



Jahrbuch Sucht

24

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

DHS Jahrbuch Sucht 2024

DHS Jahrbuch Sucht 2024



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 · 2024

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.



© 2024 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 978-3-95853-910-5
eBook: ISBN 978-3-95853-911-2
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	Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum	
	<i>Anne Starker, Jens Hoebel</i>	39
2.2	Glücksspiel – Zahlen und Fakten	
	<i>Gerhard Meyer</i>	67
2.3	Cannabis – Zahlen und Fakten	
	<i>Eva Hoch, Sally Olderbak, Larissa Schwarzkopf, Elena Gomes de Matos, Franziska Schneider</i>	87
2.4	Varianten internetbezogener Störungen – ein Update	
	<i>Klaus Wölfling, Kai W. Müller</i>	107
2.5	Essstörungen	
	<i>Eva Wunderer, Anna Hofer, Enikö Schradi, Sigrid Borse, Andreas Schnebel</i>	123
2.6	Rauschgiftlage 2022 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland	
	<i>Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung</i>	135
2.7	Delikte unter Alkoholeinfluss	
	<i>Martin Rettenberger, Hanna Verzagt</i>	143
2.8	Suchtmittel im Straßenverkehr 2022 – Zahlen und Fakten	
	<i>Leon Straßgützl, Simone Klipp</i>	157

3 Suchtkrankenhilfe in Deutschland

- 3.1 Jahresstatistik 2022 der professionellen Suchthilfe**
Larissa Schwarzkopf, Jutta Künzel, Monika Murawski, Carlotta Riemerschmid **171**
- 3.2 Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits-
erkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung**
Larissa Beck, Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Johannes Falk **197**

4 Aktuelle Themen

- 4.1 Neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol –
Vorzüge und Herausforderungen für die Gesundheit
in einem Hochkonsumland**
Ulrich John, Hans-Jürgen Rumpf, Monika Hanke, Sophie Baumann, Jennis Freyer-Adam, Christian Meyer **213**
- 4.2 Substitutionsgestützte Behandlung
von Menschen mit Opioidabhängigkeit**
Beate Erbas, Oliver Pogarell, Norbert Wodarz..... **229**
- 4.3 Wie die Tabakindustrie der Umwelt und dem Klima schadet**
Sonja von Eichborn **253**

5 Autoren- und Autorinnenverzeichnis **265**

6 Anschriften aus dem Suchtbereich

- 6.1 Bundesweit tätige Organisationen** **275**
- 6.2 Anschriften in den Bundesländern** **286**
- 6.3 Europäisches Ausland** **296**

Vorwort

Es ist mir eine Freude, ein Vorwort für das DHS Jahrbuch Sucht 2024 zu verfassen. In diesem Jahr wird das Jahrbuch erstmals in elektronischer Form erscheinen. Der Wechsel vom gedruckten Buch zur Online-Publikation entspricht zeitgenössischen Publikations- und Lesegewohnheiten. Für das DHS Jahrbuch Sucht passt diese Publikationsform zudem besonders gut, da hier in zahlreichen Kapiteln Daten, Zahlen und Fakten zur Häufigkeit von Suchterkrankungen, ihren Auswirkungen in der Gesellschaft sowie auch den Leistungen der Suchthilfe konzentriert zusammengetragen werden. Interessierte Leserinnen und Leser schlagen im DHS Jahrbuch Sucht die sie interessierenden Zahlen nach, ohne zwingend das Buch von A bis Z durchzulesen. In Zeiten knapper Kassen darf auch darauf hingewiesen werden, dass eine Online-Publikation einfacher in der Verbreitung ist bei geringeren Produktionskosten im Vergleich zu einem gedruckten Buch.

Inhaltlich wurde das DHS Jahrbuch Sucht diesmal um ein Kapitel zu Cannabis, insbesondere auch zur Prävalenz von cannabisbezogenen Störungen und ihrer Behandlung von Hoch et al. ergänzt. Angesichts der aktuellen politischen Entwicklungen ist dieses Thema von besonderer Relevanz. Zudem gibt es – wie in jedem Jahr – auch im DHS Jahrbuch Sucht 2024 die Rubrik „Aktuelle Themen“ mit den folgenden drei Beiträgen:

