0
Kokain	59,3	19,5	5,7	3,4	2,5	9,5
Stimulanzen	56,0	24,1	7,4	2,9	1,4	8,3
Pathologisches Spielverhalten	26,5	28,6	15,5	11,8	10,9	6,7

Quelle: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a

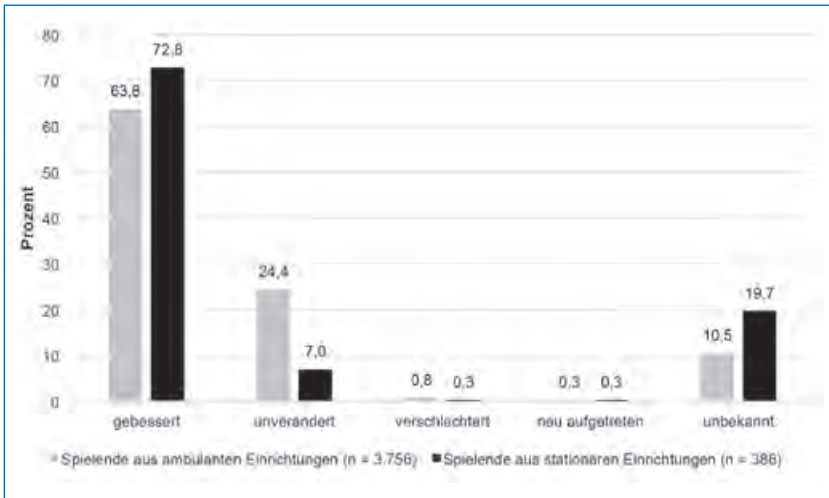
ten Schulden unter allen Klientelgruppen aufweist (Tab. 5). Der Anteil der Betroffenen, die keine Schulden haben, ist hier mit 26,5 % deutlich geringer als unter den anderen Hauptdiagnosen (von 51,1 % bei Opioidkonsum bis zu 75,1 % bei Alkoholkonsum). Bei 22,7 % der Spielerinnen und Spieler beträgt die Verschuldung mehr als 25.000 Euro, während dies beispielsweise nur auf 2,5 % der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und 5,9 % der Personen mit einer Kokainabhängigkeit zutrifft.

Unter stationär behandelten Fällen mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ liegt der Anteil der Klientel mit einer problematischen Verschuldung von mehr als 25.000 Euro bei 29,7 %. Die entsprechenden Werte in anderen Konsumbereichen, wie etwa Alkohol mit 8,7 % oder Kokain mit 17,3 %, fallen auch hier deutlich niedriger aus (IFT Institut für Therapieforschung, 2024c; Tab. 3.19).

Betreuungsverlauf

Am Betreuungsende in ambulanten Einrichtungen der DSHS (N = 674/832; IFT Institut für Therapieforschung, 2024a, Tab. 7.01 und 6.04) wurde bei 63,8 % der Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ die Problematik als gebessert eingestuft (Abb. 6). Weiterhin zeigten 24,4 % eine unveränderte Problembelastung, und bei 0,8 % wurde eine Verschlechterung festgestellt (unbekannt: 10,5 %). Der Anteil der vorzeitigen Abbrüche der Betreuung lag bei 33,8 % (Männer: 34,0 %, Frauen: 31,2 %).

Abb. 6: Problematik bei Betreuungsende bei ambulant und stationär behandelten Spielerinnen und Spielern



Quelle: IFT Institut für Therapieforschung, 2024a, 2024c

In stationären Einrichtungen (N = 132/155) betrug die Quote der Besserung 72,8 % und die der unveränderten Problematik 7,0 % (unbekannt: 19,7 %). Die Einrichtungen berichten, dass 14,4 % der Klientel die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben (unbekannt: 0 %; Männer: 14,8 %, Frauen: 11,3 %; IFT Institut für Therapieforschung, 2024d, Tab. 7.01 und 6.04).

Ausblick

Vor dem Hintergrund der weltweiten Expansion von Glücksspielangeboten im Allgemeinen und der zunehmenden Verschiebung des Nachfrageverhaltens in Richtung Online-Glücksspiel im Speziellen werden die individuellen und sozialen Negativfolgen sichtbarer, die mit diesem Entwicklungstrend assoziiert sind. In Anlehnung an Schütze et al. (2023) lassen sich folgende Kernaussagen zusammenfassen: Erstens ist ein beträchtlicher Anteil des glücksspielbedingten Gesamtschadens in der Bevölkerung auf Personen zurückzuführen, die die Kriterien einer Glücksspielstörung gar nicht erfüllen. Offenbar geht bereits ein riskantes Glücksspielverhalten mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität einher. Zweitens erlebt auch das soziale Nahumfeld der betroffenen Spielerinnen und Spieler Belastungen unterschiedlicher Art. Die Veror-

tung der Glücksspielsucht als ausschließlich individuelle Problematik greift daher deutlich zu kurz. Drittens tragen Personen mit einem problematischen Glücksspielverhalten als „beste Kundschaft“ in erheblichem Ausmaß zum Umsatz der Glücksspielbranche bei. Interessenkonflikte bei der nachhaltigen Umsetzung von effektiven Maßnahmen der Suchtprävention liegen daher auf der Hand. Wardle et al. (2024) fordern unter Hinzuziehung internationaler Forschungsergebnisse konsequenterweise, das Glücksspiel als ein Problem der öffentlichen Gesundheit (Public Health Ansatz; vgl. Hayer, Turowski in diesem Band) zu behandeln, ähnlich wie es bei anderen Konsumgütern mit Suchtgefahren der Fall ist (z. B. Alkohol oder Tabak; vgl. mit Meyer, Hayer, 2023). Die Empfehlungen zu einer effektiven Schadensbegrenzung reichen von der Reduktion der Verfügbarkeit von Glücksspielen, dem Verbot oder der Einschränkung von Werbung und Sponsoring sowie substanziellen Eingriffen in die Spielstrukturen über die flächendeckende Bereitstellung von Hilfeangeboten für Problemspielende und ihre Angehörigen, öffentliche Aufklärungskampagnen, Maßnahmen des Verbraucherschutzes wie die Einführung einer personalisierten Spielerkarte, weitreichenden Sperrsystemen und Einzahlungslimits bis zu Maßnahmen des Jugendschutzes in Form von Altersbegrenzungen und Ausweisungspflichten. Ihre Umsetzung kann als Gradmesser angesehen werden, ob diese Thematik bei Regierungen und politischen Entscheidungstragenden in Zukunft einen größeren Stellenwert einnehmen bzw. ob Interessen des Gemeinwohls gegenüber den wirtschaftlichen Partikularinteressen der Glücksspielbranche Priorität zugeschrieben wird.

Literatur

- Banz, M. (2019): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/gluecksspiel>, Zugriff: 10.02.2025.
- Brosowski, T.; Hayer, T. (2024): Klienten*innendokumentation der ambulanten Glücksspielsuchtberatungen in Niedersachsen 2017-2023. Bremen: Universität Bremen. <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/7919>, Zugriff: 02.12.2024.
- Buth, S. et al. (2024): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2023. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (Hrsg.) (2024): Tätigkeitsbericht 2023. Halle (Saale). <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberi>

- chte/20240828_Finale_Webversion_GGL-Taetigkeitsbericht-2023-WEB.pdf, Zugriff: 10.02.2025.
- Hayer, T.; Turowski, T. (2025): It's all about the money: Wie die Glücksspielindustrie ökonomische Interessen wahrt und effektive Suchtprävention verhindert. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst. 257–272
- IFT Institut für Therapieforchung (2024a): Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1. Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 % Lauf. München. [unveröffentlichter Bericht].
- IFT Institut für Therapieforchung (2024b): Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1. Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten. 33 % Lauf. München. [unveröffentlichter Bericht].
- IFT Institut für Therapieforchung (2024c): Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. 33 % Lauf. München. [unveröffentlichter Bericht].
- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024d): Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 33 % Lauf. München. <https://suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 09.09.2024.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht – Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2023): Schadensbegrenzung beim Glücksspiel: Eine Aufgabe für die öffentliche Gesundheitsfürsorge. Prävention und Gesundheitsförderung, 18, 1–9. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-021-00924-y.pdf>, Zugriff: 10.02.2025.
- Schwarzkopf, L. et al. (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. <https://www.suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 09.09.2024.
- Schütze, C. et al. (2023): Glücksspielatlas Deutschland 2023. Zahlen, Daten, Fakten. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung; Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; Bremen: Arbeitseinheit Glücksspielforschung der Universität Bremen. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/Gluecksspielatlas_2023_DHS.pdf, Zugriff: 10.02.2025.
- Tran, L.T. et al. (2024): The prevalence of gambling and problematic gambling: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 9(8), e594–e613. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900126-9>, Zugriff: 10.02.2025.

Wardle, H. et al. (2024): The Lancet Public Health Commission on Gambling. *Lancet Public Health*, 9, e950–e994. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900167-1>, Zugriff: 10.02.2025.

2.5 Cannabis – Zahlen und Fakten

*Eva Hoch, Heiko Bergmann, Elena Gomes de Matos,
Justin Möckl, Monika Murawski, Franziska Schneider,
Larissa Schwarzkopf, Sally Olderbak*

Zusammenfassung

Am 1. April 2024 wurde die Droge Cannabis in Deutschland teillegalisiert. Das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) (BMG, 2024a) reguliert den legalen Besitz und Konsum von Cannabis für Erwachsene. Es regelt auch den privaten Eigenanbau, den gemeinschaftlichen nichtgewerblichen Eigenanbau und die kontrollierte Weitergabe von Cannabis durch Anbauvereinigungen. Das von den Deutschen zu Rauschzwecken genutzte Cannabis wurde im vergangenen Jahr überwiegend auf dem Schwarzmarkt erworben und stammt aus Nordafrika. Im letzten Jahrzehnt ist der THC-Gehalt von Cannabis harz um 174 % gestiegen. Es sind 4,9 Millionen erwachsene Deutsche (8,8 %), die angeben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger als Frauen. Sie sind auch nahezu doppelt so häufig von einem problematischen Cannabiskonsum (3,4 %) betroffen, wie Frauen (1,6 %). Es ist insgesamt ein Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs. Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2023: ambulant: 18,1 %, stationär: 9,8 %). Der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich hat sich seit der Jahrtausendwende verdreifacht, im stationären Bereich kam es zu einer Versiebenfachung. Der wirksamste Behandlungsansatz für Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen ist eine Kombination aus kognitiv-behavioraler Therapie und Motivationsförderung. Für Kinder und Jugendliche werden auch familientherapeutische Interventionen empfohlen. Es gibt bislang keine wirksame Medikation zur Therapie von Entzugssymptomen, Craving oder Rückfallprophylaxe der Cannabisabhängigkeit. Aktuell wird eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ fertiggestellt, die Behandlungsempfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Cannabiskonsumstörungen und assoziierten Problemen in der deutschen Versorgung gibt. Angebote zur Prävention des

problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Abstract

On 1 April 2024, the drug cannabis was partially legalised in Germany. The law on the controlled use of cannabis (CanG) regulates the legal possession and consumption of cannabis for adults. It also regulates private home cultivation, non-commercial community cultivation and the controlled distribution of cannabis by cultivation associations. The cannabis used by Germans for intoxication purposes was mainly purchased on the illegal market last year and originates from North Africa. The THC content of cannabis resin has risen by 174 % in the past 10 years. There are 4.9 million adult Germans (8.8 %) who state that they have used cannabis in the last 12 months. Men do this slightly more often than women. They are also almost twice as likely to be affected by problematic cannabis use (3.4 %) as women (1.6 %). There is an overall increase in cannabis use, including problematic use. Cannabinoid-related disorders are currently the second most common reason for accessing addiction support services after alcohol-related disorders (2023: outpatient: 18.1 %, inpatient: 9.8 %). This means that the proportion of outpatient treatment for cannabinoid-related disorders has tripled since the turn of the millennium, while inpatient treatment has increased sevenfold. Currently, the most effective treatment approach for cannabis use disorders is a combination of cognitive-behavioral therapy and motivational enhancement. Family therapy interventions are also recommended for children and adolescents. There is currently no effective medication for the treatment of withdrawal symptoms, craving or relapse prevention of cannabis dependence. An interdisciplinary S3 treatment practice guideline “Cannabis dependence” has been developed which provides treatment recommendations for children, adolescents and adults with cannabis use disorders and associated problems in German health care. Interventions for the prevention of problematic cannabis use are available and need to be further developed and expanded.

1 Was ist Cannabis?

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae). Cannabis wird seit Jahrtausenden als Nutz- und Heilpflanze sowie als Rauschmittel eingesetzt. Bislang wurden circa 500 chemische Substanzen in der Cannabis-Pflanze gefunden, mehr als 100 davon zählen zu der Gruppe der Cannabinoide. Die bekanntesten Cannabinoide sind das THC

(δ -9-Tetrahydrocannabinol) und das CBD (Cannabidiol). Beide Substanzen können das Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, sind also psychoaktiv. Jedoch nur THC ist rauschauslösend und hat Suchtpotenzial. Die zwei häufigsten Bestandteile der Cannabispflanze sind die THC-haltigen getrockneten Blüten und Blätter der weiblichen Hanfpflanze (Marihuana, umgangssprachlich: „Gras“) sowie das aus dem THC-haltigen Harz der Blütenstände gewonnene Haschisch. Im Vordergrund dieses Kapitels steht der Konsum von THC-haltigem Cannabis als Rausch- bzw. Suchtmittel. Für weitergehende Informationen zu Cannabis als Medikament, legale CBD-Produkte mit THC-Gehalt unter 0,2 % („CBD-Cannabis“) oder synthetische Cannabinoide wird auf andere Quellen verwiesen (EMCDDA, 2020; EUDA, 2024)

2 Drogenmärkte

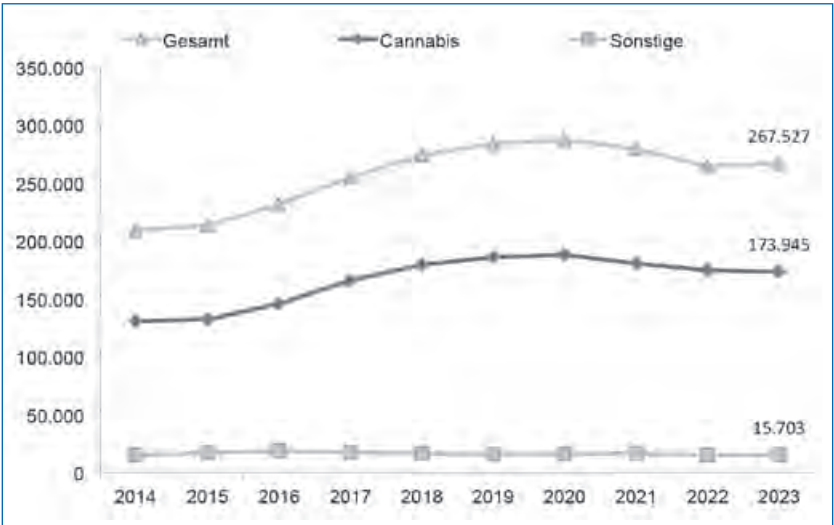
Der Großteil des in Deutschland sichergestellten Cannabisharzes stammt aus Marokko und gelangt über Spanien, Frankreich oder die Niederlande nach Deutschland. Cannabiskraut kommt überwiegend aus westeuropäischem Indoor-Anbau, vor allem durch organisierte Kriminalität in Spanien. 2023 wurden erneut zahlreiche Cannabis-Großtransporte aus Spanien über Frankreich nach Deutschland festgestellt, häufig bereits vom französischen Zoll gestoppt. Diese Transporte enthalten oft sowohl Cannabisharz als auch -kraut. Zusätzlich gelangt Cannabiskraut per Post aus Spanien sowie vermehrt aus Albanien und Nordamerika nach Deutschland.

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bis 2020 (365.753 Delikte) und einem Absinken in den beiden Folgejahren auf 340.677 Delikte steigt die Zahl der Verstöße im Jahr 2023 wieder auf 346.877 Fälle (Abb. 1). Der Großteil dieser Delikte steht im Zusammenhang mit Cannabis: So wurden 2023 173.945 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz in Zusammenhang mit Cannabis gemeldet (65 % aller 267.527 konsumnahen Delikte). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang der Fallzahlen um –0,5 %.

Während die Wirkstoffgehalte von Cannabiskraut sowie Blütenständen über die letzten zehn Jahre sehr stabil waren, stieg der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz bis 2020 deutlich an (Abb. 2). Nach einem kurzfristigen Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 setzte sich dieser Trend sowohl in den Jahren 2022 als auch 2023 mit neuen Höchstwerten wieder fort. Im 10-Jahrestrend ist der THC-Gehalt von Cannabisharz um 174 % gestiegen.

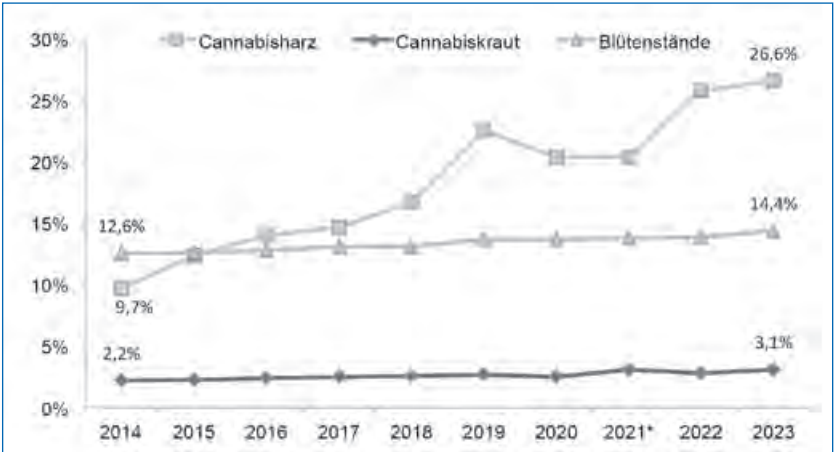
Die Preise für ein Gramm Cannabiskraut und Cannabisharz im Straßenhandel haben sich über die letzten fünf Jahre hinweg mit nur leichten Schwan-

Abb. 1: Entwicklung von Verstößen gegen das BtMG (2014–2023)



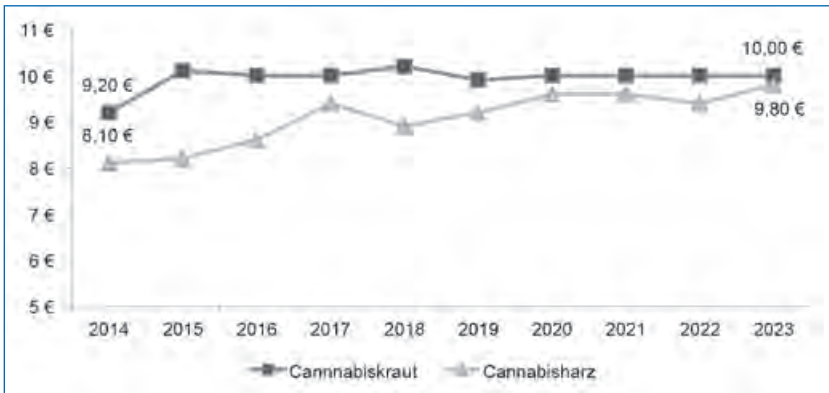
Bundeskriminalamt (BKA), 2024

Abb. 2: Trends im Wirkstoffgehalt (THC) (2014–2023)



* Ab dem Datenjahr 2021 werden besonders CBD-haltige Produkte bei der Berechnung des Medians herausgenommen.

Quelle: Datenlieferung (Bundeskriminalamt [BKA], 2024)

Abb. 3: Entwicklung des Preises pro Gramm (Straßenhandel) in € (2014–2023)

Quelle: Datenlieferung (Bundeskriminalamt [BKA], 2024)

kungen stabilisiert (Abb. 3). Der Preisanstieg für Cannabiskraut lag im 10-Jahrestrend bei +8,7 % und bei Cannabisharz bei +21 %.

3 Gesetzeslage

Die deutsche Bundesregierung hat zum 1. April 2024 ein neues Gesetz zur kontrollierten Abgabe von Cannabis für Erwachsene (kurz: CanG) verabschiedet. Das Modell beinhaltet folgende zwei Säulen:

1. Den privaten Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie den gemeinschaftlichen, nicht-gewerblichen Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen (Säule 1).
2. Ein Modellvorhaben, das Produktion, Vertrieb und Abgabe von Cannabis in Fachgeschäften an Erwachsene in einem lizenzierten und staatlich kontrollierten Rahmen ermöglicht (Säule 2).

Jede erwachsene Person darf seitdem bis zu 25 Gramm Cannabis besitzen und mit sich führen (pro Monat sind maximal 50 Gramm erlaubt; BMG, 2024a). Erwachsene mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland dürfen zum Zwecke des Eigenkonsums an ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort bis zu drei Cannabispflanzen gleichzeitig anbauen. Die Anzahl von drei Cannabispflanzen gilt pro volljährige Person eines Haushalts. Anbauvereinigungen sind eingetragene, nicht-wirtschaftliche Vereine oder eingetragene Genossenschaften, deren Zweck der gemeinschaftliche Eigenanbau und die Weitergabe von Cannabis und Vermehrungsmaterial (Samen und Stecklinge

von Cannabispflanzen) zum Eigenkonsum ist. Cannabis aus dem privaten Eigenanbau darf nicht an Dritte weitergegeben werden. Erwerb, Besitz und Anbau von Cannabis ist für Minderjährige weiterhin verboten. Die Weitergabe von Cannabis an Kinder und Jugendliche wird bestraft.

Bereits seit 2017 ist die Verschreibung von medizinischen Cannabisprodukten in Deutschland gesetzlich geregelt. Es liefert die Grundlage zur Verwendung von Cannabinoiden als Medikamente (Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisarzneimitteln in Form von Medizinalhanf und Cannabisextrakten) (BMG, 2017).

4 Gesundheitliche und soziale Risiken

Cannabis wird meist konsumiert, um seine akute belohnende Wirkung zu erfahren. Der akute Konsum hoher THC-Dosen (auch ungewollt) kann zeitlich begrenzte psychische, gastrointestinale und kardiovaskuläre Probleme sowie Verkehrsunfälle verursachen (Hoch et al., 2024). Regelmäßiger Cannabiskonsum (insbesondere von Produkten mit hohem THC-Gehalt) ist mit körperlichen und vor allem psychischen Risiken verbunden. Chronischer Cannabiskonsum wird mit zahlreichen negativen Folgen in Verbindung gebracht, die vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene besorgniserregend sind (z. B. Lernstörungen, Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Fahrtüchtigkeit, geringerer Bildungserfolg, Psychosen/Schizophrenie, Stimmungs- und Angststörungen sowie suizidales Verhalten). Es ist umstritten, inwieweit der Cannabiskonsum eine kausale Ursache für diese nachteiligen Folgen ist. Körperliche Gesundheitsrisiken (z. B. Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit und eingeschränktes fetales Wachstum, Hyperemesis-Syndrom¹ u. a.) wurden ebenfalls mit dem wiederholten Konsum von Cannabis mit hohem THC-Gehalt in Verbindung gebracht. Regelmäßig konsumiert, kann Cannabis zur Entwicklung eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs führen. In den 1990er Jahren wurde geschätzt, dass etwa eine von zehn Cannabis konsumierenden Personen im Lebenszeitraum eine Cannabiskonsumstörung entwickelt (Anthony, Warner & Kessler, 1994). In neueren Studien aus den USA ist dieser Anteil höher. Etwa 30 % der Cannabiskonsumierenden entwickelten eine Cannabiskonsumstörung (Hasin et al., 2015). Dieser Befund könnte auf die zunehmende Stärke von Cannabis, Änderungen des Rechtsstatus und die gesellschaftliche Akzeptanz des Cannabiskonsums im Laufe der Zeit zurückzuführen sein (Connor et al.,

¹ Wiederkehrende Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit intensivem Cannabiskonsum.

2021). Ein frühes Einstiegsalter, intensiver Konsum und Co-Konsum von Tabak wurden als besondere Risikofaktoren identifiziert. Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum menschlichen Endocannabinoid-System werden in den nächsten Jahren weiter dazu beigetragen, diese Phänomene besser zu verstehen. Einen Überblick über die Studienlage liefert die Expertise „Cannabis: Potenzial und Risiken“ (Hoch et al., 2024; 2019).

5 Konsumverbreitung, -muster und -trends in Deutschland

5.1 Bevölkerungsumfragen bei Erwachsenen

Im Jahr 2021 war Cannabis die mit Abstand am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung unter Erwachsenen in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2021 vor (Gesamtstichprobe $n = 9.046$, Alter der Befragten 18–64 Jahre). Ein Drittel der Befragten hatte zum Befragungszeitpunkt bereits Erfahrung mit Cannabis gemacht (34,7 %). Es sind 4,9 Millionen (8,8 %), die angeben, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger (10,7 %) als Frauen (6,8 %). In den letzten 30 Tagen hatten 4,3 % die Substanz konsumiert (Rauschert et al., 2022, 2023).

5.2 Bevölkerungsumfragen bei Kindern und Jugendlichen

Cannabis ist auch bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt die Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahr 2023 vor. Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2023. Cannabis wurde zumindest einmal im Leben von

Tab. 1: Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung

	Quelle ¹⁾	Alter	Gesamt	Männlich	Weiblich
Lebenszeit	ESA 2021	18–64	34,7 %	38,9 %	30,2 %
	DAS 2023	12–17	8,3 %	9,3 %	7,3 %
12 Monate	ESA 2021	18–64	8,8 %	10,7 %	6,8 %
	DAS 2023	12–17	6,7 %	7,4 %	6,1 %
30 Tage	ESA 2021	18–64	4,3 %	5,7 %	2,9 %
	DAS 2023	12–17	3,0 %	3,8 %	2,2 %

¹⁾ ESA = Epidemiologischer Suchtsurvey, DAS = Drogenaffinitätsstudie

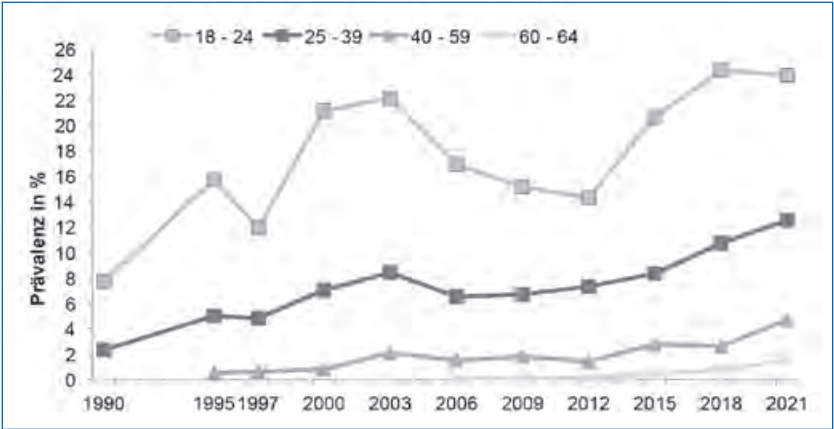
8,3 % der 12- bis 17-Jährigen ausprobiert (BZgA, 2024b). In den letzten 12 Monaten konsumierten 6,7 % der 12- bis 17-Jährigen Cannabis, in den letzten 30 Tagen 3 % (Tab. 1).

5.3 Trends und Entwicklungen des Cannabisgebrauchs

In den letzten drei Jahrzehnten zeigte sich ein insgesamt steigender Trend im Cannabiskonsum (Abb. 4). In der letzten Dekade verdoppelte sich bei der 18- bis 59-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands der Anteil an Konsumierenden von 5,1 % (2012) auf 10,0 % (2021). Der Verlauf ist in einzelnen Altersgruppen jedoch unterschiedlich. Während in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikante Veränderung zu sehen ist (2018: 24,3 %; 2021: 23,9 %) verdoppelte sich die Konsumprävalenz in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen nahezu (2018: 2,6 %, 2021: 4,7 %) (Rauschert et al., 2023).

Bei Kindern und Jugendlichen (12- bis 17-jährigen) stieg die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in den letzten 10 Jahren von 6,7 % (2011) auf 9,3 % (2021) an. Auch die 12-Monats-Prävalenz erhöhte sich im 10-Jahresvergleich bei männlichen und weiblichen Jugendlichen. Sie liegt seit 2014 bei 7 % bis 11 % (männliche Jugendliche) bzw. bei 5 % bis 7 % (weibliche Jugendliche) (Abb. 5). Bei den 18- bis 25-Jährigen stieg die Lebenszeitprävalenz seit 2015 kontinuierlich an und erreichte 2021 einen Höchstwert von 50,8 %. Ähnliche

Abb. 4: Trends* im Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung

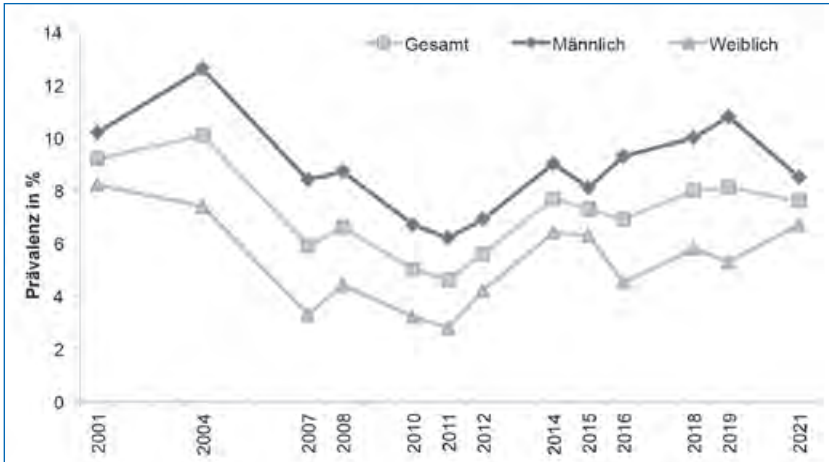


* Trend 12-Monats-Prävalenz 18- bis 64-Jährige.

Quelle: Rauschert, 2023

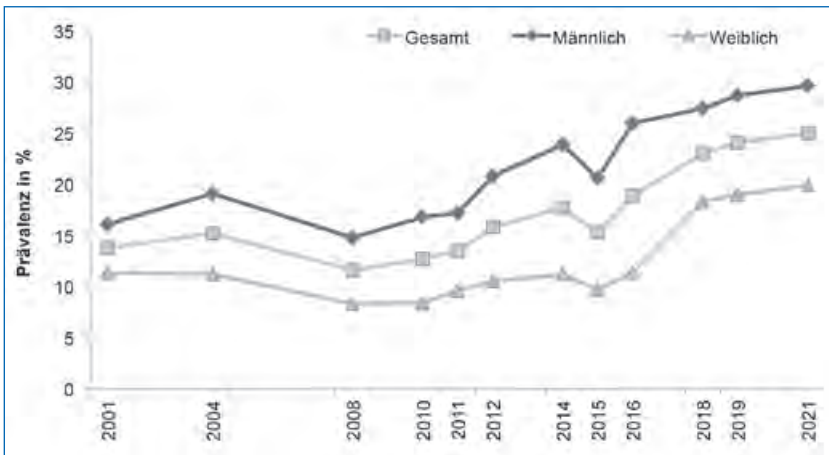
Trends einer deutlichen Konsumzunahme sind auch für die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenzen sowie den regelmäßigen Cannabiskonsum junger Männer und Frauen zu verzeichnen (Orth, Merkel, 2022).

Abb. 5: Trends des Cannabiskonsums (letzte 12 Monate) bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (DAS und ESA)



12-M-Prävalenz Cannabis DAS 12- bis 17-Jährige.

Quelle: Karachaliou, 2024



12-M-Prävalenz Cannabis DAS 18- bis 25-Jährige.

Quelle: Karachaliou, 2024

Tab. 2: Selbstberichtete Veränderungen des Cannabis-Konsums während der SARS-CoV-2-Pandemie (nach Konsumierendentypen)

Veränderungen im Cannabiskonsum	Unregelmäßig Konsumierende n = 171	Regelmäßig Konsumierende n = 314	Intensiv Konsumierende n = 267	Chi-Square- Test
Weniger konsumiert	24,0 %	18,5 %	2,7 %	$\chi^2_{(4)} = 98,6$ $p < ,01$
Keine Veränderung	67,3 %	40,3 %	47,3 %	
Mehr konsumiert	8,7 %	41,3 %	50,0 %	

Quelle: Olderbak et al., 2024

In der SARS-CoV-2-Pandemie wurden Konsumierende 2021 befragt, ob sich ihr Cannabisgebrauch verändert habe (Olderbak et al., 2024). Die Daten stammen aus dem European Web Survey on Drugs (EWSD), an dem 762 Personen aus Deutschland, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert hatten, teilnahmen (72,9 % männlich, Durchschnittsalter = 29,5 Jahre, Altersspanne 18 bis 78 Jahre). Sowohl Personen mit starkem als auch Personen mit regelmäßigem Cannabiskonsum berichteten vermehrten Cannabiskonsum in der Pandemie. Demgegenüber gaben Personen, die unregelmäßig Cannabis konsumierten, einen rückläufigen Cannabiskonsum an (Tab. 2).

Eine Reihe von Faktoren konnten identifiziert werden, die mit einer höheren Konsumhäufigkeit verbunden sind. Basierend auf den Daten des ESA 2021 zeigte sich ein höherer Konsum bei jüngeren Personen (Odds Ratio/OR = 0,95 [95 %-Konfidenzintervall/KI = 0,92, 0,98]) und Personen mit niedriger Schulbildung (OR = 1,86 [1,23, 2,81]). Außerdem wurde Cannabis häufiger zur Selbstmedikation genutzt (OR = 2,79 [1,56, 4,99]) und der Kauf war wahrscheinlicher (OR = 2,26 [1,35, 3,77]) mit einem erhöhten Konsum verbunden. Hierbei gab es Unterschiede, je nachdem, ob die Befragten Cannabis unregelmäßig, regelmäßig oder in intensivem Ausmaß konsumierten. Unter Personen mit regelmäßigem (OR = 4,00 [2,39, 6,72]) oder intensivem Cannabiskonsum (OR = 31,17 [12,10, 80,32]) war die Wahrscheinlichkeit, Cannabis zur Selbstmedikation zu verwenden, höher als bei Personen mit seltenem Konsum. Sowohl Personen mit regelmäßigem (OR = 4,09 [2,47, 6,77]) als auch mit intensivem Cannabiskonsum (OR = 13,53 [6,74, 27,16]) kauften häufiger die Droge. Stark Konsumierende waren auch eher Tabakkonsumierende in den letzten 30 Tagen (OR = 5,92 [2,81, 12,45]).

5.4 Problematischer Cannabiskonsum in Deutschland

Im ESA wird der problematische Substanzkonsum mit Hilfe des Screening-Instruments „Severity of Dependence Scale (SDS)“ der Weltgesundheitsorga-

nisation (WHO) erhoben. Die aktuellsten Daten (Selbsteinschätzungen der befragten Personen) stammen aus dem Jahr 2021 (Tab. 3). Männer sind mit 3,4 % nahezu doppelt so häufig von einem problematischen Cannabiskonsum betroffen wie Frauen (1,6 %). Problematischer Cannabiskonsum tritt am häufigsten in der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen auf (8,5 %). In dieser Altersgruppe schätzen 38,8 % der männlichen und 30,2 % der weiblichen Konsumierenden den eigenen Konsum als „problematisch“ ein. Über verschiedene Altersgruppen hinweg (von 18 bis 39 Jahren) weist etwa ein Drittel der Konsumierenden einen problematischen Cannabiskonsum auf. Deutlich höher ist der entsprechende Anteil in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen. Hier erfüllt die Hälfte der Konsumierenden die Kriterien für problematischen Cannabiskonsum, männliche Konsumenten deutlich häufiger (66,5 %) als weibliche Konsumentinnen (17,8 %).

Beachtenswert ist ein Anstieg in der Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums (nach SDS) zwischen den letzten beiden ESA-Erhebungen von 2015 und 2021. Tabelle 3 zeigt, dass sich der Anteil an Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum von 1,2 % (2015) auf 2,5 % (2021) der Befragten mehr als verdoppelt hat. Bei Frauen hat sich der Anteil auf das 1,5-fache des Ausgangswerts erhöht (Anstieg von 0,9 % auf 1,6 %), bei Männern auf das 2,3-fache des Ausgangswerts (Anstieg von 1,5 % auf 3,4 %).

In der Drogenaffinitätsstudie 2023 (DAS) wurde der problematische Cannabiskonsum von jungen Menschen mittels des „Cannabis Abuse Screening Tests

Tab. 3: Problematischer Cannabiskonsum nach SDS¹⁾ in den letzten 12 Monaten (Gesamtbevölkerung und Konsumierende) (in Prozent)

	Gesamt	Altersgruppen						
		18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
Gesamt (<i>n</i>)	8.953	1.010	1.083	1.138	1.637	1.570	1.580	935
Gesamtbevölkerung	2,5	5,8	8,5	5,0	3,3	1,1	0,2	0,8
Konsumierende ²⁾	29,8	30,8	35,0	32,2	32,0	20,8	9,4	50,3
Männer (<i>n</i>)	3.880	432	503	505	694	643	674	429
Gesamtbevölkerung	3,4	5,4	10,4	6,2	4,7	1,9	0,4	1,4
Konsumierende ²⁾	32,9	28,3	38,8	36,0	36,3	25,1	10,2	66,5
Frauen (<i>n</i>)	5.060	576	578	627	941	926	906	506
Gesamtbevölkerung	1,6	6,3	6,5	3,9	1,8	0,4	0,1	0,2
Konsumierende ²⁾	25,2	33,4	30,2	28,4	24,8	11,0	6,7	17,8

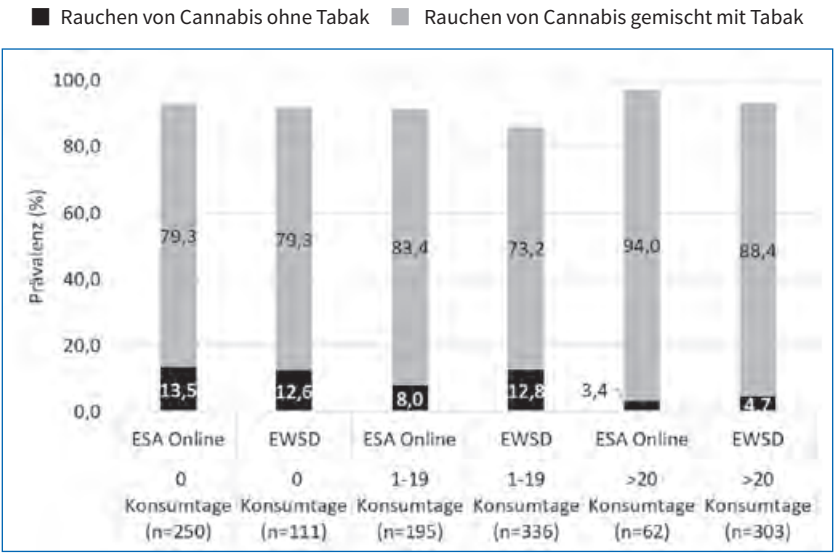
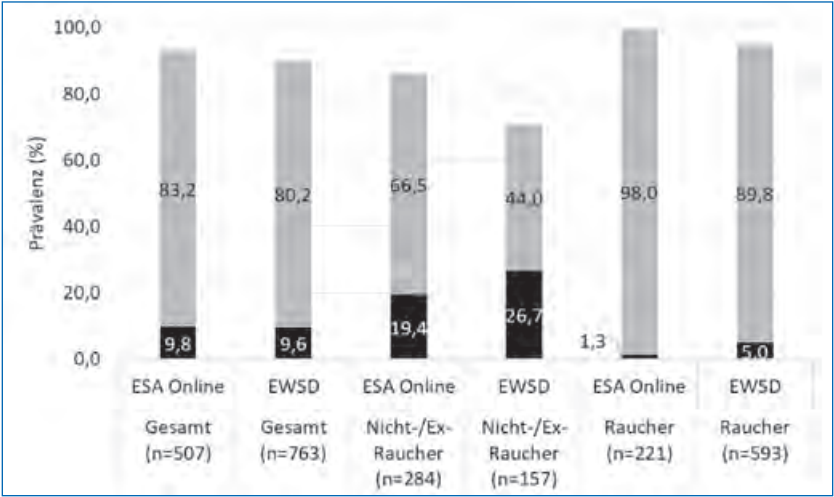
n für Gesamtstichprobe

¹⁾ SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert ≥ 2 .

²⁾ Konsumierende: Gesamt *n* = 972; Männer *n* = 506; Frauen *n* = 462.

Quelle: Rauschert et al., 2023

Abb. 6: Cannabiskonsum mit/ohne Tabak in den letzten 12 Monaten (Prozent)



Hinweis: Konsumtage beziehen sich auf die letzten 30 Tage vor der Erhebung. Daten sind von 2021. EWSD-Daten umfassen die gesamte Stichprobe von Cannabiskonsumierenden 18+ sowie diverse Geschlechtsangaben.

Quelle: Spezielle Berechnungen IFT München

(CAST)“ erfasst. Bei 0,4 % der jugendlichen und 3,2 % der jungen erwachsenen Befragten zeigten sich Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum. Von den konsumierenden Jugendlichen waren 5,7 % und von den konsumierenden jungen Erwachsenen waren 13,6 % betroffen (BZgA, 2024b).

5.5 Cannabiskonsum mit Tabak

Die Mehrheit des Cannabiskonsums erfolgt meist zusammen mit Tabak (s. Abb. 6). Dies wurde sowohl in der 2021 Erhebungswelle der Europäischen Online-Drogenstudie (EWSD; Matias et al., 2019) als auch im Online-Modul des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2021 (Rauschert et al., 2022) bestätigt. Die ESA-Online-Daten umfassen ausschließlich Cannabiskonsumierende, die den Survey online ausgefüllt haben. Eine methodologische Untersuchung ergab jedoch, dass diese Personen sich qualitativ nicht von jenen unterscheiden, die den ESA per Papierfragebogen oder telefonisch beantwortet haben, abgesehen davon, dass sie im Durchschnitt etwas jünger sind (Olderbak et al., 2025).

Wie in Abb. 6 dargestellt, zeigt sich, dass die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden Cannabis durch Rauchen konsumiert. Von denjenigen, die Cannabis rauchen, konsumieren über 80 % Cannabis in Kombination mit Tabak (siehe den grauen Anteil in den Balkendiagrammen). Die Raten sind besonders hoch unter Cannabiskonsumierenden, die gleichzeitig aktuelle Tabakrauchende sind (89,8 % und 98,0 %) sowie unter Personen, die an 20 oder mehr Tagen in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben (88,4 % und 94,0 %). Weniger als 10 % der Cannabiskonsumierenden rauchen Cannabis ohne Tabak. Die Raten für das Rauchen von Cannabis ohne Tabak sind jedoch höher unter Nicht- oder Ex-Rauchenden (19,4 % und 26,7 %) sowie unter Personen, die in den letzten 30 Tagen kein Cannabis konsumiert haben (12,6 % und 13,5 %).

6 Behandlung cannabisbezogener Störungen

6.1 Behandlungen in der Krankenhaus-Statistik

Als Annäherung an die Zahl drogenbezogener nicht-tödlicher Notfälle in Deutschland stehen bundesweite Daten zu in Krankenhäusern vollstationär behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik zur Verfügung (Tab. 4, Tab. 5).

Tab. 4: Akute Intoxikations- und Vergiftungsfälle mit Cannabis (2023)

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren				
		< 15	15–24	25–44	45–65	65+
Akute Intoxikation (akuter Rausch) (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	18.846	508	5.709	8.432	3.386	811
durch Cannabinoide (F12.0)	1.946	201	1.003	575	126	41
Vergiftung durch Betäubungs- mittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	922	59	157	222	177	307
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	91	18	35	31	4	3

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2024

Tab. 5: Trends bei den Notfällen durch Cannabinoide (2013–2023)

Jahr	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cannabinoide (T40.7)	272	308	335	284	234	186	170	116	107	86	91
Cannabinoide (F12.0)	1.340	2.089	2.895	2.623	2.312	2.287	2.176	1.748	1.732	1.634	1.946

Quelle: Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2024

Die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) sind bis 2015 steil angestiegen und seitdem mit Schwankungen rückläufig.

6.2 Behandlungen in der Deutschen Suchthilfestatistik

Die Deutsche Suchthilfestatistik erhebt routinemäßig soziodemographische und klinische Daten sowie versorgungsbezogene Informationen zu Personen, die mit Substanzkonsumproblemen oder Suchtverhalten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und stationären Rehabilitationseinrichtungen vorstellig werden. Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig. Substanzkonsumstörungen umfassen hierbei sowohl den missbräuchlichen Konsum als auch die Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 (Dilling et al., 2015). Bei Cannabis sind es die Diagnosen F12.1 und F12.2, die ausdrücklich nicht zwischen Störungen in Folge des Konsums von pflanzlichem Cannabis und Störungen in Folge des Konsums synthetischer Cannabinoide unterscheiden. Die Auswertungen erfolgen routinemäßig für Personen, die im Berichtsjahr eine ambulante Betreuung begonnen oder beendet haben (sog. Zugänge/Beender-Stichprobe) bzw. eine

Abb. 7: Relevanz cannabinoidbezogener Störungen in der ambulanten Suchthilfe

Bezugsbasis Gesamtanzahl Fälle mit Hauptdiagnose und Fälle mit Hauptdiagnose cannabinoidbezogene Störungen

Quelle: Stampf et al., 2024

stationäre Behandlung beendet haben (sog. Beender-Stichprobe). Hierbei werden Fälle, die lediglich aus einem initialen Kontakt bestehen, nicht berücksichtigt. Zudem werden für die einzelnen Variablen nur Informationen aus denjenigen Einrichtungen einbezogen, die für diese Variable weniger als 33 % an fehlenden Werten dokumentiert haben (33 %-Lauf). Die nachfolgenden Auswertungen repräsentieren somit nur einen Ausschnitt des cannabisbezogenen Versorgungsgeschehens in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Cannabinoidbezogene Störungen waren 2023 nach alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (ambulant: 18,1 %, stationär: 9,8 %). Dabei hat sich innerhalb von 20 Jahren seit der Jahrtausendwende der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich verdreifacht (Abb. 7; Stampf et al., 2024), im stationären Bereich kam es zu einer Versiebenfachung.

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden die im Durchschnitt jüngste Klientelgruppe in der deutschen Suchthilfe (ambulant: 26,7 Jahre; stationär: 31,6 Jahre), wobei zwei Drittel (ambulant: 67,0 %) bzw. die Hälfte (stationär: 47,7 %) der Hilfesuchenden jünger als 30 Jahre sind. Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden ist seit 2017 kontinuierlich gestiegen.

Zudem sind unter den Betreuten rund viermal so viele Männer wie Frauen (Männeranteil ambulant: 79,7%; stationär: 79,5%). Allerdings hat sich der Frauenanteil seit 2017 Schritt für Schritt erhöht.

Etwa ein Drittel der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt in einer festen Partnerschaft (ambulant: 34,1%; stationär: 32,5%). Etwa eine von vier ambulant betreuten Personen bzw. fünf von neun stationär behandelten Personen sind arbeitslos gemeldet (ambulant: 25,8%; stationär: 52,9%). Dieser Anteil war in den letzten Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich rückläufig. Zudem findet sich in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen ein hoher Anteil an Nichterwerbspersonen, hier insbesondere Schülerinnen und Schüler bzw. Studierende (ambulant: 18,5%; stationär: 2,9%).

Ambulante Betreuungen dauern im Mittel 6,0 Monate und dabei unter den einzelnen Klientelgruppen der deutschen Suchthilfe mit am kürzesten, stationäre Behandlungen dauern mit im Mittel 3,5 Monaten am zweitlängsten. Während sich die durchschnittliche Betreuungsdauer im ambulanten Bereich seit 2018 beständig (geringfügig) erhöht hat, zeigt sich im stationären Sektor kein eindeutiges Muster. Am Ende der Betreuung bzw. Behandlung hat sich das initiale Suchtverhalten bei der Mehrheit der Hilfesuchenden verbessert (ambulant: 60,8%; stationär: 76,9%), bei einem weit überwiegenden Anteil liegt ein positives Ergebnis vor (Verbesserung oder Stabilisierung; ambulant: 98%, stationär: 98%), ein seit 2017 konstant hoher Wert. Weitere Informationen sind dem Jahresbericht der DSHS zu entnehmen (Schwarzkopf et al., 2024).

6.3 Evidenzbasierte Interventionen für Cannabiskonsumstörungen

Kognitive Verhaltenstherapie, Motivationssteigerungstherapie und Kontingenzmanagement können den Cannabiskonsum und die damit verbundenen Probleme erheblich reduzieren, aber eine dauerhafte Abstinenz ist kein übliches Ergebnis (Connor et al., 2021; Gates et al., 2015; Hoch et al., 2015). Es gibt keine zugelassenen Pharmakotherapien für die Behandlung der Cannabisabhängigkeit, obwohl eine Reihe von Medikamentenklassen (wie Cannabinoid-Agonisten) vielversprechend sind und eine gründlichere Bewertung erfordern (Connor et al., 2021). Die Behandlung von Cannabiskonsum und Cannabis-konsumstörungen wird häufig durch komorbide psychische Erkrankungen und andere Störungen des Substanzkonsums erschwert (Hoch, Preuss, 2024).

Einen Überblick über evidenzbasierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten wird die neue S3-Leitlinie für cannabisbe-

zogene Störungen liefern. Die Leitlinie wurde von einem interdisziplinären Team von Expertinnen und Experten, Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. erstellt und momentan zur Publikation vorbereitet. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Jahr 2021 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Evidenzrecherche durchgeführt.

7 Prävention

Ziel der Cannabisprävention ist, den Konsum zu verhindern, hinauszuzögern oder zu reduzieren. Da verhaltensbezogene universelle Präventionsaktivitäten den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland darstellen (Schwerfel, 2023), stehen sie im Fokus dieses Kapitels. Dabei handelt es sich um klassische Präventionsprogramme, die in der Allgemeinbevölkerung das Gesundheitsverhalten auf individueller Ebene innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen verändern sollen. Viele solcher Programme wurden für das Setting Schule entwickelt, da es eine wichtige Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen darstellt und zudem ihre flächendeckende Erreichung erlaubt (Hanisch & Thomas, 2020). Entsprechend steht zu universellen schulischen Programmen, verglichen mit anderen Settings und Ansätzen, die fundierteste Evidenzbasis zur Verfügung (Bühler et al., 2020; Laufer et al., 2017). Besonders hervorzuheben sind Lebenskompetenzprogramme, die den Großteil der modernen evaluierten Programme darstellen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler et al., 2020). Demgegenüber stehen beispielsweise „Abschreckungskampagnen“, alleinstehende Informationsvermittlung oder unstrukturierte Freizeitaktivitäten; solche Ansätze haben sich als generell ineffektiv, in einzelnen Fällen gar schädlich gezeigt (Bühler, Groeger-Roth, 2013). Lebenskompetenzprogramme haben zum Ziel, Fähigkeiten zu stärken, die zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen befähigen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler, 2016). Sie sind damit auf Resilienzstärkung ausgerichtet, indem Schutzfaktoren auf- und Risikofaktoren abgemildert werden sollen. Didaktisch sind sie strukturiert und interaktiv gestaltet. Im Kontext der Cannabisprävention enthalten Lebenskompetenzprogramme sowohl allgemeine als auch substanz- oder cannabis-spezifische Anteile.

In der Cannabisprävention sind zudem Alterseffekte zu beachten. Universelle Prävention erwies sich insbesondere bis zur 7. Klasse als wirksam in Bezug auf Cannabiskonsum, wenn mit bestimmten Methoden gearbeitet wird. Insbesondere die Förderung von Selbstkontrollstrategien ist dabei ein vielver-

sprechendes Element, ab der 6. und 7. Jahrgangsstufe auch die Förderung sozialer Fertigkeiten und der Problemlösekompetenz. Für den Altersbereich ab der 10. Jahrgangsstufe scheinen häufiger Programme der selektiven Prävention wirksam. Als bedeutsame Elemente haben sich auch hier die Förderung der Selbstkontrollfähigkeit, aber auch der Gefühlsregulation und der Nutzung alternativer Angebote herausgestellt sowie Angebote, die motivationsfördernde, kurze Einzelinterventionen umsetzen.

Zur Cannabisprävention liegen zudem substanzspezifische Programme vor. Zwei aktuelle Evaluationen weisen für die Programme *Cannabis – Quo vadis?* und den *Grünen Koffer* Effekte insbesondere auf Prädiktoren des Konsums nach.

Es ist zu erwähnen, dass verhaltensbezogene Präventionsprogramme in der Regel nur statistisch kleine direkte Effekte erzielen. Idealerweise findet deshalb eine Einbettung in umfassende Präventionsbemühungen statt, die die Person zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten in unterschiedlichen Lebenswelten erreichen, und in der sich Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention ergänzen. Im Bereich der kommunalen Prävention zeigte sich, dass Mehrkomponentenprogramme die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums verringern können.

Im Bereich der strukturellen Prävention stellt das CanG an sich eine Neuerung dar, auch für Minderjährige, für die der Erwerb und Besitz von Cannabis verboten bleibt. Eine Veränderung bei den Erwerbsstrukturen ist auch für den Altersbereich der Minderjährigen anzunehmen. Darüber hinaus sieht das CanG in der aktuellen Version unterschiedliche Maßnahmen der strukturellen Prävention vor, die vorrangig auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen abzielen. Dazu gehört beispielsweise für Personen zwischen 18 und 21 Jahren eine Begrenzung der Menge und des maximalen THC-Gehalts für aus Anbauvereinigungen erhaltenem Cannabis, ein Werbe- und Sponsoringverbot für Cannabis und Anbauvereinigungen sowie Konsumverbote in unmittelbarer Nähe Minderjähriger (BMG, 2024a, 2024b). Die Wirksamkeit und Zulänglichkeit dieser Maßnahmen werden zu evaluieren sein. Einen Überblick über Informationen zur Cannabisprävention in Deutschland liefert die Webseite <https://cannabispraevention.de> (BZgA, 2024a).

Literatur

Anthony, J. C.; Warner, L. A.; Kessler, R. C. (1994): Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic

- findings from the national comorbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244–268. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.2.3.244>.
- Botvin, G.; Griffin, K. (2007): School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607–615. DOI: 10.1080/09540260701797753.
- Bühler, A.; Groeger-Roth, F. (2013): Brauchen wir eine „Rote Liste Prävention“? Was empfiehlt sich nicht in der Prävention? In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages. Hannover. www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2361, Zugriff: 13.01.2025.
- Bühler, A.; Thrul, J.; Gomes de Matos, E. (2020): Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der Expertise zur Suchtprävention 2013. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd 52. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Polizeiliche Kriminalstatistik. Tabelle 1: Fallentwicklung und Aufklärung der Straftaten/-gruppen. Wiesbaden. <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundFalltabellen/bundfalltabellen.html?nn=226082>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024a): Cannabisgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/cannabisgesetz.html>, Zugriff: 25.02.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024b): Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz. So sollen Jugendliche vor Cannabis-Konsum geschützt werden. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz-entwurf.html>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Gesetz „Cannabis als Medizin“ in Kraft getreten. 10. März 2017. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/maerz/cannabis-als-medizin-inkraft-treten/>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024a): <https://www.cannabispraevention.de/>, Zugriff: 13.01.2025.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Ergebnisse zum Cannabiskonsum. Info-Blatt. Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_Drogenaffinitätsstudie_2023_Cannabis.pdf, Zugriff: 13.01.2025.
- Connor, J. P. et al. (2021): Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Defini-

- tionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2022). Hamm. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2022-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 13.01.2025.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Hogrefe.
- European Drugs Agency (EUDA) (2024): New psychoactive substances – the current situation in Europe (European Drug Report 2024). Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/new-psychoactive-substances_en, Zugriff: 10.02.2025.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study. Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#figure-2-source-data, Zugriff: 13.01.2025.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020): Low-THC cannabis products in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fischer, B. et al. (2022): Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103381. DOI: 10.1016/j.drugpo.2021.103381.
- Gates, P. J. et al. (2016): Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD005336. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>.
- Hanisch, C., Thomas, H. (2021): Die Rolle der Schule in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung. In: Fegert, J. et al.: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_44-1.
- Hasin, D. S. et al. (2015): Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1235–1242. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1858.
- Hoch, E. et al. (2024): Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Advance online publication]. DOI: 10.1007/s00406-024-01880-2.
- Hoch, E. et al. (2015): Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>.
- Hoch, E.; Friemel, C.; Schneider, M. (2019): *Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse*. Heidelberg: Springer.

- Hoch, E.; Preuss, U. W. (2024): Cannabiskonsum und Cannabiskonsumstörungen. *Nervenarzt*, 95, 781–794.
- Karachaliou, K. et al. (2024): Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland. Workbook Drogen. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Lauffer, P. et al. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_Cannabispraevention_an_Schulen.pdf, Zugriff: 16.01.2025.
- Matias, J. et al. (2019): The use of multi-national web surveys for comparative analysis: Lessons from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 73, 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.014>.
- Olderbak, S. et al. (2025): Estimates of driving under the influence of cannabis in Germany in 2021 before the partial legalization. *SUCHT*, 71(1), 1–8. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000910>.
- Olderbak, S. et al. (2024a): Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. *Addiction*, 119(2), 311–321. <https://doi.org/10.1111/add.16356>.
- Olderbak, S. et al. (2024b): Predictors of changes in marijuana consumption in Germany during the covid-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Advance online publication]. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01861-5>.
- Rauschert, C. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: (problematischer) Konsum illegaler Drogen und multiple Drogen-erfahrung nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte-1/>, Zugriff: 10.02.2025.
- Rauschert, C. et al. (2022): The Use of Psychoactive Substances in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Schwarzkopf, L.; Murawski, M.; Riemerschmid, C. (2024): Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 16.01.2025.
- Schwerfel, J. (2023): Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Deutschland. Workbook Prävention. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.

Stampf, A. et al. (2024): Cannabis-related treatment demand at the eve of German cannabis legalization – a 20-years trend analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01832-w>.
Statistisches Bundesamt (2024): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. www.gbe-bund.de.

2.6 Internetnutzungsstörungen – Bestandsaufnahme, Trends und Perspektiven

Kai W. Müller, Klaus Wölfling

Zusammenfassung

Mit der Aufnahme der Störung durch Computerspiele bzw. Computerspielsucht (Gaming Disorder) durch die WHO (2019) in das ICD-11 wurde der offizielle Grundstein gelegt, um ein Störungsbild anzuerkennen, welches von zahlreichen Expertinnen und Experten schon Jahre zuvor als dringend behandlungswürdig eingestuft wurde.

Die klinische Fall-Dokumentation zu diesem neuen Störungsbild reicht bereits weit zurück, erschöpft sich aber nicht in der exzessiven und unkontrollierten Nutzung von Online-Computerspielen. Der Begriff reicht weiter, erstreckt sich auf andere Formen zeitlich ausufernder Ausführung von internetbasierten Aktivitäten, daher auch der Begriff der Internetsucht oder, als aktueller Konsens, der sogenannten Internetnutzungsstörungen. Was zunächst anmutet wie ein technischer Defekt mit dem heimischen Netzwerk soll eigentlich etwas gänzlich anderes beschreiben: Ein psychosoziales Problem, welches mit weitreichenden psychopathologischen Beschwerden einhergeht und nicht zuletzt für das betroffene Individuum erheblichen Leidensdruck verursacht.

In dem vorliegenden Beitrag werden die Autoren auf gängige Formen dieser Internetsucht eingehen, mögliche Abgrenzungen zu regulären Freizeitverhaltensweisen (klinische Diagnostik) eingehen, Behandlungsformen vorstellen und nötige zukünftige Maßnahmen benennen.

Abstract

With the inclusion of gaming disorder in the ICD-11 by the WHO (2019), the official foundation was laid for the recognition of a disorder which numerous experts had already classified as urgently in need of treatment years earlier.

The clinical case documentation for this new disorder goes back a long way, but is not limited to the excessive and uncontrolled use of online computer games. The term is broader and includes other forms of excessive and time-consuming internet-based activities, hence the term internet addiction or, as the current consensus, so-called internet use disorders. What initially appears to be a technical defect with the home network is actually supposed to describe something completely different: a psychosocial problem which is associated with far-reaching psychopathological symptoms and, not least, causes considerable psychological stress for the affected individual.

In this article, the authors will discuss common forms of this internet addiction, possible distinctions from regular leisure behavior (clinical diagnostics), present forms of treatment and outline necessary future measures.

Internetsucht – Internetsüchte?

Was versteht man unter diesen Internetnutzungsstörungen? Der Begriff wird als Sammelbezeichnung aufgefasst, der im Grunde dadurch definiert ist, dass Betroffene einen Verlust der bewussten Kontrolle über die Ausübung verschiedener Formen von Onlineaktivitäten erleben. Der Begriff der „Onlineaktivität“ ist in unserer mittlerweile hochgradig digitalisierten Lebenswelt nun wiederum sehr weit gefasst. Aus der klinischen Praxis hat man aber inzwischen gelernt, dass es folgende Onlineaktivitäten sind, welche ein gesteigertes Risiko für diesen Kontrollverlust mitbringen. Hierzu zählen:

- Online-Computerspiele,
- Soziale Netzwerke,
- Online-Pornographie,
- Einkaufsportale,
- Video- und Streamingplattformen,
- Online-Glücksspiele (klassifiziert als Störung durch Glücksspielen, vorwiegend online).

In der klinischen Praxis ist es äußerst selten, dass Patientinnen oder Patienten eine exzessive Nutzung aller möglicher Onlineaktivitäten aufweisen. In der Regel stellen sich Betroffene mit einer bestimmten dominierenden Nutzungsform vor, welche psychosoziale Probleme und psychopathologischen Leidensdruck verursacht. Anders ausgedrückt: Patientinnen und Patienten mit Internetsucht können durchaus ganz funktional vom Internet per se Gebrauch machen, es sind viel eher bestimmte Onlineaktivitäten, die für sie ein wiederkehrendes Problem darstellen.

Allen Formen der Internetsucht ist gemein, dass sie in einem bestimmten diagnostischen Rahmen eingeordnet werden können. Der Diagnostik und, in

weiterem Sinne, Klassifikation kommt in diesem Fall ganz besondere Bedeutung zu, da es sich bei dieser Form der Internetnutzung in aller Regel um ein Freizeitverhalten handelt. Es geht also um Verhaltensweisen, die gängig, verbreitet und in vielen Fällen allgemein akzeptiert sind, anders als beim Kon-

Tab. 1: Die DSM-5-Kriterien zur Diagnostik einer Computerspielstörung in ihrer Anpassung auf alle Formen von Internetstörung im Strukturierten Klinischen Interview für Internetnutzungsstörungen (AICA-SKI:IBS; Müller, Wölfling, 2017)

Kriterium	Leitfrage	Beispielfrage
Eingenommenheit (und Craving)	Dominiert das Nutzungsverhalten das Leben Betroffener vor anderen – möglicherweise essentielleren – Lebensbereichen?	Würden Sie sagen, dass die Internetnutzung einen Hauptinhalt Ihres Lebens darstellt?
Toleranzentwicklung	Hat sich der Konsum in den letzten zwölf Monaten hinsichtlich Umfang und Häufigkeit merklich gesteigert?	Bitte denken Sie einmal an Ihre Lebenssituation von vor einem Jahr. Vielleicht hilft es Ihnen, wenn Sie ein bestimmtes Ereignis aus dieser Zeit als Gedächtnisstütze heranziehen. Ist im Vergleich zu damals Ihre Nutzungsinintensität gleich geblieben, hat diese ab- oder zugenommen?
Entzugserscheinungen und Aversive Zustände	Reagieren Betroffene für ihre Verhältnisse untypisch, wenn der Konsum nicht möglich ist?	Können Sie sich daran erinnern, wann Sie das letzte Mal keinen Zugriff auf das Internet hatten? Können Sie näher beschreiben, in wie fern Sie sich in dieser Situation anders fühlten oder verhielten?
Kontrollverlust	Gelingt es Betroffenen nicht, trotz eigener Bemühungen oder Absichtsbildung, Umfang oder Häufigkeit des Konsums dauerhaft zu reduzieren?	Kennen Sie das Gefühl, das Gespür für das Verstreichen der Zeit zu verlieren, wenn Sie online sind? Falls ja, wie oft kommt das etwa bei Ihnen vor?
Interessenverlust	Gibt der oder die Betroffene für ihn oder sie wichtige Lebensinhalte zu Gunsten der Internetnutzung auf?	Haben Sie festgestellt, dass Ihnen andere Aktivitäten (außer der Internetnutzung) zunehmend weniger Spaß machen als früher?
Fortführung des Konsums trotz negativer Folgen	Führt die Internetnutzung zu negativen Folgeerscheinungen im Leben Betroffener, ohne dass diese einen Einfluss auf die weitere Verhaltensausführung haben?	Hatten Sie schon das Gefühl, dass Ihnen die Internetnutzung in irgendeiner Form schadet? Falls ja, Können Sie mir hierfür ein Beispiel geben?
Emotionsregulation	Besteht das Konsummotiv eher darin negative Gefühle zu verdrängen anstatt positive Gefühle zu erleben?	Gibt es Momente oder Situationen in denen Sie besonders häufig das Internet nutzen? Falls ja, können Sie mir diese Umstände näher beschreiben? Können Sie sagen, was Sie unmittelbar vor der Internetnutzung für Erwartungen an die Nutzung haben?
Verheimlichung des Konsums vor wichtigen Bezugspersonen	Verschleiert der oder die Betroffene das Ausmaß des Konsums vor relevanten anderen Bezugspersonen bzw. vollführt er zu diesem Zweck aufwändige Täuschungsmanöver?	Wie gehen Sie anderen Menschen, v. a. Nahestehenden gegenüber mit Ihrem Nutzungsverhalten um? Wissen andere Menschen Bescheid, wie häufig und wie lange Sie die Internetinhalte nutzen?
Gefährdung wichtiger Beziehungen oder Perspektiven	Setzt der oder die Betroffene durch den Konsum wiederholt wichtige soziale Beziehungen oder berufliche Angelegenheiten aufs Spiel?	Würden Sie sagen, dass Sie durch die Internetnutzung sozial isolierter sind als früher? Geraten Sie mit für Sie wichtigen Menschen öfter mal in Auseinandersetzungen wegen Ihres Internetverhaltens? Falls ja, können Sie dies näher beschreiben?

sum illegaler Substanzen, sehr wohl ähnlich aber wie etwa beim Konsum von Alkohol. Von daher kommt der Trennlinie zwischen unbedenklicher Nutzung und kritischem oder gar suchtartigem Nutzungsmuster besondere Bedeutung zu.

In einem ersten Schritt definierte die APA (American Psychiatric Association) mit der Veröffentlichung des DSM-5 im Jahre 2013 vorläufige Kriterien für eine verbreitete Variante aus dem Spektrum der Internetnutzungsstörungen, die Computerspielsucht (gemäß DSM-5: Internet Gaming Disorder). Tabelle 1 führt die DSM-5-Kriterien auf und untermauert diese mit deren Operationalisierung in dem adaptiv-strukturierten klinischen Interview AICA-SKI:IBS (Müller, Wölfling, 2017; Wölfling et al., 2022), welches gemäß der S1-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von Internetnutzungsstörungen“ (vgl. Rumpf et al., 2025) als empfohlenes diagnostisches Instrument für die klinische Diagnostik ausgeführt wird.

In einem für das deutsche Versorgungssystem bedeutsameren Schritt kommunizierte die WHO im Jahre 2019 die Aufnahme der Kategorie „Verhaltenssüchte“ in das inzwischen veröffentlichte ICD-11 (WHO, 2019). In der ICD-11, deren finale deutsche Übersetzung aktuell noch nicht abgeschlossen ist, sind, neben den bekannten Substanzabhängigkeiten (ICD-11: Substanzgebrauchsstörungen) nominell zwei Vertreter von Verhaltenssüchten aufgenommen worden. Hierbei handelt es sich um die Störung durch Glücksspielen (Glücksspielsucht) und die Störung durch Computerspielen (Computerspielsucht). Die weiter oben aufgeführten anderen Formen internetsüchtigen Verhaltens, wie etwa die suchtartige Nutzung von Sozialen Netzwerkseiten (Soziale Netzwerke Nutzungsstörung), von Online-Pornographie (Onlinesexsucht bzw. Online-Pornographie-Nutzungsstörung) oder auch die sog. Shopping-Buying-Störung sind zwar nominell nicht benannt, können aber über die Residual-Kategorie „andere spezifizierbare Störungen durch Verhaltenssüchte“ verschlüsselt werden. Im Gegensatz zum DSM-5 beschränkt sich der von der WHO in der ICD-11 vorgegebene diagnostische Rahmen auf lediglich drei Kernkriterien. Diese lauten wie folgt:

- 1) Verminderte oder gänzlich fehlende Kontrolle über Häufigkeit und zeitliches Ausmaß des Konsums.
- 2) Priorisierung und subjektiv empfundene Bedeutungsüberhöhung des Konsums vor anderen Lebensbereichen (einschließlich alltäglicher Tätigkeiten und freudvoller Aktivitäten).
- 3) Fortführung oder weitere Eskalation des Konsums trotz damit einhergehender negativer Konsequenzen.

Als ergänzende Bestimmungsgröße ist definiert, dass das Konsumverhalten zu einer signifikanten und anhaltenden Beeinträchtigung des psychosozialen

Funktionsniveaus führt und hierüber Leidensdruck verursacht. Obgleich die Kriterien der WHO deutlich komprimierter sind als jene, welche im DSM-5 definiert sind, bestehen deutliche Schnittmengen, sodass das Störungsbild im Kern klar definiert ist.

Was die Epidemiologie von Internetnutzungsstörungen anbetrifft, liegen für Deutschland zwar einige Studien, welche Prävalenzschätzungen erlauben, vor, jedoch beziehen sich die Aussagen zumeist entweder auf Internetnutzungsstörungen insgesamt (also ohne eine Differenzierung nach einzelnen Subtypen) oder spezifisch auf die Störung durch Computerspielen. Darüber hinaus ist unser Kenntnisstand zur Prävalenz für jüngere Bevölkerungsschichten deutlich aktueller als für die Gesamtbevölkerung. Dies ist insofern nicht ganz günstig, da sich in der klinischen Praxis oft erweist, dass sich gerade Betroffene im Erwachsenenalter intrinsisch motiviert an das Hilfesystem wenden, Internetnutzungsstörungen also keineswegs auf das Jugendalter begrenzt sind (vgl. z. B. die Übersicht in Müller, Wölfling, 2017). Für das Jahr 2019 berichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2019; Orth, Merkel, 2020) für die 12- bis 17-Jährigen für das Jahr eine vergleichsweise hohe Prävalenzzahl von 6,7 %. Für die Altersgruppe zwischen 18 und 24 wurde eine Prävalenz von 3,2 % ermittelt. Sehr relevant erscheint der Befund, dass gerade der Anteil weiblicher Betroffener, welche die Kriterien einer Internetnutzungsstörung erfüllen, von 2,1 % (im Jahre 2011) auf 5,1 % im Jahre 2019 angestiegen ist. Dies deckt sich mit aktuellen Befunden, welche ausweisen, dass gerade unter Mädchen und Frauen, die sich wegen anderer psychischer Erkrankungen in Behandlung befinden, eine hohe Dunkelziffer von 17 % hinsichtlich einer komorbid bestehenden Internetnutzungsstörung vorliegt (z. B. Scherer et al., 2021). Das bedeutet, dass bei 17 % weiblicher Patienten, die sich wegen einer anderen psychischen Erkrankung in einer Behandlung befinden, zusätzlich eine Internetnutzungsstörung vorliegt, welche jedoch diagnostisch nicht erkannt oder berücksichtigt wurde und welche von den Patientinnen selbst auch nicht aktiv benannt wird.

Behandlungsansätze und niederschwellige Kurzzeitinterventionen

In der klinischen Praxis erweist sich, dass sich Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden des Suchtverhaltens an die Beratung oder Behandlung wenden. Für schwer belastete Betroffene und solche Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen stehen inzwischen erste standardisierte und manualisierte Therapieprogramme zur Verfügung, die

in verschiedenen Behandlungssettings angewandt werden können, wie etwa der stationären oder ambulanten Rehabilitation. Hierzu zählt etwa das in Deutschland verbreitete Konzept STICA (Short-term Treatment for Internet and Computer game Addiction; Wölfling et al., 2022). Das empirisch auf seine Wirksamkeit überprüfte (Wölfling et al., 2019) verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieprogramm orientiert sich an wirksamen Behandlungsbausteinen aus der Therapie von „klassischen“ Abhängigkeitserkrankungen und ergänzt diese um innovative Bausteine, wie etwa graduierten Expositionstechniken und Ansätzen zur Modifikation der aufrechterhaltenden Faktoren der Störung (dysfunktionale Persönlichkeitsmerkmale, soziale Unsicherheit, Frustrations- und Stressintoleranz). Für betroffene Jugendliche existiert das Programm „PROTECT“ von Lindenberg und Kollegen (2022), welches ebenfalls einen Wirksamkeitsnachweis aufweist.

Entsprechend besteht inzwischen eine Basis für wirksame Behandlungsansätze. Was nun aber fehlt, sind weiterführende Interventionen, welche spezifisch verschiedene Zielgruppen, Patienten- und Patientinnenbedürfnisse und klinische Besonderheiten der Indikation in der störungsspezifischen Behandlung ansteuern. In diesem Zusammenhang sollen im Folgenden zwei Möglichkeiten beispielhaft vorgestellt werden. Abschließend werden weiterführende Überlegungen zur Ergänzung bestehender Therapieverfahren aufgeführt.

Die Unbekannte: Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung

Unter Inanspruchnehmenden, die sich im spezifischen Hilfesystem wegen des Verdachts auf eine Internetnutzungsstörung vorstellen, überwiegt nach wie vor die suchtarartige Nutzung von Online-Computerspielen als Vorstellungsgrund. In den letzten Jahren ist zudem zunehmend der Trend zu verzeichnen, dass sich immer mehr, vorwiegend männliche, Patienten wegen des unregulierten Konsums onlinepornographischer Inhalte in Beratung und Behandlung begeben (vgl. z. B. Wölfling, 2025). Sowohl die Computerspielsucht als auch die Onlinepornographiesucht werden auch in bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studien als hoch-prävalente Varianten von Internetnutzungsstörungen identifiziert. Dasselbe gilt jedoch auch für die suchtarartige Nutzung von Sozialen Netzwerkseiten (Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung). Im Gegensatz zu den vorgenannten Varianten stellt Letztere unter Inanspruchnehmenden jedoch eine deutlich unterrepräsentierte Form der Internetnutzungsstörung dar. Das heißt, es besteht eine erhebliche Diskrepanz

zwischen den hohen Betroffenenzahlen in der deutschen Allgemeinbevölkerung und dokumentierten Zahlen von Erstvorstellungen aus dem Suchthilfesystem oder weiterführenden Behandlungssystem wegen dieser Störung (vgl. z. B. Scherer et al., 2021). Eine weitere Besonderheit betrifft die Geschlechterverteilung. Anders als bei der Computerspielsucht oder der suchtartigen Nutzung von Onlinepornographie sind bei der Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung mehr Mädchen und Frauen betroffen (vgl. Scherer et al., 2021). Dies lässt die Frage nach geschlechtsspezifischen Aspekten hinsichtlich Symptomausprägung, Problemwahrnehmung und spezifischen Behandlungsansätzen aufkommen, denn der Großteil der klinischen und empirischen Daten zum Thema Internetnutzungsstörungen fußt auf Daten männlicher Betroffener bzw. Stichproben.

Ebenso weist die aktuelle Datenlage aus, dass es sich bei der Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung nicht um ein sogenanntes Datenartefakt handelt; Betroffene, welche die Kriterien für diese Form der Internetnutzungsstörung erfüllen, weisen ähnlich hohe psychosoziale Belastungswerte und einhergehende psychopathologische Symptome auf, wie sie beispielsweise von der Computerspielsucht oder Glücksspielsucht bekannt sind (z. B. Paschke et al., 2021; Müller et al., 2016; Scherer et al., 2021). Woran also liegt es, dass sich Betroffene so selten aktiv Hilfe wegen dieser Problematik suchen, wo die Belastung doch nachweisbar erhöht ist? Um dieser Frage nachzugehen wurde bereits im Jahre 2016 eine Studie durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgeschrieben und mittels des Projekts IBSfemme seitens der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz realisiert (vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/IBSfemme_Abschlussbericht.pdf). Die Studienergebnisse belegen folgende Erkenntnisse:

- Es besteht eine erhebliche Dunkelziffer hinsichtlich der Behandlung und der Behandlungsaktivierung von Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörungen, gerade unter weiblichen Betroffenen.
- Diese Dunkelziffer besteht auch bei weiblichen Betroffenen, welche sich bereits im psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem befinden.
- Betroffene mit einer Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung nehmen sich in der Regel nicht als „suchtbetroffen“ wahr, sie erleben vordergründig eher psychopathologische Symptome wie Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und Erschöpfung, Überforderung vom Alltag, Stressbelastung, Distanzierung vom sozialen Umfeld und Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, aus denen individueller Leidensdruck erwächst.

- Auch das soziale Umfeld nimmt, anders als bei der Computerspielsucht oder der Online-Sexsucht, Betroffene deutlich seltener als suchtbetroffen wahr, es interveniert vergleichsweise seltener.
- Dementsprechend stellen sich Betroffene der Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörungen, wenn überhaupt, eher auf Grund des steigenden Leidensdrucks in anderen Settings der psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfe vor, vornehmlich wegen depressiver Symptome. In diesen Settings wird leider deutlich zu selten eine differentialdiagnostische Abklärung einer etwaigen Internetnutzungsstörung vorgenommen und eine Weiterbehandlung veranlasst.

Zum zuletzt aufgeführten Punkt ist zu sagen, dass Kolleginnen und Kollegen aus anderen, nicht suchtspezifischen Behandlungskontexten natürlich keinem Behandlungsfehler unterliegen. Die Studienergebnisse von IBSfemme legen lediglich, recht eindeutig, nahe, dass gerade betroffene Frauen den exzessiv-unkontrollierten Konsum Sozialer Netzwerkseiten gegenüber den behandelnden Kolleginnen und Kollegen lange nicht erwähnen. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig, so etwa Scham darüber, dass die Patientin oder der Patient die Nutzung nicht steuern kann, oder die Annahme, dass diese exzessive Nutzung im Behandlungskontext nichts zu suchen hat, da „ja alle dauernd online sind“. Von daher ist von Behandelndenseite oftmals kein Grund vorhanden, diesem differentialdiagnostischen Verdacht überhaupt nachzugehen. Die Ergebnisse von IBSfemme haben allerdings gezeigt, dass Betroffene, die sich wegen der zuvor unerkannten suchtarartigen Nutzung von Sozialen Netzwerkseiten vorstellen, aus Behandelndensicht weniger therapeutische Fortschritte machen als Personen, die sich wegen einer tatsächlich primären depressiven Erkrankung oder Angststörung oder Persönlichkeitsstörung in Behandlung begeben. Und genau dies beschreibt den „therapeutic turning point“, das heißt jenen Moment, in dem nach den Ursachen für diesen fehlenden Therapiefortschritt gesucht wird und zu welchem die exzessive Soziale-Netzwerkseiten-Nutzung zum Thema werden kann oder könnte. „Könnte“ deswegen, da sich viele Behandelnde nicht ausreichend informiert und entsprechend qualifiziert fühlen, um Internetnutzungsstörungen oder speziell die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung zu diagnostizieren oder die suffizient zu behandeln. An genau diesem Punkt setzt das Projekt IBSfemme*INTERV an, welches ebenfalls eine Förderung des Bundesgesundheitsministeriums erhielt und ein Gemeinschaftsprojekt der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz und des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V. darstellt. In diesem Projekt werden die Erkenntnisse des vorangegangenen Pilotprojekts in eine praktische Anwendbarkeit umgesetzt, um die zuvor erwähnte Dunkelziffer Betroffe-

ner besser zu erreichen. Wesentliche Bestandteile dieses Vorhabens betreffen folgende Punkte:

- 1) Um die oben erwähnte Dunkelziffer an unentdeckten Fällen von Patienten, vornehmlich aber Patientinnen mit Internetnutzungsstörungen (insbesondere der Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung) frühzeitig diagnostisch zu identifizieren, wurden zuvor als wesentlich erkannte Behandlungssysteme (psychotherapeutische Praxen, psychiatrische und psychosomatische Ambulanzen, psychosoziale Beratungsstellen, schulpsychologische Akteure) mittels standarisierter Aufklärungskampagnen über das Störungsbild, diagnostische Besonderheiten und Möglichkeiten spezifizierter störungsrelevanter Hilfen informiert.
- 2) Gleichsam wurde über Public Health Ansätze beabsichtigt, die allgemeine Sensibilität für diese spezielle Problematik zu schärfen. Hierzu wurden spezifische Risikokommunikationsstrategien entworfen, wie etwa exemplarisch der Slogan: *„Screenlein! Screenlein in meiner Hand, ich wär’ die schönste im virtuellen Land ... doch macht es mich krank“*. Diese Kommunikationsstrategien wurden über diverse Kanäle, wie etwa Social Media und regionale (klassische) Printerzeugnisse (z. B. Flyer, Aushänge, Postkarten) gestreut, um ein generelles Bewusstsein für die negativen Effekte der übermäßigen Nutzung Sozialer Netzwerke zu erwecken und Auswege bzw. Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen.
- 3) Um die spezifischen Besonderheiten Betroffener mit einer Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung aufzugreifen (z. B. keine ausgeprägte Attribution der Beschwerden und Symptome auf eine zu Grunde liegende Verhaltenssucht; kein vordringlicher Abstinenzwunsch), wurde das psychosoziale Empowerment-Programm „net_WORKOUT“ entwickelt. Dieses aus 10 Einheiten bestehende manualisierte Konzept sieht nicht explizit vor, eine bestehende Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung auszubehandeln, sondern eher, bei Betroffenen eine erste Verbesserung der Symptomatik zu erreichen und diese zu befähigen bzw. zu motivieren, eine weiterführende suchttherapeutische Beratung oder psychotherapeutische Behandlung zu initiieren. Das Programm ist niederschwellig ausgerichtet und kann in unterschiedlichen Settings angeboten werden, insbesondere auch als indikatives Angebot für Patientinnen und Patienten mit komorbider Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung, die sich wegen anderer psychischer Erkrankungen in Behandlung befinden. net_WORKOUT steht ab Frühjahr 2025 unter anderem auf der Homepage des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V. inklusive umfassender Informations- und Schulungsmaterialien zu frei verfügbarem Abruf.

Bewährte Behandlungsansätze und aktuelle Trends mit neuen Verfahren der evidenzbasierten Psychotherapie bei internetbezogenen Störungen

Die s1-Leitlinien „Diagnostik und Therapie von Internetnutzungsstörungen“

Unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und unter Mitarbeit zahlreicher weiterer Fachgesellschaften (u. a. Fachverband Medienabhängigkeit e.V., Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie) wurde in den vergangenen Jahren die s1-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Internetnutzungsstörungen“ entwickelt und im Januar 2025 final veröffentlicht (DG-Sucht, 2025). Die Leitlinie geht dezidiert auf die verschiedenen Formen von Internetnutzungsstörungen ein und enthält zusätzlich Empfehlungen zu den Bereichen Diagnostik und Frühintervention sowie einen Überblick zu aktuellen Annahmen zur Störungsentstehung. Kapitelübergreifend zeigen die auf Grundlage der aktuell verfügbaren klinischen Evidenz ausgesprochenen Empfehlungen zur Behandlung Jugendlicher und Erwachsener, dass vorrangig verhaltenstherapeutische Ansätze eine hohe Wirksamkeit aufweisen. Daneben werden einzelne Empfehlungen zu ergänzender Pharmakotherapie, computergestützten bzw. apparativen Behandlungsmodulen (so etwa das im nächsten Abschnitt vorgestellte Verfahren der transkraniellen Magnetstimulation) und motivationaler Bausteine aufgeführt. Nachzulesen sind die Details dieser Empfehlungen auf der Webseite der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-011>).

Innovative Therapieverfahren

Dong et al. (2024) untersuchten in einem aktuellen systematischen Review zur Behandlung von Internetbezogenen Störungen 16 Studien, die nach strengen Qualitätskriterien in die Analyse inkludiert wurden. Neben sechs Therapieansätzen zur Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wurden auch zwei Studien zur non-invasiven (also Ansätzen, die angewandt werden können, ohne die Hautoberfläche oder gar tieferliegende Strukturen zu verletzen) Gehirnstimulation als wirksam identifiziert. Diese zeigten, dass diese Methoden auch bei der Behandlung der Internet Gaming Disorder (IGD) erhebliches Potenzial besitzen. Der Fokus liegt hier insbesondere auf der Modulation von Craving und suchtaufrechterhaltenden kognitiven Prozessen durch repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS; eine der vorgenannten non-invasiven Methoden). Dabei zeigte sich in diesen Studien, dass sie sowohl allein als auch in Kombination mit Psychopharmaka IGD-Symptome wirksam linderten, wobei

limitiert durch die Autorinnen und Autoren festgestellt wurde, dass in einer der zwei Studien nur geringe Effekte auf die psychosozialen Parameter berichtet werden konnten. Auch medikamentöse Behandlungen führten überwiegend zu einer signifikanten Symptomminderung der IGD. Ergänzend wurden alternative Therapieansätze wie Bildungsinterventionen, Familientherapie, achtsamkeitsbasierte Methoden und emotionale Assoziations-Bias-Modifikation in diesem Review untersucht. Diese Ansätze zeigten ebenfalls symptomlindernde Effekte bei IGD-Patientinnen und Patienten, was auf das Potenzial vielseitiger Therapieoptionen für die Behandlung der IGD hinweist. In einer Meta-Analyse von Zhu et al. (2023), die 13 verschiedene Interventionsarten aus 57 RCT-Studien (Gesamt $N=3.538$) zur Behandlung der Internetbezogenen Störungen verglich, zeigte sich in einer Netzwerk-Analyse, dass eine Kombination aus repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) die größten Effekte bei der Behandlung von Internetsucht erzielte. Danach waren es Kombinationstherapien mit Psychopharmaka, rTMS allein sowie Elektroakupunktur in Verbindung mit KVT, die in dieser Reihenfolge die größten Effektstärken aufweisen konnten. Auch EEG-Biofeedback, Bewegungstherapie, KVT, Gruppentherapie, Psychopharmaka und Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zeigten bessere Ergebnisse als Gruppen ohne Intervention. Elektroakupunktur allein und auch Gesundheitsbildung zeigten dagegen eine geringere Effektivität als diese.

Die Befunde unterstreichen die Relevanz von Kombinationstherapien aus klassischer Psychotherapie und verschiedenen additiven Ansätzen (wie z. B. achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren) bei der Behandlung von Internetsucht. Darüber hinaus zeigt sich, dass Verfahren der nicht-invasiven Hirnstimulation und Biofeedback-Verfahren, insbesondere in Kombination mit Psychotherapie, in Zukunft eine zentralere Rolle bei der erfolgreichen Behandlung von Internetbezogenen Störungen spielen könnten.

Literatur

Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz (2019): Internetbezogene Störungen bei weiblichen Betroffenen: Nosologische Besonderheiten und deren Effekte auf die Inanspruchnahme von Hilfen (IBSfemme). Mainz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/IBSfemme_Abschlussbericht.pdf, Zugriff: 06.02.2025.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019): Digitale Medien mit Augenmaß nutzen. BZgA unterstützt Familien mit Empfehlungen zum digitalen Medienkonsum. Köln. Pressemitteilung vom 3.12.2019.
- American Psychiatric Association (APA) (Ed.) (2013): DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Hrsg.) (2025): S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Internetnutzungsstörungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-011>, Zugriff: 06.02.2025.
- Dong, G.-H.; Dai, J.; Potenza, M. N. (2024): Ten years of research on the treatments of internet gaming disorder: A scoping review and directions for future research. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(1), 51–65. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00071>.
- Lindenberg, K.; Kindt, S.; Szász-Janocha, C. (2022): Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based intervention in preventing gaming disorder and unspecified internet use disorder in adolescents: A cluster randomized clinical trial. *JAMA network open*, 5(2), e2148995. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.48995.
- Müller, K. W.; Wölfling, K. (2017): Pathologischer Mediengebrauch und Internet-sucht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, K. W. et al. (2016): A hidden type of Internet Addiction? Intense and addictive use of social networking sites in adolescents. *Computers in Human Behavior*, 55, 172–177.
- Orth, B.; Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Drogenaffinitaet_Jugendlicher_2019_Teilband_Computerspiele_u_Internet.pdf, Zugriff: 20.02.2025.
- Paschke, K.; Austermann, M. I.; Thomasius, R. (2021): ICD-11-based assessment of social media use disorder in adolescents: Development and validation of the Social Media Use Disorder Scale for Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661483>.
- Rumpf, H.-J. et al. (2025): Guidelines on Internet Use Disorders: Introduction and methodology. *Sucht*, 71(2).
- Scherer, L. et al. (2021): Nicht diagnostizierte internetbezogene Störungen im psychotherapeutischen Versorgungssystem: Prävalenz und geschlechtsspezifische Besonderheiten. *Psychiatrische Praxis*, 48(8), 423–429.
- Wölfling, K. (2025): Online-Sexsucht. Suchttherapie, 26(1), 10–11.
- Wölfling, K. et al. (2022): Computerspiel- und Internetsucht – Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

- Wölfling, K. et al. (2019): Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer game Addiction (STICA): A multicenter randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1018-1025. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.
- World Health Organization (WHO) (2019): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019). Gaming Disorder. Geneva. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>, Zugriff: 06.02.2025.
- Zhu, Y. et al. (2023): Effects of different interventions on internet addiction: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(1), 921. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05400-9>.

2.7 Rauschgiftlage 2023 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland

Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung

Zusammenfassung

Die Anzahl der in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) erfassten Rauschgiftdelikte ist im Jahr 2023 wieder gestiegen.

Neben den weiterhin hohen Zahlen der PKS deuten auch andere Indikatoren wie z. B. die hohen Sicherstellungsmengen einzelner Rauschgiftarten auf eine hohe Verfügbarkeit von und Nachfrage nach Betäubungsmitteln hin.

Die Lagedarstellung in diesem Beitrag basiert auf Auswertungen der PKS 2023 und Auswertungen des Bundeskriminalamtes (BKA). Da es sich bei der Rauschgiftkriminalität um ein klassisches Kontrolldelikt handelt, bei dem ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Kontrollintensität der Strafverfolgungsbehörden und dem polizeilich registrierten Hellfeld besteht, beeinflusst die Schwerpunktsetzung der mit der Rauschgiftbekämpfung befassten Behörden die nachfolgenden Zahlen.

Die Darstellung der Rauschgiftlage beschränkt sich auf die in Deutschland am meisten gehandelten Drogenarten. Sonstige Drogenarten wie z. B. LSD, Pilze oder Khat spielen in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle.

Änderungen durch das Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) im April 2024 können erst nach Erstellung der PKS für das Jahr 2024 dargestellt werden.

Abstract

The number of drug-related offences recorded in the police crime statistics (PKS = Polizeiliche Kriminalstatistik) increased again in 2023. In addition to the continued high PKS figures, other indicators, such as the large quantities of individual types of narcotics seized, also point to a high availability of and demand for narcotics.

The situation report provided in this article is based on evaluations of the 2023 crime statistics and evaluations by the Federal Criminal Police Office (BKA). Since

drug-related crime is a classic control offense, in which there is a direct correlation between the intensity of control by law enforcement authorities and the number of cases recorded by the police, the focus of the authorities involved in the fight against drug trafficking has an influence on the following figures.

The presentation of the drug situation is limited to the types of drugs most commonly trafficked in Germany. Other types of drugs, such as LSD, mushrooms or khat, play only a minor role in Germany.

Changes resulting from the entry into force of the Cannabis Act (CanG) in April 2024 can only be presented after the PKS for 2024 has been compiled.

Deliktsentwicklung

Im Jahr 2023 wurden in der PKS 346.877 Rauschgiftdelikte (2022: 340.677) erfasst, was einem Anstieg von 1,8 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Eine Steigerung gab es sowohl bei den Handelsdelikten¹ (6,0 %), den konsumnahen Delikten² (1,0 %) als auch bei den sonstigen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)³ (3,0 %).

In der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte 2023 sind 519 Fälle (–30,6 %) gem. § 4 Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) enthalten.⁴

Den größten Anteil an der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte haben traditionell Cannabisdelikte (207.563, +0,6 %), mit großem Abstand gefolgt von Amphetamindelikten (32.093, –6,5 %).

Die Anzahl der Heroindelikte ist 2023 erneut um 4,7 % auf 9.478 gesunken.

¹ Unter dem Begriff „Handelsdelikte“ werden Delikte des unerlaubten Handels mit und Schmuggels von Rauschgiften nach § 29 BtMG sowie die Delikte der unerlaubten Einfuhr von BtM nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG zusammengefasst. Beinhaltet sind allerdings nicht die in der PKS unter „Sonstige Verstöße gegen das BtMG“ enthaltenen Handelsdelikte als Mitglied einer Bande (§§ 30 Abs. 1 Nr. 1, 30a BtMG) sowie der unerlaubte Handel mit BtM in nicht geringer Menge (§ 29a Abs. 1 Nr. 2 BtMG), da die PKS diesbezüglich keine eindeutige Differenzierung der Tatbestände bzw. betroffenen Drogenarten vorsieht.

² Der Begriff „konsumnahe Delikte“ umschreibt allgemeine Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) umfassen (ohne die unter „sonstige Verstöße“ aufgeführten Delikte, s. Fußnote 4).

³ Sonstige Verstöße i. S. des BtMG: Unerlaubter Anbau von BtM (§ 29 Abs. 1 Nr. 1 BtMG), BtM-Anbau, -Herstellung und -Handel als Mitglied einer Bande (§§ 30 Abs. 1 Nr. 1, 30a BtMG), Bereitstellung von Geldmitteln o. ä. Vermögensgegenständen (§ 29 Abs. 1 Nr. 13 BtMG), Werbung für BtM (§ 29 Abs. 1 Nr. 8 BtMG), Abgabe, Verabreichung oder Überlassung von BtM an Minderjährige (§ 29a Abs. 1 Nr. 1, ggf. § 30 Abs. 1 Nr. 2 BtMG), leichtfertige Verursachung des Todes eines anderen durch Abgabe, Verabreichung oder Überlassung von BtM zum unmittelbaren Verbrauch (§ 30 Abs. 1 Nr. 3 BtMG), Verschreibung und Verabreichung durch Ärzte und Ärztinnen (§ 29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG) und unerlaubter Handel mit bzw. Herstellung, Abgabe, Besitz von BtM in nicht geringer Menge (§ 29a Abs. 1 Nr. 2 BtMG).

⁴ Die jährlichen Fälle gem. § 4 NpSG sind zwar in den jeweiligen Gesamtzahlen der Rauschgiftdelikte enthalten, werden aber zur besseren Veranschaulichung in einem separaten Diagramm dargestellt. In der PKS werden Straftaten gem. § 4 NpSG seit 2017 gesondert erfasst.

Stark angestiegen ist die Anzahl der Rauschgiftdelikte im Zusammenhang mit Kokain (29.675, +27,4 %).

Merklich gestiegen sind außerdem die Deliktzahlen i. Z. m. Ecstasy (7.918, +9,7 %). Gesunken sind dagegen die Deliktzahlen i. Z. m. kristallinem Methamphetamin, sog. Crystal (8.116, -10,2 %).

Auch bezogen auf die Anzahl der Rauschgift-Handelsdelikte nimmt Cannabis mit 33.618 Delikten (+6,7 %) den größten Anteil ein. An der zweiten Stelle stehen Handelsdelikte mit Kokain, wobei hier im Jahr 2023 der größte Anstieg zu verzeichnen ist (6.421, +25 %).

Deutlich gestiegen ist auch die Anzahl der Handelsdelikte i. Z. m. Ecstasy (1.676, +9,2 %).

Die Anzahl der Amphetamin-Handelsdelikte war im Jahr 2023 erneut rückläufig (4.544, 2,6 %). Das Gleiche betrifft auch die Handelsdelikte mit Crystal (1.292, -15,1 %).

Rund zwei Drittel der konsumnahen Delikte betrafen, wie in den Vorjahren, Delikte i. Z. m. Cannabis. Bei den konsumnahen Kokaindelikten setzte sich der Anstieg des Vorjahrs auch in 2023 deutlich fort (+28,0 %). Im Gegensatz zu den Jahren zuvor stiegen auch die konsumnahen Delikte in Verbindung mit Ecstasy an (+9,8 %).

Deutlich gesunken ist dagegen vor allem die Anzahl konsumnaher Delikte i. V. m. Crystal (9,2 %) sowie jene i. V. m. Amphetamin (-7,2 %). Aber auch bei den konsumnahen Heroin- (-4,8 %) und Cannabisdelikten (-0,5 %) ist jeweils ein Rückgang feststellbar.

Die Gesamtzahl der Delikte der direkten Beschaffungskriminalität⁵, die hauptsächlich von Rauschgift- bzw. Medikamentenabhängigen zur Beschaffung von Drogen und Ersatzstoffen begangen werden, stieg im Jahr 2023 auf 2.607 Fälle (+11 %).

Rauschgifthanbau und Rauschgiftproduktion in Deutschland

Der in Deutschland betriebene Anbau von Cannabispflanzen in Indoor-Plantagen sowie auf Außenflächen setzte sich fort. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 450 Cannabis-Plantagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Pflanzen sichergestellt.⁶ Dabei handelte es sich um 267 Kleinplantagen (213 Indoor, 54 Outdoor), 146

⁵ Der direkten Beschaffungskriminalität werden alle Straftaten zugeordnet, die auf die Erlangung von BtM oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln gerichtet sind. Im Einzelnen sind dies Raub zur Erlangung von BtM und Ausweichmitteln, Diebstahl aus Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, Diebstahl bei herstellenden Unternehmen und im Großhandel, Diebstahl von Rezeptformularen, Rezeptfälschungen.

⁶ Datengrundlage: Polizeilicher Informationsaustausch.

Großplantagen (133 Indoor, 13 Outdoor) und 37 Profiplantagen (36 Indoor, 1 Outdoor).⁷ Neben Plantagen wurde eine Vielzahl kleinerer Anpflanzungen von Cannabis aufgefunden.

Die Anzahl der sichergestellten Rauschgiftlabore ist im Jahr 2023 angestiegen. Es wurden acht Produktionsstätten für Amphetamin und fünf für Methamphetamin sichergestellt. Darüber hinaus wurde erstmals in Deutschland ein NPS-Labor beschlagnahmt. Dieses verfügte über alle notwendigen Gerätschaften zur Herstellung von synthetischen Cannabinoiden⁸ in nicht geringer Menge. Neben mehreren Kilogramm entsprechender Substanzen wurden dort aus einem Fachgeschäft in Deutschland sowie von einem niederländischen Online-Händler bezogene Chemikalien sichergestellt.

Im Jahr 2023 wurden erneut zwei Großlabore zur illegalen Herstellung bzw. Verarbeitung von Amphetaminen festgestellt. In einem Amphetamin-Großlabor wurde das Rauschgift aus den Niederlanden eingeführt, teilweise aus Amphetaminöl hergestellt und dann in Tabletten verpresst. Die Produktion in dem anderen Großlabor erfolgte über Designer-Grundstoffe⁹ aus China.

Die weiteren Labore verfügten über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder der Versorgung eines lokal begrenzten Abnehmerkreises. Die hierbei verwendeten Chemikalien wurden, soweit nachweisbar, aus dem Inland und europäischen Ausland, teilweise in unverdächtigen Kleinmengen von verschiedenen Chemikalienhändlern sowie über das Internet bezogen.

In Deutschland wurden zudem mehrere Fälle bekannt, in denen aus den Niederlanden stammendes flüssiges Amphetamin (sog. Amphetaminöl bzw. -base) zur Umwandlung in eine konsumfertige Form aufbereitet wurde. Dieser Vorgang wird Kristallisation genannt. Mit 14 im Jahr 2023 bekanntgewordenen Fällen ist die Anzahl solcher Umwandlungsstätten gegenüber dem Vorjahr unverändert.

⁷ Als Profiplantage werden Anlagen mit Anbaukapazitäten ab 1.000 Cannabispflanzen, als Großplantagen solche mit Anbaukapazitäten von 100 bis 999 Pflanzen und als Kleinplantagen jene mit Anbaukapazitäten von 20 bis 99 Pflanzen erfasst. Anbaukapazitäten sind nicht mit sichergestellten Pflanzenmengen gleichzusetzen (z. B. bei bereits erfolgter Ernte).

⁸ Die Stoffgruppe der synthetischen Cannabinoide umfasst Stoffe mit cannabisartiger Wirkung. Im Vergleich zu natürlichem THC (Tetrahydrocannabinol – Hauptwirkstoff von Cannabis) kann die Wirkung und Wirkstärke der synthetischen Cannabinoide um ein Vielfaches stärker sein.

⁹ Designer-Grundstoffe: Um die illegale Verwendung von Chemikalien zur Rauschgiftproduktion zu verhindern, werden in den Anlagen der UN-Drogenkonvention von 1988 chemische Substanzen erfasst, die weltweit gesetzlich überwacht werden sollen. Dies erfolgt in der Europäischen Union mittels deren Unterstellung als Grundstoffe in entsprechenden EU-Verordnungen mit nationaler Bindungswirkung (in Deutschland: Grundstoffüberwachungsgesetz/GÜG). Durch eine gezielte Veränderung der molekularen Struktur solcher Grundstoffe (unter Beibehaltung des Wirkmechanismus) sollen gesetzliche Regelungen umgangen werden.

Rauschgifthandel über das Internet

Der Bezug von Betäubungsmitteln über das Internet (Clearnet, Darknet, Messenger-Dienste, Social-Media-Seiten etc.) ist fest etabliert. Der Nachrichtenaustausch zur Abwicklung des Rauschgiftgeschäfts erfolgt meist verschlüsselt und weist einen hohen Anonymisierungsgrad auf. Hierdurch ist die Identifizierung von Täterinnen und Tätern anspruchsvoll und mit einem hohen Aufwand verbunden.

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 55 Marktplätze (2022: 49) mit Deutschland-Bezug (deutsche Sprache, Versand aus Deutschland) festgestellt. Dies ist der vierte Anstieg in Folge. Hiervon haben 21 Marktplätze (2022: 14) im Jahresverlauf aufgrund verschiedener Umstände ihren Betrieb eingestellt. Die Marktplätze haben momentan nicht mehr die große Anzahl an Rauschgiftangeboten wie in den vergangenen Jahren, vielmehr gibt es eine Vielzahl kleiner und mittelgroßer Marktplätze.

Vermehrt wird der Handel von Rauschgift auch über Messenger-Dienste festgestellt, wobei häufig offen zugängliche Chat-Gruppen zum Bewerben von Betäubungsmitteln genutzt werden. Die tatsächlichen Verkaufsgespräche finden dann zumeist in privaten Chats statt. Die große Nutzerzahl von Messenger-Diensten und die dortige umfangreiche Auswahl an Betäubungsmittelnangeboten spricht möglicherweise Personenkreise an, die vorher keine Berührungspunkte zum Drogenkonsum hatten. Zudem hat sich der Handel von Rauschgift auf Social-Media-Plattformen etabliert. Diese Plattformen werden überwiegend von jungen Erwachsenen und Jugendlichen genutzt. Ohne aktiv nach Rauschgift zu suchen, geraten diese Personengruppen frühzeitig und umfassend an professionell präsentierte Rauschgiftangebote. Die Anbahnung der Drogengeschäfte läuft dabei über zahlreiche offene Accounts und wird den Kunden somit sehr leicht gemacht.

Cannabisprodukte

Im Jahr 2023 wurden insgesamt ca. 20,9 t Marihuana und 3,7 t Haschisch¹⁰ sichergestellt.

Marihuana stammt in der Regel überwiegend aus westeuropäischem Indoor-Anbau. Insbesondere der professionelle Cannabisanbau durch organisierte kriminelle Gruppierungen in Spanien hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2023 wurden erneut zahlreiche Cannabis-Großtrans-

¹⁰ Datenbasis: Polizeilicher Informationsaustausch.

porte von Spanien über Frankreich Richtung Deutschland per Lkw und Kleintransporter festgestellt. Diese wurden häufig bereits durch den französischen Zoll angehalten. Bei Großlieferungen aus Spanien wurden häufig sowohl Marihuana als auch Haschisch transportiert. Darüber hinaus gelangte Marihuana per Postversand – insbesondere aus Spanien, aber auch aus anderen Staaten – sowie aus Albanien und verstärkt per Container und Postversand aus Nordamerika auf den deutschen Markt.

Bei dem in Deutschland sichergestellten Marihuana handelte es sich in erster Linie um Blütenmaterial, dessen Wirkstoffgehalt in den letzten zehn Jahren geringfügig angestiegen ist (2013: 12,3 % median¹¹; 2023: 14,4 % median).

Der Großteil des in Deutschland sichergestellten Haschischs stammte hingegen – wie zuvor – aus Marokko und wurde über Spanien und Frankreich direkt oder über die Niederlande nach Deutschland verbracht.

Anders als bei Marihuana hat sich der Wirkstoffgehalt des in Deutschland sichergestellten Haschischs in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt (2013: 9,4 % median; 2023: 26,6 % median).

Heroin

In Deutschland wurden im Jahr 2023 ca. 171 kg Heroin sichergestellt (2022: ca. 1.000 kg).¹² Im Gegensatz zu 2022 erfolgte im Berichtsjahr keine Heroin-Großsicherstellung in Deutschland.¹³

Nach Informationen des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ist die Anbaufläche für Schlafmohn in Afghanistan im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 95 % von 233.000 auf 10.800 Hektar zurückgegangen. Damit verringerte sich das Produktionspotenzial von Opiaten von 6.200 t auf 333 t. Seit Oktober 2023 wurden in Afghanistan neue Strafgesetze erlassen, die Anbau, Produktion, Schmuggel und Handel von Drogen unter Strafe stellen.¹⁴

Nach Einschätzung des Bundeskriminalamts fällt die tatsächliche Reduktion des Schlafmohnanbaus in Afghanistan deutlich geringer aus. Heroin ist weiterhin in ausreichender Menge für einen stabilen Konsumentenmarkt in Deutschland verfügbar. Jedoch sind gestiegene Großhandelspreise und eine Qualitätsminderung des Heroins auf dem Straßenmarkt bereits feststellbar.

¹¹ Mittlerer Wert in einer Folge von nach aufsteigender Größe sortierten Werten. Ober- bzw. unterhalb des Median liegt jeweils die Hälfte der Werte.

¹² Datenbasis: Polizeilicher Informationsaustausch.

¹³ Im Jahr 2022 wurde im Hamburger Hafen eine Einzelmengende von 703 kg Heroin sichergestellt, was die große Diskrepanz zu 2023 erklärt.

¹⁴ Datenbasis: UNODC Afghanistan Opium Survey 2023.

Der Schmuggel von Heroin nach Westeuropa erfolgt hauptsächlich in Lkw aus Afghanistan, Pakistan und dem Iran über die Verzweigungen der klassischen Balkanroute¹⁵ und der nördlichen Schwarzmeerroute¹⁶. Transporte über die Südroute¹⁷ und Heroinlieferungen in Seefrachtcontainern werden immer häufiger festgestellt.

Kokain

Seit dem Jahr 2017 sind die Sicherstellungsmengen von Kokain in Deutschland signifikant angestiegen. Im Jahr 2023 wurde in Deutschland mit ca. 43 t eine neue Rekordmenge (2022: ca. 20 t) sichergestellt.¹⁸ Die seit 2019 in Deutschland festzustellende Häufung von Kokain-Sicherstellungen im vier- bis fünfstelligen Kilogramm-bereich korreliert mit dem Anstieg des globalen Sicherstellungsaufkommens von Kokain.¹⁹

Das Drogengeschäft wirft dabei so hohe Gewinne ab, dass die Profiteure zur Zahlung hoher Bestechungsgelder oder Anwendung massiver Gewalt zwischen konkurrierenden Banden, bei Fehlverhalten gegen eigene Gruppenmitglieder, aber auch zu Drohungen gegen und Einschüchterung von z. B. Politikern bereit sind.

Amphetamin

Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 1.934 kg (2022: 1.631 kg) Amphetamin sichergestellt; dies bedeutet eine Steigerung von 18,6 %. Erstmals wurden im Berichtsjahr auch Daten zu Sicherstellungen von Amphetaminöl (= Amphetaminbase) erhoben. Demnach wurden 136 l sichergestellt.

Das in Deutschland sichergestellte Amphetamin, sowohl als Pulver als auch in flüssiger Form (Amphetaminöl), stammte – wie in der Vergangenheit auch – hauptsächlich aus niederländischer Produktion und ist überwiegend für den deutschen Rauschgiftmarkt bestimmt. Ansonsten wird Amphetamin auch häufig durch Deutschland in die skandinavischen Länder und nach Polen

¹⁵ Routenverlauf: Türkei – Griechenland/Bulgarien – Serbien/Rumänien mit Ziel Westeuropa.

¹⁶ Routenverlauf: Türkei – Kaukasusregion – Schwarzes Meer – Moldawien/Rumänien mit Ziel Westeuropa.

¹⁷ Routenverlauf: Pakistan – Ostafrika – Europa bzw. Iran – Europa (per Schiff).

¹⁸ Datenbasis: Polizeilicher Informationsaustausch.

¹⁹ Eine Open-Source-Auswertung des Bundeskriminalamtes ergab eine weltweite Sicherstellungsmenge von mindestens 1.225 t Kokain im Jahr 2023 (nur Großsicherstellungen von mehr als 50 kg Kokain berücksichtigt; 2022: mindestens 1.170 t).

geschmuggelt. In den Niederlanden besteht seit vielen Jahren eine erhebliche und konstante Produktionskapazität in illegalen Laboren.

Crystal/Methamphetamin

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 451 kg (2022: 785 kg) Methamphetamin in allen Erscheinungsformen (pulverförmig, kristallin, flüssig) in Deutschland sichergestellt.²⁰

Der Rückgang von 42,5 % gegenüber dem Vorjahr ist insbesondere auf das Ausbleiben von Großsicherstellungen zurückzuführen. Im Jahr 2022 waren insgesamt ca. 450 kg Methamphetamin allein in drei Lieferungen aus Mexiko nach Deutschland sichergestellt worden.