- John et al. leisten in ihrem Aufsatz einen Beitrag zur Diskussion von Grenzwerten beim Alkoholkonsum, bei deren Überschreitung gesundheitliche Gefahren drohen. Aus der gründlichen Analyse epidemiologischer Studien ziehen sie den Schluss, dass es keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt. Die wichtige Präventionsbotschaft lautet daher: Abstinenz ist besser als Alkoholkonsum, und die Reduktion des Alkoholkonsums – egal von welcher Ausgangsmenge – ist für die Gesundheit immer ein positiver Schritt.
- Erbas et al. beschreiben in ihrem Beitrag den aktuellen Stand zur substitions-gestützten Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit in Deutschland, einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen. Hervorheben möchte ich hier insbesondere die Sorge um die Sicherstellung der Substitutionstherapie bei einer abnehmenden Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte mit zudem steigendem Durchschnittsalter, die Ver-

einfachungen der Substitutionsbehandlung im Gefolge der Sonderregeln während der SARS-CoV-2-Pandemie sowie den Stellenwert der Diamorphin-gestützten Behandlung. Die Autorenschaft kündigt für die zweite Jahreshälfte 2024 die Publikation einer S3-Leitlinie zur Behandlung von opioidbezogenen Störungen an.

- Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Passend zu diesem Leitgedanken befasst sich der dritte Beitrag mit dem schädlichen Einfluss der Tabakindustrie auf Umwelt und Klima. Demnach beträgt der Klimafußabdruck der weltweiten Zigarettenindustrie eine gigantische Menge von CO₂-Äquivalenten, die etwa den Emissionen von Österreich oder Neuseeland entsprechen. Hinzu kommen die Ausbeutung von natürlichen Ressourcen wie Wasser oder fossilen Energieträgern sowie auch toxische Auswirkungen durch Einsatz von Chemikalien im Tabakanbau. Es kann keine Rede davon sein, dass die E-Zigarette eine klimaschonende Alternative zur konventionellen Zigarette ist. Die Sorge um das Klima sollte übrigens auch bei anderen Suchtmitteln Konsumentinnen und Konsumenten zum Nachdenken bringen. Das bei jungen Menschen aktuell populäre Lachgas ist mehrfach schädlicher für unsere Atmosphäre als CO₂.

Ich hoffe, dass auch in diesem Jahr das DHS Jahrbuch Sucht reges Interesse bei Leserinnen und Lesern findet. Den Autorinnen und Autoren möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich für ihre Arbeit danken.

Essen, im März 2024

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

1 Daten, Zahlen und Fakten

Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp

Alkohol

Verbrauch an Reinalkohol¹ pro Kopf im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Liter
1970	14,4
1980	15,1
1990	13,4
2000	12,0
2010	10,7
2012	11,0
2014	10,6
2016	10,6
2018	10,7
2020	10,0

¹ bis zum Jahr 2014: (John, Hanke, 2018), 2015 bis 2019: (John et al., 2022), 2020: (John et al., 2023).

Quellen: John, U. et al. (2023): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst. 35–50.

John, U. et al. (2021): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst. 37–54.

John, U.; Hanke, M. (2018): Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 80, 160–171.

Eine Weiterführung der Statistik zur Ermittlung des Reinalkohols per Kopf ist derzeit nicht möglich. Dies ist zurückzuführen auf eine Änderung in der Weinverordnung im Jahr 2022 (BGBl. 2022, Teil I, S. 1873). Es betrifft insbesondere die Ermittlung des Alkoholgehalts von Wein. Der vorhandene Alkoholgehalt der in Deutschland erzeugten Weine wird von keiner amtlichen Statistik er-

fasst. Es ist davon auszugehen, dass durch die sich ändernden klimatischen Bedingungen eine Veränderung des Grad Oechsle in Weinmost zu einem höheren Alkoholgehalt führt. Die Angaben zu Grad Oechsle sind aufgrund neuer Verordnungen aber nicht mehr verfügbar. Es kann kein Durchschnittswert für den Alkoholgehalt der Weine bei der Ermittlung des Alkoholverbrauchs angesetzt werden.