Das in Deutschland im Jahr 2023 sichergestellte Methamphetamin stammte aus den verschiedensten Herkunftsstaaten, z. B. wurden erneut ca. 76 kg Methamphetamin aus Mexiko, ferner knapp 33 kg aus afrikanischen Quellen und ca. 17 kg aus den Niederlanden nach Deutschland eingeführt²¹. Methamphetamin-Sicherstellungen erfolgten auch häufig im Transit durch Deutschland.

In Deutschland wird kaum mehr Methamphetamin sichergestellt, welches nachweislich aus der Tschechischen Republik stammt. Allerdings bestehen in der Tschechischen Republik weiterhin große Produktionskapazitäten, teilweise auch im Tonnenbereich.

Darüber hinaus erfolgten auch in Mexiko Methamphetamin-Sicherstellungen in größeren Mengen mit Bestimmung Deutschland. Dies verdeutlicht, dass weiterhin sowohl mit Großlieferungen von Methamphetamin aus Mexiko direkt nach Deutschland als auch nach Europa zu rechnen ist.²²

Im Jahr 2023 erfolgte zudem erstmals eine Großsicherstellung einer Methamphetamin-Lieferung aus Deutschland im Ausland. Im Dezember 2023 wurden in Sydney/Australien insgesamt fast 157 kg Methamphetamin sichergestellt, die durch eine deutsche Firma über den Flughafen Frankfurt am Main/Hessen nach Australien ausgeführt worden waren.

²⁰ Datenbasis: Polizeilicher Informationsaustausch.

²¹ Die Aufschlüsselung nach Herkunftsländern/-regionen stammt aus einer Fallsammlung BKA.

²² U. a. wurden im September 2023 im Hafen von Veracruz/Mexiko ca. 4 t Methamphetamin sichergestellt, die nach Rotterdam/Niederlande verschifft werden sollten.

Ecstasy

Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 1.155.305 (2022: 1.021.542) Ecstasy-Tabletten und darüber hinaus 272 kg (2022: 236 kg) Amphetaminderivate (vorrangig wahrscheinlich MDMA) sichergestellt. Dies bedeutet in Bezug auf die Ecstasy-Tabletten eine Steigerung von ca. 13,1 % und für MDMA in Pulver bzw. kristalliner Form einen Anstieg von 15,3 % gegenüber dem Vorjahr. Darüber hinaus wurden auch 2,7 l Amphetaminderivate (ebenfalls MDMA) in flüssiger Form sichergestellt.

In Deutschland sichergestellte Ecstasy-Tabletten sowie die Amphetaminderivate in fester oder flüssiger Form stammen – wie auch Amphetamin – fast ausschließlich aus den Niederlanden, wo sehr hohe Produktionskapazitäten bestehen. Im Gegensatz zum Amphetamin werden Ecstasy-Tabletten aber häufig auch im Transit durch Deutschland, z. B. im Zusammenhang mit dem internationalen Postversand, sichergestellt.

Neue psychoaktive Stoffe (NPS)

NPS sind seit vielen Jahren fester Bestandteil auf dem Rauschgiftmarkt und decken die gesamte Bandbreite an Alternativen zu klassischen Drogenarten ab.

Im Jahr 2023 sank die Anzahl der Handelsdelikte mit den in den Anlagen des BtMG aufgeführten NPS auf 627 Fälle (2022: 808; –22,4 %).

Neben NPS-Handelsdelikten nach dem BtMG wurden im Jahr 2023 in der PKS 519 Delikte gem. § 4 NpSG (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz) registriert (2022: 748; –30,6 %).

Im Statistischen Auswerteprogramm NPS des Bundeskriminalamtes wurden für das Jahr 2023 insgesamt 4.022 Datensätze mit Untersuchungsergebnissen von sichergestellten NPS und NPS-Produkten ausgewertet. Diese betrafen eine Gesamtsicherstellungsmenge von mindestens 585 kg (2022: 3.914 Datensätze; Gesamtmenge 345 kg).

Den mit Abstand größten Anteil der untersuchten NPS machten die synthetischen Cannabinoide mit 50 % der Datensätze aus, gefolgt von Ketamin und Ketamin-Derivaten (rund 16 %) und Cathinonen (rund 14 %).

Im Jahr 2023 war ein erhöhter Sicherstellungsumfang von Ketamin, insbesondere im Post- und Paketversand, in Deutschland zu beobachten. Die Sicherstellungen von Ketamin in Deutschland summierten sich für den Zeitraum von 2021 bis August 2023 auf mindestens 900 kg.²³

²³ Für die Auswertung wurden Sendungen mit oder über 100g Ketamin berücksichtigt.

Ein anhaltender Trend ist der Missbrauch von Lachgas (Distickstoffmonoxid) zu Rauschzwecken. Infolge des zunehmenden Konsums wurden bereits mehrere Fälle mit erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen bis hin zum Todeseintritt bei Konsumierenden festgestellt.²⁴ Im Jahr 2023 wurden elf Todesfälle im Zusammenhang mit Lachgas polizeilich registriert (2022: 10). Insgesamt stiegen in Deutschland die polizeilich erfassten Lachgas-Vorfälle²⁵ von über 70 im Jahr 2021 auf über 200 in 2022 und auf mehr als 300 in 2023 an. Zu beachten gilt hierbei, dass aufgrund der fehlenden Regulierung von Lachgas keine gesetzliche Meldeverpflichtung besteht und es legal gehandelt werden kann.

Weitere Trends für das Jahr 2023 sind die zunehmende Verbreitung von HHC (Hexahydrocannabinol), synthetischen Cathinonen sowie von Lebensmitteln – insbesondere Fruchtgummis –, die mit THC (Tetrahydrocannabinol), HHC oder NPS versetzt wurden.

Der Handel mit Fentanyl²⁶, das insbesondere auf dem US-amerikanischen Markt eine zunehmend wichtigere Rolle spielt und dort andere Drogenarten zum Teil verdrängt, ist auf dem deutschen Rauschgiftmarkt zwar feststellbar, aber bislang von untergeordneter Bedeutung.

Im Berichtsjahr 2023 wurden insgesamt 26 neue Stoffe über Early Warning System für NPS (EWS) der Europäischen Drogenagentur (englisch: EUDA) gemeldet (2022: 41 neue Stoffe, –37 %). Inwiefern im Jahr 2023 tatsächlich weniger neue Stoffe auf den Markt gebracht wurden oder ob sich ggf. nur das Meldeverhalten verändert hat, kann nicht beurteilt werden. Die Entwicklung im Jahr 2024 bleibt abzuwarten.

Unter den Feststellungen von neuen Stoffen in der EU waren die synthetischen Cannabinoide mit neun neuen Stoffen die am häufigsten gemeldete Stoffgruppe, gefolgt von den synthetischen Opioiden mit insgesamt sieben Meldungen. Den dritten Platz belegen mit vier neuen Stoffen die Phenethylamine.

²⁴ Lachgas wird sowohl in der Zahn- und Tiermedizin zur Sedierung als auch in der Industrie, z. B. zum Aufschäumen von Sprühsahne oder zur Leistungssteigerung von Verbrennungsmotoren, legal verwendet. Im Gegensatz zu den Niederlanden wird Lachgas in Deutschland (in 8-g-Sprühsahnekartuschen bis hin zu 5.000-g-Lachgaszylindern) freiverkäuflich angeboten und ist aufgrund der günstigen Beschaffungskosten besonders bei Jugendlichen und Heranwachsenden als Rauschmittel beliebt.

²⁵ z. B. Verkehrsdelikte, Unfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Lachgas, Handelsdelikte, Ordnungswidrigkeiten.

²⁶ Fentanyl ist ein hochpotentes synthetisches Opioid, das u. a. in Form von transdermalen Pflastern aus Apotheken, Kliniken u. ä. verwendet wird und dessen Konsum jährlich zu mehreren Todesfällen führt.

Gleichwohl die 26 neuen Stoffe im Jahr 2023 erstmalig in der EU festgestellt wurden, unterliegen 16 Stoffe (> 61 %) bereits den Stoffgruppenregelungen des NpSG. Vier der 26 neuen Stoffe wurden von Deutschland gemeldet.

Drogentote

Seit dem Jahr 2017 ist ein stetiger Anstieg der drogenbedingten Todesfälle festzustellen. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 2.227 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert. Dies entspricht einem Anstieg von ca. 11,9 % gegenüber dem Vorjahr (2022: 1.990 Fälle).

Unter den Drogentoten des Jahres 2023 waren 1.844 Männer (82,8 %) und 383 Frauen (17,2 %). Das Durchschnittsalter lag bei 41 Jahren. 152 Rauschgift-tote waren unter 22 Jahren.

Der multiple Substanzgebrauch nimmt zu, was sich in den gestiegenen Zahlen der Mischintoxikationen widerspiegelt. Im Jahr 2023 sind 1.479 Personen an Folgen eines Mischkonsums gestorben, 34 % mehr als im Jahr 2022.

Die häufigsten Todesursachen waren der Konsum von Heroin und Opiat-Substitutionsmittel alleine oder in Verbindung mit anderen Stoffen.

Bei 522 Personen (23 %) wurde ein monovalenter Konsum im Zusammenhang mit dem Tod registriert. Bei 29 % der Rauschgifttoten wurden Langzeitschäden festgestellt, die auf Rauschgiftkonsum zurückzuführen sind.

Literatur

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024a): Polizeiliche Kriminalstatistik 2023. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/pks2023_node.html, Zugriff: 09.01.2025.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024b): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2023. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html, Zugriff: 09.01.2025.

Detaillierte Informationen zur aktuellen Rauschgiftsituation in Deutschland finden sich auf der Homepage des Bundeskriminalamtes <https://www.bka.de> (s. insbesondere Bundeslagebild Rauschgift 2023 und Polizeiliche Kriminalstatistik 2023).

2.8 Delikte unter Alkoholeinfluss

Martin Rettenberger, Hanna Verzagt

Zusammenfassung

Der Einfluss von Alkoholkonsum ist bei einer signifikanten Anzahl von Straftaten von großer Relevanz. Dieser Beitrag widmet sich zunächst der Darstellung verschiedener Befunde, die die Bedeutung von Alkohol als erklärenden Faktor für kriminelles Verhalten veranschaulichen. Im Anschluss daran werden unterschiedliche theoretische Erklärungsansätze zu diesem empirisch vielfach bestätigten Phänomen präsentiert und diskutiert. Aktuelle wissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass ein erheblicher Zusammenhang zwischen problematischem Alkoholkonsum und einem erhöhten Risiko für die Begehung von Straftaten besteht. Demnach können Merkmale und Risikofaktoren, die auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit kriminellen Verhaltens hinweisen, auch für die Einschätzung des Risikos von problematischem Alkoholkonsum herangezogen werden. Dennoch bleibt zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Personen, die Alkohol konsumieren, keine Straftaten begeht. Daher kann Alkohol nicht in allen Fällen als alleinige oder ausschlaggebende Ursache für kriminelles Verhalten betrachtet werden.

Abstract

The influence of alcohol consumption is highly relevant in a significant number of criminal acts. This article initially presents various findings that illustrate the importance of alcohol as a contributing factor in explaining criminal behavior. Subsequently, different theoretical approaches to this empirically well-documented phenomenon are presented and discussed. Current scientific studies indicate a substantial link between problematic alcohol consumption and an increased risk of committing crimes. Consequently, characteristics and risk factors that suggest a heightened likelihood of criminal behavior can also be used to assess the risk of problematic alcohol use.

However, it should be noted that the majority of individuals who consume alcohol do not commit crimes. Therefore, alcohol cannot be regarded as the sole or decisive cause of criminal behavior in many cases.

1 Einleitung

Empirische Befunde und statistische Analysen zum Zusammenhang von Alkoholkonsum und Kriminalität verdeutlichen, dass ein beträchtlicher Anteil straffälliger Personen ihre Delikte unter Alkoholeinfluss begeht. Zudem weisen zahlreiche Strafgefangene alkoholbedingte Probleme auf, die im Justizvollzug sowie in der Nachsorge und Resozialisierung eine zentrale Rolle in Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen einnehmen (Heimerdinger, 2006). Mehrere Studien legen nahe, dass Alkoholkonsum nicht nur eine Erstdelinquenz, sondern auch eine andauernde kriminelle Aktivität und erhöhte Rückfallquote fördert (Bonta, Andrews, 2023; Horney et al., 1995; Rutter et al., 1998). McMurrin und Cusens (2005) betonen, dass die stark psychotropen Effekte von Alkohol, insbesondere im Kontext von Abhängigkeit, aggressives und delinquentes Verhalten begünstigen können. Allerdings sollte auch festgehalten werden, dass ein Großteil der offiziell registrierten Straftaten nicht unter Alkoholeinfluss verübt wird (Martin, 2001). Dies deutet darauf hin, dass Alkohol lediglich einer von vielen Risikofaktoren für kriminelles Verhalten ist.

Im Folgenden werden zunächst Statistiken zu unter Alkoholeinfluss begangenen Delikten dargestellt. Anschließend erfolgt eine Diskussion potenzieller Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität, um darauf aufbauend mögliche präventive Strategien zur Reduktion alkoholbedingter Delikte aufzuzeigen.

2 Kriminalstatistiken

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die jährlich vom Bundeskriminalamt (BKA) herausgegeben wird, liefert umfassende Daten zu einer Vielzahl polizeilich registrierter Straftaten in Deutschland. Eine Straftat wird als aufgeklärt eingestuft, sobald die Ermittlungen der Polizei zur Identifikation mindestens eines Tatverdächtigen geführt haben. Die PKS erfasst zudem den Anteil der „Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss“, womit eine offensichtliche oder zumindest wahrscheinliche Beeinflussung durch Alkohol dokumentiert wird (Bundeskriminalamt, 2023). Verkehrsstraftaten sind in dieser Statistik nicht enthalten. Durchschnittlich liegt der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss über alle Deliktgruppen hinweg im Jahr 2023 bei 9,1 % (s. Abb. 1), im Jahr zuvor betrug er 9,6 %.

Aus Abbildung 1 geht hervor, dass der bisher abnehmende Trend von Tatverdächtigen, die unter Alkoholeinfluss stehen, weiterhin besteht und sich mit 9,1 % in etwa auf dem gleichen Stand befindet, wie dies zwischen 2001 und 2003

Abb. 1: Jahrestrend der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss für alle Deliktgruppen anteilig an den Tatverdächtigen der Gesamtstrafstaten

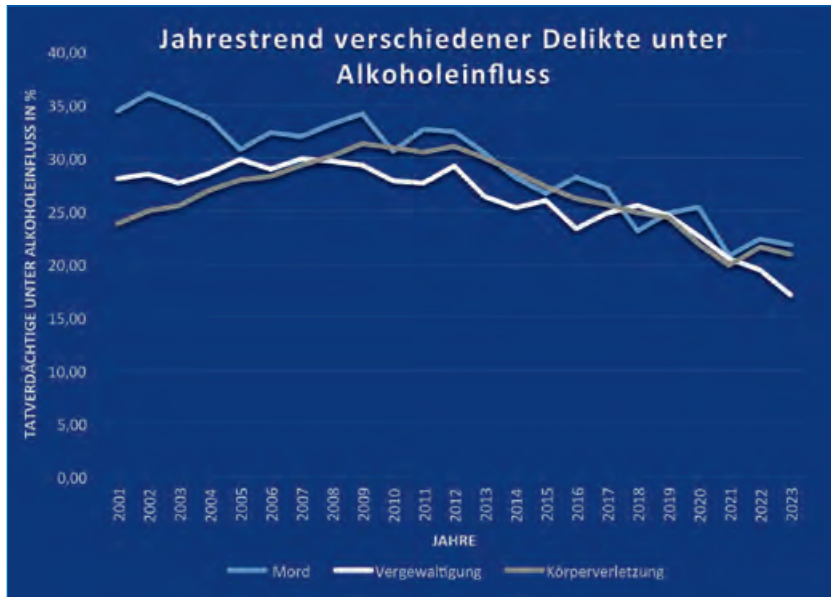


Anmerkungen. Die zugrundeliegenden Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 20 und 22 der Jahre 2002–2023 entnommen. Hieraus wurden die Daten der Tatverdächtigen, die unter Alkoholeinfluss standen, an allen Tatverdächtigen über alle Deliktgruppen hinweg pro Jahr anteilig berechnet. Diese Angaben wurden für eine übersichtlichere Darstellung gerundet.

der Fall war. Dies deutet darauf hin, dass die Kriminalität, die mit Alkohol assoziiert ist, auch unabhängig von den durch die COVID-19-Pandemie eingeschränkten Jahre, weiter rückläufig ist. Es ist zwar ein leichter Anstieg in der tatsächlichen Anzahl Tatverdächtiger unter Alkoholeinfluss seit 2021 zu vermerken, wenn man diese Zahlen jedoch mit den Tatverdächtigen insgesamt vergleicht, scheint der Alkoholkonsum hierbei keine steigende Bedeutung zu haben.

Zwischen den verschiedenen Straftaten bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens sowie in der Unterscheidung nach Altersgruppe und Geschlecht. In Abbildung 2 wird der Trend verschiedener Delikte unter Alkoholeinfluss über die Jahre anteilig an allen Straftaten dargestellt. Die ausgewählten Deliktgruppen Mord (zusammengefasst mit Totschlag und Tötung auf Verlangen), Vergewaltigung (beinhaltet auch sexuelle Nötigung und sexuelle Übergriff im besonders schweren Fall) sowie Körperverletzung sind unter anderem Straftatkategorien, deren Anteil mit bis zu 34 % (Mord im Jahr 2009) im Vergleich zu anderen besonders hoch ist. In diesen Bereichen zeigt sich insgesamt, wie in den Vorjahren beschriebenen Bereichen, eine rückläufige Tendenz bei der Anzahl der tatverdächtigen Personen unter Alkoholeinfluss.

Abb. 2: Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss verschiedener Deliktgruppen anteilig an allen erfassten Straftaten im Jahrestrend



Anmerkungen. Die Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 20 und 22 der Jahre 2001–2023 entnommen und anteilig im Verhältnis zu den Gesamtstraftaten berechnet. Sie enthalten den Anteil der Tatverdächtigen, die unter Alkoholeinfluss verschiedene Delikte begangen haben.

Durch die prozentuale Angabe der Daten ist es möglich, die Deliktgruppen nebeneinander zu betrachten. Augenscheinlich hat die Bedeutung von Alkoholeinfluss in den dargestellten Deliktgruppen im Verhältnis zu den Straftaten, die nicht unter Einfluss von Alkoholkonsum standen, über die Jahre hinweg deutlich abgenommen. In absoluten Zahlen liegt die Anzahl der Tatverdächtigen bei Körperverletzung in ihrer Häufigkeit deutlich höher als die bei Mord oder Vergewaltigung, wobei es sich bei Letzteren generell um seltene Straftaten handelt. Die Anzahl der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss bei Mord ist in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken. Im Bereich der Körperverletzungsdelikte sind die Zahlen wieder auf dem Niveau von vor 2004 angelangt, hier ist in den letzten Jahren demnach ein abnehmender Trend festzustellen. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung fällt auf, dass die Anzahl tatverdächtiger Männer in den letzten Jahren der beschriebenen Kurve folgt, wobei die Anzahl tatverdächtiger Frauen in den letzten Jahren tendenziell gleichgeblieben ist. Auch in den Zahlen Tatverdächtiger unter Alkoholeinfluss bei Vergewalti-

gung lässt sich insgesamt ein abnehmender Trend feststellen. Über alle drei Deliktgruppen hinweg ist festzuhalten, dass es einen deutlich höheren Anteil männlicher als weiblicher Tatverdächtiger unter Alkoholeinfluss gibt. Männliche und jüngere Tatverdächtige sind im Vergleich zu weiblichen oder älteren Personen auch über andere Deliktgruppen hinaus weiterhin signifikant überrepräsentiert. Diese demografische Tendenz, die in der Kriminologie gut dokumentiert ist, zeigt sich auch deutlich in der Gruppe der alkoholisierten Tatverdächtigen (Bundeskriminalamt, 2023).

Auch die Anzahl der polizeilich erfassten Verkehrsunfälle, in denen Alkohol involviert war, ist im Jahrestrend rückläufig. In den letzten Jahren lässt sich jedoch ein Anstieg in den Zahlen sehen, so dass alkoholisierte Personen im Straßenverkehr nach wie vor eine relevante Ursache für Unfälle mit Personenschäden darstellen. Im Kapitel „Suchtmittel im Straßenverkehr 2023 – Zahlen und Fakten“ (Färber, Klipp, 2025) ist die aktuelle Entwicklung nachzulesen. Zusammenfassend lassen sich aus den Daten zwei mittel- bis langfristige Trends ableiten: Erstens zeigt sich eine fortschreitende Abnahme alkoholbezogener Straftaten insgesamt. Zweitens bleibt der Einfluss von Alkohol – insbesondere im Bereich der Gewaltkriminalität – unverändert hoch und bedeutsam.

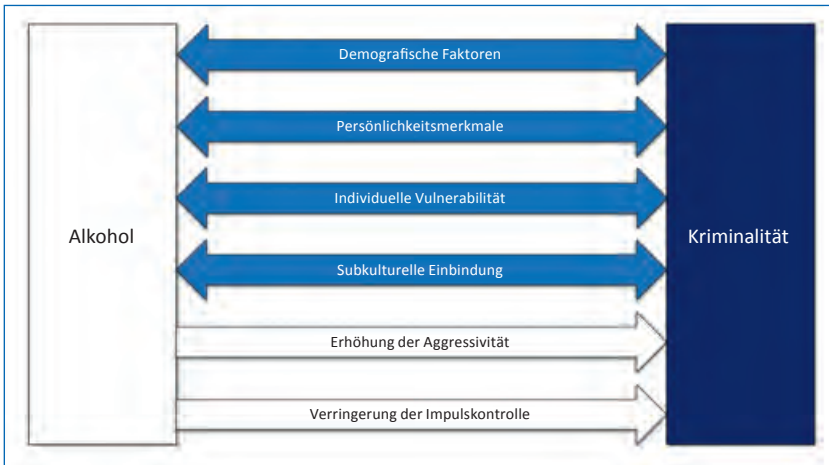
3 Theoretische Erklärungen zum Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien hat den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und kriminellem Verhalten untersucht (Bonta, Andrews, 2023; Duke et al., 2018). Zur Erklärung, weshalb Alkoholkonsum das Risiko für straffälliges Verhalten im Allgemeinen und für gewalttätige Handlungen im Besonderen erhöht, ist es unerlässlich, verschiedene Einflussfaktoren und theoretische Ansätze in Betracht zu ziehen. In Abbildung 3 (nächste Seite) werden diese Faktoren in einer Übersicht mit ihrer jeweiligen Wirkweise dargestellt und anschließend detailliert erläutert und diskutiert.

3.1 Demografische Faktoren

Im vorherigen Abschnitt wurde bereits darauf hingewiesen, dass zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen signifikante Unterschiede im Hinblick auf Risiko, Intensität und Häufigkeit von kriminellen und aggressiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum bestehen. Im All-

Abb. 3: Einflussfaktoren und Zusammenhangsannahmen zur Beziehung von Alkohol und Kriminalität



gemeinen konsumieren Männer häufiger und in größeren Mengen Alkohol als Frauen (Schaller et al., 2022). Zudem zeigen Männer eine höhere Prädisposition für kriminelles und gewalttätiges Verhalten. In den vergangenen Jahren gab es jedoch in vielen Gesellschaften und Kulturen einen Anstieg des Alkoholkonsums unter Frauen zu verzeichnen (Moinuddin et al., 2016). Diese Entwicklung könnte auf eine Vielzahl sozialer und kultureller Faktoren zurückzuführen sein, die den Konsum von Alkohol bei Frauen zunehmend normalisieren und gesellschaftlich akzeptabler erscheinen lassen.

Ein weiterer gut belegter demografischer Faktor, der in der Kriminologie mit einem erhöhten Risiko für kriminelles Verhalten assoziiert wird, ist das Alter. Mit zunehmendem Alter reduziert sich das Risiko, kriminelles oder gewalttätiges Verhalten zu zeigen. Ein ähnliches Muster findet sich beim Alkoholkonsum, so nimmt beispielsweise riskantes Trinkverhalten im höheren Alter ab und gleichzeitig die Alkoholabstinenz zu (Weyerer, Schäufele, 2017). Zudem korreliert intensiver Alkoholkonsum im Alter von 18 Jahren stark mit späterem kriminellem Verhalten (Farrington, 2003).

Görgen et al. (2013) benennen eine Reihe von Einflussfaktoren auf das Trinkverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Darunter die soziale Integration, familiäre Verhältnisse und Bildung. Angesichts dieser Faktoren empfehlen sie die Implementierung präventiver Maßnahmen, die besonders auf Kinder und Jugendliche abzielen, soziale Kompetenzen fördern und multiprofessionelle Ansätze fördern, um langfristig ungünstige Entwicklungen zu verhin-

dern. Obwohl Alkoholkonsum unter Jugendlichen weiterhin verbreitet ist, lässt sich ein allgemeiner Rückgang des Konsumtrends in den letzten 20 Jahren feststellen (Zeiher et al., 2018; Schaller et al., 2022).

Zusätzlich werden demografische Faktoren wie Gesundheitsverhalten, sozioökonomische und kulturelle Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau und Familienstand als relevante Einflüsse diskutiert (Moore et al., 2005). So wurde etwa festgestellt, dass Personen, die rauchen, tendenziell höhere Mengen Alkohol konsumieren als Nichtraucher und dass Veränderungen im Beschäftigungsstatus mit Schwankungen im Alkoholkonsum korrelieren. Zudem lassen sich Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und finanziellen Problemen erkennen (Farrington, 1995). Insgesamt jedoch bleiben die Variablen Alter und Geschlecht die zentralen Einflussgrößen im Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität.

3.2 Persönlichkeitsmerkmale

Individuelle Unterschiede in der Persönlichkeit spielen neben demografischen Faktoren auch eine bedeutsame Rolle bei der Frage, inwieweit Alkoholkonsum zu kriminellem Verhalten führen kann. Der Begriff „Persönlichkeit“ bezieht sich dabei auf ein Muster zeitlich stabiler Merkmale eines Individuums, die dessen Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen (Wirtz, 2021). Die Persönlichkeit umfasst somit die Gesamtheit der Eigenschaften, die eine Person von anderen unterscheidet. Unter dieser Prämisse wurden in der Vergangenheit verschiedene Persönlichkeitsmerkmale identifiziert, die sowohl mit einem erhöhten Risiko für kriminelles Verhalten als auch mit problematischem Alkoholkonsum assoziiert sind.

Zu den spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen, die das Risiko für Devianz sowie Alkoholprobleme erhöhen können, zählen beispielsweise gesteigerte Aggressivität, Reizbarkeit und Ärger. Parrot und Zeichner (2002) fanden Hinweise darauf, dass Personen mit einer geringeren Neigung zur Wut als Persönlichkeitsmerkmal auch weniger anfällig für die aggressionssteigernden Effekte von Alkohol sind. Im Gegensatz dazu neigen insbesondere Männer mit einer moderaten Wutdisposition dazu, die (physische) Aggressionsverstärkung durch Alkohol besonders stark zu erfahren, unabhängig davon, ob sie tatsächlich Alkohol konsumierten oder lediglich glaubten, Alkohol zu sich genommen zu haben.

Weitere relevante Persönlichkeitsmerkmale umfassen eine tolerante Haltung gegenüber gewalttätigem Verhalten, ein geringes Bewusstsein für eigene impulsive Reaktionen sowie eine reduzierte Selbstkontrolle und Empathie

(Giancola, 2012). Ein zusätzlicher wesentlicher Aspekt der Persönlichkeit betrifft die eingeschränkte Fähigkeit, langfristige Konsequenzen des eigenen Handelns angemessen abzuwägen. Dies führt häufig dazu, dass kurzfristige Belohnungen, wie etwa das Bedürfnis nach einem Rauschzustand, in den Vordergrund rücken (Bushman et al., 2012). Diese Charakteristik ist eng mit dem Konzept des sogenannten Sensation Seeking verknüpft, das die Tendenz beschreibt, wiederholt nach neuen, herausfordernden, aufregenden und stimulierenden Erfahrungen zu suchen. Diese Persönlichkeitseigenschaft kann sowohl mit kriminellem und allgemein abweichendem Verhalten als auch mit einem verstärkten Verlangen nach Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen assoziiert sein (Newcomb & McGee, 1991). Dieses Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit einer differenzierten Analyse von Persönlichkeitseigenschaften, die häufig sowohl positive als auch negative Facetten aufweisen können. Im Fall des Sensation Seekings zeigen sich einerseits Eigenschaften wie Offenheit und Interesse an neuen Erfahrungen und Herausforderungen, andererseits eine Neigung zu unüberlegtem und riskantem Verhalten. Zudem sollte die Überschneidung des Sensation Seekings mit dem Faktor Alter beachtet werden, da es in seinen unterschiedlichen Ausprägungen ein natürlicher Bestandteil der Entwicklung im Jugendalter sein kann.

Die Persönlichkeitsmerkmale der Dissozialität oder Antisozialität werden in der Persönlichkeits- und Kriminalpsychologie häufig im Rahmen des vielschichtigen Konzepts der Psychopathie betrachtet (Bonta, Andrews, 2023). Die Psychopathie umfasst eine Tendenz zu abweichendem Verhalten, das oftmals mit einer reduzierten Empathiefähigkeit und vermindertem Schuldempfinden sowie einer erhöhten Ichbezogenheit einhergeht. Im Zusammenhang mit Psychopathie treten insbesondere die negativen Facetten des Sensation Seekings auf. Zudem korreliert ein höheres Maß an Psychopathie mit einer stärkeren Neigung zu kriminellem Verhalten und einem erhöhten Risiko für problematischen Alkoholkonsum. Abschließend lässt sich festhalten, dass sich die Verhaltensbereiche Kriminalität und Alkoholmissbrauch in erheblichem Maße überschneiden. Dies wird auch durch die folgenden Erkenntnisse, insbesondere im Hinblick auf individuelle Vulnerabilität sowie subkulturelle Einflüsse verdeutlicht.

3.3 Individuelle Vulnerabilität

Die Forschung zur individuellen Vulnerabilität steht in engem Zusammenhang mit wissenschaftlichen Studien, die die Prävalenz und Intensität spezifischer Persönlichkeitsmerkmale bei Personen untersuchen, die ein erhöhtes

Risiko für straffälliges und gewalttätiges Verhalten aufweisen und zugleich problematisches Trinkverhalten zeigen. Insbesondere bei Individuen, die zu langanhaltendem oder chronisch missbräuchlichem Alkoholkonsum neigen, gibt es auf Grundlage verschiedener Studienergebnisse Hinweise auf eine individuelle Anfälligkeit für dieses schädliche Verhalten. Diese Anfälligkeit sollte als stabiles Merkmal betrachtet werden, das unabhängig von Alter und Lebensphase bestimmte Gruppen einem erhöhten Risiko für alkoholbedingte Probleme aussetzt, im Vergleich zu Personen ohne diese individuelle Vulnerabilität.

Empirische Untersuchungen, die Veränderungen in spezifischen Hirnarealen, insbesondere im Frontalkortex, im Zusammenhang mit Alkoholkonsum aufzeigen (Ostling, Fillmore, 2010), deuten darauf hin, dass diese individuelle Vulnerabilität durch neurowissenschaftliche und psychophysiologische Korrelate erklärt werden kann. Zudem haben verschiedene Studien festgestellt, dass psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen häufig mit problematischem Alkoholkonsum assoziiert sind (Debell et al., 2014). Genetische Untersuchungen haben darüber hinaus Hinweise geliefert, dass Abhängigkeits- und Missbrauchsverhalten im Zusammenhang mit Drogen- und Alkoholkonsum durch genetische Prädispositionen oder Vulnerabilitäten beeinflusst werden können (Ball, 2008). Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass nahezu alle komplexen Verhaltensweisen durch die Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und entwicklungsbedingten Einflüssen geprägt werden (Elam et al., 2018).

Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass der Anteil alkoholbedingter psychischer Störungen bei straffälligen Personen signifikant höher ist als in der nicht straffälligen Bevölkerung. Dies trifft insbesondere auf schwerwiegendere Straftaten wie sexuell motivierte Gewaltdelikte zu, bei denen ein erheblicher Anteil der Täterinnen und Täter nicht nur ein chronisch problematisches Trinkverhalten zeigt, sondern häufig auch während der Tat unter Alkoholeinfluss stand (Eher et al., 2010, 2019). Darüber hinaus verdeutlichten Watkins et al. (2014), dass problematischer Alkoholkonsum ein verstärkender Faktor für aggressives Verhalten in Intimpartnerschaften sein kann, da bestehende Impulskontrollprobleme durch Alkoholeinfluss weiter verschärft werden können. Ebenso konnte festgestellt werden, dass Personen, die Alkohol missbräuchlich nutzen, ein erhöhtes Risiko haben, gewalttätige oder sexuelle Straftaten zu begehen (Davis et al., 2012).

Die Erklärung dieser Zusammenhänge stützt sich auf die in Abschnitt 3.5 näher erläuterten neurowissenschaftlichen Grundlagen und geht davon aus, dass die individuelle Anfälligkeit für alkoholbezogene Probleme und Störungen sowie die Neigung zu gewalttätigem Verhalten und gesteigerter Aggres-

sivität auf einer gemeinsamen oder zumindest eng miteinander verknüpften ätiologischen Grundlage beruhen (Heinz et al., 2011). Trifft diese individuelle Vulnerabilität auf ungünstige Lebensbedingungen und beeinträchtigte Entwicklungsmöglichkeiten – etwa durch familiäre Probleme oder soziale Ausgrenzungserfahrungen – kann das Risiko sowohl für Devianz als auch für alkoholbedingte Probleme signifikant erhöht sein.

3.4 Subkulturelle Einbindung

Obwohl der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft langfristig rückläufig ist, bleibt er weiterhin weit verbreitet. Darüber hinaus ist im Zusammenhang zwischen Alkohol und Delinquenz eine subkulturelle Komponente erkennbar. Personen mit problematischem Alkoholkonsum gehören selbst innerhalb der bereits stark stigmatisierten Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den am stärksten gesellschaftlich ausgegrenzten Individuen (Link et al., 1999; Corrigan et al., 2005). Dementsprechend liegt die Annahme nahe, dass verschiedene Mechanismen der sozialen Exklusion zusammenwirken. Diese Mechanismen tragen maßgeblich dazu bei, dass Personen, die sowohl problematisch Alkohol konsumieren als auch eine Neigung zu gewalttätigem Verhalten aufweisen, sich in subkulturelle Gruppen zurückziehen. Solche Gruppen können sich im Laufe des Lebens zwar auflösen, aber auch gefestigt werden und zu einer vollständigen Entfremdung von alternativen sozialen Gruppen führen.

In der soziologisch orientierten Kriminologie wurde frühzeitig ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und gewalttätigem Verhalten aufgrund eines gewaltgeprägten, in subkulturellen Strukturen verankerten Lebensstils postuliert (Johnston et al., 1978). Diese Annahme stützt sich auf die Vorstellung, dass aggressivere Individuen verstärkt soziale Kontexte aufsuchen, in denen übermäßiger Alkoholkonsum verbreitet ist (vgl. Abschnitt 3.2 zu Persönlichkeitsmerkmalen und Aggression). Insbesondere Mitglieder bestimmter sozialer Gruppen, in denen gewaltorientierte männliche Normen eine zentrale Rolle einnehmen – wie etwa im rechtsextremen Milieu oder in der Hooligan-Szene – zeichnen sich häufig durch exzessiven Alkoholkonsum, eine ausgeprägte öffentliche Zurschaustellung von Gewaltbereitschaft und Aggression sowie durch Motive aus, die mit Gruppenzugehörigkeit und sozialer Identität zusammenhängen (Kerner, 1997).

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass das Zusammenspiel von Alkoholkonsum und Devianz auch ein gesellschaftliches Problem darstellt und auch an dieser Stelle präventiv eingegriffen werden kann und sollte.

3.5 Erhöhte Aggressivität und verringerte Impulskontrolle

Die beiden vermittelnden Faktoren, gesteigerte Aggressivität und verminderte Impulskontrolle, werden gemeinsam betrachtet, da sie in der praktischen Bewertung und wissenschaftlichen Untersuchung von Verhalten oftmals schwer klar voneinander abzugrenzen sind. Anders als die zuvor beschriebenen Einflussfaktoren wird hierbei angenommen, dass sie nicht in einer wechselseitigen Beziehung sowohl den Alkoholkonsum als auch die Kriminalität beeinflussen. Vielmehr wird angenommen, dass bereits bestehende Prädispositionen durch Alkoholkonsum verstärkt zum Ausdruck kommen und dadurch kriminelles Verhalten begünstigen können. Alkohol ist bekannt für seine enthemmende Wirkung, die häufig mit einer Reduktion von Ängsten sowie einem gesteigerten Gefühl von Mut, Reizbarkeit und Aggressivität einhergeht (Exum, 2006). Dies kann zu einem Anstieg riskanten und potenziell gefährlichen Verhaltens führen, das sowohl sich selbst als auch andere gefährdet.

Darüber hinaus hat Alkohol eine psychomotorisch stimulierende und schmerzlindernde Wirkung (Thompson et al., 2017). Dies kann zum einen die Tendenz zu regelmäßigem Alkoholkonsum bei chronischen Schmerzen erklären, zum anderen auch verdeutlichen, warum Gewaltdelikte unter Alkoholeinfluss, etwa in Form von handgreiflichen Konflikten, intensiver und länger andauernd ausfallen können. Zusätzlich beeinträchtigt Alkoholkonsum in der Regel die kognitive Leistungsfähigkeit, beispielsweise im Hinblick auf planendes Denken, Reizverarbeitung und Aufmerksamkeit (Giancola, 2012). Dies kann dazu führen, dass die Fähigkeit zur Unterdrückung aggressiver Reaktionen unter Alkoholeinfluss herabgesetzt wird – ein Effekt, der sich besonders stark bei Personen mit einer Vorgeschichte von Aggressionsproblemen zeigt.

Zusammengefasst resultieren diese psychologischen Mechanismen in einer eingeschränkten Selbstkontrolle, einer gesteigerten Aggressionsneigung und einer reduzierten Fähigkeit, die langfristigen Konsequenzen des eigenen Handelns angemessen abzuschätzen. Die neurobiologischen Grundlagen dieser alkoholinduzierten Wirkmechanismen werden auf Störungen oder Dysregulationen der Neurotransmitter Serotonin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) zurückgeführt (Heinz et al., 2011). Beide Neurotransmitter sind von zentraler Bedeutung für die komplexe Regulation von Emotionen und Verhalten sowohl auf neurobiologischer als auch psychologischer Ebene. Im Zusammenhang mit Alkoholkonsum wird angenommen, dass die normalerweise von diesen Neurotransmittern ausgeübte Kontrolle des Verhaltens in bestimmten Hirnregionen, insbesondere im limbischen System und im Präfrontalkortex, im Zustand der Alkoholisierung erheblich beeinträchtigt oder abgeschwächt werden kann.

4 Prävention und Fazit

Im Folgenden werden die Grundprinzipien und die Vorgehensweise der bisher etablierten Präventionsstrategien zusammengefasst. Im Bereich der primären Prävention wurden breit angelegte Informationskampagnen initiiert, um die Bevölkerung über die schädlichen Folgen übermäßigen oder riskanten Alkoholkonsums aufzuklären. Diese Kampagnen zielten darauf ab, das Bewusstsein für die gesundheitlichen und sozialen Risiken zu schärfen. Sekundärpräventive Ansätze richteten sich insbesondere an bekannte Risikogruppen, wie etwa junge Männer – und in zunehmendem Maße auch junge Frauen –, um gezielt auf die spezifischen Bedürfnisse und Gefahrenpotenziale dieser Gruppen einzugehen. Die tertiäre Prävention hingegen umfasst gezielte Betreuungs-, Behandlungs- und gegebenenfalls Kontrollmaßnahmen für Personen, die bereits vorbelastet sind. Dies betrifft vor allem jene, die strafrechtlich auffällig wurden und mit Problemen im Bereich des Alkohol- und Drogenkonsums zu kämpfen haben. Diese spezialisierten Programme können im Bedarfsfall auch durch gerichtliche Anordnungen überwacht und begleitet werden, um deren Effektivität und nachhaltige Wirkung sicherzustellen.

Die Zahl der unter Alkoholeinfluss tatverdächtigen Personen steht, nach dem deutlichen Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 – verursacht durch die umfassenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens während der COVID-19-Pandemie – im Trend wieder auf dem niedrigeren Niveau von 2001 und 2002. Dies legt nahe, dass die bisherigen Präventionsstrategien wirksam und zielführend waren, und verdeutlicht das Potenzial präventiver Maßnahmen zur Reduktion alkoholbedingter Straftaten. Es unterstreicht zugleich die Bedeutung kontinuierlicher Präventionsbemühungen in diesem Bereich, um diesen Trend auch in Zukunft fortzuführen.

Literatur

- Ball, D. (2008): Addiction science and its genetics. *Addiction*, 103(3), 360–367.
- Bonta, J.; Andrews, D. A. (2023): *The psychology of criminal conduct* (7th Ed.). London: Routledge.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2023): *Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2022*. Wiesbaden.
- Bushman, B. et al. (2012): Failure to consider future consequences increases the effects of alcohol on aggression. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(2), 591–595.

- Corrigan, P. W. et al. (2005): How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544–550.
- Davis, K. C. et al. (2012): Childhood sexual abuse and acute alcohol effects on men's sexual aggression intentions. *Psychology of Violence*, 2(2), 179–193.
- Debell, F. et al. (2014): A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1401–1425.
- Duke, A. A. et al. (2018): Alcohol, drugs, and violence: A Meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249.
- Eher, R.; Rettenberger, M.; Schilling, F. (2010): Psychiatrische Diagnosen von Sexualstraftätern. Eine empirische Untersuchung von 807 inhaftierten Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 23(1), 23–35.
- Eher, R.; Rettenberger, M.; Turner, D. (2019): The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 572–581.
- Elam, K. K.; Chassin, L.; Pandika, D. (2018): Polygenic risk, family cohesion, and adolescent aggression in Mexican American and European American families: Developmental pathways to alcohol use. *Development and Psychopathology*, 30(5), 1715–1728.
- Exum, M.L. (2006): Alcohol and aggression: An integration of findings from experimental studies. *Journal of Criminal Justice*, 34(2), 131–145.
- Färber, N., Klipp, S. (2025): Suchtmittel im Straßenverkehr 2023 – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Lengerich Pabst.
- Farrington, D. P. (2003): Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In: Thornberry, T. P.; Krohn, M. D. (Eds.): *Taking stock of delinquency. An overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 137–184.
- Farrington, D. P. (1995): The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929–964.
- Giancola, P. R. (2012): Alcohol and aggression: Theories and mechanisms. In: McMurran, M. (Ed.): *Alcohol-related violence – Prevention and treatment*. New York: John Wiley. 37–59.
- Görgen, T. et al. (2013): Prevention of Juvenile Crime and Deviance: Adolescents' and Experts' Views in an International Perspective. *Journal of Criminal Justice and Security*, 15(4), 531–550.
- Heimerdinger, A. (2006): *Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (KrimZ). <https://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/kup52.pdf>, Zugriff: 03.02.2025.

- Heinz, A. et al. (2011): Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(7), 400–413.
- Horney, J.; Osgood, D. W.; Haen Marshall, I. (1995): Criminal careers in the short-term: Intra-individual variability in crime and its relation to local life circumstances. *American Sociological Review*, 60, 655–673.
- Johnston, L. D.; O'Malley, P. M.; Eveland, L. K. (1978): Drugs and delinquency: A search for causal connections. In: Kandel, D. B. (Ed.): *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. New York: John Wiley. 137–156.
- Kerner, H. J. et al. (1997): Patterns of criminality and alcohol abuse: results of the Tuebingen Criminal Behaviour Development Study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(4), 401–420.
- Link, B. G. et al. (1999): Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333.
- Martin, S. E. (2001): The links between alcohol, crime and the criminal justice system: Explanations, evidence and interventions. *The American Journal on Addictions*, 10(2), 136–158.
- McMurran, M.; Cusens, B. (2005): Alcohol and violent and non-violent acquisitive offending. *Addiction Research & Theory*, 13(5), 439–443.
- Moinuddin, A. et al. (2016): Alcohol consumption and gender: A critical review. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(3), 267.
- Moore, A. A. et al. (2005): Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *American Journal of Public Health*, 95(3), 458–464.
- Newcomb, M. D.; McGee, L. (1991): Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 614–628.
- Ostling, E. W.; Fillmore, M. T. (2010): Tolerance to the impairing effects of alcohol on the inhibition and activation of behavior. *Psychopharmacology*, 212(4), 465–473.
- Parrott, D. J.; Zeichner, A. (2002): Effects of alcohol and trait anger on physical aggression in men. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 196–204.
- Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998): *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: University Press.
- Schaller, K. et al. (2022): *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2023): *Pressemitteilung Nr. 272 vom 12. Juli 2023*. Wiesbaden.

- Thompson, T. et al. (2017): Analgesic effects of alcohol: A systematic review and meta-analysis of controlled experimental studies in healthy participants. *The Journal of Pain*, 18(5), 499–510.
- Watkins, L. E., Maldonado, R. C. & DiLillo, D. (2014): Hazardous alcohol use and intimate partner aggression among dating couples: The role of Impulse Control Difficulties. *Aggressive Behavior*, 40(4), 369–381.
- Weyerer, S.; Schäufele, M. (2017): Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. *Sucht*, 63(2), 69–80.
- Wirtz, M. A. (2021): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Zeiger, J. et al. (2018): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2).

2.9 Suchtmittel im Straßenverkehr 2023 – Zahlen und Fakten

Nadja Färber, Simone Klipp

Zusammenfassung

Alkohol im Straßenverkehr

Alkoholunfälle im Straßenverkehr sind Unfälle, bei denen mindestens eine beteiligte Person alkoholisiert war. Alkoholeinfluss wird von der Polizei in der Regel ab einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,3 Promille bzw. einer Atemalkoholkonzentration (AAK) von 0,15 mg/l angenommen.

Im Betrachtungszeitraum 2014–2023 hat sich die Zahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden um 15 % auf 15.652 Unfälle erhöht. Dies geschah aber nicht kontinuierlich. Während im Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie die Zahl der Alkoholunfälle etwa stabil war, ging sie währenddessen – in den Jahren 2020 und 2021 – zurück, um im Anschluss stark zuzunehmen. Dabei hat sich die Zahl der alkoholisierten Beteiligten an Unfällen mit Personenschaden zwischen 2014 und 2023 ebenfalls um 15 % auf 15.806 Personen erhöht.

Am häufigsten tritt Alkohol als Unfallursache in der Altersgruppe der 35- bis 44-jährigen Unfallbeteiligten auf, gefolgt von den Gruppen der 25- bis 34-jährigen und der 45- bis 54-jährigen Beteiligten. Die Anzahl der an Unfällen mit Personenschaden beteiligten alkoholisierten männlichen Beteiligten fällt etwa 6,3-mal so hoch aus wie die der weiblichen.

Alkoholunfälle mit Personenschaden ereignen sich am häufigsten in den Abend- und frühen Morgenstunden und insbesondere in den Wochenendnächten. Unter den Verursachenden dieser nächtlichen Freizeitunfälle sind junge Erwachsene überproportional häufig vertreten. Seit 2001 gilt in Deutschland eine 0,5-Promille-Grenze für Führende eines Kraftfahrzeugs. Für Fahranfängerinnen und Fahranfänger gilt seit 2007 ein Alkoholverbot. Dieses gilt für alle Personen unter 21 Jahren sowie für Personen, die sich noch in der zweijährigen Probezeit befinden, unabhängig von ihrem Alter.

Drogen im Straßenverkehr

Unfälle mit der Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ sind Unfälle, bei denen mindestens eine beteiligte Person unter dem Einfluss

berauschender Mittel stand. Darunter fallen alle Substanzen nach § 24a des Straßenverkehrsgesetzes außer Alkohol. Eine Intoxikation mit Alkohol ist zusätzlich zum Einfluss der anderen berauschenden Mittel als Unfallursache möglich.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel fast verdoppelt (2023 = 3.031 Unfälle). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt etwa gleichgeblieben. Der Anteil der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel ist damit zwar gestiegen, aber mit 1 % weiterhin sehr gering.

Der deutliche Anstieg der Unfälle mit der Ursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ ist zumindest teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei kontinuierlich verbessert hat. Wie sich die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel aber tatsächlich entwickelt hat, ist daher aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten.

Abstract

Alcohol

Alcohol-related road traffic accidents are accidents in which at least one person involved was under the influence of alcohol. The police generally supposes the influence of alcohol when the blood alcohol concentration is at 0.3‰ and over or the breath alcohol concentration is at 0.15 mg/litre and over.

In the period 2014–2023, the number of alcohol-related road traffic crashes with personal injury increased by 15 % up to 15,652 crashes. However, this did not happen continuously. While the number of alcohol-related crashes was roughly stable in the period before the COVID-19 pandemic, it fell during this period – in 2020 and 2021 – only to rise sharply afterwards. The number of persons under the influence of alcohol involved in personal injury crashes also increased by 15 % up to 15,806 persons between 2014 and 2023.

Alcohol is the most frequent cause of accidents in the 35 to 44 age group, followed by the 25 to 34 age group and the 45 to 54 age group. The number of alcohol-impaired males involved in accidents resulting in personal injury is around 6.3 times higher than that of females.

Road crashes due to alcohol most often occur within the age group of 35 to 44-year-old drivers, followed by 25 to 34-year-olds and 45 to 54-year-olds. The number of alcohol-related crashes with personal injury caused by male drivers is about 6.3-times compared to female drivers.

Alcohol-related crashes with personal injury happen most often during the evening and early morning hours, especially during weekend nights. Young adults occur disproportionately among the responsible parties of these 'leisure-time-crashes' at night. Since 2001, there has been a 0.5 g/L limit for drivers of motor vehicles in Germany. Zero tolerance has been in force for novice drivers since 2007. This applies to all persons under 21 years of age and to persons who are still in the two-year probationary period, regardless of their age.

Drugs

Accidents with the accident cause 'influence of other intoxicating substances' are accidents in which at least one person involved was under the influence of intoxicating substances. This includes all substances according to § 24a of the Road Traffic Act except alcohol. Intoxication with alcohol is a possible cause of accidents in addition to the influence of other intoxicating substances.

In the last ten years, the number of accidents under the influence of other intoxicating substances has almost doubled (2023 = 3,031 accidents). During the same period, the total number of accidents resulting in personal injury has remained roughly the same. Although the proportion of accidents under the influence of other intoxicating substances has increased, it remains very low at 1 %.

The significant increase in accidents with the cause 'under the influence of other intoxicating substances' is at least partly due to the fact that drug recognition by the police has continuously improved. However, it is therefore not easy to deduce from these figures how participation in road traffic under the influence of other intoxicating substances has actually developed.

1 Alkohol im Straßenverkehr

Gesetzeslage 2023

Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt, obwohl er oder sie 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft oder 0,5 Promille oder mehr Alkohol im Blut oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu einer solchen Atem- oder Blutalkoholkonzentration führt. Es handelt ebenfalls ordnungswidrig, wer in der Probezeit oder vor Vollendung des 21. Lebensjahres beim Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr alkoholische Getränke zu sich nimmt oder die Fahrt unter der Wirkung eines solchen Getränks antritt (§ 24c StVG). Liegen neben einem Substanznachweis im Blut auch Anzeichen für Fahruntüchtigkeit vor, zum Beispiel Fahrfehler oder Verhaltensauffälligkeiten, kann es zu einer Ahndung nach §§ 315c, 316 des Strafgesetzbuches (StGB) kommen. Ab

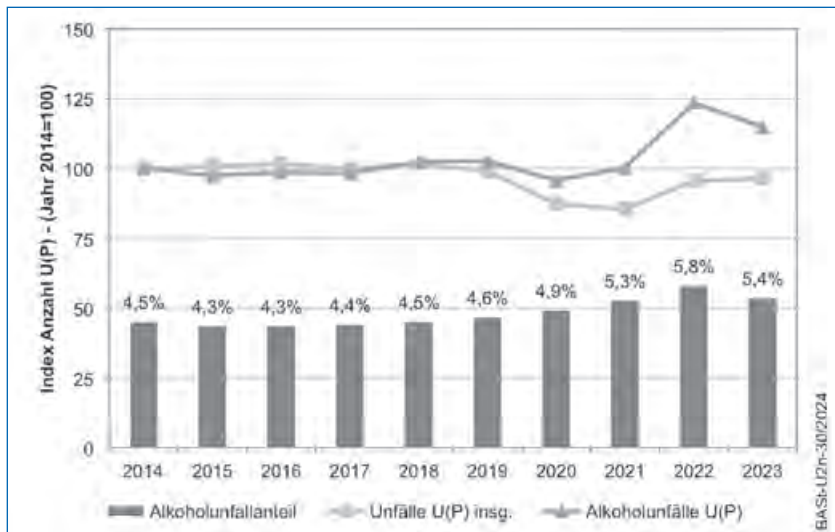
einer Blutalkoholkonzentration von 1,1 Promille wird gemäß Rechtsprechung auch ohne weitere Beweisanzeichen von Fahruntüchtigkeit ausgegangen.

Alkoholunfälle

Im Jahr 2023 ereigneten sich 15.652 Alkoholunfälle mit Personenschaden (U(P)). Getötet wurden 198 Personen (1,0 % der Verunglückten). 4.262 Personen (22,6 %) wurden schwer verletzt, sie wurden also für mindestens 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 14.424 Personen (76,4 %), wurde leicht verletzt. Insgesamt verunglückten also 18.884 Personen. Alkoholunfälle sind dabei noch immer deutlich folgenreicher als Unfälle insgesamt. Im Jahr 2023 kamen auf 1.000 Alkoholunfälle mit Personenschaden 13 Getötete und damit 1,3-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt. Der Anteil von Alkoholunfällen mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden betrug 5,4 %.