**Gesamtalkoholkonsum (Liter pro Kopf) im europäischen Vergleich
(inkl. Nicht-OECD-Staaten) in den Jahren 2010 und 2020 (bei Erwachsenen
ab 15 Jahren)**

Land	Alkoholverbrauch (Liter)	
	2010	2020
Lettland	9,8	12,1
Tschechische Republik	11,4	11,6
Litauen	13,5	11,4
Österreich	12,1	11,3
Bulgarien	9,8	11,2
Rumänien	10,0	11,0
Polen	10,0	11,0
Luxemburg	11,9	11,0
Deutschland	11,6	10,6
Estland	11,4	10,5
Portugal	11,3	10,4
Ungarn	10,8	10,4
Frankreich	12,3	10,4
Slowakische Republik	10,1	9,9
Slowenien	10,3	9,8
EU27	10,3	9,8
Dänemark	10,8	9,7
Kroatien	10,7	9,6
Zypern	11,33	9,59
Irland	11,6	9,5
Belgien	10,3	9,2
Finnland	9,7	8,2
Malta	6,99	8,07
Spanien	9,8	7,8
Italien	7,0	7,7
Schweden	7,4	7,5
Niederlande	9,1	7,2
Griechenland	8,3	6,3
Montenegro	9,94	9,91
Vereinigtes Königreich	10,1	9,7
Schweiz	10,0	8,9
Serbien	8,87	7,45
Moldawien	6,92	7,45
Island	6,8	7,4
Norwegen	6,6	7,4
Ukraine	7,77	5,69
Albanien	4,88	4,4
Nordmakedonien	3,53	3,9
Türkei	1,5	1,2

Quelle: OECD (2022): Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. Internet: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>, Zugriff: 03.04.2024.

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 ¹	91,8	19,9	3,2	5,2

¹ vorläufige Angaben.

Quellen: Berechnungen des ifo-Instituts. In: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2023): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland. (verschiedene Jahrgänge)

Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken stieg im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr (2021: 118,5 l) um 1,4 % (1,6 Liter) auf 120,1 Liter Fertigware pro Kopf der Bevölkerung. Auf den gesamten Alkoholkonsum, gemessen in Reinalkohol pro Kopf, entfallen 4,4 Liter auf Bier, 2,2 Liter auf Wein, 1,7 Liter auf Spirituosen und 0,4 Liter auf Schaumwein.

Quelle: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2023): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

Umsatz der Alkoholindustrie in Deutschland im Jahr 2021 und 2022 (in Tausend Euro)

	Umsatz	Inlandsumsatz	Auslandsumsatz
Herstellung von Spirituosen			
2021	2.262.839	1.812.088	450.751
2022	2.448.046	1.911.947	536.099
Herstellung von Wein			
2021	k.A.*	k.A.*	k.A.*
2022	2.225.438	1.977.921	247.517
Herstellung von Bier			
2021	7.552.817	6.648.289	904.528
2022	8.430.451	7.466.671	963.779

* Zahlenwert unbekannt oder geheimzuhalten.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Jahresbericht für Betriebe im Verarbeitenden Gewerbe. Deutschland. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 23.02.2024.

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

Jahr	Biersteuer	Schaumwein- steuer	Alkohol- 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 (–3,4) ³	361 (+2,4) ³	2.184 (–1,6) ³	3.125 (–1,5) 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 (2024): Kassenmäßige Steuereinnahmen (ohne Gemeinde-steuern) nach Steuerarten im gesamten Bundesgebiet – in Tsd. Euro. Berlin. <https://www.bundesfinanzministerium.de>, Zugriff: 14.03.2024.

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
2023	113,0	115,4	118,5	116,0	116,7

Alle Preisindizes sind bezogen auf das Jahr 2020 (2020 = 100).

Preisindex: Die Preisentwicklung der Waren, die private Haushalte für Konsumzwecke kaufen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Verbraucherpreisindex für Deutschland. Verbraucherpreisindex. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 22.03.2024.

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

Jahr	Spirituosen	Bier	Wein	Sekt	Insgesamt
1995	140	361	27	46	575
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	186	287	66	62	601

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.) (2023): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

Alter bei Alkoholerstkonsum der 12- bis 25-Jährigen: 15,0 Jahre

Quelle: Orth, B.; Merkel, C. (2019): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

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 2022 als fünfthäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern mit 235.987 Behandlungsfällen diagnostiziert, davon waren 172.037 Behandlungsfälle männliche Patienten und 63.949 Frauen.

Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10)“ lag bei den Männern auf dem zweiten Platz der Hauptdiagnosen für 2022.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Krankenhausdiagnosestatistik. Wiesbaden. <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 03.04.2024.

Volkswirtschaftliche Kosten

In einer aktuellen 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 (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst. 225–234.