Langfristig war die Entwicklung der Alkoholunfälle lange rückläufig. Gegenüber dem Jahr 2000 war die Zahl der Alkoholunfälle im Jahr 2023 um 42,8 % niedriger. Seit 2014 stagnierte der Wert jedoch bei gut 13.500 Unfällen pro Jahr. In den Jahren 2020 und 2021 während der COVID-19-Pandemie reduzierte sich die Zahl der Alkoholunfälle leicht gegenüber den Vorjahren. Nachdem die Anzahl der Alkoholunfälle in 2022 erneut angestiegen war, ist sie 2023 wieder

Abb. 1: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Alkoholunfälle 2014–2023; Index 2014 = 100 (nur Unfälle mit Personenschaden U(P))



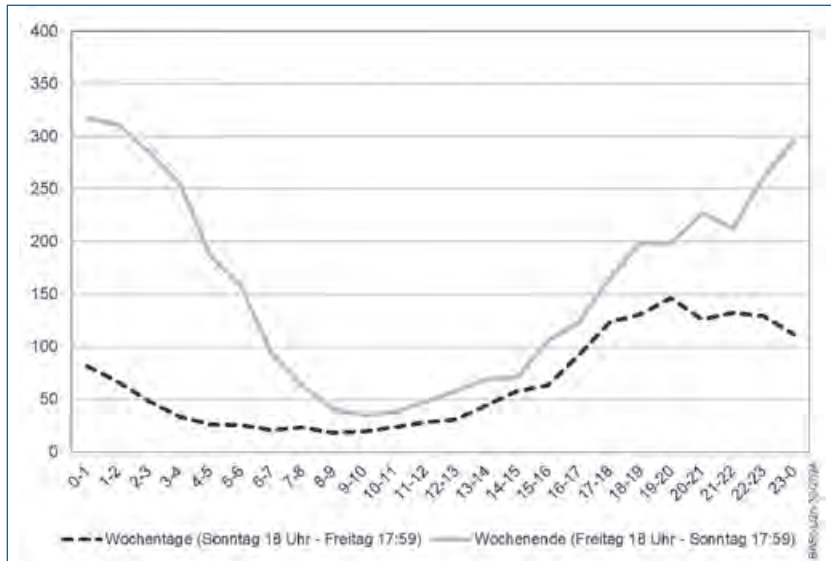
Tab. 1: Alkoholunfälle mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
U(P) alkoholisiert	13.612	13.239	13.403	13.343	13.934	13.949	13.003	13.628	16.807	15.652
dabei Getötete	260	256	225	231	244	228	156	165	242	198
dabei Schwerverl.	4.688	4.590	4.506	4.531	4.634	4.592	4.106	4.272	5.016	4.262
dabei Leichtverl.	12.168	11.836	12.264	12.040	12.595	12.591	11.385	11.889	15.102	14.424
alkohol. Beteiligte	13.742	13.361	13.532	13.463	14.056	14.070	13.098	13.745	16.947	15.806

BAST-U2n-30/2024

rückläufig. Ihr Wert liegt 6,9 % niedriger als im Vorjahr, aber 12,2 % über dem Ergebnis von 2019. Die Entwicklung der Unfallzahlen ist zusammenfassend in Abb. 1 und Tab.1 dargestellt.

Das Alkoholunfallgeschehen ist sehr stark von der Jahreszeit, vom Wochentag und von der Uhrzeit abhängig. Der Monat mit den meisten Alkoholunfällen des Jahres 2023 war der Juli. Allgemein ist das Alkoholunfallgeschehen im Sommer höher als im Rest des Jahres. Im Wochenverlauf ereignen sich die meisten Alkoholunfälle am Wochenende. Von den insgesamt 15.652 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2023 fielen 3.623 oder 23,1 % auf einen Samstag und 3.620 – ebenfalls 23,1 % – auf einen Sonntag. An Freitagen lag der Anteil bei 14,6 % und an Donnerstagen bei 12,0 %. Die Wochentage Montag bis

Abb. 2: Alkoholunfälle mit Personenschaden nach Wochentagen und Uhrzeit 2023

Mittwoch wiesen die geringste Zahl an Alkoholunfällen auf, im Schnitt ereigneten sich an diesen Tagen 9,0 % der Alkoholunfälle.

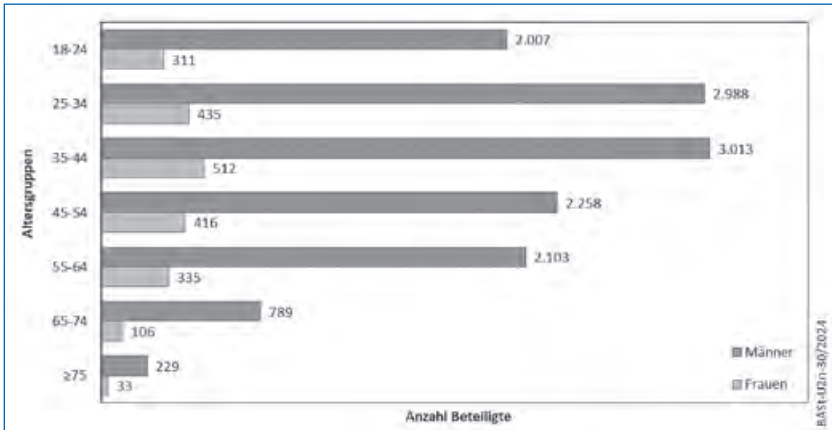
Die meisten Alkoholunfälle ereignen sich abends und nachts zwischen 18 Uhr und 2 Uhr. Im Jahr 2023 lag der Anteil der Alkoholunfälle in diesen acht Stunden bei 56,6 %. Im Vergleich dazu fielen nur 21,7 % der Unfälle mit Personenschaden insgesamt in diesen Zeitraum.

Über ein Viertel (25,8 %) der Alkoholunfälle ereignete sich dabei in den sechzehn Wochenstunden von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag zwischen 18 und 2 Uhr nachts. Damit ist ein klarer Schwerpunkt der Alkoholunfälle in den Nachtstunden an den Wochenenden auszumachen. Aus der vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (heute: Bundesministerium für Digitales und Verkehr, BMDV) in Auftrag gegebenen Studie „Mobilität in Deutschland 2017“ geht hervor, dass an Wochenenden und Feiertagen mehr als doppelt so oft Wege für Freizeitaktivitäten zurückgelegt werden als in der Kernwoche von Montag bis Donnerstag (infas et al., 2018). Dabei sind es vor allem auch Freizeitaktivitäten, bei denen häufiger Alkohol konsumiert wird, wie z. B. das Treffen von Bekannten und Verwandten, der Besuch von Veranstaltungen und Restaurants, Kneipen und Clubs (Demers et al., 2003). Zudem ist der Wegezweck „Freizeit“ in den Abend- und Nachtstunden überproportional häufig vertreten. Auch hier sind es insbesondere die zuvor genannten Freizeitaktivitäten, wegen derer die Befragten zu diesen Uhrzeiten vermehrt unterwegs waren (infas et al., 2018). Die Verteilung der Alkoholunfälle auf Wochentag und Uhrzeit ist in Abb. 2 dargestellt.

Alkoholisierte Unfallbeteiligte

Bei den insgesamt 15.652 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2023 waren 15.806 Unfallbeteiligte alkoholisiert. Gemessen an allen Beteiligten bei Unfällen mit Personenschaden (542.416), machten alkoholisierte Beteiligte damit einen Anteil von 2,9 % aus. Die meisten alkoholisierten Beteiligten (94,7 %) waren dabei Hauptverursachende des Unfalls.

Etwas weniger als die Hälfte (43,9 %) der alkoholisierten Beteiligten verunfallten 2023 im Pkw (6.931 Beteiligte). Die zweitgrößte Gruppe stellten mit 34,6 % Radfahrende dar (5.474 Beteiligte), dabei nutzten 24,4 % aller alkoholisierten Beteiligten konventionelle Fahrräder (3.864 Beteiligte) und 10,2 % Pedelecs (1.610 Beteiligte). Damit waren Radfahrende überproportional häufig alkoholisiert an Unfällen beteiligt. Ihr Anteil an den Unfallbeteiligten insgesamt betrug lediglich 18,9 %. Die drittgrößte Gruppe stellten mit 8,9 % die Elektrokleinstfahrzeuge dar (1.402 Beteiligte), auch hier ist der Anteil im Vergleich zum Unfallgeschehen insgesamt stark überproportional. Gemessen an allen Unfallbeteiligten lag der Anteil der Elektrokleinstfahrzeuge lediglich

Abb. 3: Unfallbeteiligte nach Altersgruppen und Geschlecht 2023

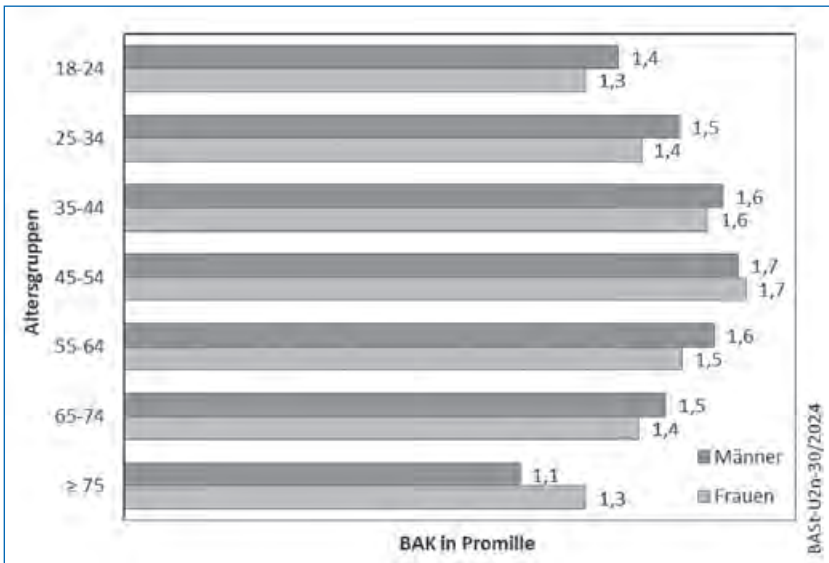
bei 1,8 %. Nachdem die Zahl der alkoholisierten Beteiligten, die Pedelec oder Elektrokleinstfahrzeuge fuhren, in den vergangenen Jahren sehr stark angestiegen ist, scheint dieser negative Trend nachzulassen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der alkoholisierten beteiligten Fahrenden von Pedelecs im Jahr 2023 lediglich um 5,1 %, die von Elektrokleinstfahrzeugen nahm sogar um 9,5 % ab. Insgesamt sank die Zahl der alkoholisierten Beteiligten um 6,7 %.

Die Thematik „Alkohol im Straßenverkehr“ trägt eindeutig alters- und geschlechtsspezifische Züge (s. Abb. 3). 2023 waren 86,1 % der alkoholisierten Unfallbeteiligten männlich. Auch wenn berücksichtigt wird, dass Männer häufiger an Straßenverkehrsunfällen beteiligt sind als Frauen – 2023 stellten sie 62,8 % der Unfallbeteiligten dar –, sind männliche alkoholisierte Unfallbeteiligte deutlich überrepräsentiert.

Alkoholisierte Beteiligte sind im Durchschnitt jünger als Beteiligte insgesamt. Knapp ein Viertel (22,3 %) der alkoholisierten Beteiligten war 2023 zwischen 35 und 44 Jahren alt, gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen mit 21,7 %. Gemessen an der Bevölkerungsstärke ist die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen allerdings am stärksten überrepräsentiert. Ihr Anteil an den alkoholisierten Unfallbeteiligten lag 2023 bei 14,7 %, während ihr Anteil an der Bevölkerung insgesamt nur 7,3 % betrug. Sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen alkoholisierten Beteiligten waren die Beteiligten im jungen Erwachsenenalter überrepräsentiert.

Von allen alkoholisierten Beteiligten im Jahr 2023 machten Männer im frühen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren knapp ein Drittel der

Abb. 4: Durchschnittliche Blutalkoholkonzentration (BAK) nach Altersgruppen und Geschlecht 2023



Beteiligten aus. Wird noch die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen hinzugenommen, steigt ihr Anteil sogar auf über 50 %. Aus Studien geht hervor, dass die Neigung zu riskantem Verhalten in jungen Jahren stärker ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter abnimmt (Gregersen, 2003; Holte, 2012). Dabei weisen Männer eine größere Risikobereitschaft auf als Frauen (ebd.). Zudem gehen jüngere Erwachsene in ihrer Freizeit öfter den oben erwähnten Aktivitäten nach, bei denen häufiger Alkohol konsumiert wird (infas, DLR, IVT und infas 360, 2018). Allerdings deuten Studien auch darauf hin, dass Alkoholkonsum das Unfallrisiko junger Erwachsener stärker erhöht als das von älteren und fahrfahreneren Personen (Peck et al., 2008; Yadav, Velega, 2019).

Dies spiegelt sich auch im Alkoholisierungsgrad wider. Junge alkoholisierte Teilnehmer weisen einen deutlich geringeren Alkoholwert auf als alkoholisierte Teilnehmer mittlerer Altersgruppen (s. Abb. 4). Bei den 18- bis 24-jährigen alkoholisierten Teilnehmern wurde durchschnittlich eine Blutalkoholkonzentration (BAK) in Höhe von 1,35 Promille nachgewiesen. Am höchsten war der Wert dagegen bei den 45- bis 54-Jährigen mit 1,70 Promille. Damit lag der mittlere Alkoholwert der 18- bis 24-Jährigen gut 20 % unter dem der 45- bis 54-Jährigen.

2 Drogen im Straßenverkehr

Gesetzeslage 2023

Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer unter der Wirkung (definiert als Nachweis im Blut) von bestimmten Drogen im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. In der Anlage zu § 24a StVG werden die berauschenden Mittel (Drogen) und deren jeweilige im Blut nachzuweisende Substanz aufgeführt. Gelistet sind hier Cannabis (THC), Morphin (Morphin), Cocain (Cocain, Benzoyllecgonin), Amfetamin (Amfetamin, Designer-Amfetamine (MDA, MDE, MDMA) und Metamfetamin (Metamfetamin).

Liegen neben einem Substanznachweis im Blut auch Anzeichen für Fahruntüchtigkeit vor, zum Beispiel Fahrfehler oder Verhaltensauffälligkeiten, kann es zu einer Ahndung nach §§ 315c, 316 des Strafgesetzbuches (StGB) kommen.

Entdeckung der Fahrt unter Drogen

Während die Fahrzeugführenden unter Alkoholeinfluss relativ leicht an dem typischen Atemgeruch erkannt werden können, ist die Entdeckung eines drogen- oder arzneimittelbeeinflussten Fahrenden deutlich schwieriger. Die Polizei ist darauf angewiesen, durch das Erkennen von Auffälligkeiten im Verhalten und Erscheinungsbild des Fahrenden oder durch die Entdeckung von Drogenutensilien im Fahrzeug einen Anfangsverdacht zu erhalten.

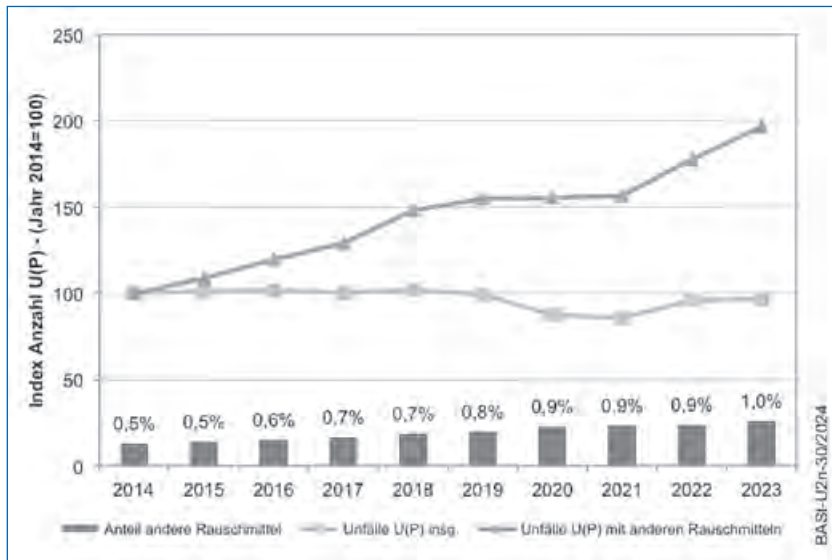
Schnelltest-Verfahren

Einen beweissicheren Schnelltest wie die Atemalkoholmessung, die am Straßenrand erfolgen kann, gibt es für Drogen zurzeit nicht. In vielen Bundesländern werden aber Schnelltests, die Drogen im Speichel, Schweiß oder Urin feststellen können, als Vortest von der Polizei eingesetzt. Eine Laboranalyse zur Bestätigung ist rechtlich für die Beweissicherung weiterhin notwendig.

Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“

In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel fast verdoppelt (s. Abb. 5). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt etwa gleichgeblieben. Der Anteil der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel ist zwar damit gestiegen, aber mit 1 % weiterhin sehr gering. Der deutliche Anstieg der Unfälle mit der Ursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ ist zumindest teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei kontinuierlich verbessert hat. Wie sich die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss anderer berauschender

Abb. 5: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel 2014–2023; Index 2014 = 100 (nur Unfälle mit Personenschaden U[P])



Mittel aber tatsächlich entwickelt hat, ist daher aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten.

In den Jahren während der COVID-19-Pandemie, 2020 und 2021, nahm die Anzahl der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel nur geringfügig zu. Nach einer starken Zunahme in 2022 stieg der Wert im Jahr 2023 erneut deutlich an – er nahm gegenüber dem Vorjahr um 10,8 % zu. Im Jahr 2023 waren insgesamt 3.031 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss berauschender Mittel zu verzeichnen. Dabei verunglückten 4.053 Personen. Davon wurden 48 getötet (1,2 %), 959 schwer verletzt (23,7 %) und 3.046 leicht verletzt (75,2 %). Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel sind damit deutlich folgeschwerer als Unfälle insgesamt. Im Jahr 2023 kamen 16 Getötete auf 1.000 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss berauschender Mittel und damit 1,6-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt.

Knapp zwei Drittel der Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel mit Personenschaden ereigneten sich in der zweiten Tageshälfte mit Spitzen zwischen 15 und 20 Uhr. Zwei von drei Unfällen ereigneten sich in 2023 am Wochenende.

Die Anzahl der Beteiligten, die unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel standen, lag 2023 bei 3.040 Personen. Wie auch beim Alkoholunfallgeschehen sind deutliche geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten zu erkennen. Die meisten Beteiligten waren männlich (87,1 %), zudem waren Personen zwischen 18 und 34 Jahren mit 49,9 % deutlich überrepräsentiert gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung (19,8 %). Die Hälfte (49,9 %) der Beteiligten waren männlich und zwischen 18 und 34 Jahren.

Literatur

- Bundesanstalt für Straßenwesen (1998): Drogenerkennung im Straßenverkehr – Schulungsprogramm für Polizeibeamte. Reihe Mensch und Sicherheit; Heft M 96. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Demers, A. et al. (2003): Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Social Science & Medicine*, 55(3), 415–424.
- Gregersen, N. (2003): Young novice drivers. In: Engström, I. et al.: *Young Novice drivers, Driver Education and Training*. VTI Rapport 491A. Linköping: Swedish National Road and Transport Research Institute. 21–53.
- Holte, H. (2012): Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer. Reihe Mensch und Sicherheit; Heft 229. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- infas et al. (2018): *Mobilität in Deutschland – Tabellarische Grundauswertung*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur. Bonn; Berlin.
- Peck, R. C. et al. (2008): The relationship between blood alcohol concentration (BAC), age, and crash risk. *Journal of Safety Research*, 39(3), 311–319. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008.02.030>.
- Yadav, A. K., Velaga, N. R. (2019): Modelling the relationship between different Blood Alcohol Concentrations and reaction time of young and mature drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 64(3), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2019.05.011>.

3 Suchtkrankenhilfe in Deutschland

3.1 Jahresstatistik 2023 der professionellen Suchthilfe

*Larissa Schwarzkopf, Monika Murawski,
Carlotta Riemerschmid*

Zusammenfassung

Im DHS Jahrbuch Sucht werden jährlich die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zusammengefasst. Die aktuell vorliegende Statistik basiert auf den Daten des Jahres 2023, die mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS), der in seiner aktuellen Fassung (KDS 3.0) seit Datenjahr 2017 Verwendung findet, erhoben wurden. Im Datenjahr 2023 wurden in 897 ambulanten und 156 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 331.537 ambulante Betreuungen und 36.868 stationäre Behandlungen durchgeführt. Die Suchthilfe in Deutschland zählt damit europaweit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich und weist eine hohe Qualifizierung und Differenzierung auf.

Ziel dieses Beitrags ist eine breite Ergebnisdarstellung aktueller Daten der DSHS. Aus Platzgründen erfolgen jedoch keine vertiefenden Analysen oder Beschreibungen von Langzeitentwicklungen. Im Einzelnen werden die Diagnosen, die den primären Betreuungs-/Behandlungsanlass der Klientel bzw. des Patientinnen- und Patientenkollektivs bilden (sog. Hauptdiagnosen), sowie weitere suchtbetragene Störungen aufbereitet. Weiterhin werden soziodemographische Merkmale wie Alter, Lebens- und Erwerbssituation und versorgungsbezogene Daten wie Dauer und Erfolg der Betreuung/Behandlung überblicksartig dargestellt. Ergänzend werden einige wesentliche Merkmale auch anhand ausgewählter Hauptmaßnahmen („Art der Dienste/Maßnahmen“) berichtet. Der vollständige Bericht der DSHS 2023 ist unter <https://www.suchthilfestatistik.de> verfügbar.

Abstract

The most important results of the German Addiction Care Statistical Service (DSHS) are summarized in this annual book. The current statistics are based on data from

2023, which were collected by means of the German Core Dataset (KDS 3.0; version valid since 2017) for documentation in the field of substance abuse treatment. The 2023 DSHS data set contains data of 897 outpatient and 156 inpatient addiction care facilities, in which 331,537 respectively 36,868 treatments were carried out. The German addiction care system is one of the most comprehensive in Europe.

This chapter aims to provide an overview of the current situation regarding addiction care in Germany by presenting core results. It does not contain detailed analyses or long-term trends, due to lack of space. This chapter includes diagnostic data on the primary causes of treatment demand as well as information on further comorbid addiction-related disorders. Besides, information on sociodemographic characteristics of the help-seeking clientele such as age, living situation and employment status as well as care-related information on treatment duration and outcome are reported. Some results are presented according to the type of treatment service/program. Therefore, besides outpatient and inpatient settings, some key parameters are also outlined based on selected types of treatment services/programs. The full report is available at <https://www.suchthilfestatistik.de>.

1 Einleitung

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit von (überwiegend) ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erhoben. Grundsätzlich erfolgt bereits seit 1980 eine standardisierte Dokumentation im Bereich der Suchthilfe. Für die Dokumentation und Datenerhebung wird der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegebene Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS) genutzt. Hierbei findet seit 2017 die KDS-Version 3.0 Anwendung (Manual verfügbar unter: www.suchthilfestatistik.de). Zuvor wurde mit früheren, in weiten Teilen kompatiblen Versionen des KDS dokumentiert. Im Rahmen des KDS werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung als auch Informationen zur Klientel erfasst.

2 Methodik

2.1 Datenerfassung

An der DSHS können Einrichtungen der Suchthilfe teilnehmen, die ihre Arbeit entsprechend den Vorgaben des KDS 3.0 (DHS, 2023) dokumentieren und in aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen. Die

Statistik wird jährlich vom Institut für Therapieforschung (IFT) veröffentlicht. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer durch das IFT zertifizierten Dokumentationssoftware, mittels der die Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Im Oktober 2023 verfügten Softwares von 15 Anbieterfirmen über ein aktives Zertifikat für den KDS 3.0.

Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden und Jahresberichten. Neben den Berichten und Tabellenbänden der Vorjahre sind auch der aktuelle Jahresbericht der DSHS (Schwarzkopf et al., 2024) sowie relevante, aktuelle (unkommentierte) Tabellenbände unter <https://www.suchthilfestatistik.de> frei verfügbar. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) zu entnehmen.

2.2 Datenbasis

Die zugrundeliegenden Daten liefern eine umfangreiche, aber nicht vollständige Darstellung des Suchthilfesystems in Deutschland. Im Datenjahr 2023 beteiligten sich 897 (2022: 887) ambulante und 156 (2022: 162) stationäre Einrichtungen an der DSHS. Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen hat sich in den letzten zehn Jahren grundsätzlich erhöht. Da sich durch die Einführung des KDS 3.0 die Systematik der Einrichtungstypen geändert hat (vgl. Braun, Lesehr, 2017), ist die absolute Anzahl ab 2017 jedoch nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Das IFT führt ein von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) initiiertes Register fort, das die Facheinrichtungen der Suchthilfe in Deutschland nahezu vollständig erfasst. Ein Vergleich mit diesem Register erlaubt eine Einschätzung, welcher Anteil der deutschen Suchthilfeeinrichtungen sich an der DSHS beteiligt. Im Dezember 2023 umfasste das Einrichtungsregister validierte Einträge¹ von insgesamt 1.199 ambulanten und 310 stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland.

Auf Basis der Angaben der Einrichtungen zu ihrer Teilnahme an der DSHS lässt sich eine Beteiligungsquote ermitteln, die bis zum Datenjahr 2020 auf Basis eines Algorithmus von Süß und Pfeiffer-Gerschel (2011) berechnet wurde. Da dieser Algorithmus Einrichtungszusammenlegungen, die seit Einführung des KDS 3.0 möglich sind, unzureichend berücksichtigt und zudem die Betei-

¹ Als Validierung gilt, wenn die Existenz der Einrichtung seit 2018 mindestens einmal durch die Einrichtung oder ihren Trägerverband bestätigt wurde.

ligung im stationären Sektor systematisch überschätzt bewertet, wurde die Berechnungsformel entsprechend überarbeitet. Seit Datenjahr 2021 findet diese überarbeitete Berechnungsformel Anwendung², weswegen Vergleiche der Beteiligungsquoten vor und nach diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll sind.

Im Datenjahr 2023 wird die neue Beteiligungsquote für den ambulanten Bereich auf 77,3 % (2022: 73,4 %) und für den stationären Bereich auf 52,4 % (2022: 53,0 %) geschätzt.

2.3 Auswertungen

Für die jährlichen Analysen der DSHS werden die Auswertungen in „ambulant“ und „stationär“ zusammengefasst³. Für den *ambulenten* Bereich ($N = 897$ Einrichtungen) basieren die hier dargestellten Analysen – je nach betrachteter Variable – auf der Bezugsgruppe der „Zugänge“ (soziodemografische und diagnostische Informationen, Zugangs- und Konsumdaten) bzw. der Bezugsgruppe der „Beender“ (betreuungsbezogene Daten), d. h. es werden Daten zu jenen Klientinnen und Klienten⁴ berichtet, die 2023 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Dieses Verfahren ermöglicht die Darstellung aktueller Entwicklungen am besten, da Schwankungen in der Zahl jener Personen, die sich bereits seit Jahren in Betreuung befinden, die Datengrundlage nicht verzerren.

Für den *stationären* Bereich ($N = 156$ Einrichtungen) basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Patientinnen und Patienten berichtet, die 2023 eine Behandlung beendet haben. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich werden für die Auswertung im stationären Bereich nur Daten der „Beender“ herangezogen, da im stationären Bereich Entlassjahrgänge die übliche Bezugsgröße für Leistungserbringende und -träger darstellen.

Ergänzend zu den ambulanten und stationären *Typ*-Auswertungen („Art der Einrichtung“) werden Auswertungen auch anhand ausgewählter *Hauptmaßnahmen* („Art der Angebote“) erstellt. Diese umfassen alle Fälle, bei denen eine entsprechende Maßnahme als Hauptmaßnahme dokumentiert wurde.

² Details siehe: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/Neuberechnung_Beteiligungsquote_DSHS_2022.pdf, Zugriff: 10.02.2025.

³ Zur Vereinfachung werden im Folgenden die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ synonym für Daten ausschließlich aus den genannten Einrichtungstypen bzw. Bereichen verwendet.

⁴ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Klientinnen und Klienten (ambulant) bzw. Patientinnen und Patienten (stationär) oder Personen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d. h. ein und dieselbe Person mit mehreren Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen kann.

Hier wird zur besseren Vergleichbarkeit ebenfalls die Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ zugrunde gelegt. Für das Datenjahr 2023 werden ausgewählte Merkmale für die Hauptmaßnahmen *Psychosoziale Begleitung Substituierter* (PSB, $N = 361$ Einrichtungen), *Ambulante medizinische Rehabilitation* (ARS, $N = 333$ Einrichtungen), *(Reha-)Nachsorge* (NAS, $N = 415$ Einrichtungen), *Suchtberatung im Justizvollzug* (SBJ, $N = 148$ Einrichtungen) und *Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum* (AWS, $N = 167$ Einrichtungen) berichtet.

Alle aufgeführten Ergebnisse beruhen jeweils auf einem 33 %-Lauf, d. h. bei jedem Parameter werden Daten von Einrichtungen ausgenommen, bei denen $> 33\%$ der Angaben zu diesem Parameter fehlen. Dies soll verhindern, dass die Datenqualität durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote beeinträchtigt wird. Infolgedessen ergeben sich für die einzelnen Parameter unterschiedliche Fallzahlen. Die Fallzahlen sowie die Anzahl der für die einzelnen Parameter datenliefernden Einrichtungen sind zusammen mit den Missingquoten in den jeweiligen Tabellen aufgeführt⁵. Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen beruhen die Ergebnisse aus ambulanten Einrichtungen zudem auf Personen ohne Einmalkontakte, d. h. dass nur Daten von Personen in die Auswertung eingehen, die mehr als einen Kontakt im Rahmen ihrer Betreuung hatten.

Die diagnostischen Informationen zur betreuten/behandelten Klientel beruhen auf der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling et al., 2015). Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Betreuungs-/Behandlungsfall primären Problem einer hilfesuchenden Person. Die hier präsentierten Auswertungen nehmen, soweit nicht anders vermerkt, Bezug auf die Klientel mit eigener Problematik, für die eine entsprechende Hauptdiagnose vorliegt.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Klientelgruppen bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.

⁵ Aus Gründen der Interpretierbarkeit werden bei einer Stichprobengröße von unter 30 Fällen in den Tabellen keine Prozentwerte berichtet, sondern statt der Anteilswerte die absoluten Fallzahlen ausgewiesen. Zudem werden Anteilswerte unter 3 % in den Grafiken ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen.

3 Einrichtungenmerkmale

3.1 Trägerschaft

Mit einem Anteil von 90 % (ambulant) bzw. 57 % (stationär) befindet sich der überwiegende Teil der Einrichtungen in Trägerschaft der *Freien Wohlfahrtspflege* oder anderer gemeinnütziger Träger. Die anderen Einrichtungen haben einen *öffentlich-rechtlichen* (ambulant: 7 %, stationär: 12 %), einen *privatwirtschaftlichen* (ambulant: 1 %, stationär: 27 %) oder einen *sonstigen Träger* (ambulant: 2 %, stationär: 4 %).

3.2 Maßnahmen

In Bezug auf „*Beratung & Betreuung*“ wird in fast allen *ambulanten Einrichtungen* das Angebot *Sucht- und Drogenberatung* (in 92 % der Einrichtungen) mindestens einmal in Anspruch genommen. Ebenfalls verbreitet, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau, ist die Nutzung von *PSB* (in 59 % der Einrichtungen) und *Niedrigschwelligen Hilfen* (in 40 % der Einrichtungen). Hinsichtlich „*Suchtbehandlung*“ wird in 7 von 10 Einrichtungen das Angebot *NAS* (in 68 % der Einrichtungen) wahrgenommen. Mit Abstand folgt die Inanspruchnahme von *ARS* (in 45 % der Einrichtungen) und von *Kombinationsbehandlung (KOM)*, in 33 % der Einrichtungen). In 5 von 9 Einrichtungen wird der Angebotskomplex „*Prävention und Frühintervention*“ (in 54 % der Einrichtungen) aktiv genutzt und knapp 4 von 9 Einrichtungen setzen den Angebotskomplex „*Selbsthilfe*“ (in 42 % der Einrichtungen) um. „*Suchtberatung im Betrieb*“ (in 27 % der Einrichtungen) kommt in gut jeder vierten Einrichtung und damit ähnlich häufig wie die Angebotskategorie „*Soziale Teilhabe*“ (in 24 % der Einrichtungen) zum Tragen. Angebote aus der Angebotskategorie „*Justiz*“ (in 20 % der Einrichtungen) werden in jeder fünften Einrichtung wahrgenommen. In knapp jeder sechsten Einrichtung werden Angebote aus der Angebotskategorie „*Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung*“ (in 15 % der Einrichtungen) umgesetzt, ähnlich häufig die Angebotskategorie „*Kinder- und Jugendhilfe*“ (in 15 % der Einrichtungen).

Im Bereich „*Suchtbehandlung*“ wird in drei Vierteln der *stationären Einrichtungen* eine *Stationäre medizinische Rehabilitation* (in 74 % der Einrichtungen) in Anspruch genommen. Ebenfalls häufig werden die Angebote *KOM* (in 48 % der Einrichtungen), *ADA* (in 42 % der Einrichtungen) und *Wechsel in die ambulante Behandlungsform* (in 39 % der Einrichtungen) genutzt. Eine Inanspruchnahme von *Ganztägiger ambulanter Entlassform* (in 29 % der Einrichtungen), *Ganztä-*

giger ambulanter Rehabilitation (in 27 % der Einrichtungen), *Ambulanter Entlassform* (in 23 % der Einrichtungen) und *NAS* (in 21 % der Einrichtungen) ist weniger weit verbreitet. Mit Abstand seltener wird *Medikamentöse Rückfallprophylaxe* oder *ARS* (in 14 % bzw. 9 % der Einrichtungen) umgesetzt. Der *Qualifizierte Entzug* (in 1 % der Einrichtungen) sowie Leistungsangebote aus weiteren Maßnahmenkategorien spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle.

4 Betreuungsvolumen

Im Datenjahr 2023 wurden im Rahmen der DSHS ambulant insgesamt 331.537 Betreuungen und stationär insgesamt 36.868 Behandlungen dokumentiert. Während stationär alle Behandlungen ($n = 36.868$) aufgrund einer eigenen Problematik erfolgten, wurden ambulant 8 % der Betreuungen mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt. Die Gesamtzahl der Betreuungen/Behandlungen beinhaltet Übernahmen aus dem Jahr 2022, Neuzugänge des Jahres 2023, im Jahr 2023 beendete Betreuungen/Behandlungen sowie Übernahmen in das Jahr 2024 (Tab. 1). Im Gegensatz zu allen nachfolgenden Analysen sind in diesen Angaben noch jene Fälle enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchtproblematik einer Bezugsperson durchgeführt wurden. Zudem umfassen diese Zahlen das gesamte Betreuungs-/Behandlungsvolumen, während in die weiteren Auswertungen nur die Daten von Zugängen/Beendern im ambulanten und von Beendern im stationären Bereich eingehen (s. auch Abschnitt 2 *Methodik*). Die im Bericht nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich somit – unabhängig vom Vorliegen einer Hauptdiagnose – auf $N = 202.262$ Zugänge bzw. $N = 178.633$ Be-

Tab. 1: Anzahl der Betreuungen/Behandlungen 2023

Betreuungen/Behandlungen 2023	ambulant				stationär			
	G		M	F	G		M	F
<i>N</i>	331.537		226.973	103.914	36.868		27.855	9.003
	<i>N</i>	%	%	%	<i>N</i>	%	%	%
Zahl der Übernahmen aus 2022	129.275	39,0	39,0	39,1	7.812	21,2	21,4	20,6
Zahl der Zugänge 2023	202.262	61,0	61,0	60,9	29.056	78,8	78,6	79,4
Zahl der Beender 2023	178.633	53,9	54,0	53,6	31.379	85,1	85,0	85,5
Zahl der Übernahmen nach 2024	152.904	46,1	46,0	46,4	5.489	14,9	15,0	14,5
Geschlechterverhältnis (gesamt)			68,5	31,3			75,6	24,4

$N = 897$ ambulante Einrichtungen: (unbekannt: 0,0 %); $N = 156$ stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %);
 Bezug: alle Betreuungen/Behandlungen inklusive Bezugspersonen.
 G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

ender mit eigener Problematik für den ambulanten Bereich und auf $N = 31.379$ Beender für den stationären Bereich.

Innerhalb der Hauptmaßnahmen entfallen die meisten Betreuungen auf PSB ($N = 24.311$). Es folgen, mit Abstand und in ähnlicher Größenordnung, ARS ($N = 9.809$) und NAS ($N = 9.836$) und SBJ ($N = 11.231$). Ein nochmals wesentlich geringeres Betreuungsvolumen weist AWS ($N = 3.947$) auf.

5 Merkmale der Klientel

5.1 Hauptdiagnosen

Die Verteilung der Hauptdiagnosen in ambulanten (Tab. 2a) bzw. stationären Einrichtungen (Tab. 2b) zeigt, dass alkoholbezogene Störungen (F10; ambulant: 50 %, stationär: 65 %) die häufigste Hauptdiagnose darstellen, gefolgt von cannabinoidbezogenen Störungen (F12; ambulant: 18 %, stationär: 10 %). Die drittgrößte Gruppe bilden ambulant opioidbezogene Störungen (F11; ambulant: 9 %, stationär: 4 %) und stationär Störungen in Folge des Konsums anderer (nicht separat klassifizierter) psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (F19; ambulant: 5 %, stationär: 10 %). Weitere verhältnismäßig häufige Hauptdiagnosen sind Störungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien⁶ (F15; ambulant: 5 %, stationär: 6 %) sowie Pathologisches Spielen (F63.0; ambulant: 3 %, stationär: 1 %). Auf die Hauptdiagnose Exzessive Mediennutzung (F63.8/F68.8; ambulant: 1 %, stationär: < 1 %) entfallen nur sehr geringe Anteile.

Insgesamt ist der Männeranteil bei nahezu allen Hauptdiagnosegruppen höher als der Frauenanteil. Die Rangreihe der Geschlechterverhältnisse (Daten nicht tabellarisch ausgewiesen) reicht im ambulanten Bereich von 8:1 bei Pathologischem Spielen, 6:1 bei kokainbezogenen Störungen, 5:1 bei Exzessiver Mediennutzung, 4:1 bei cannabinoid- bzw. opioidbezogenen Störungen sowie bei Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie bis hin zu 2:1 bei alkohol- bzw. bei stimulanzienbezogenen Störungen. Lediglich bei den anteilmäßig seltenen Störungen aufgrund des Konsums von Sedativa/Hypnotika ist das Geschlechterverhältnis mit 1:1 ausgeglichen. Stationär zeigt sich ein ähnliches Bild.

Hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahme (Tab. 2c) zeigt sich, dass die Klientel der PSB zum Großteil aus Personen mit opioidbezogenen Störungen (90 %) besteht, gefolgt von Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (5 %). In SBJ

⁶ Methylenedioxyamphetamin (MDMA) und verwandte Substanzen, Amphetamine, Methamphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.

Tab. 2a: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, ambulant

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	146.757	107.411	39.102
F10 Alkohol	73.746	50,3 %	47,7 %	57,4 %
F11 Opioide	13.015	8,9 %	9,4 %	7,5 %
F12 Cannabinoide	26.633	18,1 %	19,8 %	13,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	1.463	1,0 %	0,7 %	1,7 %
F14 Kokain	6.451	4,4 %	5,1 %	2,4 %
F15 Stimulanzen	7.864	5,4 %	5,2 %	5,9 %
F16 Halluzinogene	142	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F17 Tabak	1.119	0,8 %	0,6 %	1,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	14	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	7.695	5,2 %	5,7 %	3,9 %
F50 Essstörungen	1.717	1,2 %	0,1 %	4,1 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	32	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	4.850	3,3 %	4,0 %	1,3 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	2.016	1,4 %	1,6 %	0,8 %

N = 887 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,8 %); Bezug: Zugänge.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tab. 2b: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, stationär

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	31.252	23.568	7.676
F10 Alkohol	20.191	64,6 %	62,1 %	72,3 %
F11 Opioide	1.126	3,6 %	4,0 %	2,5 %
F12 Cannabinoide	3.056	9,8 %	10,3 %	8,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	274	0,9 %	0,7 %	1,6 %
F14 Kokain	1.217	3,9 %	4,5 %	1,9 %
F15 Stimulanzen	1.774	5,7 %	5,8 %	5,3 %
F16 Halluzinogene	16	0,1 %	0,0 %	0,1 %
F17 Tabak	12	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	7	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	3.070	9,8 %	10,7 %	7,3 %
F50 Essstörungen	10	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	417	1,3 %	1,5 %	0,7 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	82	0,3 %	0,3 %	0,1 %

N = 165 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

entfällt der größte Anteil auf cannabinoidbezogene Störungen (25 %), gefolgt von Störungen aufgrund anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (18 %) und opioid- (17 %), alkohol- (15 %), stimulanzen- (13 %) und kokainbezogene Störungen (10 %).

In den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen dominieren alkoholbezogene Störungen, wobei ihr Anteil in ARS (71 %) und NAS (77 %) bei etwa drei Vierteln und in AWS (50 %) bei etwa der Hälfte liegt. Es folgen in ARS cannabinoidbezogene Störungen (8 %), Pathologisches Spielen (5 %), kokain- (5 %) und stimulanzenbezogene Störungen (3 %). In NAS stehen ebenfalls cannabinoidbezogene Störungen (6 %) an zweiter Stelle, gefolgt von stimulanzenbezogenen Störungen (5 %) und Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (4 %). In SBJ entfallen die Ränge zwei und drei auf Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (18 %) und alkoholbezogene Störungen (15 %). In AWS sind es opioid- (15 %) und cannabinoidbezogene Störungen (11 %).

Tab. 2c: Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahmen

Hauptdiagnose	PSB	ARS	NAS	SBJ	AWS
N	5.098	4.821	5.241	6.027	886
F10 Alkohol	2,0 %	71,4 %	77,0 %	15,1 %	49,4 %
F11 Opioide	89,9 %	1,8 %	1,5 %	17,2 %	14,9 %
F12 Cannabinoide	1,2 %	8,2 %	5,7 %	24,6 %	10,7 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,1 %	0,7 %	0,7 %	0,4 %	1,1 %
F14 Kokain	0,8 %	5,2 %	2,4 %	10,0 %	5,5 %
F15 Stimulanzen	0,3 %	3,1 %	5,2 %	12,8 %	6,4 %
F16 Halluzinogene	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F17 Tabak	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	5,4 %	2,9 %	3,7 %	18,2 %	10,0 %
F50 Essstörungen	0,0 %	0,7 %	0,1 %	0,0 %	0,7 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	0,1 %	5,1 %	2,3 %	1,3 %	0,6 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,0 %	0,8 %	1,2 %	0,1 %	0,3 %

PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 346 Einrichtungen (unbekannt: 1,8 %),

ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 332 Einrichtungen (unbekannt: 0,7 %),

NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 409 Einrichtungen (unbekannt: 1,0 %),

SBJ = Suchtberatung im Justizvollzug: N = 147 Einrichtungen (unbekannt: 2,1 %),

AWS = Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum: N = 160 Einrichtungen (unbekannt: 0,6 %).

Bezug: Zugänge/Beender.

Für die nachfolgenden Ausführungen werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzenbezogene Störungen sowie Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung aufgrund ihrer Häufigkeit bzw. der inhaltlichen Bedeutung jeweils gesondert betrachtet. Befunde für die einzelnen Hauptmaßnahmen beziehen sich jeweils auf Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose.

5.2 Suchtbezogene Komorbiditäten

Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall primären Problem einer hilfesuchenden Person. Darüber hinaus erlaubt der KDS die Vergabe weiterer Diagnosen für alle Substanzen/Spielformen/Tätigkeiten, die in missbräuchlicher oder abhängiger Weise konsumiert/betrieben werden. Dies ermöglicht eine Analyse von suchtbezogenen Komorbiditäten (Tab. 3a, 3b).

Insgesamt ist die suchtbezogene Komorbiditätslast bei Klientinnen und Klienten mit einer primären Konsumstörung aus dem Bereich der illegalen Substanzen höher als bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder einer Verhaltenssucht.

Bei Personen mit primär *opioidbezogenen Störungen* zeigt sich sowohl ambulant als auch stationär die höchste Bandbreite suchtbezogener Komorbidität. Hier liegen häufig noch Einzeldiagnosen aufgrund des missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsums von Tabak (ambulant: 21 %, stationär: 58 %), Cannabinoiden (ambulant: 24 %, stationär: 49 %), Alkohol (ambulant: 20 %, stationär: 37 %), Kokain (ambulant: 19 %, stationär: 42 %), Sedativa/Hypnotika (ambulant: 10 %, stationär: 29 %) oder Stimulanzen (ambulant: 9 %, stationär: 25 %) vor.

In der Klientel mit primär *stimulanzenbezogenen Störungen* sind vor allem zusätzliche Störungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 38 %, stationär: 56 %), Alkohol (ambulant: 25 %, stationär: 42 %), Tabak (ambulant: 21 %, stationär: 63 %) oder Kokain (ambulant: 9 %, stationär: 15 %) zu nennen. Zusätzlich konsumieren Personen dieser Gruppe auch Opioide (ambulant: 3 %, stationär: 7 %) oder Sedativa/Hypnotika (ambulant: 2 %, stationär: 5 %) in missbräuchlicher oder abhängiger Weise. Zudem tritt mitunter Pathologisches Spielen (ambulant: 1 %, stationär: 4 %) auf. Damit stellt diese Gruppe diejenige mit der zweithöchsten suchtbezogenen Komorbiditätslast (ambulant und stationär) dar.

Bei Personen mit primär *cannabinoidbezogenen Störungen* sind vor allem weitere Einzeldiagnosen aufgrund des missbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Tabak (ambulant: 21 %, stationär: 63 %), Alkohol (ambulant:

Tab. 3a: Suchtbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen, ambulant

Hauptdiagnose	Einzeldiagnose								
	F10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Canna- binoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimu- lanzen	F17 Tabak	F63.0 Path. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.
	N								
F10 Alkohol	67.338 100 %	12.309 1,4 %	34.822 9,8 %	4.041 1,0 %	12.741 3,2 %	16.048 4,6 %	20.858 17,8 %	4.009 0,3 %	1.784 0,1 %
F11 Opiode		100 %	23,9 %	9,8 %	19,2 %	8,8 %	20,7 %	0,3 %	0,1 %
F12 Cannabinoide		3,3 %	100 %	2,4 %	10,1 %	17,0 %	21,3 %	0,4 %	0,5 %
F15 Stimulanzien		3,1 %	38,2 %	2,4 %	8,6 %	100 %	20,8 %	1,0 %	0,3 %
F63.0 Pathologisches Spielen		0,6 %	6,3 %	0,5 %	3,2 %	3,2 %	14,5 %	100 %	1,5 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung		0,1 %	4,7 %	0,3 %	0,2 %	0,9 %	6,6 %	2,1 %	100 %

N = 584 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 6,9%). Bezug: Zugänge. Mehrfachnennungen möglich.
 Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

Tab. 3b: Suchtbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen, stationär

Hauptdiagnose	Einzeldiagnose									
	F10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Canna- binoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimul- anzien	F17 Tabak	F63.0 Pathol. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.	
	N	21.261	2.592	9.157	1.684	4.436	5.936	14.793	882	254
F10 Alkohol	16.851	100 %	2,4 %	16,3 %	2,5 %	6,4 %	8,0 %	52,7 %	1,1 %	0,3 %
F11 Opiode	1.002	36,7 %	100 %	48,6 %	29,3 %	42,4 %	24,6 %	57,6 %	1,1 %	0,5 %
F12 Cannabinoide	2.706	41,7 %	7,2 %	100 %	4,8 %	21,7 %	37,4 %	63,1 %	2,6 %	2,3 %
F15 Stimulanzien	1.675	41,8 %	7,2 %	55,8 %	5,2 %	15,0 %	100 %	63,2 %	3,9 %	0,9 %
F63.0 Pathologisches Spielen	367	16,3 %	1,4 %	14,7 %	0,8 %	6,8 %	9,0 %	54,0 %	100 %	2,2 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	77	14,3 %	0,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	5,2 %	0,0 %	100 %

N = 143 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,1 %). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich.
 Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

22 %, stationär: 42 %), Stimulanzien (ambulant: 17 %, stationär: 37 %) oder Kokain (ambulant: 10 %, stationär: 22 %), aber auch von Opioiden (ambulant: 3 %, stationär: 7 %) zu beobachten.

In der Klientel mit primär *alkoholbezogenen Störungen* liegen häufig tabakbezogene Störungen (ambulant: 18 %, stationär: 53 %) zusätzlich vor. Darüber hinaus werden auch Störungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 10 %, stationär: 16 %), Stimulanzien (ambulant: 5 %, stationär: 8 %), Kokain (ambulant: 3 %, stationär: 6 %) oder Opioiden (ambulant: 1 %, stationär: 2 %) dokumentiert.

Bei Personen, die *Pathologisches Spielen* betreiben, liegen vor allem zusätzliche Einzeldiagnosen aufgrund des missbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Tabak (ambulant: 15 %, stationär: 54 %) oder Alkohol (ambulant: 10 %, stationär: 16 %) vor. In geringerem Ausmaß werden zusätzlich auch Störungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 6 %, stationär: 15 %), Stimulanzien (ambulant: 3 %, stationär: 9 %) oder Kokain (ambulant: 3 %, stationär: 7 %) diagnostiziert. Ein Teil der Betreuten weist zudem eine Exzessive Mediennutzung (ambulant: 2 %, stationär: 2 %) auf.

Personen mit *Exzessiver Mediennutzung* weisen das geringste Ausmaß an suchtbezogener Komorbidität auf. Zusätzliche Einzeldiagnosen betreffen hier insbesondere den schädlichen oder missbräuchlichen Konsum von Alkohol (ambulant: 5 %, stationär: 14 %), Cannabinoiden (ambulant: 5 %, stationär: 14 %), Tabak (ambulant: 7 %, stationär: 5 %) oder Stimulanzien (ambulant: 1 %, stationär: 3 %). Gelegentlich tritt auch Pathologisches Spielen als weitere Einzeldiagnose auf (ambulant: 2 %, stationär: 0 %).

5.3 Altersstruktur

Bei Beginn der aktuellen Episode liegt das Durchschnittsalter aller Personen mit einer Hauptdiagnose ambulant bei 39 Jahren und stationär bei 42 Jahren (Tab. 4a, 4b), mit erheblicher Variation zwischen den verschiedenen Störungen. Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind durchschnittlich am jüngsten (ambulant: 27 Jahre, stationär: 32 Jahre), gefolgt von Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 31 Jahre, stationär: 35 Jahre) bzw. Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 33 Jahre, stationär: 34 Jahre). Bei Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen liegt der Altersdurchschnitt bei 37 (ambulant) bzw. 41 (stationär) Jahren, bei Personen mit opioidbezogenen Störungen bei 40 (ambulant) bzw. 38 (stationär) Jahren. Die durchschnittlich älteste Gruppe bilden Personen mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 46 Jahre, stationär: 47 Jahre).

Tab. 4a: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, ambulant

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	145.930	106.777	38.886	73.384	50.933	22.327	12.920	9.996	2.913	26.425	21.084	5.276	7.831	5.507	2.304	4.819	4.296	520	1.997	1.682	309
bis 14	0,6 %	0,4 %	1,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	1,8 %	1,3 %	4,1 %	0,6 %	0,2 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %	4,5 %	3,9 %
15-17	3,4 %	3,2 %	4,0 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %	1,3 %	12,8 %	11,9 %	16,2 %	2,9 %	1,9 %	5,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	7,0 %	7,5 %	6,5 %
18-19	3,7 %	3,9 %	3,1 %	1,1 %	1,3 %	0,8 %	1,8 %	1,8 %	2,5 %	11,8 %	12,2 %	10,3 %	3,3 %	2,8 %	4,4 %	1,4 %	1,6 %	0,0 %	6,2 %	6,5 %	4,5 %
20-24	9,2 %	10,3 %	8,5 %	3,6 %	3,8 %	2,9 %	7,3 %	7,0 %	8,1 %	24,1 %	24,6 %	22,3 %	11,7 %	10,5 %	14,5 %	9,7 %	10,5 %	3,1 %	20,0 %	20,5 %	16,8 %
25-29	9,9 %	10,6 %	8,1 %	5,2 %	5,7 %	4,0 %	8,4 %	8,4 %	8,3 %	16,5 %	16,6 %	15,9 %	15,1 %	14,8 %	15,9 %	16,2 %	17,3 %	7,5 %	18,7 %	19,2 %	16,5 %
30-34	11,7 %	12,5 %	9,5 %	8,6 %	9,3 %	6,9 %	11,6 %	11,7 %	11,6 %	12,7 %	13,1 %	11,2 %	20,2 %	19,9 %	20,1 %	22,1 %	22,9 %	14,6 %	13,5 %	14,1 %	10,0 %
35-39	13,6 %	13,9 %	12,6 %	12,6 %	12,9 %	11,8 %	16,9 %	16,6 %	18,0 %	9,6 %	9,8 %	9,0 %	23,1 %	24,4 %	20,1 %	16,6 %	16,7 %	15,2 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %
40-44	12,5 %	12,6 %	12,1 %	13,7 %	13,8 %	13,6 %	19,5 %	19,5 %	19,1 %	5,7 %	5,7 %	5,7 %	14,5 %	15,5 %	12,5 %	10,4 %	10,1 %	12,7 %	7,8 %	7,5 %	9,1 %
45-49	8,6 %	8,6 %	8,9 %	11,0 %	10,9 %	11,3 %	14,2 %	14,8 %	12,0 %	2,5 %	2,5 %	2,7 %	5,5 %	6,1 %	3,8 %	6,3 %	5,9 %	10,0 %	4,2 %	3,7 %	6,8 %
50-54	8,2 %	7,9 %	9,2 %	12,5 %	12,3 %	13,1 %	9,4 %	9,7 %	8,3 %	1,3 %	1,2 %	1,4 %	2,0 %	2,2 %	1,3 %	6,7 %	5,9 %	13,7 %	3,3 %	3,3 %	2,9 %
55-59	8,4 %	7,7 %	10,2 %	14,1 %	13,5 %	15,3 %	6,1 %	6,0 %	6,4 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %	0,7 %	4,8 %	4,0 %	12,1 %	2,6 %	2,0 %	5,8 %
60-64	5,8 %	5,3 %	7,3 %	10,2 %	9,7 %	11,3 %	2,9 %	2,9 %	2,8 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	3,1 %	2,8 %	5,8 %	2,1 %	1,6 %	4,9 %
65+	3,7 %	3,2 %	5,3 %	6,6 %	5,9 %	8,1 %	1,2 %	1,2 %	1,4 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	2,5 %	2,1 %	5,4 %	1,3 %	1,0 %	3,2 %
MW ^a	39,4	38,8	41,2	46,3	45,7	47,5	40,1	40,3	39,4	26,7	26,8	26,2	33,2	34,0	31,4	37,3	36,4	44,5	30,5	29,8	34,2

N = 884 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 2,3 %); Bezug: Zugänge, G = Gesamt, M = Männer, F = Frauen, HD = Hauptdiagnose.

^a MW = Mittelwert (in Jahren).

Tab. 4b: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, stationär

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<i>N</i>	31.260	23.567	7.675	20.189	14.634	5.551	1.126	932	193	3.056	2.431	622	1.774	1.371	403	417	364	53	82	71	11
bis 14	0,0 %	0,0 %		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
15-17	0,7 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,9 %	0,8 %	1,4 %	0,5 %	0,1 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
18-19	1,3 %	1,4 %	1,5 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	2,9 %	3,3 %	1,0 %	5,3 %	5,1 %	6,1 %	2,2 %	1,6 %	3,2 %	1,0 %	1,1 %	0,0 %	2,4 %	2,8 %	n = 0
20-24	7,4 %	7,7 %	6,6 %	2,8 %	2,7 %	2,7 %	11,5 %	10,5 %	17,1 %	21,3 %	21,2 %	21,4 %	11,8 %	10,7 %	15,4 %	5,8 %	6,3 %	1,9 %	19,5 %	22,5 %	n = 0
25-29	9,1 %	9,6 %	7,6 %	4,9 %	5,2 %	4,2 %	12,1 %	10,9 %	17,6 %	20,1 %	20,5 %	18,6 %	16,2 %	15,8 %	17,6 %	11,3 %	12,4 %	3,8 %	23,2 %	22,5 %	n = 3
30-34	11,9 %	12,5 %	9,9 %	8,4 %	8,9 %	7,1 %	12,1 %	12,1 %	11,9 %	18,0 %	18,1 %	17,7 %	22,2 %	22,2 %	21,8 %	20,9 %	21,7 %	15,1 %	14,6 %	14,1 %	n = 2
35-39	15,0 %	15,5 %	13,5 %	13,1 %	13,5 %	12,0 %	15,9 %	16,1 %	14,5 %	15,6 %	15,6 %	15,6 %	25,4 %	26,6 %	21,1 %	14,6 %	16,2 %	3,8 %	9,8 %	9,9 %	n = 1
40-44	13,7 %	14,1 %	12,4 %	14,7 %	15,3 %	13,1 %	18,0 %	19,0 %	13,5 %	8,6 %	8,8 %	8,2 %	12,9 %	13,4 %	11,2 %	8,2 %	7,7 %	11,3 %	4,9 %	5,6 %	n = 0
45-49	10,3 %	10,1 %	11,0 %	12,3 %	12,1 %	12,8 %	12,5 %	12,8 %	11,4 %	4,5 %	4,5 %	4,8 %	5,2 %	5,3 %	4,7 %	9,6 %	8,8 %	15,1 %	7,3 %	7,0 %	n = 1
50-54	10,8 %	10,4 %	11,8 %	14,4 %	14,3 %	14,7 %	7,5 %	7,5 %	7,3 %	2,9 %	3,2 %	2,1 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %	9,1 %	9,1 %	9,4 %	9,8 %	8,5 %	n = 2
55-59	10,3 %	9,7 %	12,2 %	14,8 %	14,4 %	15,8 %	4,0 %	4,3 %	2,6 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	1,0 %	1,2 %	0,0 %	8,2 %	6,9 %	17,0 %	3,7 %	4,2 %	n = 0
60-64	6,6 %	5,9 %	8,9 %	9,6 %	8,8 %	11,7 %	2,6 %	2,6 %	2,6 %	0,8 %	0,6 %	1,4 %	0,3 %	0,2 %	0,7 %	7,0 %	6,3 %	11,3 %	3,7 %	1,4 %	n = 2
65+	3,2 %	2,8 %	4,3 %	4,7 %	4,4 %	5,5 %	0,7 %	0,8 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	3,6 %	11,3 %	1,2 %	1,4 %	n = 0
<i>MW^a</i>	42,1	41,6	43,9	46,6	46,2	47,7	37,8	38,1	36,3	31,6	31,5	31,8	33,8	34,2	32,5	41,4	40,3	49,0	35,0	33,9	41,7

N = 156 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

^a MW = Mittelwert (in Jahren).

Die Klientel mit Hauptmaßnahme SBJ (34 Jahre) ist die durchschnittlich jüngste (nicht tabellarisch ausgewiesen). Eine ältere Klientel findet sich in NAS (46 Jahre) und ARS (45 Jahre), gefolgt von Personen in PSB (42 Jahre) und AWS (41 Jahre).

5.4 Familien- und Lebenssituation

Insgesamt lebt etwas weniger als die Hälfte der Betreuten/Behandelten (ambulant: 45 %, stationär: 41 %) in einer festen Partnerschaft (Tab. 5a, 5b). Sowohl ambulant als auch stationär leben Personen mit den Hauptdiagnosen Pathologisches Spielen (ambulant: 59 %, stationär: 47 %) oder alkoholbezogene Störungen (ambulant: 51 %, stationär: 45 %) besonders häufig in einer festen Partnerschaft. Besonders selten trifft dies auf Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 34 %, stationär: 33 %) oder Exzessiver Medienutzung (ambulant: 36 %, stationär: 34 %) zu.

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen befinden sich 6 von 10 Klientinnen und Klienten der ARS (60 %) in einer festen Partnerschaft (nicht tabellarisch ausgewiesen). Von der Klientel der NAS (49 %) ist die Hälfte in einer festen Partnerschaft, gefolgt von der Klientel der PSB (37 %) und SBJ (36 %) mit gut einem Drittel. Besonders niedrig ist der entsprechende Anteil mit jeweils knapp einem Viertel in AWS (24 %).

Im Hinblick auf die Lebenssituation (Tab. 5a, 5b) zeigt sich, dass ein großer Anteil der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten allein lebt⁷ (ambulant: 40 %, stationär: 60 %). Personen mit Störungen aufgrund von Opioiden (ambulant: 46 %, stationär: 63 %), Alkohol (ambulant: 43 %, stationär: 59 %) oder Stimulanzien (ambulant: 43 %, stationär: 64 %) leben besonders häufig allein. Vergleichsweise selten allein leben Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 32 %, stationär: 60 %), Exzessiver Medienutzung (ambulant: 35 %, stationär: 45 %) oder Personen, die Pathologisches Spielen betreiben (ambulant: 33 %, stationär: 54 %).

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen leben 3 von 8 Personen in ARS (38 %) allein (nicht tabellarisch ausgewiesen). In PSB (51 %) trifft dies auf die Hälfte zu, dicht gefolgt von der Klientel in SBJ (47 %) und NAS (46 %). Deutlich mehr Alleinlebende finden sich in AWS (65 %).

⁷ Wurde die Person innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Haft genommen, ist die Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Haft oder in einer stationären Behandlung, ist die Person als alleinlebend zu kodieren.

Tab. 5a: Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, ambulant

Lebens- und Familien-situation	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
In fester Partnerschaft	122.928	89.829	33.311	63.288	44.089	19.347	9.808	7.525	2.296	21.583	17.238	4.354	6.971	4.876	2.101	3.991	3.595	423	1.712	1.449	267
	45,4 %	44,2 %	48,8 %	51,4 %	50,9 %	52,7 %	36,2 %	32,7 %	47,9 %	34,1 %	32,4 %	41,2 %	39,8 %	44,9 %	59,0 %	59,0 %	59,0 %	58,9 %	35,7 %	34,0 %	44,5 %
Nicht allein-lebend	123.517	90.042	33.482	63.873	44.354	19.548	8.943	6.868	2.102	22.239	17.697	4.508	6.973	4.865	2.111	4.082	3.649	439	1.761	1.483	278
	40,2 %	41,4 %	36,9 %	42,5 %	44,1 %	38,8 %	45,6 %	48,1 %	37,8 %	31,9 %	32,9 %	28,4 %	43,0 %	35,5 %	32,6 %	32,6 %	32,6 %	32,6 %	35,3 %	35,7 %	33,1 %
Mit minder-jährigem Kind	92.686	67.388	25.256	44.331	30.068	14.217	8.029	6.160	1.931	18.657	15.219	3.401	6.536	4.660	2.031	3.143	2.660	366	1.036	891	126
	27,2 %	26,1 %	30,7 %	28,6 %	28,3 %	29,6 %	27,6 %	25,1 %	36,1 %	18,8 %	17,0 %	26,7 %	38,5 %	33,0 %	52,8 %	33,8 %	33,7 %	33,4 %	14,8 %	14,2 %	17,6 %

Partnerschaft: N = 771 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 9,7%); Alleinlebend: N = 716 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 25,7%);
Mit minderjährigem Kind: N = 620 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 10,9%); Bezug: Zugänge.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Tab. 5b: Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, stationär

Lebens- und Familien-situation	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
In fester Partnerschaft	27.517	20.741	6.740	17.460	12.642	4.807	1.012	839	169	2.673	2.115	557	1.644	1.253	375	398	345	53	79	69	10
	40,9 %	39,1 %	46,7 %	44,7 %	43,5 %	47,8 %	37,6 %	34,7 %	52,1 %	32,5 %	31,1 %	38,2 %	36,0 %	32,6 %	49,6 %	47,0 %	46,7 %	49,1 %	34,2 %	30,4 %	n = 6
Nicht allein-lebend	27.154	20.728	6.755	17.083	12.588	4.813	1.000	830	169	2.687	2.132	555	1.647	1.275	379	391	338	53	80	70	10
	60,1 %	60,8 %	57,3 %	59,4 %	60,1 %	56,8 %	63,1 %	65,1 %	53,8 %	60,0 %	60,0 %	59,5 %	64,1 %	67,0 %	54,6 %	53,7 %	53,6 %	54,7 %	45,0 %	50,0 %	n = 1
Mit minder-jährigem Kind	92.686	67.388	25.256	44.331	30.068	14.217	8.029	6.160	1.931	18.657	15.219	3.401	6.536	4.660	2.031	3.143	2.660	366	1.036	891	126
	26,6 %	26,3 %	27,4 %	26,0 %	26,4 %	24,8 %	26,9 %	26,1 %	31,2 %	25,0 %	23,2 %	32,4 %	35,4 %	31,6 %	48,7 %	24,3 %	25,5 %	16,7 %	28,3 %	23,3 %	n = 5

Partnerschaft: N = 148 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 5,2%); Alleinlebend: N = 148 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (unbekannt: 22,7%);
Mit minderjährigem Kind: N = 130 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (unbekannt: 3,6%); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.
Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

Insgesamt hat gut ein Viertel der Personen mindestens ein eigenes minderjähriges Kind (ambulant: 27 %, stationär: 27 %) (Tab. 5a, 5b). Dabei haben Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 39 %, stationär: 35 %), Pathologischem Spielen (ambulant: 34 %, stationär: 24 %), alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 29 %, stationär: 26 %) bzw. opioidbezogenen Störungen (ambulant: 28 %, stationär: 27 %) häufiger minderjährige Kinder als Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 19 %, stationär: 25 %). Am seltensten haben Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 15 %, stationär: 28 %) eigene minderjährige Kinder (Rangreihe bezogen auf Anteile in ambulanten Einrichtungen).

Entlang der Hauptmaßnahmen hat etwa ein Drittel der Klientel in SBJ (34 %) und ARS (32 %; nicht tabellarisch ausgewiesen) eigene minderjährige Kinder. Etwas weniger verbreitet ist dies in der Klientel der NAS (29 %), PSB (28 %) und AWS (24 %).

5.5 Erwerbsstatus

Der Erwerbsstatus der betreuten/behandelten Personen findet sich in Tab. 6a und 6b. Über alle Gruppen hinweg findet sich ein verhältnismäßig hoher Anteil an Arbeitslosen (nach SGB III [ALG I] und SGB II [Bezug von Bürgergeld]). Allerdings sind die Werte nicht mit der Arbeitslosenquote der Bundesagentur vergleichbar, da die allgemeine Arbeitslosenquote auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen in den Nenner einschließt, wodurch die Anteile – zum Teil stark – unterschätzt werden.

Die höchsten Anteile an Arbeitslosen finden sich unter Personen mit opioid- (ambulant: 51 %, stationär: 54 %) und stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 41 %, stationär: 60 %). Deutlich geringer ist der entsprechende Anteil unter Personen mit den Hauptdiagnosen alkoholbezogene Störungen (ambulant: 24 %, stationär: 40 %) oder Pathologisches Spielen (ambulant: 14 %, stationär: 32 %).

Ambulant ist der Anteil an Arbeitslosen durchgehend niedriger als stationär, was sich am deutlichsten bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 26 %, stationär: 53 %) bzw. mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 18 %, stationär: 42 %) zeigt. Im Vergleich zu den anderen Gruppen findet sich hier zudem ein relativ hoher Anteil an Nichterwerbspersonen (insbesondere Schülerinnen/Schüler und Studierende).

Unter den Hauptmaßnahmen findet sich in AWS (65 %) der höchste Anteil an Arbeitslosen (nicht tabellarisch ausgewiesen). Etwas geringer ist der Anteil in PSB (58 %), wobei hier jeweils auch ein großer Anteil auf Nichterwerbsperso-

Tab. 6a: Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose, ambulant

Erwerbsstatus	Gesamt mit HD				Alkohol				Opiode				Cannabinoide				Stimulanzien				Pathologisches Spielen				Exzessive Mediennutzung			
	G	M	F		G	M	F		G	M	F		G	M	F		G	M	F		G	M	F		G	M	F	
M	125.512	92.247	33.604		64.616	45.156	19.552		10.145	7.841	2.344		22.345	18.050	4.410		6.851	4.823	2.027		4.035	3.617	435		1.678	1.437	273	
Erwerbstätige	50,5 %	51,7 %	47,2 %		57,7 %	58,9 %	55,1 %		24,7 %	25,6 %	21,8 %		44,7 %	46,6 %	36,5 %		42,7 %	46,4 %	34,3 %		72,7 %	74,1 %	59,8 %		47,1 %	47,4 %	43,2 %	
In Ausbildung	3,7 %	4,2 %	2,6 %		1,5 %	1,7 %	1,1 %		1,8 %	1,8 %	1,7 %		10,7 %	11,3 %	8,3 %		3,6 %	3,8 %	3,3 %		3,3 %	3,5 %	1,4 %		7,6 %	8,2 %	5,1 %	
Arbeitsplatz vorhanden	42,8 %	44,2 %	38,7 %		50,8 %	52,3 %	47,3 %		21,4 %	22,4 %	18,0 %		31,7 %	33,6 %	23,3 %		31,6 %	35,4 %	22,8 %		66,8 %	68,3 %	53,6 %		36,4 %	36,7 %	31,9 %	
In Elternzeit/ Krankentstand	4,0 %	3,4 %	5,8 %		5,4 %	4,8 %	6,7 %		1,5 %	1,3 %	2,1 %		2,3 %	1,7 %	4,9 %		3,6 %	2,5 %	6,3 %		2,6 %	2,3 %	4,8 %		3,0 %	2,4 %	6,2 %	
Arbeitslose	27,7 %	27,9 %	27,1 %		23,8 %	24,7 %	21,7 %		50,5 %	49,6 %	53,3 %		25,8 %	24,8 %	29,7 %		40,7 %	37,8 %	47,4 %		14,3 %	13,7 %	20,2 %		18,1 %	18,6 %	13,6 %	
Arbeitslos nach SGB III ^a (ALG I) ^a	5,6 %	6,0 %	4,5 %		6,2 %	6,7 %	5,0 %		4,6 %	5,0 %	3,2 %		4,5 %	4,6 %	3,7 %		5,9 %	6,5 %	4,5 %		4,9 %	5,0 %	3,9 %		3,6 %	3,5 %	3,7 %	
Arbeitslos nach SGB II ^a (Bürgergeld)	22,1 %	21,9 %	22,6 %		17,6 %	18,0 %	16,7 %		45,9 %	44,6 %	50,2 %		21,3 %	20,2 %	26,0 %		34,8 %	31,3 %	42,9 %		9,5 %	8,8 %	16,3 %		14,5 %	15,0 %	9,9 %	
Nichterwerbspersonen	21,3 %	19,8 %	25,3 %		17,9 %	15,8 %	22,7 %		24,4 %	24,5 %	24,1 %		29,1 %	28,2 %	33,3 %		16,2 %	15,4 %	17,8 %		12,4 %	11,6 %	19,3 %		34,0 %	33,3 %	42,1 %	
In der Schule/ im Studium	6,0 %	5,4 %	7,5 %		1,7 %	1,5 %	2,0 %		2,0 %	1,9 %	2,6 %		18,5 %	17,0 %	25,4 %		4,2 %	3,0 %	7,0 %		3,1 %	3,3 %	1,4 %		23,1 %	24,6 %	20,1 %	
Hausfrau/Hausmann	0,8 %	0,2 %	2,3 %		1,1 %	0,3 %	3,0 %		0,5 %	0,2 %	1,4 %		0,3 %	0,2 %	0,9 %		0,6 %	0,1 %	1,8 %		0,3 %	0,1 %	1,6 %		0,2 %	0,1 %	0,7 %	
In Rente/Pension	7,2 %	6,0 %	10,4 %		11,4 %	10,0 %	14,5 %		4,2 %	3,6 %	6,1 %		0,9 %	0,7 %	1,6 %		1,9 %	1,7 %	2,2 %		5,0 %	4,2 %	12,6 %		4,5 %	2,9 %	12,8 %	
Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII) ^a	7,4 %	8,2 %	5,1 %		3,7 %	3,9 %	3,2 %		17,7 %	18,8 %	14,0 %		9,4 %	10,3 %	5,4 %		9,5 %	10,5 %	6,9 %		4,0 %	4,0 %	3,7 %		6,3 %	5,7 %	8,4 %	
In beruflicher Rehabilitation	0,5 %	0,5 %	0,5 %		0,5 %	0,6 %	0,4 %		0,4 %	0,3 %	0,7 %		0,4 %	0,3 %	0,5 %		0,4 %	0,4 %	0,4 %		0,5 %	0,5 %	0,7 %		0,8 %	0,8 %	1,1 %	

N = 776 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 9,1 %); Bezug: Zugänge. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

^a SGB = Sozialgesetzbuch; ^b ALG = Arbeitslosengeld.

Tab. 6b: Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose, stationär

Erwerbsstatus	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung			
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	
Erwerbstätige	N	28.497	21.594	7.087	18.321	13.497	5.111	1.015	840	174	2.792	2.218	572	1.634	1.255	379	394	341	53	72	62	10
		37,7 %	37,7 %	38,1 %	44,3 %	42,8 %	42,8 %	22,6 %	22,0 %	25,3 %	27,0 %	27,0 %	27,3 %	23,6 %	23,6 %	23,7 %	53,0 %	54,5 %	43,4 %	31,9 %	32,3 %	n=3
In Ausbildung		1,2 %	1,1 %	1,2 %	0,7 %	0,6 %	0,9 %	1,8 %	1,8 %	1,7 %	2,5 %	2,4 %	2,6 %	2,1 %	1,8 %	2,9 %	1,0 %	1,2 %	0,0 %	8,3 %	9,7 %	n=0
Arbeitsplatz vorhanden		32,5 %	33,2 %	31,2 %	38,8 %	40,1 %	36,2 %	17,9 %	17,9 %	18,4 %	20,2 %	20,6 %	18,9 %	15,7 %	16,3 %	13,5 %	49,0 %	50,1 %	41,5 %	19,4 %	22,6 %	n=0
In Elternzeit/ Krankenstand		4,0 %	3,4 %	5,6 %	4,2 %	3,6 %	5,8 %	2,9 %	2,4 %	5,2 %	4,3 %	4,0 %	5,8 %	2,6 %	1,7 %	5,8 %	3,0 %	3,2 %	1,9 %	4,2 %	0,0 %	n=3
Arbeitstose		45,0 %	46,1 %	41,4 %	39,8 %	41,3 %	35,7 %	54,0 %	53,2 %	57,5 %	52,9 %	52,5 %	54,8 %	60,3 %	59,2 %	63,5 %	32,2 %	32,8 %	28,3 %	41,7 %	41,9 %	n=4
Arbeitstos nach SGB III* (ALG I) ^b		12,7 %	13,2 %	11,5 %	13,1 %	13,7 %	11,8 %	9,5 %	10,1 %	6,3 %	12,7 %	13,3 %	10,7 %	11,1 %	11,6 %	9,5 %	13,5 %	14,1 %	9,4 %	8,3 %	8,1 %	n=1
Arbeitstos nach SGB II* (Bürgergeld)		32,3 %	32,9 %	29,9 %	26,7 %	27,7 %	23,9 %	44,5 %	43,1 %	51,1 %	40,2 %	39,3 %	43,4 %	49,1 %	47,6 %	54,4 %	18,8 %	18,8 %	18,9 %	33,3 %	33,9 %	n=3
Nichtwerbpersonen		16,9 %	15,8 %	20,1 %	16,2 %	14,1 %	21,2 %	22,7 %	24,0 %	16,1 %	19,3 %	19,6 %	18,0 %	15,9 %	16,9 %	12,4 %	14,7 %	12,6 %	28,3 %	26,4 %	25,8 %	n=3
In der Schule/ im Studium		0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	1,4 %	1,3 %	1,7 %	2,9 %	2,4 %	4,7 %	0,7 %	0,3 %	1,8 %	0,8 %	0,9 %	0,0 %	9,7 %	9,7 %	n=1
Hausruf/Hausmann		0,8 %	0,2 %	2,7 %	1,2 %	0,3 %	3,4 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	n=1
In Rente/Pension		7,5 %	6,5 %	10,8 %	10,2 %	9,0 %	13,0 %	3,0 %	2,7 %	4,0 %	2,4 %	1,8 %	4,7 %	1,5 %	1,2 %	2,4 %	10,9 %	8,8 %	24,5 %	6,9 %	6,5 %	n=1
Sonstige Nichtwerbs- person (z. B. SGB XII) ^a		7,8 %	8,4 %	5,5 %	4,5 %	4,4 %	4,5 %	17,8 %	19,5 %	9,8 %	13,6 %	15,1 %	8,0 %	13,5 %	15,3 %	7,4 %	3,0 %	2,9 %	3,8 %	8,3 %	9,7 %	n=0
In beruflicher Rehabilitation		0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,8 %	0,9 %	0,7 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n=0

N = 148 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 4,2 %); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose. Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

^a SGB = Sozialgesetzbuch; ^b ALG = Arbeitslosengeld.

nen entfällt (AWS: 20 %, PSB: 16 %). Deutlich geringer ist der Anteil an Arbeitslosen in NAS (30 %) oder ARS (17 %). Am geringsten ist er in SBJ (8 %), wobei Nichterwerbspersonen (72 %) den weit überwiegenden Anteil ausmachen.

6 **Betreuungs-/Behandlungsbezogene Merkmale**

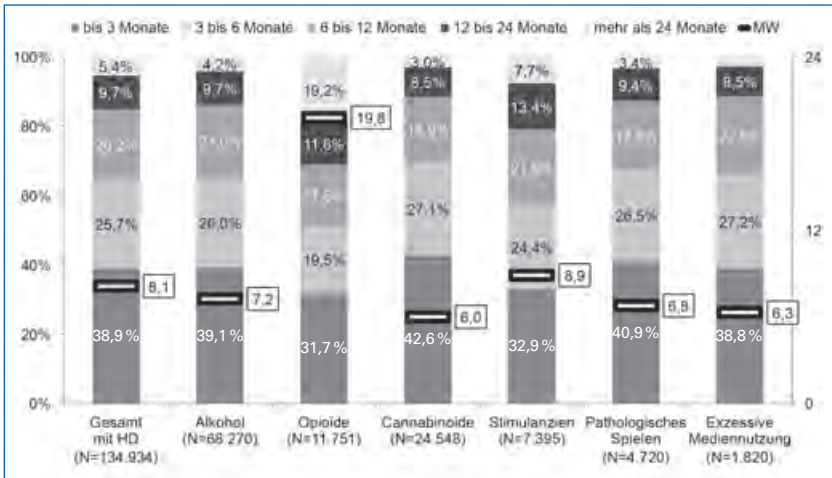
6.1 **Betreuungs-/Behandlungsdauer**

Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt ambulant je nach Gruppe zwischen 6 und 20 Monaten, stationär fällt die mittlere Behandlungsdauer mit 3 bis hin zu 4 Monaten deutlich kürzer aus (Abb. 1a). Ambulante Betreuungen werden im Durchschnitt nach 8 Monaten beendet. Hierbei ist der Anteil an Betreuungen, die länger als 2 Jahre dauern, bei opioidbezogenen Störungen (19 %) deutlich höher als bei allen anderen Gruppen (3 % bis 8 %). Klientinnen und Klienten mit opioidbezogenen Störungen weisen somit auch die durchschnittlich längste Betreuungsdauer (20 Monate) auf. Die kürzeste Betreuungsdauer zeigt sich bei Klientinnen und Klienten mit cannabinoidbezogenen Störungen bzw. Exzessiver Mediennutzung (jeweils 6 Monate), gefolgt von Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder Pathologischem Spielen (jeweils 7 Monate) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (9 Monate).

Stationär wird eine Behandlung im Durchschnitt nach 3 Monaten/92 Tagen beendet (Abb. 1b). Dabei werden Patientinnen und Patienten mit Pathologischem Spielen (3 Monate/76 Tage) oder Exzessiver Mediennutzung (3 Monate/77 Tage) am kürzesten behandelt. Bei Personen mit alkohol- (3 Monate/85 Tage), opioid- (3 Monate/97 Tage) oder cannabinoidbezogenen Störungen (4 Monate/107 Tage) liegt die mittlere Behandlungsdauer höher. Die längste durchschnittliche Behandlungsdauer findet sich bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (4 Monate/120 Tage). Die Behandlung dauert störungsübergreifend nur in Einzelfällen länger als ein Jahr.

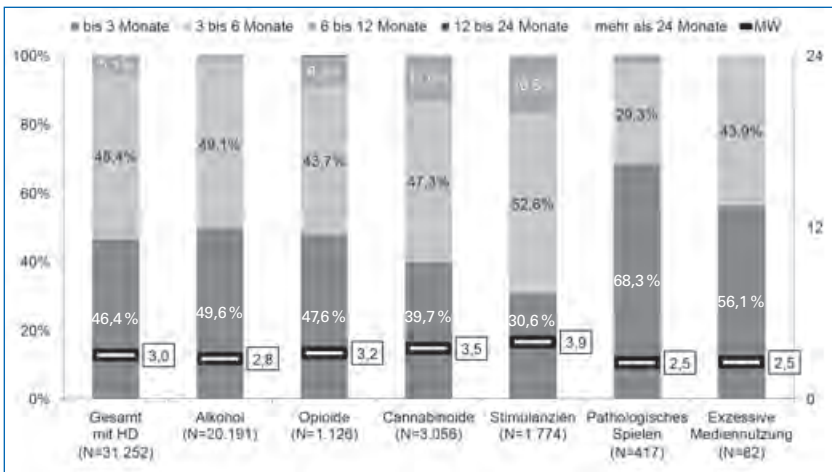
Die durchschnittliche Betreuungsdauer in den einzelnen Hauptmaßnahmen ist in SBJ (7 Monate) am kürzesten, gefolgt von NAS (9 Monate) und ARS (10 Monate; nicht tabellarisch ausgewiesen). Eine deutlich längere mittlere Betreuungsdauer findet sich in AWS (25 Monate) oder PSB (34 Monate).

Abb. 1a: Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose, ambulant



N = 881 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,1 %); Bezug: Beender.
HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).

Abb. 1b: Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose, stationär



N = 156 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (unbekannt: 0,0 %); Bezug: Beender.
HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).

6.2 Betreuungs-/Behandlungserfolg

Als Indikator für den Erfolg wird die Planmäßigkeit der Beendigung⁸ der Betreuung/Behandlung erfasst. Ambulant beenden 68 % der Klientinnen und Klienten, stationär 81 % der Patientinnen und Patienten ihre Betreuung/Behandlung planmäßig (Tab. 7). Stationär ist der Anteil planmäßiger Beendigungen über alle Gruppen hinweg höher als ambulant. Besonders häufig beenden Personen mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 72 %, stationär: 85 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 73 %, stationär: 90 %) die Betreuung/Behandlung planmäßig. Es folgen Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten mit cannabinoid- (ambulant: 68 %, stationär: 74 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 65 %, stationär: 75 %) sowie Personen, die Pathologisches Spielen betreiben (ambulant: 64 %, stationär: 81 %). Wenngleich seltener, kommt es auch bei der Klientel mit opioidbezogenen Störungen überwiegend zu planmäßigen Beendigungen (ambulant: 54 %, stationär: 65 %).

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen beenden Personen in ARS (81 %) ihre Behandlung besonders häufig planmäßig, gefolgt von Betreuten/Behandelten in SBJ (75 %) oder NAS (73 %; nicht tabellarisch ausgewiesen). Planmäßige Beendigungen finden sich seltener in AWS (60 %) und PSB (45 %).

Hinsichtlich des Erfolgs der Betreuung/Behandlung⁹ zeigt sich über alle Gruppen hinweg ambulant bei 62 % der Klientinnen und Klienten und stationär bei 83 % der Patientinnen und Patienten eine Verbesserung im Problembe-
reich Sucht. Besonders häufig verbessern sich Personen mit Hauptdiagnosen zu Pathologischem Spielen (ambulant: 71 %, stationär: 91 %), Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 70 %, stationär: 86 %) oder alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 66 %, stationär: 88 %). Demgegenüber wird für Personen mit opioidbezogenen Störungen (ambulant: 44 %, stationär: 61 %) deutlich seltener eine Verbesserung dokumentiert. Hier spielt die Stabilisierung der Ausgangs-
problematik eine besonders große Rolle (ambulant: 51 %, stationär: 35 %). Insgesamt haben sich bei nur wenigen Betreuten/Behandelten die Suchtprobleme bis zum Betreuungs-/Behandlungsende verschlechtert (ambulant: 3 %, stationär: 1 %). Zu einem Neuauftreten kommt es jeweils nur in Einzelfällen (Tab. 8).

⁸ Als „planmäßig“ werden (a) reguläre Beendigung, (b) Beendigung auf therapeutische Veranlassung, (c) vorzeitige Beendigung mit therapeutischem Einverständnis sowie (d) der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung gewertet. Unter „unplanmäßiger“ Beendigung der Behandlung wird (a) ein Abbruch durch die Klientinnen bzw. Klienten, (b) eine disziplinarische Beendigung oder (c) ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung sowie (d) der Tod der behandelten Person verstanden.

⁹ Bei der Einschätzung des Erfolgs wird zwischen einem positiven („gebessert“ bzw. „unverändert“) und einem negativen Ergebnis („verschlechtert“, „neu aufgetreten“) unterschieden (für eine Definition der Begriffe vgl. das Manual zum KDS; DHS, 2022).

Tab. 7: Art der Beendigung nach Hauptdiagnose, ambulant und stationär

Art der Beendigung	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	126.037	91.906	33.573	64.018	44.450	19.416	10.409	7.950	2.417	23.074	18.318	4.537	6.833	4.791	2.019	4.392	3.914	471	1.721	1.425	279
Ambulant (N)	88,1 %	67,7 %	69,2 %	71,6 %	72,6 %	71,2 %	53,6 %	54,0 %	52,5 %	67,9 %	68,4 %	65,9 %	64,6 %	65,2 %	62,9 %	63,6 %	63,4 %	65,6 %	73,3 %	73,6 %	70,6 %
Planmäßig beendet	31,9 %	32,3 %	30,8 %	28,4 %	28,8 %	27,4 %	46,4 %	48,0 %	47,5 %	32,1 %	31,6 %	34,1 %	35,4 %	34,8 %	37,1 %	36,4 %	34,4 %	36,6 %	26,7 %	26,4 %	29,4 %
Unplanmäßig beendet	31,075	23.419	7.648	20.140	14.594	5.542	1.111	919	191	3.026	2.405	618	1.732	1.337	395	417	364	53	81	70	11
Stationär (N)	80,8 %	79,9 %	83,5 %	85,2 %	84,7 %	86,5 %	64,9 %	63,5 %	71,2 %	73,5 %	72,9 %	75,9 %	74,9 %	75,0 %	74,7 %	80,8 %	79,7 %	88,7 %	90,1 %	90,0 %	n = 10
Planmäßig beendet	19,2 %	20,1 %	16,5 %	14,8 %	15,3 %	13,5 %	35,1 %	36,5 %	28,8 %	26,5 %	27,1 %	24,1 %	25,1 %	25,0 %	25,3 %	19,2 %	20,3 %	11,3 %	9,9 %	10,0 %	n = 1
Unplanmäßig beendet																					

N = 832 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 5,1 %); Bezug: Beender. N = 155 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); Bezug: Beender. Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Tab. 8: Beurteilung des Problembereichs Sucht zu Beratungs-/Behandlungsende nach Hauptdiagnose, ambulant und stationär

	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	100.478	72.075	26.827	51.589	35.220	15.568	7.746	5.541	1.851	18.175	14.447	3.529	5.677	3.996	1.641	3.360	3.000	363	1.389	1.162	224
Ambulant (N)	62,4 %	62,4 %	63,8 %	66,3 %	65,9 %	68,2 %	44,0 %	46,7 %	43,9 %	60,8 %	61,0 %	60,6 %	61,1 %	60,8 %	62,7 %	71,4 %	71,7 %	69,7 %	69,9 %	70,3 %	68,3 %
Gebessert	34,4 %	34,4 %	32,9 %	30,1 %	30,5 %	28,1 %	50,9 %	48,0 %	50,9 %	37,3 %	37,2 %	37,5 %	35,5 %	36,0 %	33,6 %	27,3 %	27,1 %	28,7 %	29,4 %	28,9 %	31,3 %
Gleich geblieben	2,8 %	2,8 %	2,9 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	4,8 %	5,0 %	4,9 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	2,9 %	2,8 %	3,2 %	0,9 %	0,8 %	1,4 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %
Verschlechtert	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
Neu aufgetreten	23.273	17.846	5.516	14.984	11.061	4.094	856	728	129	2.176	1.791	395	1.333	1.039	300	310	272	38	72	62	10
Stationär (N)	83,0 %	82,9 %	83,4 %	88,0 %	88,1 %	87,5 %	60,9 %	61,8 %	55,8 %	76,9 %	76,8 %	78,0 %	78,2 %	78,6 %	76,0 %	90,6 %	90,1 %	94,7 %	86,1 %	87,1 %	n = 8
Gebessert	15,2 %	15,2 %	15,0 %	10,7 %	10,6 %	11,3 %	34,7 %	33,5 %	41,1 %	21,2 %	21,2 %	20,8 %	19,1 %	18,6 %	21,7 %	8,7 %	9,2 %	5,3 %	13,9 %	12,9 %	n = 2
Gleich geblieben	1,4 %	1,5 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,0 %	3,0 %	3,3 %	1,8 %	1,1 %	1,2 %	0,5 %	1,6 %	1,8 %	0,7 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
Verschlechtert	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	1,4 %	1,4 %	1,6 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	1,1 %	1,0 %	1,7 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
Neu aufgetreten																					

N = 674 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 12,7 %); Bezug: Beender. N = 132 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 7,8 %); Bezug: Beender. Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Literatur

- Braun, B.; Lesehr, K. (2017): Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. Konturen, (1), 1–5. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>, Zugriff: 21.01.2025.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2023): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2023). https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2023-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 10.02.2025.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.
- Schwarzkopf, L. et al. (2020): Die Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS. Eine Einführung in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertungen. Konturen online. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>, Zugriff: 21.01.2025.
- Schwarzkopf, L.; Murawski, M.; Riemerschmid, C. (2024): Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. <http://www.suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 21.01.2025.
- Süss, B.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2011): Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. Sucht, 57(6), 469–477.

3.2 Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung

Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Johannes Falk

Zusammenfassung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) trägt regelhaft Leistungen zur Rehabilitation von Menschen mit einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung. In diesem Artikel werden diese Leistungen zunächst im zeitlichen Verlauf nach rehabilitationsbezogenen Merkmalen dargestellt. Die Inanspruchnahme wird durch die Antragsentwicklung, die bewilligten Anträge und die abgeschlossenen Leistungen in einem Zeitfenster über die letzten Jahre abgebildet.

Im zweiten Teil dieses Beitrags werden aktuelle Ergebnisse ausgewählter Instrumente¹ aus dem Programm der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung vorgestellt, mit denen sich die Qualität beurteilen lässt. Zu den hier eingesetzten Instrumenten gehören u. a. der Sozialmedizinische Verlauf (SMV), die Therapeutische Versorgung (KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen), die Reha-Therapiestandards (RTS) für „Alkoholabhängigkeit“ und die Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

Abstract

The following article presents rehabilitation services over time covered by the German Federal Pension Insurance (DRV) to provide outpatient and inpatient medical rehabilitation for patients with substance-use related disorders according to rehabilitation-related characteristics and patient-related characteristics.

Furthermore, current results of selected tools of the DRV's rehabilitation quality assurance program (Reha-QS) are presented. The so called socio-medical course

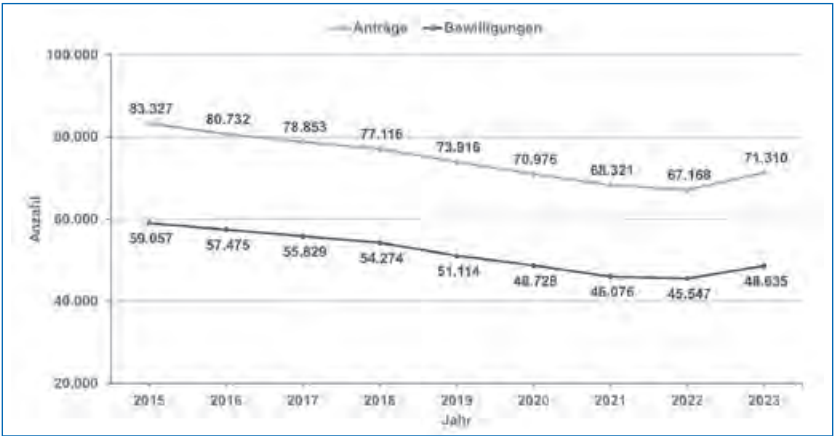
¹ Ein Überblick zu allen Instrumenten und Verfahren im Programm der Reha-Qualitätssicherung der DRV findet sich im Internet auf www.reha-qs-drv.de.

(SMV) shows results of inpatient rehabilitation treatment of patients with addiction disorder with regard to their course of employment/retirement situation two years after completed medical rehabilitation. Besides, the provision of therapeutic services during outpatient and inpatient medical rehabilitation of patients suffering from substance use related disorder is presented by means of the classification of therapeutic services (KTL). Results of the rehabilitation therapy standards (RTS) regarding alcohol use disorder are also shown in this article, as well as data from patient reported outcomes assessed by questionnaire.

1 Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen

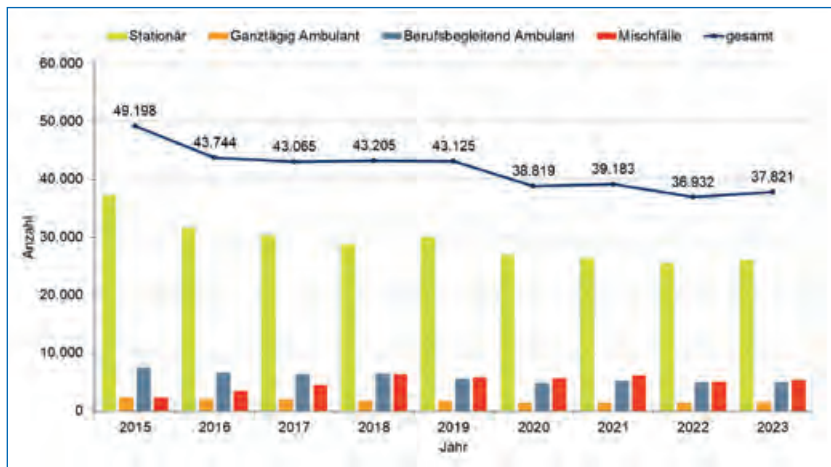
Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, wurden 71.310 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2023 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gestellt. Die Abbildung zeigt ebenfalls, dass im gleichen Zeitraum 48.635 Leistungen dieser Art bewilligt wurden (für alle tatsächlich durchgeführten Leistungen s. Abb. 2). Während der Rückgang in den letzten Jahren bis 2022 vermutlich auf die Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie zurückzuführen ist, zeichnet sich 2023

Abb. 1: Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Zeitverlauf



Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

Abb. 2: Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Zeitverlauf – Art der Durchführung bei abgeschlossenen Leistungen



Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

erstmalig seit 2015 eine Trendwende bei den Anträgen ab. Bei fehlender Zuständigkeit der DRV, Verfehlung von Fristen, akutem Behandlungsbedarf und anderen Gründen müssen Anträge jedoch abgelehnt werden.

In Abbildung 2 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Rehabilitation bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen im zeitlichen Verlauf abgebildet. Insgesamt 37.821 abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2023 umfassten: 26.077 stationäre Leistungen, 1.481 ganztätig ambulante Leistungen, 4.998 berufsbegleitende ambulante Leistungen sowie 5.265 Mischfälle (Abb. 2). Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre, ganztätig ambulante und ambulante Reha-Leistungen in Kombination erbracht werden.

Es ist zu beachten, dass die Zahlen der beantragten und bewilligten Leistungen (Abb. 1) mit denen der abgeschlossenen Leistungen (Abb. 2) nicht direkt verglichen werden können, da das Verhältnis durch unterschiedliche Bezugszeiträume, Wartezeiten, Nichtantrittsquoten bzw. unterschiedliche Behandlungsdauern beeinflusst wird.

Bei der medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen werden Leistungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit voneinander unterschieden. Dabei ist bei Män-

Tab. 1: Abgeschlossene Leistungen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Frauen)

Frauen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	12.025	10.616	10.534	10.924	10.892	9.557	9.715	9.296	9.330
wg. Alkoholabhängigkeit	77 %	77 %	77 %	76 %	75 %	74 %	73 %	74 %	74 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
wg. Drogenabhängigkeit	21 %	20 %	21 %	22 %	23 %	24 %	25 %	24 %	25 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

Tab. 2: Abgeschlossene Leistungen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Männer)

Männer	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	37.173	33.128	32.531	32.281	32.233	29.262	29.468	27.636	28.491
wg. Alkoholabhängigkeit	68 %	68 %	67 %	65 %	64 %	62 %	60 %	61 %	61 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
wg. Drogenabhängigkeit	31 %	31 %	32 %	34 %	35 %	37 %	39 %	38 %	38 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

nern und bei Frauen eine Alkoholabhängigkeit nach wie vor der häufigste Grund für eine Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Auftrag der Rentenversicherung (s. Tab. 1 und Tab. 2).

2 Qualitätssicherung in der Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

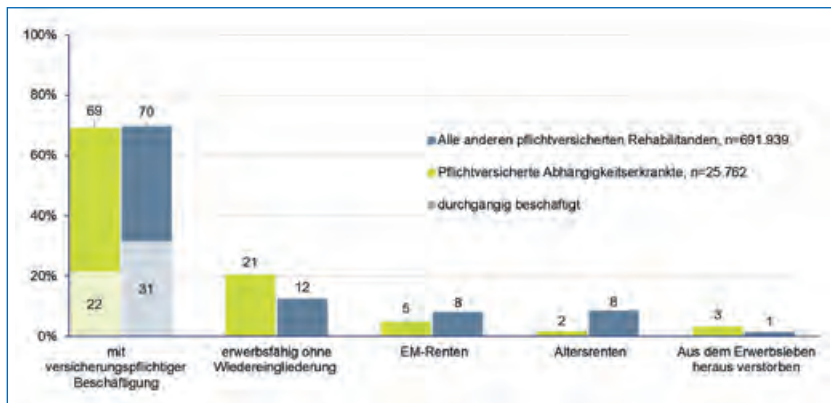
Seit Mitte der 1990er Jahre betreibt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein umfangreiches Reha-Qualitätssicherungsprogramm (Reha-QS), das stetig weiterentwickelt wird und verschiedene Instrumente und Verfahren beinhaltet (vgl. Martin, Ostholt-Corsten, 2020). Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Qualitätssicherungsinstrumente mit Blick auf die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen dargestellt (vgl. auch Beck et al., 2024). Seit dem 1. Juli 2023 werden die von den einzelnen Fachabteilungen erzielten Qualitätsergebnisse im Rahmen einer qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl für die Zuweisung von Rehabilitanden herangezogen und für die Öffentlichkeit auf der Internetseite der DRV [meine-rehabilitation.de](https://www.meine-rehabilitation.de) zur Verfügung gestellt. Den von den Reha-Fachabteilungen erzielten Qualitätsergebnissen kommt damit eine ganz neue Bedeutung zu.

2.1 Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

Das zentrale Ziel der Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung ist es, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bzw. wieder herzustellen und so nach Möglichkeit eine Erwerbsminderung oder gar vorzeitige Berentung zu vermeiden. Der Sozialmedizinische Verlauf (SMV) zeichnet anhand von Routinedaten der DRV den Erwerbsverlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitationsleistung nach.

Bei Routinedaten handelt es sich hier um prozessproduzierte Daten, die bei Verwaltungsvorgängen entstehen. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Arbeitgebenden oder die Erfassung von Anträgen und Bescheiden aus den Bereichen Rehabilitation und Rente. Pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind neben Personen mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung z. B. auch Beziehende von Arbeitslosengeld I oder Krankengeld sowie pflegende Angehörige. Nach abgeschlossener Rehabilitation verbleiben die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entweder im Erwerbsleben („mit beruflicher Wiedereingliederung“ oder „erwerbsfähig ohne berufliche Wiedereingliederung“) oder scheiden aus (Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente, Tod).

Abb. 3: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen in 2020



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2015–2022

Abbildung 3 zeigt den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer medizinischen Reha-Leistung wegen Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu allen anderen pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung. Beide Gruppen haben eine medizinische Rehabilitation im Jahr 2020 abgeschlossen.

Vergleicht man in beiden Gruppen die berufliche Wiedereingliederungsrate, so unterscheidet sich diese auf den ersten Blick wenig: 69 % der wegen Abhängigkeitserkrankungen rehabilitierten Personen gelingt im Verlauf von zwei Jahren nach der Rehabilitation die berufliche Wiedereingliederung; 70 % aller anderen pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ebenso. Allerdings bleibt nur ein Teil dieser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die betrachteten zwei Jahre nach Reha-Ende hinweg durchgängig beschäftigt: Bei den Versicherten, die eine Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen durchlaufen haben, sind es 22 % insgesamt, bzw. ein Drittel der beruflich wiedereingegliederten Personen. Bei allen anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bleibt mit 31 % ein größerer Teil durchgängig erwerbstätig. Auch ist der Anteil der potentiell erwerbsfähigen, aber beruflich nicht wiedereingegliederten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei den Absolvierenden einer Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung mit 21 % höher als bei allen anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (12 %). Dies verdeutlicht, dass die berufliche (Re-)Integration nach erfolgter Rehabilitation wegen einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung in der Regel schlechter gelingt als nach anderen medizinischen Reha-Leistungen.

2.2 Therapeutische Versorgung (KTL)

Die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation wird mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) abgebildet. Art, Anzahl und Dauer der für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden erbrachten therapeutischen Leistungen werden hier durch die Reha-Fachabteilungen codiert bzw. dokumentiert. Die Daten finden ebenfalls Eingang in die Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Abschnitt 2.1) und werden für die QS ausgewertet. Eingeschlossen werden Reha-Fachabteilungen, für die im Bezugsjahr mindestens 25 ärztliche Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL-Codierung elektronisch erfasst wurden (DRV Bund, 2015).

In die nachfolgende Auswertung wurden die Daten von 21.876 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezogen, die im Jahr 2023 eine medizinische Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt haben. Tabelle 3 ist zu entnehmen,

Tab. 3: Therapeutische Versorgung in der Behandlung abhängigkeitserkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 2023

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	pro Person		Personen mit mindestens einer Leistung*	
	Dauer (Std.) pro Woche	Leistungen pro Woche	Anzahl	Anteil
A – Sport und Bewegungstherapie	2,1	2,5	21.330	98 %
B – Physiotherapie	0,4	0,7	9.120	42 %
C – Information, Motivation, Schulung	1,4	2,0	21.828	100 %
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1,3	2,0	21.731	99 %
E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	5,4	4,3	21.508	98 %
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1,8	2,1	21.390	98 %
G – Psychotherapie	6,2	5,1	21.847	100 %
H – Reha-Pflege und Pädagogik	0,8	1,6	20.686	95 %
K – Physikalische Therapie	0,3	0,7	6.454	30 %
L – Rekreationstherapie	2,1	2,8	19.872	91 %
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	0,4	0,4	16.393	75 %
Insgesamt	21,3	22,6	21.876	100 %

* Mehrfachnennungen möglich; n = 21.876 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2023

welche Durchschnittswerte (Dauer und Anzahl der Leistungen pro Woche) in den einzelnen KTL-Kapiteln auf Grundlage der KTL-Codierung ermittelt wurden. Zusätzlich ist zu sehen, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben.

Beispielsweise durchliefen alle abhängigkeitserkrankten Personen mindestens eine Leistung aus den Kapiteln C „Information, Motivation und Schulung“ und G „Psychotherapie“ (jeweils 100 %) sowie fast alle eine Leistung aus dem Kapitel D „Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie“ (99 %). Mit Blick auf die Dauer haben Leistungen aus den Kapiteln G „Psychotherapie“ und E „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien“ mit 6,2 Stunden bzw. 5,4 Stunden pro Woche den quantitativ größten Anteil bei der therapeutischen Behandlung abhängigkeitserkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Über alle Kapitel der KTL hinweg betrachtet beträgt die durchschnittliche Therapiezeit insgesamt 21,3 Stunden pro Woche (verteilt auf 22,6 Leistungseinheiten pro Woche).

2.3 Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“

Die Deutsche Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards definiert, um die Behandlung häufig vorkommender Krankheitsbilder auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. In den sogenannten „Evidenzbasierten Therapie-modulen“ (ETM) wird festgelegt, welche und wie viele Leistungen eine versicherte Person zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes während einer medizinischen Rehabilitation mindestens erhalten soll. Zusätzlich wird der Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorgegeben, der den Mindestanforderungen entsprechend behandelt werden soll.

Im Folgenden werden aktuelle Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ (DRV Bund, 2016) vorgestellt. Für jedes der insgesamt

Tab. 4: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“ (bei medizinischen Rehabilitationen in 2023)

ETM	Bezeichnung	Mindestanforderungen erfüllt – „IST“	Mindestanteil zu behandelnder Personen – „SOLL“
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	92 %	90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	94 %	90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	92 %	50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	21 %	20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	57 %	90 %
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	93 %	75 %
06	Tabakentwöhnung	18 %	15 %
07	Entspannungsverfahren	57 %	40 %
08	Bewegungstherapie	89 %	70 %
09	Gesundheitsbildung	97 %	80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	94 %	80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und künstlerische Therapien	82 %	70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	98 %	90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	94 %	90 %

n = 9.467 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (Dauer der medizinischen Rehabilitation: 78–142 Tage).

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2023

13 Therapiemodule werden die Prozentanteile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil („SOLL“) gegenübergestellt. Die Auswertung bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2023 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“² abgeschlossen haben. Insgesamt sind die Reha-Entlassungsberichte von 9.467 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Auswertung eingeflossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapievorgaben der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ in den evidenzbasierten Therapiemodulen nahezu vollständig erfüllt wurden. Lediglich im Therapiemodul ETM 05a „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ wurden die Mindestanforderungen im Durchschnitt nicht erreicht. Hier besteht noch Verbesserungspotenzial.

2.4 Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen – Die Sicht der Betroffenen

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der DRV werden regelmäßig Befragungen einer repräsentativen Stichprobe zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und zum Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt. Befragt werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ca. 8 bis 12 Wochen nach Abschluss einer stationären Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf 2.635 Befragungen, die im Zeitraum vom 1. Oktober 2021 bis 30. September 2022 durchgeführt wurden (die Rücklaufquote betrug 19 %).

Einen Überblick über die Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der stationären Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung gibt Abbildung 4: Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten ihre Rehabilitation auf einer Skala von 1 für „sehr gut“ bis 5 für „sehr schlecht“. Die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der Rehabilitation insgesamt liegt im Durchschnitt bei 2,2 und ist damit als gut zu bewerten („Zufriedenheit mit der Reha insgesamt“). Zu der hohen Gesamtzufriedenheit trug vor allem das Reha-Team bei (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten waren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie bewerteten diesen Bereich im Durchschnitt mit 1,8.

² nach ICD-10-GM, Deutsche Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten.

Abb. 4: Zufriedenheit aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden



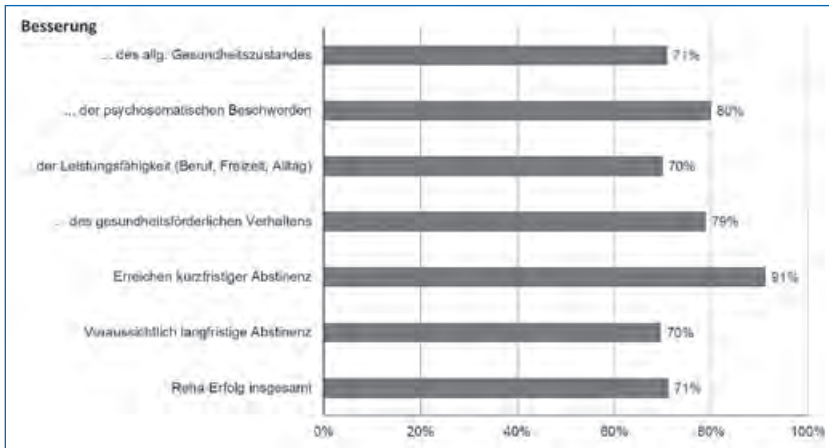
Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2021 bis September 2022 (n = 2.635)

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt, sondern auch nach dem subjektiv wahrgenommenen Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“ Welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch die Rehabilitation verbessert haben, zeigt Abbildung 5: Fast drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich (71 %). Genauso viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichteten von einer Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Die größten Erfolge wurden im Bereich des Erreichens einer kurzfristigen Abstinenz (Besserungsquote: 91 %) sowie in den Bereichen „gesundheitsförderliches Verhalten“ (Besserungsquote: 79 %) und „psychosomatische Beschwerden“ (Besserungsquote: 80 %) erzielt.

3 Fazit und Ausblick

Die dargestellten Auswertungen geben einen guten Überblick zum Leistungsgeschehen auf dem Gebiet der Rehabilitation von Menschen mit einer subs-

Abb. 5: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2021 bis September 2022 (n=2.635)

tanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung, die in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt wird. Mit den Aktivitäten auf dem Gebiet der Reha-Qualitätssicherung macht die Deutsche Rentenversicherung deutlich, dass die Qualität der Leistungen eine wichtige Rolle spielt. Die hier dargestellten Daten zeigen bspw. mit Blick auf den Sozialmedizinischen Verlauf (SMV) oder die Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“, dass ein hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Rehabilitation vorherrscht. Dennoch bestehen weiterhin Herausforderungen, wie bspw. die berufliche (Re-) Integration der Versicherten nach erfolgter Rehabilitation.

Literatur

- Beck, L. et al. (2024): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst. 183-196.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin: DRV Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html, Zugriff: 21.02.2025.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015): KTL-Klassifikation therapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage. Berlin. www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html, Zugriff: 21.02.2025.
- Märting, S.; Ostholt-Corsten, M. (2020): Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. DRV Schriften; Bd. 121. Berlin. 63-69.

4 Aktuelle Themen

4.1 Nationale und lokale Drogenpolitik

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels

Einleitung

Wer macht wie Drogenpolitik in Deutschland?

Gibt es überhaupt so etwas wie eine gesteuerte, „Nationale Drogenpolitik“ in Deutschland? Wenn wir Politik verstehen als Regelung der Angelegenheiten eines Staates (hier der Umgang mit Drogenkonsumierenden, der Zugang zu Drogen) durch koordinierte, allgemein verbindliche und somit in der Regel auf politischer Macht beruhende Entscheidungen, die Strukturen (*Polity*), Prozesse (*Politics*) und Inhalte (*Policy*) gestalten, dann muss man von der Vorstellung einer konsistenten Drogenpolitik in Deutschland Abstand nehmen.

Eine gezielte, integrative und bundesländerübergreifende Drogenpolitikstrategie lässt sich in Deutschland nicht erkennen. Die 2012 beschlossene „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) hat laut Beauftragtem der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/>) bis heute geltende Grundlagen in der deutschen Drogen- und Suchtpolitik geschaffen (integrativer Ansatz mit den vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung). Es war der Versuch eine substanzübergreifende Strategie zu entwickeln und die historisch gewachsene, aber letztlich willkürliche Einteilung in legale und illegale Drogen in der Politikausrichtung zu überwinden.

Diese Strategie ist veraltet und bis heute trotz großer Herausforderungen und enormer Veränderungen auf den Drogenmärkten und in der Drogenhilfe nicht aktualisiert worden. Der nachlässige Umgang mit dieser Strategie zeigt sehr deutlich, dass es – zumindest im letzten Jahrzehnt – keine gesteuerte, kontinuierliche Arbeit an einer ressort-übergreifenden Strategie gab, keine Fortschreibung unter der Einbindung der Bundesländer, Kommunen, Organisationen der Drogenhilfepraxis, Wissenschaft/Forschung und Selbsthilfe. Schließlich gab es auch keine Berücksichtigung internationaler Veränderungen und Tendenzen.

Diese „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ enthielt zudem keine Mittelallokationen und keine Zielüberprüfungen durch Evaluationen, keine Koordinationsinstanzen und keine festgelegten Meilensteine (etwa „Wo will Deutschland drogenpolitisch 2030 stehen?“), und insofern ist sie eher als Grundlagenpapier, denn als „Strategie“ zu verstehen.

Die gegenwärtige staatliche „Nationale Drogenpolitik“ ist eher ein zufälliges Resultat der Gesamtheit drogenpolitischer Orientierungen und Maßnahmen verschiedener Ressorts bzw. Ministerien und nachgeordneter Anstalten (Bundesministerien für Gesundheit, Ernährung und Landwirtschaft, Justiz etc.). Ob und inwieweit diese miteinander verzahnt sind und koordiniert handeln, ist nicht erkennbar.

Die Konstruktion des Zuständigen für Drogenpolitik innerhalb des „Beauftragten-Wesens“, angesiedelt im Bundesgesundheitsministerium, mit beschränkten Ressourcen und geringen Befugnissen erfüllt dabei hauptsächlich eine Moderationsfunktion für das Thema „Drogen“ in Deutschland – mit oftmals verhaltenspräventiven Appellen. Die konkreten politischen Zielausrichtungen (bspw. zum Thema „Tabakkontrollpolitik“) erfolgen jeweils in den einzelnen Ministerien (z. B. BMEL). Zudem handelt es sich bei dem/der Drogenbeauftragten nicht um eine unabhängige Expertin/einen unabhängigen Experten, sondern um Personen mit parteipolitischer Anbindung, was eine zieloffene Auseinandersetzung mit den Herausforderungen moderner Drogenpolitik zusätzlich einengt (Stöver et al., 2016).

Auch eine kontinuierliche Kommunikation, Koordination und Kooperation, kurz: Steuerung der nationalen Antworten auf die Herausforderungen eines großen Gesundheitsproblems der deutschen Bevölkerung durch die Ministerien bzw. des Drogenbeauftragten mit den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer und Kommunen ist nicht erkennbar.

Das Thema Drogenkonsum/-abhängigkeit ist auf einer gesundheitspolitischen Dringlichkeitsskala ganz oben anzusiedeln, also zu groß, um es parteipolitischen Interessen, Beschränkungen und Instrumentalisierungen zu überlassen. Vielmehr brauchen wir in Deutschland eine kontinuierliche, verlässliche und rationale Drogenpolitik, die an Sachlichkeit, wissenschaftlicher Evidenz und systematisierten Erfahrungen ansetzt.

Die Bundesländer gestalten im Rahmen der relevanten Bundesgesetze (z. B. AMG, BtMG, Jugendschutzgesetz) ihre eigenen Umsetzungen und Interpretationen mit verschiedenen Akzentuierungen und Schwerpunktsetzungen. Über den Bundesrat können sie zudem Einfluss auf die nationale Gesetzgebung in drogenspezifischen Fragen ausüben und haben das v. a. in Zeiten von Reformstaus in der Vergangenheit auch getan (vgl. Kalke, 2001).

Die Kommunen finanzieren im Rahmen ihrer Pflichten der Daseinsfürsorge z. B. Drogenberatung. Sie stehen im Zentrum des Drogenkonsums und des Drogenhandels und richten ihre je spezifische Form der Unterstützung für Drogenhilfeeinrichtungen oder für Strafverfolgung entsprechend den von ihnen erkannten Notwendigkeiten aus (z. B. Antworten auf den zunehmenden Konsum von Crack). Eine Organisation der Städte hat es vor mehr als 30 Jahren gegeben (z. B. „Frankfurter Resolution“, European Cities on Drug Policy, 1990).

Introduction

Who makes drug policy in Germany and how?

Is there even such an issue as a coordinated ‘national drug policy’ in Germany? If we understand politics as the regulation of the affairs of a state (here, the handling of drugs and drug users) through coordinated, generally binding and thus usually politically power-based decisions that shape structures (polity), processes (politics) and content (policy), then we must distance ourselves from the idea of a consistent drug policy.

A targeted drug policy strategy that spans federal states cannot be identified in Germany. According to the Federal Government Commissioner for Addiction and Drug Issues, the ‘National Strategy for Drug and Addiction Policy’ (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) adopted in 2012 created the foundations of German drug and addiction policy that are still valid today (integrative approach with the four pillars of prevention, advice and treatment, harm reduction, supply reduction and prosecution) (<https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/>). It was an attempt to develop an overarching strategy and to overcome the historically grown but ultimately arbitrary division into legal and illegal drugs in the policy orientation.

Unfortunately, this strategy is outdated and has not been updated to date. The way this strategy is handled also reflects the fact that – at least in the last decade – there has been no continuous work on a cross-departmental strategy, no updating involving the federal states, municipalities, practice organizations, science/research and self-help. Finally, there was no consideration of international changes and trends.

This ‘National Strategy for Drug and Addiction Policy’ also included no allocation of resources and no review of targets through evaluations, no coordination body and no set milestones (such as ‘Where does Germany want to be in terms of drug policy in 2030?’), and in this respect it should be understood more as a basic paper than as a ‘strategy’.

The 'National Drug Policy' is better understood as the result of the totality of drug policy orientations and measures of various departments or ministries and subordinate institutions (Federal Ministries of Health, Food and Agriculture, Justice, etc.). The extent to which these are interlinked and act in a coordinated manner is not apparent.

The construction of the person responsible for drug policy within the 'commissioner system', located in the Federal Ministry of Health, with limited resources and few powers, mainly fulfils a moderation function for the topic of 'drugs' in Germany – often with behaviour-preventive appeals. The concrete political objectives (e.g. on the topic of 'tobacco control policy') are each carried out in the individual ministries (e.g. Federal Ministry of Food and Agriculture).

There is also no evidence of continuous communication, coordination and co-operation, in short: control of the national responses by the ministries or the drug commissioner with the representatives of the federal states.

The federal states design their own implementations and interpretations within the framework of the relevant federal laws (e.g. Medicines Act, Narcotic Law, Youth Protection Act) with different accentuations and priorities. They can also influence national legislation on drug-specific issues via the Federal Council and have done so, especially in times of reform backlogs (see Kalke).

The municipalities finance drug counselling facilities, for example, as part of their public welfare obligations. They are at the centre of drug consumption and drug trafficking and align their specific form of support for drug assistance facilities or for law enforcement according to the needs they recognize (e.g. responses to the increasing consumption of crack). An organization of cities existed more than 30 years ago (e.g. 'Frankfurt Resolution', European Cities on Drug Policy, 1990).

Geschichtlicher Hintergrund

Drogenpolitik hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebenssituation von Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren und deren Konsum staatlichen Restriktionen oder Verboten unterliegt. Das gilt für sogenannte „illegale“ Drogen, aber auch „legale“ Drogen wie Alkohol, Tabak oder Medikamente. Die Begriffe „Drogenkonsum“ und „Drogenabhängigkeit“ sollten in diesem Zusammenhang multidimensional gedacht werden, als biopsychosoziale Phänomene und unabhängig vom Legalitätsstatus der psychoaktiven Substanz (neutraler Begriff für „Droge“).

Drogenpolitik setzt auch den Rahmen für Strukturen und Realitäten der Versorgung und Behandlung von Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren oder von diesen abhängig sind. Bei Antritt der rot-grünen Re-

gierungscoalition 1998 war ein erheblicher Reformstau und ausgehend davon ein Reformeifer in der Gesundheits- und Drogenpolitik spürbar (Michels, 2000). Der sog. „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ (BMJFFG, BMI, 1990) des Drogenbeauftragten der Vorgängerregierung war noch in Kraft. Erst 1987 war das Verbot der Methadonvergabe an Heroinabhängige in Deutschland aufgehoben worden. Auf den Weg gebracht hatte dies das Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen (Hüsgen, 2009). Trotzdem waren auch Maßnahmen der Schadensminderung wie Spritzentauschprogramme noch sehr umstritten. Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und die Selbsthilfebewegung von „Junkies, Ex-Usern und Substituierten“ (JES) unterstützten diese neuen Programme. Vorurteile wie „Eine Sucht ersetzt die andere“ oder „Selbsthilfe kann nur ‚Cleansein‘ fördern und darf nicht politisch sein“ waren häufig zu hören. Es war viel Überzeugungsarbeit notwendig, damit das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) diese Ansätze als notwendig und sinnvoll erachtete und die rechtlichen Grundlagen dafür schuf. Es galt aber auch, die Suchthilfeeinrichtungen und -verbände zu überzeugen. Die sich enorm verschärfende AIDS-Krise unter injizierenden Opiatkonsumenten war damals ausschlaggebend, um Harm-Reduction-Maßnahmen in Deutschland einzuführen. Erste Drogenkonsumräume wurden – zuerst inoffiziell – etabliert, z. B. kurzzeitig in Bremen und 1994 dann – auf der Basis eines Rechtsgutachtens – in Hamburg und Frankfurt am Main. Es entstand ein Städtenetzwerk, um sich für ein Bundesmodell „Heroin-gestützte Behandlung“: *„Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“* nach Schweizer Vorbild (Uchtenhagen, 2013) einzusetzen, das dann im Rahmen eines Bundesmodells auch erprobt wurde (Haasen, Vertheim, 2008). In der deutschen Ärzteschaft waren jedoch medikamentengestützte Behandlungsformen einer Drogenabhängigkeit noch heftig umstritten und nur eine kleine Gruppe unerschrockener Pioniere bot erste „Substitutionsprogramme“ (etwa mit Dihydrocodein) an (Ulmer, 1997), gegen heftige Kritik aus den eigenen Reihen und mit strafrechtlicher Verfolgung. Der Terminus „Substitution“ wurde in der Fachwissenschaft später ersetzt durch den Terminus „Behandlung“, da es sich nicht um einen Ersatz handelt, sondern um eine Therapie der Abhängigkeitserkrankungen mit der Vergabe eines Medikaments zur Reduzierung des Suchtdrucks und mit psychosozialer Begleitung. Drogenkonsumräume wurden juristisch erst mit einer Änderung des Betäubungsmittelrechts im Jahr 2000 „rechtmäßig“ (Stöver, Michels, 2020).

In Bezug auf legale Drogen gab es zwar viele verhaltenspräventiv orientierte Kampagnen und Maßnahmen, aber in Bezug auf eine drogenpolitische Kernaufgabe, die Verhältnisprävention, hat die Drogenpolitik der letzten 40 Jahre nur wenige Fortschritte erzielt. Insbesondere der „ewige Stillstand wirk-

samer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland“ (Effertz, 2023), mit wenigen Maßnahmen (z. B. Alkopoststeuer; aber: Weitererlaubnis der Alkoholwerbung [Manthey et al., 2024]) ist auffällig, und die unzulängliche Tabakkontrollpolitik (Stöver, 2024).

Vorschläge für eine Neuausrichtung der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland

1 Bündelung der Steuerungskapazitäten der Drogenpolitik

Zur Steuerung der Drogenpolitik ist zukünftig eine Bündelung der Kompetenzen innerhalb einer kompetenten und arbeitsfähigen Organisation, interministeriell, interdisziplinär, mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder und Kommunen, der Verbände der Selbsthilfe, der Forschung und Wissenschaft nötig. Denn: Drogenprobleme sind ein zu großes Feld der Gesundheitspolitik insgesamt (8,2 Mio. Menschen in Deutschland sind abhängig von Substanzen, Medien, Glücksspiel etc.; 13 Mio. Menschen konsumieren Substanzen missbräuchlich, 1,4 Mio. Menschen befinden sich aufgrund ihres Alkoholkonsums in medizinischer Behandlung) (BARMER, 2025), als dass man sie verstreut über mehrere Ministerien einfach „laufenlassen“ oder pflichtschuldig auf Minimalniveau bearbeiten kann (z. B. durch notwendige Anpassungen an EU-Vorgaben etc.). Die zuständigen Regulierungsbehörden kommen mit der Geschwindigkeit, den Dynamiken und Herausforderungen des illegalen und legalen Drogenmarktes kaum noch zurecht. Jüngste Beispiele: die Einweg-E-Zigarette findet immer größere Verbreitung v. a. unter jungen Menschen, weil fast jede Rapperin/jeder Rapper in den Social Media ein eigenes Label mit kinder- und jugendaffiner Werbung hat. Auch eine Lachgas-Regulierung lässt auf sich warten.

Neuer Strategieplan für eine zukunftsorientierte Drogenpolitik

2003 wurde der Aktionsplan Drogen- und Sucht verabschiedet, aber er enthielt keine konkreten Maßnahmen und Zeitpläne zur Umsetzung. Auch der 2012 verabschiedete Nationale Aktionsplan enthielt keine Umsetzungsschritte. Die bereits 2001 vorgelegten Überlegungen zur Drogenprävention der Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung wurden nicht berücksichtigt. Es ist angebracht, eine aktualisierte und dem Stand der Wissenschaft angepasste Strategie vorzulegen, die auch Maßnahmen der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs verankert.

Fachexpertise einholen

Die Einsetzung eines Drogen- und Suchtrates – aus Fachreferaten der Ministerien, Fachinstitutionen (DHS etc.), Selbsthilfeverbänden, Forschung und Wissenschaft – hat sich nicht bewährt, die Initiativen erfolgten fast ausnahmslos vom Arbeitsstab der Drogenbeauftragten. Zielführender wäre eine enge Einbeziehung von Wissenschaft und Forschung sowie der Institutionen der Suchtkrankenhilfe durch Einberufung einer Fachkommission wie etwa in der Schweiz. Diese Kommission sollte aber auch mit entscheidungsbefugt sein und über Mittel verfügen für eigene Analysen und Forschungen.

Kooperation mit den Fachreferaten

Unter der ersten rot-grünen Bundesregierung 1998 wurde der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten vom Bundesministerium des Innern zum Bundesministerium für Gesundheit verlegt. Drogen- und Suchtpolitik wurde damit als eine sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe gekennzeichnet und nicht mehr als innenpolitische. Damals wurde zunächst eine Arbeitsgruppe Drogen und Sucht eingerichtet mit den Fachreferaten Drogen und Sucht und Betäubungsmittelrecht, unter Federführung der Drogenbeauftragten, um drogenpolitische Reformvorhaben (Drogenkonsumräume, Heroin-gestützte Behandlung) zielgerichteter umzusetzen. Später wurde dann der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten als selbständige Einheit im BMG etabliert mit der Vereinbarung, dass die Fachreferate der Drogenbeauftragten „zuarbeiten“ sollen. Sie waren und sind aber in die Hierarchie des Ministeriums eingebunden, was in der Praxis immer wieder zu Verzögerungen und Konflikten in der Zusammenarbeit führte.

2 Suchtprävention und Suchthilfe stärken!

Ein gut ausgebautes Hilfesystem rettet Leben! Laut einer aktuellen Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024) können etwa drei Viertel der Suchtberatungsstellen nicht kostendeckend arbeiten. Stellen werden abgebaut, Beratungs- und Betreuungszeiten gekürzt – das alles führt zu Wartezeiten, Abweisungen etc. Frühzeitige Hilfen, besonders bei Störungen mit hohem Chronifizierungspotential sind ebenso notwendig wie verlässliche und nachhaltige Hilfen im kommunalen Suchthilfeverbund. Welche fatalen Folgen würde ein weiteres Zusammensparen der kommunalen Drogenhilfe haben?

Die Suchthilfe braucht nach Ansicht der Autoren und auch aller Fachverbände der Suchthilfe ein verlässliches, stabiles Fundament und muss durch zielgerichtete Drogenpolitik angesichts jüngster Entwicklungen ausgebaut

werden – unabhängig von Konjunkturen und Haushaltslagen. Es gibt den Vorschlag: Suchtberatung – mit Prävention, psychosoziale Begleitung von Substitution, Therapie und Selbsthilfeunterstützung für Konsumierende und begleitende Angehörige werden als Pflichtaufgabe für die Kommunen erklärt und stabil finanziert – unabhängig von der kommunalen Haushaltslage! Die Krankenkassen sind angemessen zu beteiligen. Die Begleitung ist unbürokratisch und niedrigschwellig zu finanzieren! Den besonderen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Bundesteilhabegesetzes durch Konsumierende mit Hilfebedarf ist mit niedrigschwelligen Hilfeplanverfahren, ggfs. Fallpauschalen zu begegnen (DHS, 2016; Gellert-Beckmann, 2021).

3 Die Umstrukturierung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung war festgelegt: „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public-Health Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Das RKI soll in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsunabhängig sein.“

Dieser Prozess ist eingeleitet; das bedeutet, dass auch der Schwerpunkt der Drogen- und Suchtprävention in der BZgA auf seine Wirksamkeit überprüft und neue Konzepte zum Ausbau v. a. der Risikokompetenzförderung erprobt werden sollten. Beispielfhaft sei hier auf den österreichischen *risflecting*-Ansatz verwiesen (Fachstelle für Suchtprävention Berlin, 2023; Koller, 2015).

Die BZgA hat eine Reihe von wissenschaftlichen Analysen publiziert und gute Präventionsprogramme (mit-)entwickelt (wie *HaLT*, *drugcom*, *Kenn Dein Limit*, etc.), aber diese waren häufig nicht ausgerichtet auf die riskanten Lebensbedingungen, sondern mittelschichtorientiert, sodass in der Prävention des Cannabis- oder Tabakkonsums zu wenig die konsumentenschlossenen Menschen erreicht wurden. Zudem existierten Glaubwürdigkeitslücken, die nicht thematisiert wurden, im Präventionsprozess. Das sollte untersucht werden, um die Maßnahmen stärker auf die Vermittlung von Risikokompetenzen auszurichten neben der grundsätzlichen Verhinderung des Konsums. Diesen Prozess sollte das zuständige Bundesministerium für Gesundheit begleiten (Konturen, 2024).

Die Mitfinanzierung einer Reihe von Kampagnen im Bereich der Alkoholprävention durch die private Krankenversicherung (PKV) und auch durch

die Gesetzliche Krankenversicherung ist sicher hilfreich. Solche Aktivitäten ersetzen aber keine strukturellen Präventionsmaßnahmen.

4 Weitere Schritte zur Entkriminalisierung und Schadensminderung

Nach dem ursprünglichen Konzept des BtMG wollte man den Umgang mit illegalen psychoaktiven Substanzen durch strikte Strafverfolgung der Herstellenden, Vertreibenden und Verbrauchenden von Drogen begegnen. Schon Besitz und Erwerb weniger solcher Substanzen zum Eigenkonsum bilden damit Straftaten. Die Annahme generalpräventiver Wirkung umfassender Strafanandrohung ist wissenschaftlich nicht belegt (Bruckmann, 2019) und damit aus Sicht der Autoren nicht haltbar (Diebel, Teuter, 2019). Das stellte sich zunehmend heraus durch praktische Erfahrungen. Vor allem zeigten sich erhebliche kontraproduktive Wirkungen des Ansatzes: Wege der Beratung und Therapie betroffener Konsumierender und Drogenabhängiger wurden verbaut, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung der Betroffenen gefördert; im Gegenteil muss man feststellen, dass der prohibitive Ansatz therapeutische Interventionen und Modelle der Schadensminderung immer wieder behindert hat. Die Autoren befinden, dass es höchste Zeit für die von Expertinnen und Experten und Politikerinnen und Politikern geforderte überfällige Gesamtevaluation des BtMG ist (was auch von B90/Grünen, Linken und FDP im Dt. BT gefordert wurde und von der Großen Koalition abgelehnt wurde (vgl. auch Diebel et al., 2024).

Bisherige Schritte von Entkriminalisierung und Schadensminderung werden im Folgenden aufgeführt:

- Erst unter starkem öffentlichem Druck hat sich der Gesetzgeber 1982 durchgerungen, dem Strafrechtsteil des BtMG einen Abschnitt für „betäubungsmittelabhängige Straftäter“ („Therapie statt Strafe“) in den §§ 35–38 anzufügen. Von Anklage, Bestrafung, Strafvollstreckung oder weiterer Strafverbüßung kann zugunsten einer Behandlung unter bestimmten Bedingungen abgesehen werden.
- Nach § 31a BtMG kann das Strafverfahren in Bagatellfällen bei Drogenkonsumierenden von Verfolgungsbehörden oder Gerichten eingestellt werden. Diese Entwicklung sollte aus Sicht der Autoren inhaltlich und im Umfang weiter vorangetrieben werden, allerdings ist es bislang nicht zu bundeseinheitlicher Handhabung gekommen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, nach § 37 BtMG von der Anklage gegen in Behandlung befindliche Drogenabhängige abzusehen, bei zu erwartender Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren.

Eine Umstufung von Straftatbeständen zu Ordnungswidrigkeiten kann aus Sicht der Autoren sinnvoll sein und müsste so ausgestaltet sein, dass nicht das Gegenteil erreicht wird (hohe Bußgelder, die nicht bezahlt werden können, und wo die Menschen per Ersatzfreiheitsstrafe dann doch wieder in den Justizvollzug kommen).

- Nach und nach wurde die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger zunächst vor allem mit Methadon und nur zur „ausschleichenden Entgiftung“, dann als Dauerbehandlung (§§ 13 BtMG, 5 BtMVV) zugelassen. Nach der positiven Evaluation eines entsprechenden Modellprogramms zur bundesweiten Erprobung der ärztlichen Substitution mit Diamorphin wurde 2010 die heroingestützte Behandlung für Schwerst-Opiatabhängige zugelassen und in die Regelversorgung aufgenommen.
- Substitution mit Methadon und anderen Medikamenten ist in Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten nach wie vor defizitär. Federführend zuständig sind hier einerseits die Länderjustizministerien. In Einrichtungen des Maßregelvollzugs (gem. § 64 StGB) (federführend zuständig sind hier die Landesgesundheits- und Sozialministerien), in dem sich viele Opioidabhängige befinden, ist diese Behandlungsform praktisch nicht existent. Behandlungen mit Diamorphin (Heroin) werden gemessen an dem potenziellen Bedarf noch zu selten durchgeführt (nur in 12 Städten mit knapp 1.400 Patientinnen und Patienten) und das Angebot sollte ausgebaut werden.
- Insgesamt ist die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger (u. a. mit Methadon, retardierten Morphinen, Buprenorphin und auch Depotlösungen etc.) von großen Lücken, insbesondere in ländlichen Regionen, gekennzeichnet. Nach Einschätzung der Autoren ist dies u. a. dem Honorierungssystem geschuldet, das im Grunde (bis auf Hessen) keine Take-Home-Ziffer kennt, d. h. die Ärztinnen und Ärzte verdienen daran, dass die Patientinnen und Patienten täglich in die Praxis kommen. Auch Arztpraxen sind Wirtschaftsbetriebe und müssen kosteneffizient betrieben werden, aber leider sind diese Praxen auf dieser Abrechnungsbasis aufgebaut – dazu bestehen mittlerweile Alternativentwürfe (Isernhagen, 2024).

Eine flächendeckende Versorgung der Behandlung Opioidabhängiger muss aufgebaut werden, die sicherstellt, dass neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens zur Sicherstellung verpflichtet werden!

- Eine medikamentengestützte Behandlung mit pharmakologischen Substanzen muss auch für andere psychoaktive Substanzen als Opioide, wie z. B. Kokain/Crack (Stimulanzien) erprobt/erforscht werden, auch das therapeutische Potential von Substanzen wie Ketamin oder Psychedelika zur

Behandlung von Depressionen etc. oder das Codein zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit.

- Erst unter dem Druck sich ausweitender HIV-Infektionen in der Hochrisikogruppe injizierender Drogenkonsumierender wurden 1992 gesetzlich die Vergabe von Einwegspritzen und entsprechende öffentliche Information ermöglicht in § 29 Abs. I S. 2 BtMG. Aber im Strafvollzug gibt es in den 180 Haftanstalten mit einer Ausnahme einer Haftanstalt für Frauen in Berlin (JVA für Frauen Lichtenberg) noch immer keine Vergabe sterilen Spritzbestecks.
- Mit knappen Kompromissentscheidungen im Ringen zwischen Bund und Ländern endete im Jahr 2000 der Streit um eine gesetzliche Öffnung für bereits erprobte Einrichtungen von Drogenkonsumräumen zugunsten des komplizierten § 10a BtMG. In vielen Großstädten werden seither injizierenden Drogenkonsumierenden auf diese Weise Beratung und Lebens- sowie Überlebenshilfen geboten; aber vielerorts, namentlich in Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen etc. wird das verhindert (Drogenkonsumraumverordnungen existieren nur in 8 BL). Es wäre auch wichtig, jetzt eine erste Bilanz zu ziehen: was gelingt gut (Erreichung der riskierten Gruppen), was weniger (Vermittlung in MAT oder andere Behandlungsformen; Umgang mit Konsumenten von Crack).
- Einmütigkeit bestand im Bundestag für die 2017 geschaffene Möglichkeit, Cannabis als Arzneimittel für Schwerkranke, insbesondere Schmerzpatientinnen und -patienten, ärztlich zu verordnen (§ 19 Abs. 2a BtMG). Mit dem KonsumCannabisgesetz vom Februar 2024 ist die Verpflichtung zur Ausstellung eines BtM-Rezeptes entfallen. Allerdings gibt es weiterhin erhebliche Widerstände in der Ärzteschaft und bei den Gesetzlichen Krankenkassen gegen die Verschreibung von Cannabisarzneimitteln.
- Über die Adaption eines Modells der Entkriminalisierung von Konsumierenden anderer Drogen neben Cannabis wie in Portugal (in Portugal wurde die strafrechtliche Verfolgung von Drogenkonsum und Drogenbesitz für den Eigenbedarf abgeschafft) (Greenwald, 2009) wurde zwar auch von der Vorgängerregierung öffentlich diskutiert, aber es wurden keine Umsetzungsmodelle vorgelegt.

5 Programm zur Risikominderung

Ein illegaler Drogenmarkt kennt keinen Jugend- und Verbraucherschutz. Gesundheitsschäden und lebensbedrohliche Risiken sind auf dem Schwarzmarkt vorprogrammiert. Mit einem 4-Punkte-Sofort-Programm soll dem entgegengetreten werden:

1. Umsetzung der Einführung von Drugchecking,
2. Take-Home-Vergabe von Naloxon,
3. Ausbau der Opioidsubstitution in allen Settings, in denen sich Opioidgebrauchende befinden – auch mit Diamorphin,
4. Landesweiter Ausbau weiterer Drogenkonsumräume.

5.1 *Drugchecking:*

Länder wie die Niederlande, Schweiz u. a. zeigen es: die diskrete Analyse von Drogensubstanzen auf gefährliche Zusammensetzungen kann Risiken des Drogenkonsums deutlich verringern helfen. Die Europäische Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht (EBDD) – seit Juli 2024 nun die EU Drug Agency (EUDA) – empfiehlt deshalb die Umsetzung solcher Analysemöglichkeiten – diskret, anonym, effektiv zum Konsumierendenschutz. Flächendeckend sollten in öffentlicher Hand (z. B. Gesundheitsämter, Apotheken, Landschaftsverbände) Angebote zur Qualitäts- und Risikokontrolle von Drogensubstanzen geschaffen werden, deren Ergebnisse von Drogengebrauchenden eingesehen werden können (Verbraucherschutz).

5.2 *Take-Home-Naloxonvergabe*

Zur Bewältigung des Drogennotfalls (Überdosis) und Senkung der Mortalität unter Drogenkonsumierenden soll Naloxon, ein bewährtes Mittel zur Behandlung des Drogennotfalls, flächendeckend als Take-Home-Rezept verfügbar gemacht werden – für Menschen mit riskantem Opiatkonsum. Das bundesweite Modellprojekt NALtrain sollte deshalb für alle Träger der Drogenhilfe finanziert und organisiert werden (Deutsche Aidshilfe, 2025).

5.3 *Medikamentengestützte Agonist-Therapie (MAT) für Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen (Substitution)*

Diamorphin (synthetisches Heroin als Medizinprodukt) und andere Formen der Opioidsubstitution sind wirksam, aber nicht annähernd ausreichend verfügbar. Die bewährten suchtmmedizinischen Angebote sind besser zugänglich zu machen, speziell für die steigende Anzahl von Drogenkonsumierenden ohne Krankenversicherungsschutz. Für drogengebrauchende Menschen in den Justiz- und Maßregelvollzugsanstalten ist auch in der suchtmmedizinischen Versorgung das Äquivalenzprinzip umzusetzen: Substitution muss in Haft mit allen entwickelten Substitutionsformen genauso zugänglich sein wie außerhalb der Haftanstalten, wenn die medizinische Indikation besteht. Das gilt

auch für den diskreten Zugang zu sterilem Spritzenbesteck, um das besonders hohe Haftisiko der Hepatitis- oder Aids-Infektion wirksam zu reduzieren.

5.4 Ausbau von Drogenkonsumräumen (DKR)

Nur in 10 der 16 Bundesländer sind Konsumraumverordnungen erlassen worden. Dies sollte dringend ausgebaut werden – zuletzt haben Schleswig-Holstein und Sachsen (ohne allerdings bereits Drogenkonsumräume einzurichten) nachgezogen. In vielen Bundesländern existiert nur eine kleine Zahl dieser Einrichtungen (z. B. in Baden-Württemberg gibt es nur einen DKR in Karlsruhe). Die Erfahrungen sollten bundesweit zusammengebracht werden, neue Modelle sollten diskutiert werden, v. a. auch im Hinblick auf Kosten, Erreichung der Zielgruppen, unterschiedliche Unterstützung von Konsumformen etc. (Beispiel: Bergmann et al., 2024).

6 Suchtprävention und Suchthilfe als kommunale Pflichtaufgaben verankern!

Mit Blick auf die Erfahrungen in der Drogenhilfe wird erwartet: die Suchthilfe braucht ein stabiles Fundament und muss angesichts jüngster Entwicklungen ausgebaut werden – unabhängig von Konjunkturen und Haushaltslagen. Die Autoren schlagen deshalb vor: Suchtberatung – mit Prävention, psychosoziale Begleitung von Substitutionspatientinnen und -patienten, Therapie und Selbsthilfeunterstützung für Konsumierende und begleitende Angehörige werden als Pflichtaufgabe für die Kommunen erklärt und stabil finanziert – unabhängig von der kommunalen Haushaltslage! Die Krankenkassen sind angemessen zu beteiligen. Die Begleitung soll unbürokratisch und niedrigschwellig zu finanzieren sein! Den besonderen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Bundesteilhabegesetzes durch Konsumierende mit Hilfebedarf soll mit niedrigschwelligen Hilfeplanverfahren, ggfs. Fallpauschalen begegnet werden. Das Bundesteilhabegesetz muss insofern angepasst werden, dass keine Finanzierungslücken entstehen und der bürokratische Aufwand verringert wird.

7 Den risikobehafteten Alkohol- und Tabakkonsum reduzieren!

Tabak und Alkohol sind legal und in unserer Kultur fest verankert. Das Abhängigkeitspotenzial dieser Substanzen ist gleichwohl hoch, und sie führen zu

enormen gesundheitlichen und sozialen Schäden. Aufgrund des hohen Alkoholkonsums starben in Deutschland nach den Daten der GBD-Studie für 2021 rund 47.500 Menschen, an den Folgen des Rauchens rund 99.000 Menschen (Rummel et al., 2025). Beide Substanzen zählen zu den Hauptrisikofaktoren bei Krebs und anderen tödlichen Erkrankungen. Die volkswirtschaftlichen Schäden summieren sich auf Milliardensummen (bei Tabak bspw. rund 97 Mrd. Euro). Im Vergleich mit anderen Ländern tut Deutschland wenig, um die zerstörerischen Folgen für Individuen und Gesellschaft zu reduzieren. Im Gegenteil: Werbung für Alkohol und Tabak ist in bestimmter Form nach wie vor erlaubt. Bei der Zahl der Zigarettensautomaten – in den meisten Ländern längst verschwunden – ist Deutschland Weltmeister. Im öffentlichen Raum animieren 340.000 Automaten zum Zigaretteneinkauf. Die Folge: Bei der Tabakkontrolle liegt Deutschland laut Tabakatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) international auf dem letzten Platz in Europa. Beim Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch, auch bei der Prävalenz des Rauchens (lt. DEBRA-Studie 30,4 % der Bevölkerung) ist Deutschland auf den vorderen Rängen. Zusätzlich sollten Unterstützungen angeboten werden für Menschen, die das Rauchen einschränken oder Gesundheitsrisiken verringern möchten, ohne aufzuhören – mit Maßnahmen, die zu ihrem Lebensstil passen („Harm Reduction“). In einem wissenschaftlich fundierten Diskussionsprozess gilt es nun, Chancen und Risiken alternativer Produkte der Nikotinaufnahme („Dampfen“) abzuwägen, um dann klare Botschaften an (potenzielle) Konsumierende zu senden.

Mit-Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Behandlung durch schadensverursachende Industrie

Es gibt schon länger die Diskussion um die Mitfinanzierung von Maßnahmen der Drogen- und Suchtkrankenhilfe durch die mitverursachende Alkohol- und Tabakindustrie bzw. um eine zweckgebundene Abgabe aus der Alkohol- und Tabaksteuer bzw. aus Mitteln der Abschöpfung von Geldwäsche (wie etwa in Luxemburg). Das wurde immer aus „verfassungsrechtlichen“ Gründen abgelehnt, sollte aber unbedingt erneut aufgegriffen werden. Die alleinige Finanzierung von Akut- und Reha-Maßnahmen durch die GKV und die Rentenversicherung ist sinnvoll, muss aber entbürokratisiert werden. Eine steuerfinanzierte Finanzierung der ambulanten Drogen- und Suchthilfe als Daseinsfürsorge sollte aber fest verankert werden, um die Abhängigkeit von Haushaltslagen der Kommunen zu reduzieren und eine dauerhafte Finanzierung der Hilfen zu gewährleisten.

8 Drogenpolitik auf EU-Ebene

Auf europäischer Ebene treffen sich die für die Koordination der Drogenpolitik verantwortlichen Ministeriumsvertreterinnen und -vertreter (mittlerweile zumeist aus dem Gesundheitsbereich, aber noch immer häufig aus den Innenministerien) in der „Horizontalen Gruppe Drogen HDG“, um deren drogenpolitischen Strategien der EU und Aktionspläne zu beraten und deren Umsetzung zu begleiten. Obwohl Harm Reduction Ansätze dort verankert sind, gibt es einen neuen Trend, wieder stärker innenpolitische Akzente zu setzen und mehr auf Angebotsreduzierung durch polizeiliche Maßnahmen zu setzen.

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) (seit Juli 2024 Drogenagentur der Europäischen Union, EUDA) ist ein wichtiges Zentrum für die Sammlung und Auswertung drogenbezogener Daten und Analysen. Im Verwaltungsrat sollte Deutschland weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Dies gilt auch für ein wieder verstärktes Engagement in der Europaratsinstitution für Drogenfragen der „Pompidou Group“.

9 Drogenpolitik auf UN-Ebene

Das Büro für Drogenkontrolle der UN (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) spielte in den letzten Jahrzehnten eine wichtige Rolle in der Verankerung von Harm Reduction Maßnahmen, aber mehr dadurch, dass die zuständigen Beamten diesen Kurs unterstützten als durch eine strukturelle Verankerung. Im Ausschuss für Drogenpolitikfragen der UN – der Commission on Narcotic Drugs (CND), der Deutschland bislang immer angehörte (53 Mitgliedsländer der UN) –, der sich jeweils im März jeden Jahres trifft, um Drogenkontrollmaßnahmen zu diskutieren und Resolutionen an die Vollversammlung der UN zu verabschieden, sollte Deutschland wieder eine stärkere Rolle einnehmen. 2016 gab es einen Durchbruch bei UNGASS (UN General Assembly Special Session)¹, in der festgelegt wurde, dass Drogenkonsum in erster Linie nicht strafrechtlich verfolgt werden soll, sondern Maßnahmen der

¹ Im April 2016 verabschiedete die Generalversammlung einstimmig das Abschlussdokument ihrer Sondertagung 2016 zum weltweiten Drogenproblem. Das von der Suchtstoffkommission erstellte Abschlussdokument der UNGASS 2016 enthält über 100 operative Empfehlungen in sieben thematischen Kapiteln, die sich auf die Reduzierung von Nachfrage und Angebot, die Verfügbarkeit kontrollierter Substanzen für medizinische und wissenschaftliche Zwecke, Menschenrechte, Herausforderungen und neue Trends sowie internationale Zusammenarbeit und Entwicklung konzentrieren.

Prävention und Hilfe – einschließlich von Harm Reduction Maßnahmen (die aber nicht als solche benannt werden durften) – im Vordergrund stehen sollen. Es sollte nun die Überprüfung ihrer Wirksamkeit erfolgen. Cannabisregulierung wurde aber noch immer abgelehnt von einer Mehrheit der UN-Gremien; Deutschland sollte sich für eine Änderung einsetzen.

10 Drogenpolitik in der Entwicklungszusammenarbeit

In enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wurde das Programm Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD) verabschiedet und wird seitdem umgesetzt mit Partnern in Albanien, Thailand und Kolumbien. Ein sogenannter „Krieg gegen Drogen“ ist nicht der richtige Weg aus der illegalen Drogenökonomie. Allerdings haben bisherige Bundesregierungen auch nie das internationale Drogenkontrollregime in Frage gestellt. Deutschland setzte international Akzente für die Stärkung entwicklungsorientierter Ansätze in der Drogenpolitik. Entwicklungsorientierte Ansätze spielen auch international eine zunehmend wichtige Rolle. Alternative Entwicklung setzt an den Ursachen des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen an. Sie zielt darauf ab, Perspektiven für Menschen in oft abgelegenen ländlichen Regionen zu schaffen. Dadurch werden die wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen nachhaltig verbessert und die Abhängigkeit der Kleinbäuerinnen und -bauern vom Drogenpflanzenanbau verringert. Ein menschenrechtsorientierter, geschlechtersensibler und umweltorientierter Ansatz ist dabei wesentlich – dazu zählt auch die enge Einbindung der lokalen Bevölkerung sowie die Stärkung der Rolle der Frau. Die Drogenbeauftragten der Bundesregierung waren Schirmherrinnen und -herren des Vorhabens Global Partnership on Drug Policies and Development (GPDPD). Das Vorhaben wird im Auftrag des BMZ durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) implementiert. Es soll gemeinsam mit interessierten Regierungen und internationalen Partnerorganisationen entwicklungs-, menschenrechts- und gesundheitspolitische Ansätze in der Drogenpolitik fördern. Im Februar 2021 richtete die damalige Drogenbeauftragte gemeinsam mit BMZ und GPDPD sowie den Regierungen der Niederlande, Norwegens, der Schweiz und den Nicht-regierungsorganisationen Transnational Institute und International Drug Policy Consortium (IDPC) das etablierte Brandenburg Forum zu Drogen- und Entwicklungspolitik erstmals im Genfer Raum aus. Dieses Forum sollte weitergeführt werden. So sinnvoll dieser Ansatz auch ist, muss er dennoch einer kritischen Evaluation unterzogen werden, ob diese Form der internationalen

Zusammenarbeit wirklich zu einer Reduzierung der globalen Drogenprobleme geführt hat.

Schlussfolgerungen

Die bisherige Politik kann so nicht länger aufrechterhalten werden! Es braucht eine Bündelung der Kompetenzen innerhalb einer arbeitsfähigen Organisation, interministeriell, interdisziplinär, mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder und Kommunen, der Verbände der Selbsthilfe, der Forschung und Wissenschaft. Denn: Drogenprobleme sind ein zu großes Feld der Gesundheitspolitik insgesamt, als dass man sie verstreut über mehrere Ministerien einfach „laufenlassen“ oder pflichtschuldig auf Minimalniveau bearbeiten kann. Die zuständigen Regulierungsbehörden sind gegenwärtig mit der Geschwindigkeit, den Dynamiken und Herausforderungen des illegalen und legalen Drogenmarktes überfordert.

Die Frage ist, ob die Koordination einer kohärenten Sucht- und Drogenpolitik der sachorientierten Arbeit einer unabhängigen Agentur/Organisation übertragen werden sollte, die von Fachverbänden und Fachleuten im Einzelfall beraten wird. Es braucht eine kontinuierliche, verlässliche Drogenpolitik, die an Sachlichkeit, wissenschaftlichen Evidenzen und systematisierten Erfahrungen ansetzt statt an politischem Kalkül der Wiederwahl und politisch-selektiver, populistischer Thematisierung von Drogenthemen. Aufgestellte Aktionspläne müssten zudem überprüfbar und evaluiert werden, um eine ernsthafte und transparente Plattform der Drogenpolitikentwicklung zu sein. Eine solche ist jedoch dringend nötig angesichts der massiven Herausforderungen für Drogenpolitik, -recht und -hilfe: Hier seien nur der zunehmende Internet-Verkauf von Drogen und die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) genannt, deren Entwicklung teilweise als Reaktion auf die Prohibition zu verstehen ist (Werse, Morgenstern 2011). Zudem gibt es einen wachsenden Mischdrogegebrauch und lokale und regional begrenzte Drogenszenen, auf die sich die Drogenhilfe einstellen muss. Es entwickeln sich auch „Lokale Drogenpolitiken“ (etwa im Umgang mit Cannabis, aber auch mit Alkohol im öffentlichen Raum), daher sollte den Kommunen mehr Spielraum eröffnet werden mit vorwiegend legalen Drogenszenen adäquater umzugehen (Baur, 2015).

Auf Bundesebene gibt es weiterhin große Herausforderungen: die Macht der legalen Drogenindustrie einzuschränken, Alterszugänge zu Alkohol und Tabak neu zu regulieren, Veränderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung für eine patientenfreundliche medikamentengestützte Behand-

lung Opioidabhängiger herbeizuführen oder den Verkauf von E-Zigaretten und vor allem Einweg-E-Zigaretten stärker zu regulieren etc.

Literatur

- Akzept (Hrsg.) (2011): Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.1.2011. Berlin. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuMaßregelFin130611.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- BARMER (2025): Analyse zur Alkoholsucht: 1,4 Millionen Menschen in medizinischer Behandlung. Pressemitteilung vom 15.01.2025. Berlin. <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/analyse-zur-alkohol-sucht-1-4-millionen-menschen-in-medizinischer-behandlung-1296722>, Zugriff: 17.02.2025.
- Baur, R. (2015): Kommunale Drogenpolitik: Was können Städte und Gemeinden tun? In: Akzept; Deutsche AIDS-Hilfe; JES (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. Lengerich: Pabst. 122–127.
- Bergmann, H. et al. (2024): Drogenkonsumräume in Deutschland 2023. München: DBDD; Berlin: DAH. <https://ift.de/wp-content/uploads/2024/12/IFT-DAH-BAG-DKR-2024-Drogenkonsumraeume-in-Deutschland-2023.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- BMJFFG (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen-psychosomatischen Bereich. Bonn: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- BMJFFG, BMI (Hrsg.) (1990): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige. 13. Juni 1990. Bonn: Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG); Bundesminister des Innern (BMI).
- Bruckmann, P. (2019): Sinn und Unsinn gegenwärtiger Vergeltungstheorien – überholt, hilfreich oder notwendig zur Legitimation staatlicher Strafe? Kriminalpolitische Zeitschrift, (2), 105–119.
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): Alkohol. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html>, Zugriff: 13.02.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016): BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Berlin.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Private Krankenversicherung (PKV) (2025): Suchtpräventions-Angebot für Kommunen wird fortgesetzt. Gemeinsame Presseerklärung PKV und VORTIV vom 16.1.2025. Köln; Berlin. <https://www.bioeg.de/presse/pressemitteilungen/2025-01-16-vortiv-suchtp-raeventions-angebot-fuer-kommunen-wird-fortgesetzt/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen (2025): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/themen/drogenpolitik/nationale-strategie/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Drogen- und Suchtfragen (2022): 1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben – Zahl erneut gestiegen. Pressemeldung vom 16.05.2022. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/>, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutsche Aidshilfe (2025): Naloxon – der Lebensretter beim Drogennotfall – Training und Zertifikat. Berlin. <https://www.naloxontraining.de/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024): Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. vom 26.9.2024. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2016): Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes vom 16.5.2016. Hamm.
- Deutscher Bundestag (2014): Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen. Drucksache 18/1613 vom 04.06.2014. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/016/1801613.pdf>, Zugriff: 13.02.2025.
- Deutschlandfunk (2023): Portugals Drogenpolitik – Therapie statt Gefängnis. <https://www.deutschlandfunk.de/portugals-drogenpolitik-therapie-statt-gefaengnis-100.html>, Zugriff: 07.07.2023.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Diebel, J.; Temmuz Oglakcioglu, M.; Teuter, L. (2024): Strafrecht. in: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht. Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung,

- Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 836–982.
- Diebel, J.; Teuter, L. (2019): muss weg # 3 das betäubungsmittelstrafrecht. In: Schlechtes Strafrecht ist nicht nur »entbehrlich«, sondern schädlich und muss weg. Freispruch. Mitgliederzeitung der Strafverteidigervereinigung, (14).
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003): Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Effertz, T. (2023): Der ewige Stillstand wirksamer Alkoholkontrollpolitik in Deutschland. Kommentar. Sucht, 69(4), 195–196.
- European Cities on Drug Policy (1990): Frankfurter Resolution. Frankfurt am Main. https://www.idh-frankfurt.de/images/verein/frankfurter_resolution.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Fachstelle für Suchtprävention Berlin (2023): Break – look at your friends – reflect. Berlin. https://www.berlin-suchtpraevention.de/projekte/fuer-junge-menschen_risflecting/, Zugriff: 13.02.2025.
- Fleißner, S. (2022): Take-home naloxone as an opportunity to reduce drug deaths in Germany as a task for Social Work. In: Michels, I. I.; Stöver, H.; Deimel, D. (Hrsg.): Drug Cultures and Policy in Germany, Central Asia and China. Baden-Baden: Nomos. 297–306.
- Gellert-Beckmann, S. (2021): Das Bundesteilhabegesetz als möglicher Professionalisierungstreiber für die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (PSB). Sozialpsychiatrische Informationen, (4).
- Greenwald, G. (2009): Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. White paper. Washington: Cato Institute. https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf, Zugriff: 13.02.2025.
- Haasen, C., Verthein, U. (2008): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Bd. 1–3. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Hecking, C. (2017): Tabakhändler sollen Automaten umbauen. Der Spiegel vom 23.01.2017. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/schockbilder-tabakhaendler-sollen-zigarettensautomaten-umbauen-a-1131295.html>, Zugriff: 17.02.2025.
- Hüsgen, H. A. (2009): Über die Entwicklung der Substitution bei Opiatabhängigkeit in der medizinischen Rehabilitation. Suchttherapie, 10(4): 180–185. DOI: 10.1055/s-0029-1241812.
- Isernhagen, K. (2024): Vorschläge zur Reform der Vergütung der Substitutionstherapie mit dem Ziel einer Pauschalisierung. Vortrag auf der 8. Nationalen

- Substitutionskonferenz. Berlin. <https://www.forum-substitutionspraxis.de/ebm-und-substitutionsbehandlung/k-isernhagen-vorschlaege-zur-reform-der-verguetung-der-substitutionstherapie-mit-dem-ziel-einer-pauschalisierung-mehr-patientenfreundlichkeit-in-der-substitutionsbehandlung>, Zugriff: 17.02.2025.
- Kalke, J. (2001): *Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- KONTUREN (2024): *Neue Visionen für die Suchtprävention? Interview mit Dr. Johannes Nießen zum Übergang der BZgA in das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin*. 15.05.2024. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/neue-visionen-fuer-die-suchtpraevention/>, Zugriff: 17.02.2025.
- Manthey, J. et al. (2024): Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the ‘best buys’ *Addiction*, 119(5), 799–811. <https://doi.org/10.1111/add.16411>.
- Michels, I. I. (2024): *Drogenpolitik*. In: Deimel, D.; Moesgen, D.; Shecke, H. (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Stuttgart: UTB. 181–198.
- Michels, I. I. (2019): Wie kann Drogen- und Suchtpolitik „gesteuert“ werden? In: Akzept (Hrsg.): *6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019*. Lengerich: Pabst. 18–24.
- Michels, I. I. (2018): Rückblick auf 30 Jahre Erfahrungen in der bundesdeutschen Sucht- und Drogenpolitik. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 7/8(4/1), 264–270.
- Michels, I. I. (2017): 35 Jahre Drogenpolitik. Dr. Thomas Kuhlmann im Gespräch mit Dr. Ingo Ilja Michels. *Suchttherapie*, 18(2), 55–56.
- Michels, I. I. (2016): Der Weg zu einer gesundheits- und menschenrechtsbezogenen Drogenpolitik. *Suchttherapie*, 17(3), 99–101.
- Michels, I. I. (2000): „Prävention vor Repression“: Neue Wege in der Drogen- und Suchtpolitik – Schwerpunkte und Ansätze der neuen Bundesregierung. In: Pittrich, W.; Rometsch, W.; Sarazin, D. (Hrsg.): *Suchtpolitik auf dem Weg ins nächste Jahrtausend*. Forum Sucht; Bd. 26. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht. 22–47. http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_26.pdf, Zugriff: 17.02.2025.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): Cannabislegalisierung – nur ein erster Schritt zu einer neuen Sichtweise im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. *Soziale Psychiatrie*, (4), 20.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): Der gesellschaftliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen, Risiken und Substanzgebrauchsstörungen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 54(2), 8–11.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): *Drogenpolitik*. In: Stöver, H.; Höfelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanz-*

- gebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 785-806.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2024): Maßregelvollzug § 64 StGB, zwangsweise Behandlung, Medikamentengestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*; 34(2), 224–235. <https://doi.org/10.2440/009-0021>.
- Michels, I. I.; Stöver, H. (2021): Zum Stand der Regulierungsdiskussion in Deutschland. *Sucht*, 67(Suppl. 1), 29.
- Michels, I. I.; Stöver, H.; Verthein, U. (2022): Aktuelle Entwicklungen zum Einsatz von medizinischem Cannabis in Deutschland. *Suchtmedizin* 24(1), 7–12.
- Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2025): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Lengerich: Pabst. 9–36.
- Stöver, H. (2024): Kriminalisierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Wie weiter? *Vorgänge: Kritische Kriminalpolitik*, (3), 67–75.
- Stöver, H. (2021): Sucht, Substanzgebrauchsstörungen. In: Amthor, R.-C. et al. (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit*. 9. Auflage. Weinheim: Beltz. 903–908.
- Stöver, H. (2020): Für eine moderne Tabakkontrollstrategie in Deutschland – ein Anfang! In: *Akzept; Deutsche Aidshilfe* (Hrsg.): 7. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020*. Lengerich: Pabst. 90–98.
- Stöver, H. (2016): Umdenken in Drogenpolitik und Drogenhilfe: mehr Menschen mit Substanzstörungen früher erreichen und besser versorgen. *Neue Ansätze in der Suchthilfe: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 47(1), 26–38.
- Stöver, H. et al. (2016): DAS MÖGLICHE MÖGLICH MACHEN – Perspektiven zukunftsweisender Drogenpolitik in Deutschland. In: *Akzept; Deutsche AIDS-Hilfe; JES* (Hrsg.): 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*. Lengerich: Pabst. 9–12.
- Stöver, H.; Deimel, D.; Steimle, L. (2024): Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland: Versorgungslage und Schlussfolgerungen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung. In: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen*. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 115–128.
- Stöver, H.; Michels, I. I. (Gasthrsg.) (2022): Themenschwerpunkt: Cannabis-Legalisierung. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 11(3-4).

- Stöver, H; Michels, I. (2020): Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8/9(4/1), 193–201.
- Stöver, H.; Steimle, L. (2024): 20 Jahre „Trinkerräume“ in deutschen Kommunen. In: Stöver, H.; Hößelbarth, S. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenpolitik, Drogenrecht: Handbuch für Substanzgebrauchende, Fachkräfte in Beratung und Behandlung, Mediziner:innen, Jurist:innen und Politiker:innen*. 6., vollständig überarb. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner. 338–344.
- Tullis, P. (2021): How ecstasy and psilocybin are shaking up psychiatry. *Nature*, 589, 506–509. DOI: 10.1038/d41586-021-00187-9.
- Uchtenhagen, A. (2013): 20 Jahre heroingestützte Behandlung. *Suchtmedizin*, 15(5), 273.
- Ulmer, A. (1997): Die Dihydrocodein-Substitution – Darstellung der Behandlungsmethode anhand von Fragen des Bundessozialgerichts und eines Entwurfs zur 8. Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung. Stuttgart; New York: Thieme.
- Ulmer A. (2021): Alkoholabhängigkeit anders behandeln? Ansätze zu neuen Hoffnungen. Hamburg: tredition.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016): Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem New York, 19–21 April 2016. Outcome document of the thirtieth special session 19–21 April 2016. Vienna. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, Zugriff: 17.02.2025.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2023): United Commission on Narcotic Drugs. Documentation. Vienna. https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/65_Session_2022/documentation.html, 17.02.2025.
- World Health Organization (WHO); United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2020): International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field-testing. Geneva; Vienna. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>, Zugriff: 17.02.2025.
- Werse, B.; Morgenstern, C. (2011): Online-Befragung zum Thema „Legal Highs“. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research der Goethe-Universität. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/online-befragung-zum-thema-legal-highs.html>, Zugriff: 17.02.2025.
- Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome (PREMOS) Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium

für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf, Zugriff: 17.02.2025.

4.2 It's all about the money: Wie die Glücksspielindustrie ökonomische Interessen wahrt und effektive Suchtprävention verhindert

Tobias Hayer, Tobias Turowski

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der ökonomischen Bedeutung des nationalen Glücksspielmarktes liegt es auf der Hand, dass die Glücksspielindustrie Einfluss auf dessen Regulation ausübt. Im Fokus dieses Beitrags steht die Darstellung ausgewählter Strategien und Taktiken der Glücksspielindustrie, die darauf abzielen, die Bereiche Forschung, öffentliche Wahrnehmung und Politik in ihrem Sinne zu beeinflussen. Dabei wird auf internationale Fachliteratur und das Konzept der kommerziellen Determinanten von Gesundheit als theoretischem Überbau zurückgegriffen. In der Gesamtheit zeigen die Erkenntnisse, dass es der Glücksspielindustrie in erster Linie um die Absicherung ökonomischer Interessen geht, die in der Regel im Widerspruch zu Forschungserkenntnissen stehen, die sich für eine effektive Suchtprävention aussprechen. Daher erscheint ein Paradigmenwechsel in der Suchtpolitik mit einem Public Health-Ansatz als Leitbild geboten, das die von Glücksspielen ausgehenden Gefahren ernst nimmt und gesundheitsförderliche Strukturen etabliert. Schließlich bedarf es der Durchführung nationaler Forschungsprojekte zu diesem Themenfeld: Derartige Forschungsbefunde dienen der Transparenz und erweisen sich vor allem für eine sachgemäße Einordnung der im öffentlichen Diskurs vorgetragenen Argumente und Behauptungen als hilfreich.

Abstract

Given the economic importance of the national gambling market, it is obvious that the gambling industry exerts influence on its regulation. This contribution focuses on the presentation of selected strategies and tactics used by the gambling industry

to influence the areas of research, public perception and politics in its favor. It draws on international literature and the concept of commercial determinants of health as the theoretical background. Overall, the findings show that the gambling industry is primarily concerned with safeguarding its economic interests, which are generally at odds with research findings in favor of effective addiction prevention. A paradigm shift in addiction policy with a public health approach as a guiding principle, which takes the dangers posed by gambling seriously and establishes health-promoting structures, therefore appears necessary. Finally, there is a need for national research projects to be carried out in this field: Such research findings serve the purpose of transparency and, above all, prove to be helpful for a proper classification of the arguments and assertions made in public discourse.

Hintergrund

Verschiedene Parameter verdeutlichen die ökonomische Bedeutung des nationalen Glücksspielmarktes. So wurden hierzulande im Jahr 2023 mehr als 63 Mrd. Euro für legale Glücksspiele eingesetzt (Meyer, Hayer, 2025, in diesem Band). Die daraus resultierenden glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates betragen 6,6 Mrd. Euro und sind damit mehr als doppelt so hoch wie die Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern im gleichen Zeitraum (3,1 Mrd. Euro, Rummel et al., 2025). Es liegt auf der Hand, dass Glücksspielanbieter von einer expansiven Marktentwicklung profitieren und mit vielfältigen Mitteln versuchen, ihre Interessen bei politischen Entscheidungsträgern zu platzieren sowie die öffentliche Wahrnehmung in ihrem Sinne zu beeinflussen, um auf diese Weise zentrale Aspekte der Regulation für sie interessenkonform zu halten. Zur Erreichung dieser Ziele investierte die Glücksspielindustrie in den USA zwischen 1998 und 2020 mit insgesamt 817 Mio. USD deutlich mehr Geld in die Lobbyarbeit als die Tabak- und Alkoholindustrie (755 Mio. USD bzw. 541 Mio. USD; Chung et al., 2024). Entsprechende Zahlen für Deutschland liegen nicht vor.¹ Angesichts der hohen finanziellen Mittel, die der Glücksspielindustrie für diesen Zweck zur Verfügung stehen, erscheint es notwendig, Ausmaß,

¹ Exemplarisch lassen sich jedoch die, in 10.000-Euro-Schritte sortierten, jährlichen „finanzielle[n] Aufwendungen im Bereich der Interessenvertretung“ des Lobbyregisters des Bundes heranziehen. Diese lagen für das Geschäftsjahr 2023 bei der Merkur.com AG zwischen 480.001 und 490.000 Euro, bei der LÖWEN ENTERTAINMENT GmbH zwischen 180.001 und 190.000 Euro, bei der AWI Automaten-Wirtschaftsverbände-Info GmbH zwischen 170.001 und 180.000 Euro, beim Bundesverband Automatenunternehmen e.V. zwischen 140.001 und 150.000 Euro, beim Verband der Deutschen Automatenindustrie e.V. zwischen 130.001 und 140.000 Euro, bei der Westdeutschen Lotterie GmbH & Co. OHG zwischen 110.001 und 100.000 Euro und bei Tí-pico Co Ltd sowie dem Bundesverband deutscher Spielbanken zwischen 40.001 und 50.000 Euro. Diese Aufzählung ist bei weitem nicht erschöpfend.

Art und Effekte der Einflussnahme dieser Wirtschaftsunternehmen auf Politik und Gesellschaft besser verstehen und einordnen zu können. Übergeordnetes Ziel des vorliegenden Impulsbeitrages soll daher sein, ausgewählte Strategien und Taktiken der Glücksspielindustrie sowie die dahinterliegenden Motive vorzustellen. Da es sich hierbei im Kern um die kritische Reflektion eines kontrovers diskutierten Themenfeldes unter Hinzuziehung von Fachliteratur handelt, lässt sich der Text am ehesten als narrativer Review verstehen.

Theoretischer Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist ein multifaktorieller Erklärungsansatz, nach dem Gesundheitsverhalten von einer Vielzahl an risikoerhöhenden und risikominimierenden Bedingungen bestimmt wird. Hierzu zählen individuelle, produktbezogene, soziale, kulturelle, politische aber auch kommerzielle Faktoren. Kommerzielle Determinanten von Gesundheit umfassen dabei eine Reihe von Effekten, die durch die Wirtschaftstätigkeit von Anbietenden entstehen und mit einem Schadenspotenzial für die Allgemeinheit einhergehen können (Lacy-Nichols, Cullerton, 2023). Bei diesen kommerziellen Determinanten handelt es sich um Merkmale, Aktivitäten und Unterlassungen von Wirtschaftsunternehmen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten auf Mikro- wie Makroebene beeinflussen. Ihr Spektrum reicht von Fragen der Arbeitssicherheit über Öffentlichkeitsarbeit und Werbung weiter zu Preisgestaltung bis hin zu direkten politischen Bezügen (vgl. Kickbusch et al., 2016). Für letzteres findet auch der Begriff des Lobbyismus als Synonym Verwendung. Während diese Einflüsse im Rahmen des Modells der kommerziellen Determinanten sowohl beabsichtigt als auch unbeabsichtigt sein können, werden sie von Anbietenden ungesunder Waren oder Dienstleistungen („unhealthy commodity industries“; Wardle et al., 2024) intentional genutzt, um festgelegte Ziele im Rahmen eines sogenannten „Corporate Playbook“ bzw. „Business Playbook“ (Lacy-Nichols et al., 2022) zu verfolgen und durchzusetzen.

Trotz zahlreicher Belege aus anderen Sucht- und Geschäftsfeldern (vgl. exemplarisch mit den Strategien der Alkoholindustrie zur Beeinflussung der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsprozessen von Schaller et al., 2022, S. 18 f.) mangelt es in Deutschland an wissenschaftlichen Abhandlungen zu diesem Themenkomplex mit Glücksspielbezug. Es finden sich zwar immer wieder Einzelhinweise in Veröffentlichungen unterschiedlichen Formats wie Sachbüchern (z. B. Basler, Ritzer, 2016, S. 144 ff., zu Spenden und Sponsoring aus dem Bereich des gewerblichen Automatenspiels) oder nicht peer-reviewten Fachartikeln (z. B. Hayer, von Meduna, 2014, zur verzerrenden Darstellung wissenschaftlicher Befunde; Landgraf, 2023, mit diversen Einzelbeispielen lobbyistischer Aktivitäten; Meyer, 2016, zu einer lobbyistisch geprägten „Verbraucherschutzinitiative“ oder Schütze et al., 2023, S. 120 f., mit einem kursorischen Überblick zum Lobbyismus in der Politik). Systematische

theoretische oder empirische Arbeiten oder umfassende Forschungsprojekte fehlen in Deutschland bislang hingegen in Gänze. Aus diesem Grund wird im Folgenden primär Bezug auf die internationale Fachliteratur genommen und drei grundlegende Zieldimensionen der Beeinflussung ins Blickfeld gerückt: Forschung, öffentliche Wahrnehmung und Politik. Hierbei ist zu beachten, dass diese Kategorien in der Praxis fließende Übergänge mit Synergieeffekten aufweisen (vgl. van den Akker et al., 2024) und hier lediglich als Ordnungsschema fungieren.

Einflussnahme auf die Forschung

Im Idealfall stützt sich Suchtpolitik und somit auch die Regulation des Glücksspielwesens auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Es überrascht daher kaum, dass die Glücksspielindustrie einen beträchtlichen Einfluss auf die Forschung zu Glücksspielen und Glücksspielschäden ausübt (Livingstone et al., 2017). Der dahinterstehende Leitgedanke ist, die Kontrolle über das Framing und die öffentlich vermittelten Botschaften im Sinne der Deutungshoheit an sich zu ziehen und zu konsolidieren (Wardle et al., 2024). Zudem schafft die Glücksspielindustrie die Grundlage dafür, als legitime wissenschaftliche Akteurin bzw. Expertin wahrgenommen zu werden.

Seit über 40 Jahren bildet die Glücksspielindustrie international wie national einen Hauptmittelgebenden für die Glücksspielforschung, was nicht zuletzt auf eine Unterfinanzierung von Forschungsprojekten durch die öffentliche Hand zurückzuführen ist. Diese große Relevanz für die Umsetzung von Forschungsprojekten ermöglicht es, Fragestellungen und Forschungsthemen (auch im Rahmen von Ausschreibungen) zu setzen. Aufgrund der entsprechend selektiven Auswahl von Forschungsgegenständen entsteht eine eingeschränkte Evidenzbasis, die das Störungsbild der Glücksspielsucht im Wesentlichen als individuelles Problem verortet, die Aufmerksamkeit von schädlichen Produkten und Praktiken der Wirtschaftsunternehmen ablenkt und mögliche Positiveffekte des Konsumverhaltens übermäßig betont (vgl. Tompson et al., 2024; van Schalkwyk et al., 2021). Ziel ist es in erster Linie, das mit Glücksspielangeboten assoziierte Problemausmaß bzw. die glücksspielbedingten negativen Folgen für die Gesellschaft zu bagatellisieren, anzuzweifeln oder umzudeuten (vgl. Thomas et al., 2016). Als Nebeneffekt werden die Verantwortung für entstandene Gesundheitsprobleme von der Glücksspielindustrie heruntergespielt, die Glücksspielunternehmen als Teil der Problemlösung präsentiert und in letzter Konsequenz ihr Ansehen und ihre Glaubwürdigkeit erhöht. Forschungen zu Hypothesen, deren Nachweis nicht von Interesse der Industrie ist, wie etwa der Einfluss von Veranstaltungsmerkmalen be-

stimmter Glücksspielformen auf die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme (vgl. Griffiths et al., 2009), werden nicht oder bestenfalls nur punktuell gefördert.

Weitere, mit ähnlichen Absichten verknüpfte Unternehmensstrategien umfassen

- (1) institutionelle Förderungen,
- (2) die Mitfinanzierung von Fachtagungen (vgl. Livingstone, 2018),
- (3) die Gründung bzw. Unterstützung von Forschungsstiftungen,
- (4) die Diskreditierung der Qualifikation bzw. der Aussagen von der Glücksspielindustrie unabhängig Forschender (teilweise gepaart mit Vorwürfen wissenschaftlichen Fehlverhaltens) und
- (5) die Vorlage von Auftragsgutachten.²

Es deutet sich an, dass persönliche Angriffe in den sozialen Medien, Beschwerden bei Universitätsleitungen oder rechtliche Drohungen inzwischen branchenübergreifend in Geschäftsfeldern mit Gesundheitsgefahren zu beobachten sind (Pitt et al., 2024). Zur besseren Einordnung dieses vielschichtigen Phänomens haben Legg et al. (2021) auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche ein Modell mit dem anschaulichen Titel „Science for Profit Model“ vorgelegt. Diese Taxonomie zeigt auf, wie Unternehmensstrategien dazu beitragen, den Umfang, die Wahrhaftigkeit, die Reichweite und die Nutzung von (pseudo-)wissenschaftlichen Erkenntnissen zu maximieren, die zum einen die Positionen der Industrie unterstützen und zum anderen den Einfluss gegenläufiger Forschungen minimieren. Im Glücksspielbereich sind primär Befunde zu glücksspielbedingten Schäden in der Bevölkerung und der Wirksamkeit populationsorientierter Präventionsmaßnahmen Zielscheibe dieser Aktivitäten (Wardle et al., 2024). Unter dem Strich wird mit dieser Strategie ein paralleler Diskurs aufgebaut, der (vermeintliche) Widersprüche und Inkonsistenzen in der Befundlage konstruiert und sie verstärkt rezipiert.

Darüber hinaus mehren sich industrienähe Stimmen, ausschließlich (kausale) Evidenzen ohne jedwede Unsicherheit als alleinige Grundlage zur Umsetzung von Maßnahmen zur Abwehr von Suchtgefahren einzufordern. Dieses Stilmittel lässt sich als Prototyp für die Verhinderung restriktiver Regulationsansätze verstehen, da es Grenzen der empirischen Wissenschaft bewusst erkennt und die Komplexität des Forschungsgegenstandes künstlich erhöht (s. auch Petticrew et al., 2017). Der dahinter liegende Zweck besteht darin, Zweifel an der reliablen und/oder validen Interpretierbarkeit von Befunden oder de-

² An dieser Stelle soll Erwähnung finden, dass die Art der finanziellen Unterstützung von Forschung von Relevanz ist: Während die Förderung einzelner Forschungsprojekte durch die Glücksspielindustrie durchaus wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn nach sich ziehen kann, erweisen sich Auftragsgutachten üblicherweise als ergebnisdeterminiert und somit als bloßes Instrument der Bestätigung bereits feststehender industriefreundlicher Standpunkte.

ren Übertragung auf Situationen außerhalb der Datenerhebung zu säen und kontinuierlich weitere (vermeintlich) qualitativ noch hochwertigere Ergebnisse einzufordern, bevor politisch gehandelt werden könne. Dadurch wird eine inhaltliche Auseinandersetzung mit Befunden vermieden oder untergraben, da selbst minimale statistisch-methodische Unsicherheiten, die gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschungen gemeinhin mit sich bringen, zu einem Ausschlusskriterium mutieren. Im Gegensatz dazu greift unter Public-Health-Gesichtspunkten das Vorsorgeprinzip („precautionary principle“; vgl. Kriebel et al., 2001) zur Handlungsabsicherung von Schutzmaßnahmen. Hier gilt, dass vorbeugende Maßnahmen zum Wohl der Bevölkerung bereits unter einer gewissen Ungewissheit umgesetzt werden sollten. Die von Glücksspielen ausgehenden Gesundheitsgefahren rechtfertigen an dieser Stelle weiterführend, das Vorsorgeprinzip als grundsätzlichen Leitgedanken der Suchtpolitik heranzuziehen. Demnach wäre nicht die Stärkung von staatlichen Schutzmaßnahmen als Reaktion auf bereits eingetretene Schäden die handlungsleitende Prämisse. Vielmehr wäre zunächst die Unbedenklichkeit einzelner Produkte nachzuweisen, um darauf fußend schrittweise über weitere Expansionen bzw. eine Rückführung einzelner Schutzmaßnahmen nachzudenken.

Abschließend soll der verzerrende Umgang mit Forschungserkenntnissen anhand von drei Beispielen kurz illustriert werden. Erstens wehrt sich die Glücksspielindustrie seit jeher gegen eine postulierte „Überregulation“ und hier vor allem gegen Maßnahmen, die auf einer Angebotsverknappung fußen (und Umsatzeinbußen zur Folge hätten). Entgegen immer wieder vorgebrachten Narrativen bringen Verfügbarkeitsbeschränkungen suchtp Präventive Positiveffekte mit sich und führen keineswegs zu einem massenhaften Wechsel in Schwarzmärkte oder in Richtung konkurrierender Glücksspielsegmente (z. B. Russell et al., 2023; vgl. Hayer, 2024). Zweitens wird regelmäßig auf die Erfordernis verwiesen, über hinreichende Marketingaktivitäten auf die eigenen Produkte aufmerksam machen zu müssen und damit das Verhalten der Konsumierenden in legale Bahnen zu lenken. Mitunter führt diese Argumentationskette sogar zur Verortung von Werbung als zentrales Mittel eines gelingenden Spielendenschutzes. Diese Aussagen negieren eine Vielzahl an Forschungsstudien, die in konsistenter Weise auf die mit Werbung assoziierten Kollateralschäden verweisen (vgl. mit dem Umbrella Review von McGrane et al., 2023). Drittens warnt die Glücksspielindustrie wiederkehrend vor unverhältnismäßigen Steueraufwendungen, was zu einer Verteuerung ihrer Produkte und langfristig zu einer Verlagerung des Konsums in illegale Offshore-Märkte (das Online-Glücksspiel betreffend) führe. Während frühere, von der Industrie in Auftrag gegebene Berichte tatsächlich auf eine Korrelation zwischen niedrigeren Steuersätzen und höheren Kanalisierungsraten verwiesen

haben, finden unabhängige Forschungsstudien keinen Beleg dafür (Marionneau et al., 2025). Darüber hinaus scheint die von der Glücksspielindustrie immer wieder vorgebrachte Erfordernis nach Kanalisierung und Ausdünnung des Schwarzmarktes ohnehin weniger dem Spielendenschutz als vielmehr der Aufstockung eigener Produkte bzw. dem eigenen Bestandsschutz zu dienen (vgl. Borch, 2022; Wardle et al., 2021).

Einflussnahme auf die öffentliche Wahrnehmung

Eine weitere, über Forschungsprozesse hinausreichende, zentrale Zieldimension der industriellen Einflussnahme bezieht sich auf die Art und Weise, wie Glücksspielunternehmen in der Öffentlichkeit wahrgenommen und beurteilt werden sollen. Grundsätzlich spielen dafür Priming und Framing eine Rolle. Priming bezieht sich vorrangig darauf, Aufmerksamkeit für eine Handlung zu schaffen, während es im Framing um eine Darstellungsart geht, durch die eine bestimmte Meinung oder Beurteilung in der Bevölkerung erreicht werden soll (Oxley, 2020).

Relevant mit Blick auf die Glücksspielindustrie sind vor allem Framing-Strategien. Im Kern geht es hierbei um – insbesondere medial vermittelte – Aspekte der Selbstdarstellung und des Images von Glücksspielunternehmen mit der Stoßrichtung, positiv konnotierte Werte und Normen in Verbindung mit dem eigenen Geschäftsmodell zu verankern. Dabei lassen sich verschiedene Muster beobachten, die die gewünschten Meinungen, Haltungen und Einstellungsmuster in breiten Schichten der Bevölkerung nachhaltig zu prägen versuchen (vgl. Wardle et al., 2024). Zum einen wird das Glücksspiel über Werbung im öffentlichen Raum normalisiert und einseitig als harmlose, spannende und kurzweilige Variante der Freizeitgestaltung präsentiert. Zum anderen werden ökonomische Parameter wie die Schaffung von Arbeitsplätzen oder die Generierung von Steuereinnahmen in den Mittelpunkt des öffentlichen Diskurses gerückt. Zudem kommt es zu einer Überbetonung des Nutzens, der sich aus den Glücksspieleinnahmen ergebe und im Sinne gemeinnütziger Zwecke die Finanzierung von kulturellen, gesundheitsbezogenen und sozialen Einrichtungen durch die Glücksspielindustrie ermögliche. Schließlich soll das Narrativ verfangen, dass sich legale Glücksspielanbieter (in Abgrenzung zu illegalen Glücksspielanbietenden) ernsthaft um den Spielendenschutz bemühten und, zum Teil auf freiwilliger Basis, scheinbar wirksame Maßnahmen der Schadensminimierung umsetzten. Als gewollter Nebeneffekt entsteht der Eindruck, dass die Glücksspielindustrie eine grundsätzlich hohe wie unvoreingenommene Fachkompetenz in Sachen Suchtprävention besitze und dies-

bezüglich als Gesprächspartnerin auf Augenhöhe mit anderen Fachkräften fungieren könne.

In der Gesamtbetrachtung skizzieren diese Darstellungen ein einseitiges und partiell irreführendes Bild vom Glücksspiel im Allgemeinen und den Geschäftspraktiken der Glücksspielunternehmen im Speziellen. So erinnert das Vorgehen an bekannte Kommunikationsinhalte von Technologieunternehmen, die vorgeben, der Gesundheit der Konsumierenden mehr Bedeutung beizumessen, als sie es in der Praxis tatsächlich tun (sog. „Screenwashing“ angelehnt an den mittlerweile etablierten Begriff des Greenwashing aus dem ökologischen Sektor; Koning et al., 2024). Auch hier ähneln sich also die Argumentationsketten branchenübergreifend (Ulucanlar et al., 2023). Ausgangspunkt ist die Behauptung, dass Probleme im Zusammenhang mit Produkten wie Glücksspielen nur von einer kleinen Minderheit, in der Regel uninformierte oder unverantwortlich handelnde Personen, verursacht würden und öffentliche Gesundheitsbehörden sowie Teile des Wissenschaftssystems das Schadensausmaß übertrieben. Als Lösung böten sich daher Interventionen an, die entweder auf individuelle Verhaltensänderungen abzielen (z. B. Maßnahmen der Aufklärung und Informationsvermittlung) oder Ansätze der Schadensminimierung vorhalten, die es der Glücksspielindustrie erlauben würden, sich selbst als Teil der Problemlösung zu definieren (z. B. über die Implementierung eigener Hilfestrukturen oder die Bereithaltung anderer Unterstützungsressourcen). Konsequenterweise werden Instrumente der Verhaltensprävention und Selbstregulierung sowie freiwillige Kodizes als geeignete und kosteneffiziente Mittel angesehen, um unternehmerische Ziele in Einklang mit öffentlichen Interessen zu bringen. Bezugnahmen auf nachweislich effektivere verhältnispräventive Maßnahmen, wie die Reduktion der Verfügbarkeit, Beschränkungen der Spielanreize durch substanzielle Eingriffe in die Spielstrukturen und Werberestriktionen, finden hingegen keine Beachtung (Meyer, Hayer, 2023). Diese Rhetorik lenkt die Aufmerksamkeit auf die individuelle Verantwortung der Konsumierenden und negiert die eigene unternehmerische Verantwortung. Eine ausbleibende oder unkritische Reflexion dieser Informationen birgt die Gefahr, dass sich die Botschaften in der breiten Öffentlichkeit im Zeitverlauf verfestigen.

Infolgedessen dominierten in der Vergangenheit oftmals Aspekte der individuellen Pathologie oder Vulnerabilität die öffentlichen Debatten zum Thema „Glücksspielsucht“. Populationsorientierte Fragestellungen rund um die öffentliche Gesundheitsfürsorge wurden nur am Rande diskutiert. Dieses Framing hat zur Fehlkategorisierung und Stigmatisierung derjenigen beigetragen, die durch suchtgefährdende Glücksspielangebote geschädigt wurden, und wirksame Bemühungen zur Verhinderung von Glücksspielschäden unter-

graben (Alexius, 2017; Livingstone, Rintoul, 2020). Entsprechend konnte die Glücksspielindustrie ein derartiges Umfeld nutzen, um Macht und Einfluss auszubauen und zu verfestigen (Wardle et al., 2024).

Einflussnahme auf die Politik

Politische Einflussnahme (d. h. Lobbyismus) lässt sich nach Lohmann (2023) einteilen in transaktionalen Lobbyismus und informationellen Lobbyismus. Transaktionaler Lobbyismus ist gleichbedeutend mit Korruption und damit illegal. Informationeller Lobbyismus ist grundsätzlich legal, kann jedoch auf Basis seiner Legitimität eingeteilt werden in legitimen („guten“) Lobbyismus (Einflussnahme im öffentlichen Interesse) und illegitimen („schlechten“) Lobbyismus (Interessengruppenpolitik). Dieser Abschnitt wendet den Blick auf Methoden zur Durchsetzung von Interessengruppenpolitik im Sinne der Glücksspielbranche. Wenngleich dabei Strategien der Einflussnahme auf die öffentliche Wahrnehmung und solche zur Beeinflussung der Politik oftmals Hand in Hand gehen, sind zugleich Besonderheiten zu beobachten. Speziell im politischen Umfeld drückt sich Lobbyismus wie folgt aus (vgl. Landgraf, 2023; Schütze et al., 2023): Durchführung parlamentarischer Abende, Schaltung von Anzeigen in Parteizeitschriften, Präsenz in Form von Informationsständen auf Parteitag, Verfassung von Stellungnahmen bei parlamentarischen Anhörungen oder Gründung von Interessenverbänden. Auch die Vergabe von Parteispenden sollte als Teil dieser Aufzählung gesehen werden. Hier verschwimmt die Grenze zum transaktionalen Lobbyismus insofern, als dass es dabei sichtbare monetäre Zuwendungen gibt. Diese sind aber nicht illegal und nicht (zwangsläufig) direkt personen- und zweckgebunden, sodass es sich hier nicht um Korruption, sondern um eine Form des Lobbyismus handelt. Außerdem werden die Anliegen der Glücksspielindustrie vermehrt von Personen vertreten, die aus dem Politiksektor stammen, dort lange Zeit tätig waren und folglich bestens vernetzt sind. Politikwissenschaftliche Forschung zeigt Hinweise auf starke, negative gesamtgesellschaftliche Konsequenzen dieses sogenannten „Drehtür-Phänomens“ (Lüchinger, Moser, 2023). Für die beteiligten Einzelpersonen sowie die involvierten Unternehmen dagegen birgt dieser Effekt positive und für sie wünschenswerte Möglichkeiten.

Eine weitere Facette der Einflussnahme auf Politik besteht darin, über die Initiierung von Klageverfahren nach nationalem oder internationalem Recht auf Zeit zu spielen und politische Entscheidungsprozesse zu verzögern bzw. zu behindern (vgl. Ulucanlar, 2023). Hiermit geht parallel ein Abschreckungseffekt für Behörden einher, die aus Sorge vor Kompensationsforderungen bestimmte Steuerungsmaßnahmen womöglich zurückhalten.

Ein ausschließlicher Blick auf die Glücksspielindustrie greift in diesem Zusammenhang allerdings zu kurz, da auch andere Interessengruppen von der ökonomischen Bedeutung des Glücksspielmarktes profitieren wollen und sich entsprechend positionieren. Zu diesen Akteurinnen und Akteuren zählen unter anderem Medienunternehmen über Werbeeinnahmen, Sportvereine und -organisationen über Sponsoring, Finanzdienstleistungsunternehmen zur Sicherstellung der Finanzströme und weitere Dienstleistende im Umfeld der Glücksspielindustrie. In der Regel haben derartige Unternehmen eine weitaus gewichtigere öffentliche Stimme und mächtigere gesellschaftliche Positionen inne als etwa derjenige Personenkreis, der unter glücksspielbedingten Negativfolgen leidet (Marionneau, Nikkinen, 2020). Dieses weitreichende Unternehmens-Ökosystem übt in Teilen einen beträchtlichen Einfluss auf die Politik aus, mit dem gemeinsamen Ziel, ein industriefreundliches politisches Umfeld zu etablieren. Aus Sicht der Glücksspielindustrie gehören dazu vor allem, restriktive Regulationsansätze und damit Eingriffe in ihr Geschäftsmodell zu verhindern, wichtige Gesetzesänderungen zur Prävention glücksspielbezogener Probleme zu verzögern und letztlich Maßnahmen im Sinne der Konsummaximierung durchzusetzen (vgl. Wardle et al., 2024).

Mitunter wird im politischen Diskurs weitreichend auf basale Haltungen und Menschenbilder sowie demokratische Grundprinzipien zurückgegriffen. Ein wiederkehrendes Industrie-Narrativ ist die Bezugnahme auf die negativ konnotierten Begriffe „nanny state“ („Kinder mädchen-Staat“) oder „Paternalismus“. Im Wesentlichen geht es hierbei um (angeblich) übertriebene staatliche Eingriffe, die als Bedrohung für die Freiheiten von Individuen oder als überzogene Einmischung des Staates in die Lebensgestaltung von Menschen dargestellt werden (Wardle et al., 2024). Mit der Aussage, dass Einschränkungen von Unternehmenspraktiken zugleich die Freiheiten der überwiegenden Mehrheit „verantwortungsbewusst“ spielender Menschen in unverhältnismäßiger Weise begrenzen, deutet die Glücksspielindustrie staatliche Kontrollen als unwillkommene Ausübung von Paternalismus um. Somit wird auch jede zukünftige politische Maßnahme, die Menschen vor der Entwicklung und Manifestation glücksspielbezogener Probleme bewahren könnte, in Form eines Totschlagarguments als staatliche Bevormundung angesehen. In Anlehnung an Moore et al. (2015) stellt sich dagegen die Frage, ob staatliche Eingriffe nicht sogar die persönliche Freiheit stärken, da Beeinflussungen menschlichen Verhaltens durch mächtige Wirtschaftsunternehmen wie der Glücksspielindustrie, die auf Konsummaximierung ausgerichtet sind (z. B. durch extensives Marketing), damit verhindert bzw. wenigstens minimiert werden können.

Fazit

Zusammenfassend zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern, in welchem Ausmaß und mit welchen Praktiken die Glücksspielindustrie versucht, den öffentlichen Diskurs in ihre Richtung zu lenken. Im Vordergrund ist als Motiv die Absicherung von Unternehmensinteressen erkennbar, die in erster Linie ökonomischer Art sind. Inhaltlich stehen dem Forschungserkenntnis entgegen, die sich für eine effektive Suchtprävention und die öffentliche Gesundheit aussprechen. Umso wichtiger erscheint ein Paradigmenwechsel in der Suchtpolitik mit einem wissenschaftlich fundierten Public-Health-Ansatz als Leitbild, das die von Glücksspielen ausgehenden Gefahren ernst nimmt und gesundheitsförderliche Strukturen etabliert (Thomas et al., 2023). So gilt die Schaffung eines sicheren und gesunden Umfeldes als zwingende Notwendigkeit, um Schäden und schädliche Verhaltensweisen auf Populationsebene zu minimieren (Burkhart et al., 2022). Wenngleich Interessenvertretungen aus Unternehmenssicht ein legitimes Mittel des Eigennutzes darstellen, darf nicht vergessen werden, dass damit oftmals die Entwicklung und Umsetzung von marktbegrenzenden regulatorischen Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit verhindert werden (sollen). Unter dem Strich bleibt ein nicht aufzulösender Widerspruch zwischen wirtschaftlichen Partikularinteressen und gesundheitsförderlichen Zielen des Gemeinwohls bestehen (vgl. Meyer, Hayer, 2023). Oder anders ausgedrückt: „It's all about the money“ auf der einen Seite und „It's all about public health“ auf der anderen Seite.

Ausblick

Erste wissenschaftliche Abhandlungen aus anderen Ländern sowie Parallelen zu anderen Geschäftsfeldern mit Gesundheitsgefahren (wie Tabak, Alkohol und Junk Food; Thomas et al., 2016) verdeutlichen die Notwendigkeit, interdisziplinär ausgerichtete Forschungsprojekte zur sichtbaren sowie weniger sichtbaren Einflussnahme der Glücksspielindustrie auf politische Entscheidungsprozesse, Wissenschaft und Präventionspraxis auch hierzulande durchzuführen. Ausgehend von den vorliegenden Erkenntnissen ist empirisch zu hinterfragen, ob die international dokumentierten Unternehmensstrategien eins zu eins auf Deutschland übertragbar sind bzw. ob nationale Besonderheiten unter Berücksichtigung historischer, sozialer und kultureller Normen vorherrschen. Erste Ansatzpunkte wären eine systematische Auswertung des Lobbyregisters des Bundes, die Durchführung von Interviews mit verschiedenen Stakeholderinnen und Stakeholdern oder die Inhaltsanalyse von Presse-

berichten. Weiterhin dürfte eine wissenschaftliche Studie unter Hinzuziehung verschiedener Regulationsansätze (z. B. Monopol vs. Lizenzierungsmodell) bzw. Marktsegmente (z. B. Lotto vs. Sportwetten vs. gewerbliches Automaten-spiel) nicht nur unter erkenntnistheoretischen Gesichtspunkten einen Mehrwert mit sich bringen, sondern gleichfalls zur Offenlegung spezifischer Vorgehensweisen von einzelnen Industriezweigen beitragen. In ihrer Gesamtheit fördern derartige Forschungsbefunde Transparenz und erweisen sich vor allem für eine sachgemäße Einordnung der im öffentlichen Diskurs vorgetragenen Argumente und Behauptungen als hilfreich.

Literatur

- Alexius, S. (2017): Assigning responsibility for gambling-related harm: Scrutinizing processes of direct and indirect consumer responsabilization of gamblers in Sweden. *Addiction Research & Theory*, 25(6), 462–475.
- Basler, M.; Ritzer, U. (2016): *Lobbykratie: Wie die Wirtschaft sich Einfluss, Mehrheiten, Gesetze kauft*. München: Droemer.
- Borch, A. (2022): Channelling gambling: The case of Norway. In: Nikkinen, J.; Marionneau, V.; Egerer, M. (Eds.): *The global gambling industry: Structures, tactics, and networks of impact*. Wiesbaden: Springer Gabler. 235–254.
- Burkhart, G. et al. (2022): Environmental prevention: Why do we need it now and how to advance it? *Journal of Primary Prevention*, 43, 149–156. doi: 10.1007/s10935-022-00676-1.
- Chung, H.; Cullerton, K.; Kay-Nichols, J. (2024): Mapping the lobbying footprint of harmful industries: 23 years of data from OpenSecrets. *Milbank Quarterly*, 102, 212–232.
- de Lacy-Vawdon, C.; Vandenberg, B.; Livingstone, C. (2023): Power and other commercial determinants of health: An empirical study of the Australian food, alcohol, and gambling industries. *International Journal of Health Policy Management*. 12, 7723. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7723.
- Griffiths, M.; Hayer, T.; Meyer, G. (2009): Problem gambling: A European perspective. In: Meyer, G.; Hayer, T.; Griffiths, M. (Eds.), *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions*. New York: Springer.
- Hayer, T. (2024): Editorial: Das Spannungsverhältnis legaler vs. illegaler Glücksspielangebote: Mythen und Fakten. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 19(6), 413–414.
- Hayer, T.; von Meduna, M. (2014): Was macht Geldspielautomaten gefährlich? Eine kritische suchtpsychologische Bestandsaufnahme. In: Becker, T. (Hrsg.): *Der*

- neue Glücksspielstaatsvertrag: Beiträge zum Symposium 2012 der Forschungsstelle Glücksspiel. Frankfurt a. M.: Peter Lang. 133–157.
- Kickbusch, I.; Allen, L.; Franz, C. (2016): The commercial determinants of health. *Lancet Global Health*, 4(12), e895–e896. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30217-0.
- Koning, I. M.; van den Eijnden, R. J. J. M.; Vossen H. G. M. (2024): From green-washing to screen-washing? How the tech-industry plays around with children's future. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(1), 1–5.
- Kriebel, D. (2001). The precautionary principle in environmental science. *Environmental Health Perspectives*, 109(9), 871–876. doi: 10.1289/ehp.01109871.
- Lacy-Nichols, J. et al. (2022): The public health playbook: Ideas for challenging the corporate playbook. *Lancet Global Health*, 10(7), e1067–e1072. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00185-1.
- Lacy-Nichols, J.; Cullerton, K. (2023): A proposal for systematic monitoring of the commercial determinants of health: A pilot study assessing the feasibility of monitoring lobbying and political donations in Australia. *Global Health*, 19, 2. doi: 10.1186/s12992-022-00900-x.
- Landgraf, K. (2023): Lobbyismus-Eldorado Glücksspiel. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 18(6), 519–523.
- Legg, T.; Hatchard, J; Gilmore, A. B. (2021): The science for profit model – How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice. *PLOS ONE*, 16(6), e0253272. doi: 10.1371/journal.pone.0253272.
- Livingstone, C. (2018): A case for clean conferences in gambling research. *Drug and Alcohol Review*, 37(5), 683–686.
- Livingstone, C. et al. (2017): On gambling research, social science and the consequences of commercial gambling. *International Gambling Studies*, 18(1), 56–68.
- Livingstone, C.; Rintoul, A. (2020): Moving on from responsible gambling: A new discourse is needed to prevent and minimise harm from gambling. *Public Health*, 184, 107–112. doi: 10.1016/j.puhe.2020.03.018.
- Lohmann, S. (2023): Informationelles Lobbying. In: Polk, A.; Krause, K. (Hrsg.): *Handbuch Lobbyismus*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi: 10.1007/978-3-658-32320-2_9.
- Lüchinger, S.; Moser, C. (2023): Das Revolving-Door-Phänomen: Die Drehtür zwischen Politik und Wirtschaft. In: Polk, A.; Krause, K. (Hrsg.): *Handbuch Lobbyismus*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi: 10.1007/978-3-658-32320-2_28.
- Marionneau, J.; Nikkinen, J. (2020): Stakeholder interests in gambling revenue: An obstacle to public health interventions? *Public Health*, 184, 102–106. doi: 10.1016/j.puhe.2020.03.021.
- Marionneau, V. et al. (2025): Channelling and taxation in European online gambling markets: Evolution and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 1. doi: 10.1186/s12954-024-01145-0.

- McGrane, E. et al. (2023): What is the evidence that advertising policies could have an impact on gambling-related harms? A systematic umbrella review of the literature. *Public Health*, 215, 124–130. doi: 10.1016/j.puhe.2022.11.019.
- Meyer, G. (2016): Der „Düsseldorfer Kreis“ – Lobbyismus der Glücksspielanbieter. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 11(3/4), 214–217.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2025): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Lengerich: Pabst. 93–114.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2023): Schadensbegrenzung beim Glücksspiel: Eine Aufgabe für die öffentliche Gesundheitsfürsorge. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18, 1–9.
- Moore, M.; Yeatman, H.; Davey, R. (2025): Which nanny – the state or industry? Wowers, teetotallers and the fun police in public health advocacy. *Public Health*, 129(8), 1030–1037.
- Oxley, Z. (2020): Framing and political decision making: An overview. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. doi: 10.1093/acrefore/9780190228637.013.1250.
- Petticrew, M. et al. (2017): ‘Nothing can be done until everything is done’: The use of complexity arguments by food, beverage, alcohol and gambling industries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(11), 1078–1083.
- Pitt, H. et al. (2024): Developing structures to support researchers studying health-harming industries. *Health Promotion International*, 39(6), daae174. doi: 10.1093/heapro/daae174.
- Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2025): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2025*. Lengerich: Pabst. 9–36.
- Russell, A.M.T. et al. (2023): Electronic gaming machine accessibility and gambling problems: A natural policy experiment. *Journal of Behavioral Addictions*, 12, 721–732.
- Schaller, K. et al. (2022): *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Lengerich: Pabst.
- Schütze, C. et al. (2023): *Glücksspielatlas Deutschland 2023: Zahlen, Daten, Fakten*. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Arbeitseinheit Glücksspielforschung der Universität Bremen: Hamburg; Hamm; Bremen.
- Thomas, S. L. et al. (2023): Time for policies on gambling to benefit health – not the gambling industry. *Health Promotion Journal of Australia*, 34, 267–271.
- Thomas, S.L. et al. (2016): Gambling advocacy: Lessons from tobacco, alcohol and junk food. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(3), 211–217.
- Tompson, A. et al. (2024): Addressing the commercial determinants of mental health: An umbrella review of population-level interventions. *Health Promotion International*, 39(6), daae147. doi: 10.1093/heapro/daae147.

- Ulucanlar, S. et al. (2023): Corporate political activity: Taxonomies and model of corporate influence on public policy. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 7292. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7292.
- van den Akker, A. et al. (2024): Industry influence on public health policy formulation in the UK: A complex systems approach. *Health Promotion International*, 39(6), daae139. doi: 10.1093/heapro/daae139.
- van Schalkwyk, M.C.I. et al. (2021): A public health approach to gambling regulation: Countering powerful influences. *Lancet Public Health*, 6(8), e614–e619. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00098-0.
- Wardle, H. et al. (2021): Regulatory resistance? Narratives and uses of evidence around “black market” provision of gambling during the British Gambling Act Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11566. doi: 10.3390/ijerph182111566.
- Wardle, H. et al. (2024): The Lancet Public Health Commission on Gambling. *Lancet Public Health*, 9, e950–e994.

4.3 ADHS und Abhängigkeit

Ahmed Zaher, Mathias Luderer

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) führt zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen (SUD) und ist eine häufige Komorbidität bei Personen mit einer SUD (Luderer et al., 2021). Das ist relevant, da ADHS nicht nur den Behandlungserfolg der SUD negativ beeinflusst (Luderer et al., 2020a; Daigre et al., 2021) sondern auch zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko führt. Je später die Diagnose gestellt wird, desto höher ist das Mortalitätsrisiko (Sun et al., 2019). Die Mortalität ist insbesondere in der Gruppe mit komorbider SUD erhöht. Eine frühe und konsequente medikamentöse Behandlung der ADHS reduziert das Risiko für späteren Konsum und SUD und das Risiko, vorzeitig zu versterben (Groenman et al., 2017; Li et al., 2024).

Der Großteil der Betroffenen hat nach wie vor Schwierigkeiten, eine Diagnose und anschließend Zugang zu einer leitliniengerechten Behandlung zu erhalten.

Aufgrund der hohen Prävalenz der ADHS sollte bei Patientinnen und Patienten mit SUD ein Screening auf ADHS erfolgen. Bei Fragebögen sind niedrigere Schwellenwerte empfehlenswert. Eine längere Abstinenzzeit ist für die Diagnose nicht erforderlich. Komorbide psychische Erkrankungen sind häufig, insbesondere Depression und Traumafolgestörungen. Die Behandlung der ADHS bei komorbider SUD beinhaltet eine Psychotherapie der SUD und eine Pharmakotherapie der ADHS. Dabei können langwirksame Stimulanzien oder Nicht-Stimulanzien eingesetzt werden. Die Effektivität der Stimulanzien ist höher, das Risiko für Missbrauch und Weitergabe ist zu beachten (DGPPN, DG-Sucht, 2021; Crunelle et al., 2018; Özgen et al., 2020).

Summary

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) leads to an increased risk of developing substance use disorders (SUD) and is a common comorbidity with SUD (Luderer et al., 2021). This is relevant as ADHD not only negatively impacts SUD treatment

outcome (Luderer et al., 2020a; Daigre et al., 2021) but also leads to an increased mortality risk. The later the diagnosis is made, the higher the mortality risk (Sun et al., 2019). Mortality is particularly elevated in comorbid SUD. Early and consistent pharmacotherapy for ADHD reduces the risk of later substance use and SUD, as well as the risk of premature death (Groenman et al., 2017; Li et al., 2024).

The majority of patients still face difficulties in obtaining a diagnosis and subsequently accessing guideline-based treatment.

Due to the high prevalence of ADHD, all patients with SUD should be screened for ADHD. Lower cut-offs for questionnaires are recommended. A longer period of abstinence is not necessary for the diagnosis.

Comorbid mental illnesses are common, especially depression and trauma-related disorders. The treatment of ADHD with comorbid SUD involves psychotherapy for SUD and pharmacotherapy for ADHD. Long-acting stimulants or non-stimulants can be used. Stimulants are more effective, but the risk of misuse and diversion should be kept in mind (DGPPN, DG-Sucht, 2021; Crunelle et al., 2018; Özgen et al., 2020).

1 Überblick ADHS

Die ADHS ist eine Entwicklungsstörung und besteht bei Betroffenen grundsätzlich seit der Kindheit. Kernsymptome sind Defizite in der Aufmerksamkeitslenkung, erhöhte Impulsivität und motorische und/oder innere Unruhe. Zusätzlich leidet ein Drittel der Betroffenen unter ausgeprägten Problemen bei der Emotionsregulation (v. a. emotionale Impulsivität und schlechte emotionale Selbstregulation), die in ihrer Ausprägung einer Borderline-Störung ähneln können. Bei ADHS treten im Vergleich zu Borderline-Störungen häufiger auch unangemessen positive Emotionen auf, negative emotionale Reaktionen treten nur phasenweise auf (Faraone et al., 2019). Die emotionale Dysregulation der ADHS bessert sich oft unter Medikation und stellt ein Therapieziel dar, auch wenn die Verbesserung oft nicht ganz so ausgeprägt ist wie bei den eigentlichen Kernsymptomen (Kooij et al., 2019).

Die Prävalenz der ADHS beträgt im Kindes- und Jugendalter weltweit etwa 8 %, im Erwachsenenalter bei mindestens 3,1 %. (Ayano et al., 2023). Die Symptomatik kann jedoch in der Adoleszenz deutlich fluktuieren, eine stabile Remission erreichen nur weniger als 10 % der Betroffenen (Sibley et al., 2022). Die Symptomatik kann sich im Laufe der Entwicklung verändern. Oft nimmt die motorische Hyperaktivität ab, während Aufmerksamkeitsprobleme und innere Unruhe persistieren oder zunehmen können (Faraone et al., 2021).

2 ADHS und Abhängigkeitserkrankungen: Eine komplexe Beziehung

Impulsivität erhöht das Risiko für Konsum und regelmäßiger Konsum in der Adoleszenz erhöht die Impulsivität, insbesondere bei Betroffenen mit ADHS. Dieser Teufelskreis begünstigt anhaltenden exzessiven Konsum und Kontrollverlust (Luderer et al., 2021).

Betroffene mit ADHS neigen dazu, kleinere sofortige Belohnungen gegenüber späteren größeren Belohnungen zu bevorzugen, was das Risiko für (exzessiven) Konsum erhöht (Luderer et al., 2021).

ADHS und SUD haben gemeinsame genetische Risikofaktoren (LaBianca et al., 2024) sowie ähnliche neuronale Aktivitäts- und Konnektivitätsmuster im Gehirn, die Kombination beider Erkrankungen verstärkt die Veränderungen (Farré-Colomés et al., 2021; Gerhardt et al., 2021; Vollstädt-Klein et al., 2020).

Mütterlicher Substanzkonsum sowie Komplikationen bei der Geburt erhöhen das Risiko für ADHS beim Kind. Die Unterscheidung zwischen ADHS und fetalem Alkoholsyndrom (FASD) kann schwierig sein, insbesondere bei Erwachsenen, da beide Erkrankungen ähnliche Symptome aufweisen (Luderer et al., 2021).

Die ADHS erhöht nicht nur das Risiko für eine SUD (Fuller-Thomson et al., 2022) (z. B. entwickelt ein Drittel der ADHS-Betroffenen eine Störung durch Alkoholkonsum), die SUD entwickelt sich auch schneller (ca. 8 Jahre früher; Luderer et al., 2020a). Bei Patientinnen und Patienten mit SUD ist die Prävalenz mit 15–21 % deutlich höher (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012; van de Glind et al., 2014; Luderer et al., 2019b, 2020b, 2021) als in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (ca. 3 %; Ayano et al., 2023). Dabei gibt es keine größeren Unterschiede in Bezug auf die konsumierte Substanz (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012; Rohner et al., 2023).

Die meisten Betroffenen (bis zu 94 %) werden weiterhin nicht erkannt und nicht behandelt (Luderer et al., 2020b; Brynte et al., 2022). Das ist sehr relevant, da die ADHS einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat (Daigre et al., 2021) und die medikamentöse Behandlung der ADHS bei SUD die Therapieadhärenz verbessert (Kast et al., 2021).

2.1 „Selbstmedikation“

Die oft genannte Hypothese der „Selbstmedikation“ (Reduktion der ADHS-Symptome durch Substanzkonsum) kann nicht nur auf die Linderung der direkten ADHS-Symptome bezogen werden, sondern auch auf die dysfunktiona-

le Bewältigung der vielfältigen negativen Konsequenzen der ADHS (negatives soziales Feedback, Frustration, verminderter Selbstwert, Risiko für Gewalt als Opfer und Täter, Schlafstörungen ...). Zudem erhöht insbesondere die unbehandelte ADHS das Risiko für weitere psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Traumafolgestörungen), die das Risiko für eine SUD weiter erhöhen (Luderer et al., 2020a; Brynte et al., 2022).

Auch wenn typischerweise die motorische Unruhe bei ADHS im Laufe des Lebens abnimmt, besteht bei Patientinnen und Patienten mit ADHS und SUD eine höhere Hyperaktivität im Vergleich zu ADHS ohne SUD oder SUD ohne ADHS (Luderer et al., 2023).

Eine medikamentöse Behandlung der ADHS erhöht das Risiko nicht, eine SUD zu entwickeln (Molina et al., 2023). Eine frühe und konsequente Behandlung kann das Risiko sogar reduzieren (Groenman et al., 2017).

2.2 Geschlechtsunterschiede bei ADHS und SUDs

Bei Jungen und Männern tritt ADHS (Ayano et al., 2023) etwa doppelt so häufig auf wie bei Mädchen bzw. Frauen. Diese weisen eher Symptome wie Unaufmerksamkeit und emotionale Dysregulation auf, weshalb ADHS häufiger übersehen werden kann. Es ist bislang nicht systematisch untersucht worden, wie häufig ADHS bei Mädchen und Frauen nicht erkannt wird (Young et al., 2020). Mädchen mit Hyperaktivität-Impulsivität fallen stärker negativ auf als Jungen und leiden deswegen stärker unter den psychosozialen Konsequenzen. Frauen mit ADHS haben ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen und Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen (Young et al., 2020).

Obwohl SUDs bei Männern insgesamt häufiger sind, scheint bei Frauen mit ADHS das Risiko ähnlich oder sogar höher zu sein (Luderer et al., 2021).

3 Diagnostik

3.1 Screening

Da ADHS bei Betroffenen mit SUD häufig übersehen und nicht behandelt wird, wird ein routinemäßiges Screening auf ADHS bei Patienten mit SUD empfohlen (Crunelle et al., 2018; Luderer et al., 2019; Özgen et al., 2020; DGPPN, DG-Sucht, 2021). Dafür hat sich die Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) bewährt (Ustun et al., 2017; Luderer et al., 2021).

Die Falsch-Positiv-Rate ist vergleichsweise niedrig, die Falsch-Negativ-Rate bei den üblichen Schwellenwerten jedoch hoch – je nach Fragebogen werden knapp die Hälfte bis ein Drittel der Betroffenen nicht erkannt (Luderer et al., 2019a, 2019b). Betroffene mit ADHS und SUD haben eine eingeschränkte Introspektionsfähigkeit, was zu Under-Reporting der ADHS-Symptome führt (Luderer et al., 2019b, 2021). Niedrigere Cut-Off-Werte sind daher sinnvoll (ASRS-Summenscore ≥ 12) (Luderer et al., 2019b; DGPPN, DG-Sucht, 2021).

Ein positives Screening kann eine ADHS-Diagnose nicht bestätigen, sondern macht weitere Diagnostik notwendig. Ein negatives Screening schließt eine ADHS-Diagnose nicht aus, sondern macht sie unwahrscheinlich (Luderer et al., 2019b; DGPPN, DG-Sucht, 2021).

3.2 Diagnose

Die Diagnose der ADHS wird klinisch gestellt. Fragebögen oder strukturierte Interviews sind Hilfsmittel, aber keinesfalls notwendig. Das semi-strukturierte Interview DIVA-5 (Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen) kann auch bei SUD gut eingesetzt werden (Kooij et al., 2019; Luderer et al., 2020a). „Objektive“ Methoden wie (computerbasierte) Konzentrations- oder Hyperaktivitätstests haben keinen Mehrwert in der Diagnostik (Luderer et al., 2023).

Substanzkonsum oder -entzug kann ADHS-ähnliche Symptome verursachen (Crunelle et al., 2018; Özgen et al., 2020). Eine sorgfältige Anamnese, die auch die Kindheit einbezieht, ist entscheidend.

Das DSM-5 fordert, dass bei Erwachsenen „einige“ Symptome retrospektiv vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten sein müssen. Grundschulzeugnisse und Fremdanamnesen können als Ergänzung zur Beurteilung der Kindheitssymptome herangezogen werden. Keinesfalls sollte die Diagnostik abgebrochen werden, nur weil Grundschulzeugnisse nicht zugänglich sind (DGPPN, DG-Sucht, 2020).

Die Diagnose sollte gestellt werden, wenn keine akuten Intoxikations- oder Entzugssymptome vorliegen (DGPPN, DG-Sucht, 2020; Crunelle et al., 2018; Luderer et al., 2019b; Özgen et al., 2020). Eine längere Abstinenzphase ist nicht sinnvoll und verzögert die Zeit bis zur Diagnostik bei einer instabilen Gruppe von Betroffenen unnötig.

Andere psychische Erkrankungen wie Depression, Traumafolgen oder Persönlichkeitsstörungen müssen differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden, kommen aber auch häufig als Komorbidität vor (Luderer et al., 2019b,

2020a; Brynte et al., 2022). Eine posttraumatische Belastungsstörung liegt bei bis zu 20–30 % der Betroffenen mit ADHS und SUD vor (Luderer et al., 2020a).

4 Behandlung der ADHS bei SUD

Empfohlen wird ein kombinierter Ansatz aus ADHS-Medikation und SUD-Psychotherapie, da die alleinige Behandlung der ADHS nicht zwangsläufig zu einer Besserung der SUD führt (Crunelle et al., 2018; Özgen et al., 2020; Luderer et al., 2021). Viele Betroffene erleben die ADHS-Behandlung als Anerkennung ihrer oft lange übersehenen oder ignorierten Schwierigkeiten. Dies kann sich positiv auf die Therapie-Adhärenz auswirken (Crunelle et al., 2018; Kast et al., 2021).

4.1 Psychotherapie

Es ist sehr wichtig, die SUD frühzeitig und konsequent psychotherapeutisch zu behandeln. Eine Psychotherapie zur Verbesserung der ADHS wird von der S3-Leitlinie ADHS (DGKJP, DGPPN, 2017) für Erwachsene empfohlen, wenn die Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam ist oder nicht ausreichend toleriert wird. Die kombinierte Psychotherapie (für ADHS und SUD) bringt im Vergleich zur SUD-Psychotherapie keine klinisch relevante Verbesserung (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2014, 2019), zumindest solange die ADHS nicht medikamentös behandelt ist.

4.2 Medikamentöse Behandlung

Die Pharmakotherapie ist bei der ADHS-Behandlung zentral, insbesondere im Erwachsenenalter (DGKJP, DGPPN, 2017; Faraone et al., 2021). Dies gilt auch grundsätzlich für die Kombination ADHS und SUD (DGPPN, DG-Sucht, 2020; Crunelle et al., 2018; Luderer et al., 2019b; Özgen et al., 2020).

4.2.1 Nicht-Stimulanzen

Nicht-Stimulanzen können nicht missbraucht werden, sind dafür auf Gruppenebene weniger gut wirksam (DGPPN, DG-Sucht, 2021; Crunelle et al., 2018; Luderer et al., 2019b; Özgen et al., 2020).

Atomoxetin ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zugelassen. Die Nebenwirkungen sind im Vergleich zu Stimulanzien häufiger, der Beginn mit einer niedrigen Dosis (10–20 mg/d) und eine langsame Steigerung sind insbesondere zur Vermeidung therapielimitierender sexueller Nebenwirkungen wichtig (DGPPN, DG-Sucht, 2020). Die volle Wirkung von Atomoxetin tritt oft erst nach einigen Wochen in adäquater Dosis ein (Upadhyaya et al., 2015). Bei Alkoholabhängigkeit und ADHS bewirkte Atomoxetin keine Reduktion der Rückfallrate, senkte aber die Anzahl der Tage mit schwerem Trinken um 26 % und verbesserte ADHS-Symptome sowie Craving signifikant (Wilens et al., 2008).

Guanfacin ist nur für das Kindes- und Jugendalter zugelassen und muss aufgrund der blutdrucksenkenden Wirkung langsam aufdosiert werden und darf nicht abrupt abgesetzt werden (Rebound-Hypertonie) (Takeda Pharmaceutical, 2023).

Die Wirkung von Bupropion in der Behandlung der ADHS ist nicht belegt (DGPPN, DG-Sucht, 2020). Bupropion hat klinisch eine mäßige Wirkung auf ADHS-Symptome, wird jedoch im Gegensatz zu Atomoxetin und Guanfacin missbräuchlich verwendet (Schifano, Chiappini, 2018).

4.2.2 Stimulanzien

Stimulanzien (Amphetamine, Methylphenidat) stellen grundsätzlich die first-line Therapie der ADHS dar (DGKJP, DGPPN, 2017). Eine Stimulanzientherapie erhöht nicht das Risiko für die spätere Entwicklung einer SUD (Molina et al., 2023). Vielmehr kann bei Kindern mit ADHS eine frühe und konsequente Behandlung mit Stimulanzien die Entstehung einer späteren SUD verhindern (Groenman et al., 2017).

Das bei ADHS erhöhte Risiko, vorzeitig zu versterben, kann durch eine Therapie mit Stimulanzien deutlich reduziert werden (Li et al., 2024).

Bei Erwachsenen mit ADHS und SUD ist eine Stimulanzientherapie mit einem etwa um ein Drittel geringeren Risiko für eine substanzbezogene Behandlung assoziiert (Chang et al., 2014), erhöht die Therapieadhärenz (Kast et al., 2021) und reduziert die Mortalität (Hartikainen et al., 2023).

Bei Stimulanzien-Abhängigkeit (Amphetamine bzw. Kokain) und ADHS hatte die Kombination von OROS-Methylphenidat bzw. gemischten Amphetaminsalzen jeweils mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) positive Effekte auf die ADHS und Konsum (Konstenius et al., 2014; Levin et al., 2015). Die Dosis lag teilweise deutlich höher als üblich.

Tab. 1: Risikoabwägung bei der Verordnung von Stimulanzien bei Personen mit SUD und ADHS (modifiziert nach Luderer et al., 2019b)

Grundsätzliche Voraussetzungen	1. Begleitende Suchttherapie (Institutsambulanz, psychosozialer Beratungsstelle, Richtlinien-Psychotherapie) → keine alleinige medikamentöse ADHS-Behandlung! 2. Verwendung langwirksamer Präparate 3. Engmaschige Kontrollen (z. B. Drogenscreenings, Überprüfung „verlorener“ Rezepte) 4. Offenheit im Falle unbeabsichtigter Dosissteigerungen thematisieren 5. Sensibilisierung der Betroffenen für die betäubungsmittelrechtliche Relevanz	
Opioid-Abhängigkeit und ADHS	– Stimulanzien erhöhen das Risiko für Überdosierungen – Stimulanzien verbessern die Behandlungsadhärenz → geringeres Risiko für Überdosierungen – Insgesamt wird durch Stimulanzien das Risiko für Überdosierungen reduziert → individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung notwendig! (Mintz et al., 2022) – Möglichst tägliche Sichtvergabe im Rahmen der Substitution – Bevorzugt Lisdexamfetamin (z. B. in Wasser aufgelöst) oder OROS-Methylphenidat	
	Stimulanzien eher günstig	Stimulanzien eher kritisch
Substanz	– Alkohol – Cannabis	– Heroin – „Crack“ – Pregabalin
Applikationsform	– oral	– intravenös
Wohnsituation	– Stabiler Wohnsitz – sichere Aufbewahrung der Betäubungsmittel	– wohnsitzlos
Szene-Nähe	– Sozial integriert	– Enger Kontakt zu „harter“ Drogen-szene
Straftaten	– Keine	– Vorstrafen wegen BtM-Handel – Haftstrafen wegen Körperverletzung o. ä.
Therapeutische Beziehung	– Gute Bindung – Vertrauensvolle Zusammenarbeit	– Intransparenz – Mangelnde Offenheit

Eine bestehende oder frühere SUD wird in den Fachinformationen der Stimulanzien als relative Kontraindikation („Vorsicht geboten“) gewertet. Dies sollte jedoch nicht grundsätzlich Betroffene mit SUD und ADHS von einer Behandlung ausschließen. Jeder Fall bedarf einer sorgfältigen individuellen Risikoabwägung.

4.2.3 Weitere Medikamente

Die medikamentösen Optionen für die SUD sollten genutzt werden (z. B. Rückfall-Prophylaxe bei Alkoholabhängigkeit, Substitution bei Opioid-Abhängigkeit). Auch die oft vorliegenden weiteren psychischen Erkrankungen soll-

ten leitliniengerecht pharmako- und psychotherapeutisch behandelt werden (Crunelle et al., 2018; Özgen et al., 2020).

4.2.4 Risiken von Stimulanzen

Ärztlich verordnete Stimulanzen können in gewissem Maße zweckentfremdet werden (z. B. intranasale oder intravenöse Einnahme, zur Leistungssteigerung, als Wachmacher, Weitergabe/Verkauf). Die Literatur zum Risiko für Missbrauch verordneter Stimulanzen ist sehr heterogen und erlaubt keine klare Identifikation von Risikogruppen (Faraone et al., 2020). Auf der anderen Seite stellen Stimulanzen die effektivste Behandlung der ADHS dar und senken das Sterblichkeitsrisiko (Li et al., 2024).

Literatur

- Ayano, G. et al. (2023): The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>.
- Brynte, C. et al. (2022): The clinical course of comorbid substance use disorder and attention deficit/hyperactivity disorder: protocol and clinical characteristics of the INCAS study. *BMC Psychiatry*, 22, Article number: 625. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12888-022-04259-6.pdf>, Zugriff: 09.01.2025.
- Chang, Z. et al. (2014): Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 878–885. DOI: 10.1111/jcpp.12164.
- Crunelle, C. L. et al. (2018): International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Addiction Research*, 24(1), 43–51. DOI: 10.1159/000487767.
- Daigre, C. et al. (2021): Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity. A six-month follow-up study in an outpatient unit. *Addictive Behaviors*, 117, 106832. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106832.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2017): S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend-

- und Erwachsenenalter. Version 1.0, 2017. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html>, Zugriff: 30.10.2024.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2021): S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Version, 3.1, 2021. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>, Zugriff: 30.10.2024.
- Faraone, S. V. et al. (2021): The World Federation of ADHD International Consensus Statement. 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128(9), 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubio.2021.01.022>.
- Faraone, S. V. et al. (2020): Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.012>.
- Faraone, S. V. et al. (2019): Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>.
- Farré-Colomés, À. et al. (2021): Common and distinct neural connectivity in attention-deficit/hyperactivity disorder and alcohol use disorder studied using resting-state functional magnetic resonance imaging. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 948–960. <https://doi.org/10.1111/acer.14593>.
- Fuller-Thomson, E.; Lewis, D. A.; Agbeyaka, S. (2022): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Alcohol and Other Substance Use Disorders in Young Adulthood: Findings from a Canadian Nationally Representative Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 57(3), 385–395. <https://doi.org/10.1093/alcac/agab048>.
- Gerhardt, S. et al. (2021): Stop What You're Doing! ... – An fMRI Study on Comparisons of Neural Subprocesses of Response Inhibition in ADHD and Alcohol Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.691930>.
- Groenman, A. P.; Janssen, T. W. P.; Oosterlaan, J. (2017): Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse. A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556–569. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004>.
- Hartikainen, M. et al. (2023): Association of Pharmacological Treatments and Hospitalization and Death in Individuals With Amphetamine Use Disorders in a Swedish Nationwide Cohort of 13 965 Patients. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 31–39. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3788>.
- Kast, K. A.; Rao, V.; Wilens, T. E. (2021): Pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Retention in Outpatient Substance Use Disorder

- Treatment: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 28(2). <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13598>.
- Konstenius, M. et al. (2013): Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, 109(3), 440–449. <https://doi.org/10.1111/add.12369>.
- Kooij, J. J. S. et al. (2019): Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>.
- LaBianca, S. et al. (2024): Polygenic profiles define aspects of clinical heterogeneity in attention deficit hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 56, 234–244.
- Levin, F. R. et al. (2015): Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 593–602. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.41.
- Li, L. et al. (2024): ADHD Pharmacotherapy and Mortality in Individuals With ADHD. *JAMA*, 331(10), 850–860. DOI: 10.1001/jama.2024.0851.
- Luderer, M. et al. (2023): Drinking alcohol to cope with hyperactive ADHD? Self-reports vs. continuous performance test in patients with ADHD and/or alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1112843>.
- Luderer, M. et al. (2021): Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>.
- Luderer, M. et al. (2020a): ADHD Is Associated with a Higher Risk for Traumatic Events, Self-Reported PTSD, and a Higher Severity of PTSD Symptoms in Alcohol-Dependent Patients. *European Addiction Research*, 26(4-5), 245–253. <https://doi.org/10.1159/000508918>.
- Luderer, M. et al. (2020b): Prevalence Estimates of ADHD in a Sample of Inpatients With Alcohol Dependence. *Journal of Attention Disorders*, 24(14), 2072–2083. DOI: 10.1177/1087054717750272.
- Luderer, M. et al. (2019a): Screening for adult attention-deficit/hyperactivity disorder in alcohol dependent patients. Underreporting of ADHD symptoms in self-report scales. *Drug and Alcohol Dependence*, 195, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.020>.
- Luderer, M. et al. (2019b): ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*, 90(9), 926–931.
- Mintz, C. M. (2022): Analysis of Stimulant Prescriptions and Drug-Related Poisoning Risk Among Persons Receiving Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open* 5: e2211634. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.11634.

- Molina, B. S. G. et al. (2023): Association Between Stimulant Treatment and Substance Use Through Adolescence Into Early Adulthood. *JAMA Psychiatry* 80(9), 933–941. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.2157.
- Newcorn, J. H. et al. (2009): Clinical responses to atomoxetine in attention-deficit/hyperactivity disorder: the Integrated Data Exploratory Analysis (IDEA) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 511–518. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c55b2>.
- Özgen, H. et al. (2020): International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *European Addiction Research*, 26(4–5), 223–232. DOI: 10.1159/000508385.
- Rohner, H. et al. (2023): Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). DOI: 10.3390/ijerph20021275.
- Schifano, F.; Chiappini, S. (2018): Is There a Potential of Misuse for Venlafaxine and Bupropion? *Frontiers in Pharmacology*, 9. DOI: 10.3389/fphar.2018.00239.
- Sibley, M. H. et al. (2022): Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 179(2), 142–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010032>.
- Sun, S. et al. (2019): Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1141–1149. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1944.
- Takeda Pharmaceutical (2023): Fachinformation Intuniv®. Januar 2023. <https://www.takeda-produkte.de/system/files/produkt-info/fachinformation-intuniv-1-mg-2-mg-3-mg-4-mg-retardtabletten.pdf>, Zugriff: 30.10.2024.
- Upadhyaya, H. et al. (2015): Time-to-onset and -resolution of adverse events before/after atomoxetine discontinuation in adult patients with ADHD. *Postgraduate Medicine*, 127(7), 677–685.
- Ustun, B. et al. (2017): The World Health Organization Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Screening Scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 520–527. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0298.
- van de Glind, G. et al. (2014): Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026>.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. (2019): Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a ran-

- domized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. (2014): Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262–272. DOI: 10.1111/add.12370.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. (2012): Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 11–19. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007.
- Vollstädt-Klein, S. et al. (2020): Interaction between behavioral inhibition and neural alcohol cue-reactivity in ADHD and alcohol use disorder. *Psychopharmacology*, 237(6), 1691–1707. DOI: 10.1007/s00213-020-05492-1.
- Wilens, T. E. et al. (2008): Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.02.009>.
- Young, S. et al. (2020): Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry* 20(1). DOI: 10.1186/s12888-020-02707-9.

5 Autoren- und Autorinnenverzeichnis

Christian Becher

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
becher@ift.de

Dr. Heiko Bergmann

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
bergmann@ift.de

Bundeskriminalamt

SO21-Strategische Auswertung
65173 Wiesbaden
So21-lage@bka.bund.de

Nadja Färber

Bundesanstalt für Straßen- und
Verkehrswesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3204
faerber@bast.de

Dr. med. Johannes Falk

Deutsche Rentenversicherung Bund
Leiter des Dezernats „Reha-
Qualitätssicherung, Epidemiologie
und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-31234
dr.johannes.falk@drv-bund.de

Dr. Elena Gomes de Matos

Charlotte Fresenius Hochschule
München
Infanteriestraße 11a
80797 München
sowie
IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
gomesdematos@ift.de

Dr. Tobias Hayer

Universität Bremen
Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Abteilung für Gesundheit
und Gesellschaft
Leitung der Arbeitseinheit
Glücksspielforschung
Grazer Straße 2
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-68708
tobha@uni-bremen.de

Prof. Dr. Eva Hoch

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
hoch@ift.de

Dr. Jens Hoebel

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-3494
hoebelj@rki.de

Jolante Kepp

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-19
kepp@dhs.de

Dr. Carolin Kilian

Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
C/o UKE, Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie
und Psychotherapie
Martinstraße 52
20246 Hamburg
ca.kilian@uke.de

Dr. Simone Klipp

Bundesanstalt für Straßen-
und Verkehrswesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3512
klipp@bast.de

Dr. Stephanie Klosterhalfen

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Schwerpunkt Suchforschung und
klinische Epidemiologie
Centre for Health and Society (chs)
Medizinische Fakultät und
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 81-04045
stephanie.klosterhalfen@
med.uni-duesseldorf.de

Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Schwerpunkt Suchtforschung und
klinische Epidemiologie
Centre for Health and Society (chs)
Medizinische Fakultät und
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 81-16327
daniel.kotz@med.uni-
duesseldorf.de

Eva-Maria Krowartz

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
krowartz@ift.de

Birgit Lehner

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-13
lehner@dhs.de

Dr. med. Mathias Luderer

Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum der
Goethe Universität Frankfurt
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
luderer@med.uni-frankfurt.de

Dr. Jakob Manthey

Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
c/o UKE, Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 40 7410-59438
j.manthey@uke.de

Prof. Dr. rer. nat. Gerhard Meyer

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflege-
forschung
Abteilung für Gesundheit und Ge-
sellschaft
Arbeitseinheit Glücksspielforschung
Grazer Straße 2
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-68701
gerhard.meyer@uni-bremen.de

Dr. Ingo Ilja Michels

Technische Hochschule Nürnberg
Fakultät Sozialwissenschaft
International Scientific Coordinator
des DAAD SOLID Projektes
Bahnhofstraße 87
90402 Nürnberg
ingoiljamichels@gmail.com

Justin Möckl

ehem. IFT Institut für
Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München

Dr. Kai W. Müller

AFS – Ambulanz für Spielsucht
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Leitung Forschung, Diagnostik,
klinische Evaluation der Ambulanz
für Spielsucht
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: +49 6131 17-4287
muellka@uni-mainz.de
kai.mueller@unimedizin-mainz.de

Monika Murawski

ehem. IFT Institut für
Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
schwarzkopf@ift.de

Dr. Sally Olderbak

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
olderbak@ift.de

Boris Orth

Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit
Maarweg 149-161
50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-326
boris.orth@bioeg.de

Prof. Dr. Martin Rettenberger

Kriminologische Zentralstelle
(KrimZ)
Luisenstraße 7
65185 Wiesbaden
Tel.: +49 611 15758-12
m.reettenberger@krimz.de

Carlotta Riemerschmid

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
riemerschmid@ift.de

Christina Rummel

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-15
rummel@dhs.de

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Vorsitzender der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm

Dr. Franziska Schneider

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
schneider@ift.de

PD Dr. Larissa Schwarzkopf

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
schwarzkopf@ift.de

Robert Simon

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernent im Bereich „Ergebnis-
qualität“ im Dezernat „Reha-
Qualitätssicherung, Epidemiologie
und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-31836
robert.simon@drv-bund.de

Dr. Anne Starker

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-3464
starkerA@rki.de

Dr. Astrid Steinbrecher

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernentin im Bereich „Struktur-
qualität“ im Dezernat „Reha-
Qualitätssicherung, Epidemiologie
und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-39326
dr.astrid.steinbrecher@drv-bund.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied
Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
Tel.: +49 69 1533-2823
hstoever@fb4.fra-uas.de

Tobias Turowski

Universität Bremen
Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Abteilung für Gesundheit
und Gesellschaft
Arbeitseinheit Glücksspielforschung
Grazer Straße 2
28359 Bremen
Tel.: + 49 421 218-68705
turowski@uni-bremen.de

Hanna Verzagt

Kriminologische Zentralstelle
(KrimZ)
Luisenstraße 7
65185 Wiesbaden
m.reddenberger@krimz.de

Dr. Klaus Wölfling

Alida Schmidt-Stiftung
Therapeutische Gemeinschaft
Jenfeld
Facheinrichtung für Sucht-
erkrankungen, Hamburg
sowie
Arbeitsgruppe Spielsucht
Klinik und Poliklinik für Psycho-
somatische Medizin und Psycho-
therapie
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: +49 6131 17-6147
woelfling@uni-mainz.de

Ahmed Zaher

Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum der
Goethe Universität Frankfurt
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
luderer@med.uni-frankfurt.de

6 Anschriften aus dem Suchtbereich

6.1 Bundesweit tätige Organisationen

- 6.1.1 Verbände der Suchtkrankenhilfe
- 6.1.2 Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen
- 6.1.3 Behörden und Kammern
- 6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung
- 6.1.5 Sonstige Organisationen

6.2 Anschriften in den Bundesländern

- 6.2.1 Baden-Württemberg
- 6.2.2 Bayern
- 6.2.3 Berlin
- 6.2.4 Brandenburg
- 6.2.5 Bremen
- 6.2.6 Hamburg
- 6.2.7 Hessen
- 6.2.8 Mecklenburg-Vorpommern
- 6.2.9 Niedersachsen
- 6.2.10 Nordrhein-Westfalen
- 6.2.11 Rheinland-Pfalz
- 6.2.12 Saarland
- 6.2.13 Sachsen
- 6.2.14 Sachsen-Anhalt
- 6.2.15 Schleswig-Holstein
- 6.2.16 Thüringen

6.3 Europäisches Ausland

- 6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX
- 6.3.2 Sonstige Organisationen

6.1 Bundesweit tätige Organisationen

6.1.1 Verbände der Suchtkrankenhilfe

**Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V. (DHS)**

Westenwall 4, 59065 Hamm
Postfach 13 69, 59003 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-0
info@dhs.de
www.dhs.de

**Bundesverband Suchthilfe e.V.
bus.**

Wilhelmshöher Allee 273,
34131 Kassel
Tel.: +49 561 779351
bundesverband@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane
Drogenpolitik
Südwestkorso 14, 12161 Berlin
Tel.: +49 30 82706946
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.eu
www.alternativer-drogenbericht.de
www.gesundinhaft.eu
www.hepatitis-aktion.de
www.patientenrechteakzept.de

Caritas Suchthilfe – CaSu

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Suchthilfeeinrichtungen im DCV
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-363
silke.strittmatter@caritas.de
www.caritas-suchthilfe.de

Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Bundesverband e.V.
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin
Tel.: +49 30 26309-0
info@awo.org
www.awo.org

**Deutsche Gesellschaft für
Essstörungen e.V. (DGESS)**

Prof. Dr. Timo Brockmeyer
Arbeitseinheit Klinische Psychologie
und Translationale Psychotherapie
Institut für Psychologie
Universität Münster
Fliednerstraße 21, 48149 Münster
info@dgess.de
www.dgess.de

Bundesfachverband

Essstörungen e.V. (BFE)

Pilotystraße 6/Rgb., 80538 München
Tel.: +49 151 58850764
kontakt@bfe-essstoerungen.de
www.bundesfachverband
essstoerungen.de

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-0
info@caritas.de
www.caritas.de

**Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e.V.**

Teilhaber behinderter Kinder
und Jugendlicher, Suchthilfe
Oranienburger Straße 13–14
10178 Berlin
Tel.: +49 30 24636-317 und -0
juvo@paritaet.org
www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)

Generalsekretariat
Carstennstraße 58, 12205 Berlin
Tel.: +49 30 85404-0
drk@drk.de
www.drk.de

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Tel.: +49 30 65211-0
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

**Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V. (fdr⁺)**

Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel.: +49 30 85400490
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info

**Fachverband Glücksspielsucht
(FAGS) e.V.**

Meindersstraße 1a, 33615 Bielefeld
Tel.: +49 521 557721-24
verwaltung@gluecksspielsucht.de
selbsthilfe@gluecksspielsucht.de
www.gluecksspielsucht.de
www.forum-gluecksspielsucht.de
www.gluecksspielsucht-
selbsthilfe.de

**Fachverband Medienabhängigkeit
e.V.**

C/o Caritasberatungsstelle
„Lost in Space“
Wartenburgstraße 8, 10963 Berlin
info@fv-medienabhaengigkeit.de
www.fv-medienabhaengigkeit.de

Fachverband Sucht⁺ e.V.

**Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik**
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Tel.: +49 228 261555
sucht@sucht.de
www.sucht.de

6.1.2 Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen

Al-Anon Familiengruppen

Selbsthilfegruppen für Angehörige
und Freunde von Alkoholikern
Hofweg 58, 22085 Hamburg
Tel.: +49 40 226389700
zdb@al-anon.de
www.al-anon.de

Alateen

Selbsthilfegruppen für jugendliche
Angehörige von Alkoholikern
Hofweg 58, 22085 Hamburg
Tel.: +49 40 226389700
zdb@al-anon.de
www.al-anon.de

Anonyme Alkoholiker

Interessengemeinschaft e.V.
Gemeinsames Dienstbüro
Frankfurter Allee 40, 10247 Berlin
Tel.: +49 30 2062982-0
aa-kontakt@anonyme-
alkoholiker.de
www.anonyme-alkoholiker.de

BKE – Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche

Bundesverband e.V.
Julius-Vogel-Straße 44,
44149 Dortmund
Tel.: +49 231 5864132
info@bke-suchtselbsthilfe.de
<https://bke-suchtselbsthilfe.de>

Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (BKD)

Bundeszentrale
Schubertstraße 41, 42289 Wuppertal
Tel.: +49 202 62003-0
bkd@blaues-kreuz.de
www.blaues-kreuz.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht Sucht- und Sozialberatung in der Polizei

Thomas Scholz
– Bundesvorsitzender –
Landespolizeinspektion Gotha
Schubertstraße 6, 99867 Gotha
www.bag-sucht.de

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. – BVEK

Geschäftsstelle
Am Dammgraben 98
60486 Frankfurt am Main
Tel.: +49 177 9094482
info@bvek.org
www.bvek.org

FASD Deutschland e.V.

Hügelweg 4, 49809 Lingen
Tel.: +49 591 7106700
info@fasd-deutschland.de
www.fasd-deutschland.de

Frau.Sucht.Hilfe.

Bundesverband e.V.

(ehem. Deutscher Frauenbund
für alkoholfreie Kultur
Bundesverband e.V.)
Herderstraße 74, 28203 Bremen
Tel.: +49 421 8473 4724
kontakt@frau-sucht-hilfe.info
info@frau-sucht-hilfe.info
www.frau-sucht-hilfe.info

Freundeskreise für

Suchtkrankenhilfe

Bundesverband e.V.
Luisenplatz 3, 34119 Kassel
Tel.: +49 561 780413
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

Guttempler in Deutschland e.V.

Adenauerallee 45, 20097 Hamburg
Tel.: +49 40 28407699-0
info@guttempler.de
www.guttempler.de

**Stiftung Hilfe zur Selbsthilfe
Suchtkranker und Suchtgefährdeter**

Gemeinnützige Stiftung dbR
Römerstraße 3, 69115 Heidelberg
Tel.: +49 6221 7255552
kontakt@die-suchthilfestiftung.de
www.die-suchthilfestiftung.de

JES Bundesverband e.V.

Junkies | Ehemalige | Substituierte
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel.: +49 30 690087-56
vorstand@jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

JUVENTE

Juvente e.V.

c/o AGfJ
Alfred-Wegener-Weg 3
20459 Hamburg
Tel.: +49 30 28869953
vorstand@juvente.de
www.juvente.de

Kreuzbund e.V.

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft
für Suchtkranke und Angehörige
Münsterstraße 25, 59065 Hamm
Tel.: +49 2381 67272-0
info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de

Narcotics Anonymous (NARSK e.V.)

deutschsprachige Region
Postfach 11 10 10, 64225 Darmstadt
Tel.: +49 800 4453362
info@narcotics-anonymous.de
www.narcotics-anonymous.de

Overeaters Anonymous

Interessengemeinschaft e.V.

Heckenrosenweg 33, 47804 Krefeld
Tel.: +49 2151 771909
Mobil: +49 176 34405555
kontakt@overeatersanonymous.de
www.overeatersanonymous.de

**Bundesweite Koordinierungsstelle
für Selbsthilfe junger Abhängiger**

im Deutschen Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-221
junge-suchtselbsthilfe@caritas.de
www.caritas.de/hilfeundberatung/
sucht/junge-sucht-selbsthilfe

Selbsthilfe Sucht in der AWO

Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin
Tel.: +49 30 26309-0
suchthilfe@awo.org
www.awo.org

Suchtselbsthilfe Bundeswehr e.V.

Driesener Straße 13, 10439 Berlin
Tel.: +49 162 2749685
kontakt@sshbw.de
www.suchtselbsthilfe-
bundeswehr.de

6.1.3 Behörden und Kammern

**ABDA – Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände e.V.**

Heidestraße 7, 10557 Berlin
Postfach 4 03 64, 10062 Berlin
Tel.: +49 30 40004-0
abda@abda.de
www.abda.de

**Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte (BfArM)**

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn
Tel.: +49 228 99307-0
poststelle@bfarm.de
www.bfarm.de

**Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIÖG)**

Maarweg 149–161, 50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-0
poststelle@bioeg.de
www.bioeg.de

Bundeskriminalamt (BKA)

65173 Wiesbaden
Tel.: +49 611 55-0
www.bka.de

**Bundesministerium
für Gesundheit**

Referat Sucht und Drogen (125)
Mauerstraße 29, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin
Tel.: +49 30 18441-0
poststelle@bmj.bund.de
www.bundesgesundheits-
ministerium.de

**Beauftragter der Bundesregierung
für Sucht- und Drogenfragen**

Burkhard Blienert
im Bundesministerium
für Gesundheit
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin
Tel.: +49 030 18441-1452
drogenbeauftragter@bmj.bund.de
www.bundesdrogenbeauftragter.de
Bundesweite Sucht- und Drogen-
Hotline: +49 1806 313031

**Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend**
Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Tel.: +49 30 18555-0
poststelle@bmfsfj.bund.de
www.bmfsfj.de

Bundesministerium der Justiz (BMJ)
Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Tel.: +49 30 18580-0
poststelle@bmj.bund.de
www.bmj.de

Fachbeirat Glücksspielsucht
nach § 10 Abs. 1 Satz 2 GlüStV
Geschäftsstelle
Gemeinsame Glücksspielbehörde
der Länder AöR
Hansering 15, 06108 Halle/Saale
Tel.: +49 345 52352-0
fachbeirat@gluecksspiel-behoerde.
de
www.fachbeirat-gluecksspielsucht.
de

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-0
www.rki.de
Soziale Medien und Newsletter:
www.rki.de/socialmedia

6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung

**Bayerische Akademie für
Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS gGmbH**
Landwehrstraße 60–62
80336 München
Tel.: +49 89 530730-0
bas@bas-muenchen.de
www.bas-muenchen.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtforschung und
Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)**
Postfach 14 53, 59004 Hamm
Tel.: +49 2381 417998
dg-sucht@t-online.de
www.dg-sucht.de

**Deutsches Institut für Sucht- und
Präventionsforschung (DISuP)**
Konrad-Adenauer-Ufer 79–81
50668 Köln
disup@katho-nrw.de
www.disup.de

**Dt. Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)**
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, Gebäude W29
(Erikahaus)
20246 Hamburg
Tel.: +49 40 7410-59307
sekretariat.dzskj@uke.de
www.dzskj.de

Glücksspielforschung

an der Universität Bremen

Dr. Tobias Hayer

Grazer Straße 2, 28359 Bremen

Tel.: +49 421 218-68708

tobha@uni-bremen.de

Bibliothek des International Council
on Alcohol and Addictions

und dem Deutschen Archiv für Tem-
perenz- und Abstinenzliteratur:

**ICAA Library – DATA Archer Tongue
Collection**

Hochschule Magdeburg-Stendal

Breitscheidstraße 2

39114 Magdeburg

IFT Institut für Therapieforschung

gemeinnützige GmbH

Leopoldstraße 175, 80804 München

Tel.: +49 89 360804-0

ift@ift.de

www.ift.de

IFT-NORD

Institut für Therapie- und

Gesundheitsforschung gGmbH

Harmsstraße 2, 24114 Kiel

Tel.: +49 431 570290

info@ift-nord.de

www.ift-nord.de

INDRO e.V.

Bremer Platz 18–20, 48155 Münster

Tel.: +49 251 60123

indroev@web.de

<https://indro-online.de>

Institut für interdisziplinäre

Sucht- und Drogenforschung (ISD)

Lokstedter Weg 24, 20251 Hamburg

Tel.: +49 40 87606668

info@isd-hamburg.de

www.isd-hamburg.de

Institut für Suchtforschung (ISFF)

der Frankfurt University

of Applied Sciences

Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt

Tel.: +49 69 1533-2823

hstoever@fb4.fra-uas.de

www.frankfurt-university.de/isff

Norddeutscher

Suchtforschungsverbund e.V.

Zentrum für Interdisziplinäre

Suchtforschung (ZIS)

der Universität Hamburg

Klinik für Psychiatrie und

Psychotherapie

Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

i.schaefer@uke.de

www.nsfev.de

**Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit (ZI)**

Klinik für Abhängiges Verhalten
und Suchtmedizin
J 5, 68159 Mannheim
Tel.: +49 621 1703-0
zentralambulanz@zi-mannheim.de
www.zi-mannheim.de/behandlung/
klinik-sucht.html

**Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)**

der Universität Hamburg
UKE – Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Haus W37
Tel.: +49 40 74105-7902
zis-gs@uke.de
www.zis-hamburg.de

6.1.5 Sonstige Organisationen

**Aktionsbündnis Nichttrauchen e.V.
(ABNR)**

Büro Berlin
Schumannstraße 3, 10117 Berlin
Tel.: +49 30 23457015
info@abnr.de
www.abnr.de

Arbeitsgem. Christl. Lebenshilfen

Lange Straße 29
37194 Bodenfelde/Amelith
Tel.: +49 5572 9482510
info@acl-deutschland.de
www.acl-deutschland.de

ARCHIDO

Informations- u. Forschungs-
zentrum f. Alkohol, Tabak,
Medikamente, Drogen und Sucht
an der Frankfurt University of
Applied Sciences
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt
Tel.: +49 69 1533-2823
www.archido.info

**Bund für drogenfreie Erziehung e.V.
(BdE)**

Landweg 16, 25712 Hochdonn
post@drogenfreie-erziehung.de
www.drogenfreie-erziehung.de

**Bund gegen Alkohol und
Drogen im Straßenverkehr e.V.**

Hansastraße 13, 20149 Hamburg
Tel.: +49 40 440716
zentrale@bads.de
www.bads.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege
(BAGFW) e.V.**

Oranienburger Straße 13–14
10178 Berlin
Tel.: +49 30 24089-0
info@bag-wohlfahrt.de
www.bagfw.de

BAG Kinder- und Jugendschutz e.V.

Mühlendamm 3, 10178 Berlin
Tel.: +49 30 40040-300
info@bag-jugendschutz.de
www.bag-jugendschutz.de

Bundesfachverband

Betriebliche Soziale Arbeit e.V.

C/o Katholische Hochschule
Nordrhein-Westfalen
Piusallee 89, 48147 Münster
Tel.: +49 251 41767-22
info@bbs-ev.de
www.bbs-ev.de

**Bundesvereinigung Prävention
und Gesundheitsförderung e.V.
(BVPg)**

Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn
Tel.: +49 228 98727-0
info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Deutsche Aidshilfe e.V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel.: +49 30 690087-0
dah@aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

**Deutsche Fachgesellschaft
Psychose und Sucht e.V.**

Neuenhausgasse 15
51375 Leverkusen
Tel.: +49 214 53026
verwaltung@dfps.de
www.dfps.de

deQus

**Deutsche Gesellschaft
für Qualitätsmanagement
in der Suchttherapie e.V.**

Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
Tel.: +49 561 108441
info@dequs.de
www.dequs.de

**Deutsche Gesellschaft für Soziale
Arbeit in der Suchthilfe und
Suchtprävention
(DG-SAS) e.V.**

Geschäftsstelle
Claudia Heinemann
C/o Sozialdienst katholischer Frauen
und Männer Düsseldorf e.V.
Hilfezentrum Flur45
Flurstraße 45, 40235 Düsseldorf
Tel.: +49 211 1752088-30
heinemann.claudia@skfm-
duesseldorf.de
www.dg-sas.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin e.V.**

C/o Center for Clinical Innovation
in Addiction Research (CORE) gUG
Wiesbadener Straße 4
70372 Stuttgart
Tel.: +49 711 25296702
info@dgsuchtmedizin.de
https://dgsuchtmedizin.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtpsychologie e.V. (DG SPS)**
Dr. Gallus Bischof
Zentrum für Integrative Psychiatrie
ZIP gGmbH
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Tel.: +49 451 500-98752
info@dgsp.de
www.dgsp.de

**Deutsches Zentralinstitut
für soziale Fragen (DZI)**
Bernadottestraße 94, 14195 Berlin
Tel.: +49 30 839001-0
sozialinfo@dzi.de
www.dzi.de

**Förderverein der Dt. Hauptstelle
für Suchtfragen e.V. (DHS)**
Miriam Jaschke
C/o Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.
Brüderstraße 39, 59065 Hamm
Tel.: +49 2381 92153-20
mjaschke@akj-hamm.de
www.dhs-foerderverein.de

**Int. Koordinations- u.
Informationsst. f. Auslandsreisen
v. Substitutionspatienten**
Bremer Platz 18-20, 48155 Münster
Tel.: +49 251 60123
indroev@t-online.de
https://indro-online.de
Ansprechpartner: Ralf Gerlach

KiM – Kinder im Mittelpunkt
Kinderabteilung der Guttempler
in Deutschland e.V.
Adenauerallee 45, 20097 Hamburg
Tel.: +49 40 28407699-0
kim@guttempler.de
https://kim.guttempler.de

KOALA e.V.
Kinder ohne den schädlichen
Einfluss von Alkohol und anderen
Drogen
Wörthstraße 10, 50668 Köln
Tel.: +49 221 7757-174
koala-online@web.de
www.koala-online.de
Hilfe für Kinder auf: www.kidkit.de

NACOA Deutschland
Interessenvertretung für Kinder
aus Suchtfamilien e.V.
Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel.: +49 30 35122430
Beratungstelefon: +49 30 35122429
info@nacoa.de
https://nacoa.de
https://traudir.nacoa.de/
(Jugendseite)
www.coakom.de
www.coa-aktionswoche.de

**Nationale Kontakt- und
Informationsstelle für Selbsthilfe
(NAKOS)**

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Tel.: +49 30 31018960

selbsthilfe@nakos.de

junge-selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

www.schon-mal-an-selbsthilfe

gruppen-gedacht.de

www.selbsthilfe-bestimmt-selbst.de

**Nichtraucher-Initiative
Deutschland e.V. (NID)**

Carl-von-Linde-Straße 11

85716 Unterschleißheim

info@nichtraucherschutz.de

www.nichtraucherschutz.de

6.2 Anschriften in den Bundesländern

6.2.1 Baden-Württemberg

Landesstelle für Suchtfragen
der Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.
Stauffenbergstraße 3
70173 Stuttgart
Tel.: +49 711 61967-31
info@lss-bw.de
<https://lss-bw.de>

**Baden-Württembergischer
Landesverband für Prävention
und Rehabilitation gGmbH**
Renchtalstraße 14
77871 Renchen
Tel.: +49 7843 949-141
info@bw-lv.de
www.bw-lv.de

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration
Baden-Württemberg**
Abteilung 5, Referat 55
Else-Josengans-Straße 6
70173 Stuttgart
Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart
Tel.: +49 711 123-0
poststelle@sm.bwl.de
<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de>

6.2.2 Bayern

**Koordinierungsstelle
der bayerischen Suchthilfe (KBS)**
Lessingstraße 1
80336 München
Tel.: +49 89 200032750
info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

**Landesstelle Glücksspielsucht
in Bayern**
Edelsbergstraße 10
80686 München
Tel.: +49 89 5527359-0
info@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de

**Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit, Pflege und
Prävention**
Referat 54 – Suchtprävention
Haidenauplatz 1
81667 München
Tel.: +49 89 95414-0
poststelle@stmgp.bayern.de
www.stmgp.bayern.de

6.2.3 Berlin

**Landesstelle Berlin
für Suchtfragen e.V.**
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: +49 30 34389160
info@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Fachstelle für Suchtprävention

Berlin gGmbH

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel.: +49 30 29352615

info@berlin-suchtpraevention.de

www.berlin-suchtpraevention.de

info@kompetent-gesund.de

www.kompetent-gesund.de

info@berlin-praeventionspraxis.de

www.berlin-praeventionspraxis.de

**Präventionszentrum für
Verhaltenssüchte Berlin –**

pad gGmbH

Schivelbeiner Straße 6

10439 Berlin

Tel.: +49 30 84522-112

info@pzvs.berlin

<https://pzvs.berlin>

**Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege**

Landessuchtbeauftragte

Heide Mutter

Oranienstraße 106

10969 Berlin

Tel.: +49 30 9028-1720

[suchtbeauftragte@senwggp.](mailto:suchtbeauftragte@senwggp.berlin.de)

berlin.de

www.berlin.de/lb/drogen-sucht/

6.2.4 Brandenburg

**Brandenburgische Landesstelle
für Suchtfragen (BLS) e.V.**

Behlertstraße 3 A, Haus H1

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 581380-0

info@blsev.de

www.blsev.de

Landeskoordinierung

Suchtprävention

Brandenburgische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

Behlertstraße 3 A, Haus H1

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 581380-22

suchtpraevention@blsev.de

www.blsev.de/fachbereiche/suchtpraevention

Landeskoordinierung

Glücksspielsucht

Brandenburgische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

Behlertstraße 3 A, Haus H1

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 581380-23

gluecksspielsucht@blsev.de

www.blsev.de/fachbereiche/gluecksspielsucht

www.spielsucht-brandenburg.de

**Ministerium für Gesundheit und
Soziales des Landes Brandenburg**
Abteilung 3 – Gesundheit
Ref. 34: Aufsicht der Kranken-
versicherung, Maßregelvollzug,
Psychiatrie, Sucht
Henning-von-Tresckow-Straße 2–13,
Haus S
14467 Potsdam
Tel.: +49 331 866-0
poststelle@mgs.brandenburg.de
<https://mgs.brandenburg.de>

6.2.5 Bremen

**Bremische Landesstelle
für Suchtfragen (BreLS) e.V.**
C/o Ambulante Suchthilfe Bremen
Bürgermeister-Smidt-Straße 35
28195 Bremen
Tel.: +49 162 2627755
info@brels.de
www.brels.de

**Fachstellen Glücksspielsucht
im Land Bremen:**
www.gluecksspielsucht.uni-bremen.de
für Bremen-Stadt:
Ambulante Suchthilfe Bremen
gGmbH
Bürgermeister-Smidt-Straße 35
28195 Bremen
Tel.: +49 421 98979-27
www.ash-bremen.de

für Bremerhaven:
AWO Suchtberatungszentrum
Wurster Straße 55
27580 Bremerhaven
Tel.: +49 471 34021
www.awo-bremerhaven.de

**Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**
Abteilung Gesundheit
Referat 24 Psychiatrie und Sucht
Faulenstraße 9/15
28195 Bremen
Tel.: +49 421 361-59595
office@gesundheit.bremen.de
www.gesundheit.bremen.de

**Freie Hansestadt Bremen
Landesinstitut für Schule**
Am Weidedamm 20
28215 Bremen
Tel.: +49 421 361-14406
office@lis.bremen.de
www.lis.bremen.de

6.2.6 Hamburg

**Hamburgische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.**
Burchardstraße 19
20095 Hamburg
Tel.: +49 151 50721383
info@landesstelle-hamburg.de
www.landesstelle-hamburg.de

Sucht.Hamburg gGmbH
Information.Prävention.Hilfe.
Netzwerk.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Tel.: + 49 40 2849918-0
service@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und
Integration (Sozialbehörde)
Amt für Gesundheit
G 21 – Suchthilfe und Sucht-
prävention
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg
Tel.: +49 40 42837-2082
www.hamburg.de/politik-und-ver-
waltung/behoerden/sozialbehoerde/
themen/gesundheit/drogen-und-
sucht

6.2.7 Hessen

Hessische Landesstelle
für Suchtfragen e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Koordinationsstelle
Suchtprävention
d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen
e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Landeskoordination
Glücksspielsucht
d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen
e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Hessisches Ministerium
für Arbeit, Integration, Jugend
und Soziales
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden
Tel.: +49 611 3219-0
poststelle@hsm.hessen.de
https://soziales.hessen.de

6.2.8 Mecklenburg-Vorpommern

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport
Mecklenburg-Vorpommern**
Abteilung 4 Gesundheit
Referat 420 Psychiatrie, Maßregel-
vollzug, Sucht und Prävention
Werderstraße 124
19055 Schwerin
Tel.: +49 385 588-19420
poststelle@sm.mv-regierung.de
www.regierung-mv.de/Landesregie-
rung/sm

**Landeskoordinierungsstelle
für Suchtthemen (LAKOST)
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24 a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 302007-0
info@lakost-mv.de
www.lakost-mv.de

**Landesfachstelle Glücksspielsucht
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 77789484
info@gluecksspielsucht-mv.de
www.gluecksspielsucht-mv.de

6.2.9 Niedersachsen

**Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen**
Gruppenstraße 4
30159 Hannover
Tel.: +49 511 626266-0
info@nls-online.de
www.nls-online.de

**Landeskoordination
Glücksspielsucht**
der Niedersächsischen Landesstelle
für Suchtfragen
Gruppenstraße 4
30159 Hannover
Tel.: +49 511 626266-0
info@nls-online.de
www.nls-online.de/gluecksspiel-
sucht

**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
Tel.: +49 511 120-0
poststelle@ms.niedersachsen.de
www.ms.niedersachsen.de

6.2.10 Nordrhein-Westfalen

Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

C/o Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Nordrhein e.V.
Auf'm Hennekamp 71
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 3104-216
info@freiewohlfahrtspflege-nrw.de
www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de

Suchtkooperation NRW

C/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
50663 Köln
Tel.: +49 221 809-7794
kontakt@suchtkooperation.nrw
https://suchtkooperation.nrw

Landesfachstelle Prävention der Suchtkooperation NRW

ginko Stiftung für Prävention
Kaiserstraße 90
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: +49 208 30069-31
info@ginko-stiftung.de
www.ginko-stiftung.de

Landesfachstelle berufliche und soziale Integration der Suchtkooperation NRW

Am Bach 11
33098 Paderborn
Tel.: +49 5251 889-1340
lfi@lfi.nrw
www.lf-integrationundsucht.nrw

Landesfachstelle Glücksspielsucht der Suchtkooperation NRW

Am Bach 11
33602 Bielefeld
Tel.: +49 521 3995589-0
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluecksspielsucht-nrw.de

Landesfachstelle Familie und Geschlechtervielfalt BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW

Kopstadtplatz 24-25
45127 Essen
Tel.: +49 201 2484 17-1 oder -2
info@belladonna-essen.de

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

Abteilung V – Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Tel.: +49 211 855-5
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw/sucht

6.2.11 Rheinland-Pfalz

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

Löwenhofstraße 5
55116 Mainz
Tel.: +49 6131 224608
info@liga-rlp.de
www.liga-rlp.de/landesstelle-fuer-suchtfragen-rheinland-pfalz

**Landesamt für Soziales, Jugend
und Versorgung Rheinland-Pfalz**
Suchtprävention
Rheinallee 97-101
55118 Mainz
Tel.: +49 6131 967-704
suchtpraevention@lsjv.rlp.de
www.suchtpraevention.rlp.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Transformation und Digitalisierung
Rheinland-Pfalz**
Abteilung 64 Referat 642
Frau Sabine May
Drogenbeauftragte, Suchtprävention
und Suchtkrankenhilfe
Bauhofstraße 9
55116 Mainz
Tel.: +49 6131 16-4655
poststelle@mastd.rlp.de
<https://mastd.rlp.de>

6.2.12 Saarland

**Saarländische Landesstelle
für Suchtfragen**
C/o Caritas-Zentrum Saarpfalz
Schanzstraße 4
66424 Homburg
Tel.: +49 6841 93485-0
landesstelle@liga-saar.de
www.liga-saar.de/ausschuesse/

**Landesfachstelle
Glücksspielsucht Saarland**
C/o Haus der Caritas
Johannisstraße 2
66111 Saarbrücken
Tel.: +49 681 30906-90
www.gluecksspielsucht-saar.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Frauen und Gesundheit**
Referat E6 – Drogenpolitik, Sucht-
krankenhilfe
Mainzer Straße 34
66111 Saarbrücken
Tel.: +49 681 501-2257
vzabte@soziales.saarland.de
https://www.saarland.de/SharedDocs/Organisationseinheit/DE/masfg/Organisationseinheit_E

6.2.13 Sachsen

**Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.**
Glacisstraße 26
01099 Dresden
Tel.: +49 351 8045506
info@slsev.de
www.slsev.de

**Sächsisches Staatsministerium
für Soziales, Gesundheit und
Gesellschaftlichen Zusammenhalt**
Abteilung 5, Referat 53
Psychiatrische Versorgung,
Suchtfragen
Albertstraße 10
01097 Dresden
Tel.: +49 351 564-55530
poststelle@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle
Suchtprävention Sachsen
Bereich suchtmittelspezifische
Suchtprävention**
Glacisstraße 26
01099 Dresden
Tel.: +49 351 8032031
info@suchtpraevention-sachsen.de
www.suchtpraevention-sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle
Suchtprävention Sachsen
Bereich Lebenskompetenzförde-
rung**
Könneritzstraße 5
01067 Dresden
Tel.: +49 351 501-93642
lebenskompetenz@
suchtpraevention-sachsen.de
www.suchtpraevention-sachsen.de

6.2.14 Sachsen-Anhalt

**Landesstelle für Suchtfragen
im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)**
Koordinationsstelle für
Suchtprävention
Halberstädter Straße 98
39112 Magdeburg
Tel.: +49 391 5433818
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
des Landes Sachsen-Anhalt**
Abteilung 3, Referat 33
Maßregelvollzug, Psychiatrie
und Sucht
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Postfach 39 11 55
39135 Magdeburg
Tel.: +49 391 567-4670
poststelle@ms.sachsen-anhalt.de
www.ms.sachsen-anhalt.de

6.2.15 Schleswig-Holstein

**Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e.V.**
Schreiberweg 10
24119 Kronshagen
Tel.: +49 431 657394-40
sucht@lssh.de
<https://lssh.de/>

Landeskoordination

Glücksspiel- und Medienabhängigkeit in Schleswig-Holstein

LSSH e.V.

Schreberweg 10

24119 Kronshagen

Tel.: +49 431 657394-50

sucht@lssh.de

<https://lssh.de/die-lssh/arbeitsbereiche/gluecksspiel-medien>

**Ministerium für Justiz
und Gesundheit**

Abteilung

Gesundheitsvorsorge II 5

Lorentzendam 35

24103 Kiel

Dienstgebäude:

Adolf-Westphal-Straße 4

24143 Kiel

Tel.: +49 431 988-5561

poststelle@jumi.landsh.de

www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/II/ii_node.html

**Institut für Qualitätsentwicklung
an Schulen Schleswig-Holstein**

Zentrum für Prävention – Gesunde

Schule, Sucht- und Gewalt-

prävention, Schutzkonzepte

Schreberweg 5

24119 Kronshagen

Tel.: + 49 431 5403-310

manfred.boege@iqsh.landsh.de

www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/IQSH/Arbeitsfelder/ZfP/zfp.html

6.2.16 Thüringen

**Thüringer Landesstelle
für Suchtfragen e.V.**

Steigerstraße 40

99096 Erfurt

Tel.: +49 361 7464585

info@tls-suchtfragen.de

www.tls-suchtfragen.de

**Thüringer Fachstelle
GlücksSpielSucht
fdr Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V.**

Dubliner Straße 12

99091 Erfurt

Tel.: +49 361 3461746

gluecksspielsucht@fdr-online.info

<https://fairspielt.info>

**Thüringer Fachstelle
Suchtprävention
fdr Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V.**

Dubliner Straße 12

99091 Erfurt

Tel.: +49 361 3461746

praevention@fdr-online.info

<https://thueringer-suchtpraevention.info>

**Lotsennetzwerk Thüringen
fdr Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V.**
Dubliner Straße 12
99091 Erfurt
Tel.: +49 361 3462024
kontakt@lotsennetzwerk.de
www.lotsennetzwerk.de
www.fdr-online.info
App Lotsennetzwerk Thüringen

**Thüringer Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Arbeit und Familie**
Referat 4B 6
Gesundheitsförderung, Suchthilfe,
ÖGD-Pakt
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt
Postfach 90 03 54, 99106 Erfurt
Tel.: +49 361 573811000
poststelle@tmsgaf.thueringen.de
www.tmasgff.de

6.3 Europäisches Ausland

6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX

**Drogenagentur
der Europäischen Union
European Union Drugs Agency
(EUDA)**

Praça Europa 1, Cais do Sodré
1249-289 Lissabon
Portugal
Tel.: +351 211 210200
info@euda.europa.eu
www.euda.europa.eu/index_en

**National Focal Points (NFP)
befinden sich in:**

Deutschland (Germany):

**DBDD –
Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht
(German Monitoring Centre for
Drugs and Drug Addiction)
IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
Deutschland/Germany
Tel.: +49 89 360804-0
ift@ift.de
www.dbdd.de**

Weitere Partner: Deutsche Haupt-
stelle für Suchtfragen e.V. (DHS),
Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIOG)

**Belgien (Belgium)
Bulgarien (Bulgaria)
Dänemark (Denmark)
Estland (Estonia)
Finnland (Finland)
Frankreich (France)
Griechenland (Greece)
Irland (Ireland)
Italien (Italy)
Kroatien (Croatia)
Lettland (Latvia)
Litauen (Lithuania)
Luxemburg (Luxembourg)
Malta (Malta)
Niederlande (Netherlands)
Norwegen (Norway)
Österreich (Austria)
Polen (Poland)
Portugal (Portugal)
Rumänien (Romania)
Schweden (Sweden)
Slowakei (Slovakia)
Slowenien (Slovenia)
Spanien (Spain)
Tschechien (Czechia)
Türkei (Turkey)
Ungarn (Hungary)
Zypern (Cyprus)**

Die jeweiligen Adressen finden Sie
unter: [www.euda.europa.eu/about/
partners/reitox_en](http://www.euda.europa.eu/about/partners/reitox_en)

6.3.2 Sonstige Organisationen

**Bundesministerium
für Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1
1010 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 711 00-0
post@sozialministerium.at
www.sozialministerium.at

**cnapa – Centre National
de Prévention des Addictions**

99, rue Andethana
6970 Hostert
Luxemburg/Luxembourg
Tel.: +352 49 7777-1
info@cnapa.lu
www.cnapa.lu

De Nederlandse ggz

Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort
Niederlande/Netherlands
Tel.: +31 33 4608900
info@denederlandseggz.nl
www.denederlandseggz.nl

**EuroCare – European
Alcohol Policy Alliance**

Rue Archimede 17, 3rd floor
1000 Brussels
Belgien/Belgium
Tel.: +32 2 7360572
info@eurocare.org
www.eurocare.org

**euro net – Europäisches Netzwerk
für praxisorient. Suchtprävention**

c/o LWL-Koordinationsstelle Sucht
Schwelingstraße 11
48145 Münster
Deutschland/Germany
Tel.: +49 251 591-4710
www.euronetprev.org

**European Centre for Monitoring
Alcohol Marketing (EUCAM)**

Niederlande/Netherlands
Twitter: @EUCAM1
eucam@eucam.info
www.eucam.info

**EURO-TC European Treatment
Centres for Drug Addiction e.V.**

Beatrixgasse 6/20
1030 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 7153515
info@euro-tc.org
www.eurotc.org

**Global Alcohol Policy Alliance
(GAPA)**

Secretary's office
Torggata 1
0181 Oslo
Norwegen/Norway
Tel.: +47 416 22135
gapa@globalgapa.org
www.globalgapa.org

Kommission für Suchtfragen

Amt für Soziale Dienste

Postplatz 2
Postfach 63
9494 Schaan
Liechtenstein
Tel.: +423 236 7272
info@suchtpraevention.li
www.suchtpraevention.li

**Institut Suchtprävention
pro mente Oberösterreich**

Hirschgasse 44
4020 Linz
Österreich/Austria
Tel.: +43 732 778936
info@praevention.at
www.praevention.at

Institute of Alcohol Studies (IAS)

Canopi, 82 Tanner Street
London, SE1 3GN
Vereinigtes Königreich/
United Kingdom
Tel.: +44 2078 719988
info@ias.org.uk
www.ias.org.uk

**Nederlands Instituut voor
Alcoholbeleid STAP**

Goeman Borgesiuslaan 77
3515 ET Utrecht
Postbus 9769
3506 GT Utrecht
Niederlande/Netherlands
Tel.: +31 30 6565041
info@stap.nl
www.stap.nl

Nordic Welfare Center Sweden

Svensksundsvägen 11A
10139 Stockholm
Schweden/Sweden
Tel.: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org
https://nordicwelfare.org

Nordic Welfare Centre Finland

C/o Folkhälsan
Topeliusgatan 20
00250 Helsingfors
Finnland/Finland
Tel.: +358 20 7410 880
info@nordicwelfare.org
https://nordicwelfare.org

**Österreichische
Arbeitsgemeinschaft
Suchtvorbeugung**

C/o Modecenterstraße 14/
Block B/2. OG
1030 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 4000-87334
office@suchtvorbeugung.net
www.suchtvorbeugung.net

Pompidou Group

Council of Europe/Conseil
de l'Europe
Avenue de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
Frankreich/France
Tel.: +33 3 88412000
www.coe.int/en/web/pompidou

Sucht- und Drogenkoordination

Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/A/2

1030 Wien

Österreich/Austria

Tel.: +43 1 4000-87375

office@sd-wien.at

<https://sdw.wien/>

Sucht Schweiz

Avenue Louis-Ruchonnet 14

1003 Lausanne

Schweiz/Switzerland

Tel.: +41 21 3212911

info@suchtschweiz.ch

www.suchtschweiz.ch

Das DHS Jahrbuch Sucht 2025

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak, Illegalen Drogen sowie zu Glücksspiel, Delikten unter Alkoholeinfluss, Suchtmitteln im Straßenverkehr und zur Rauschgiftlage zusammen
- informiert über Zahlen und Fakten zum Cannabiskonsum und über Internetnutzungsstörungen
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder
- informiert über die Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits-erkrankungen durch die DRV
- präsentiert die aktuellen Themen „Nationale und lokale Drogenpolitik“, „It's all about the money: Wie die Glücksspielindustrie ökonomische Interessen wahrt und effektive Suchtprävention verhindert“ und „ADHS und Abhängigkeit“
- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich



ISBN 978-3-95853-968-6

eBook: ISBN 978-3-95853-969-3

www.pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com