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

Jahr	Insgesamt	Anzahl																90->	Unbekannt																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79			80-84	85-89																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Insgesamt ¹⁾																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</

1) Einschl. der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023), Krankenhausdiagnosestatistik, Westfalen

Straftaten unter Alkoholeinfluss

Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2021 und 2022

Ausgewählte Straftatengruppen mit besonders hohen Anteilen; Bundesgebiet insgesamt

Straftaten(gruppen)	2021			2022		
	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %
Widerstand gegen die Staatsgewalt	34.091	16.310	47,8	36.389	28.467	78,2
Gewaltkriminalität	153.770	30.937	20,1	197.202	37.428	19,0
Mord	724	121	16,7	763	110	14,4
Totschlag und Tötung auf Verlangen	1.875	419	22,3	1.948	494	25,4
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im bes. schweren Fall einschl. mit Todesfolge	8.676	1.780	20,5	10.045	1.952	19,4
Raubdelikte	23.511	2.995	12,7	28.057	3.446	12,3
Körperverletzung mit Todesfolge	70	10	14,3	96	17	17,7
Gefährliche und schwere Körperverletzung, Verstümmelung weibl. Genitalien	124.602	26.229	21,2	144.430	32.066	22,2
Sachbeschädigung	120.215	21.724	18,1	124.132	23.433	18,9
(Vorsätzliche) Brandstiftung und Herbeiführen einer Brandgefahr	3.799	500	13,2	10.169	948	9,3
Alle Tatverdächtigen	1.892.003	168.326	8,9	2.093.782	200.295	9,6

Quellen: Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2023): PKS Jahrbuch 2022. Tabellen. PKS 2022 Bund – Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2022/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-01-T20-TV_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 19.03.2024.

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2022): PKS Jahrbuch 2021. Tabellen. PKS 2010 Bund – Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2021/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-01-T20-TV_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=4, Zugriff: 19.03.2024.

Alkohol im Straßenverkehr

Alkoholunfälle¹ mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte

	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
Alkoholunfälle	27.375	22.004	15.070	13.239	13.003	13.628	16.807
dabei Getötete	1.022	603	342	256	156	165	242
alkoholisierte Beteiligte	27.375	22.345	15.221	13.361	13.098	13.745	16.947

¹ Alkoholunfälle sind Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Statistischer Bericht – Verkehrsunfälle Zeitreihen – 2013-2022. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/statistischer-bericht-verkehrsunfaelle-zeitreihen-5462403227005.xlsx?__blob=publicationFile, Zugriff: 15.04.2024.

Tabak

Pro-Kopf-Verbrauch (Stück/Jahr)¹

	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023 ²
Zigaretten	1.025	982	911	897	888	785	764 (-2,7) ³

¹ Berechnet mit den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
² Vorläufiges Ergebnis.
³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1683888205531&code=73411#abreadcrumb>, Zugriff: 06.03.2024.

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

	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023 ¹
Zigaretten (Mio.)	139.625	95.827	83.565	81.267	73.809	71.767	65.784	64.015 (-2,7) ²
Zigarren/Zigarillos (Mio.)	2.557	4.028	3.967	2.956	2.743	2.780	2.533	2.288 (-9,7) ²
Feinschnitt (t)	14.611	33.232	25.486	25.470	26.328	24.854	25.080	23.581 (-6,0) ²
Pfeifentabak (t)	909	804	756	1.732	5.989	8.387	325 ³	398 ³ (+22,5) ²

¹ Vorläufige Zahlen (Stand: 26. Januar 2024).
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.
Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1683888205531&code=73411#abreadcrumb>, Zugriff: 26.01.2024.

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

2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023 ²
20.765	23.989	22.522	26.223	28.793	29.382	27.132	27.882 (+2,8) ³

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

² Vorläufige Zahlen (Stand: 26. Januar 2024).

³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www.gesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1683888205531&code=73411#breadcrumb>, Zugriff: 26.01.2024.

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

2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023 ¹
11.436	14.247	13.478	14.907	14.638	14.714	13.939	14.213 (+2,0) ²

¹ Vorläufige Zahlen (Stand: 26. Januar 2024)

² Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www.gesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1683888205531&code=73411#breadcrumb>, Zugriff: 26.01.2024.

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_BGBI&jumpTo=bgbl120s2229.pdf, Zugriff: 26.03.2024.

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	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuer-tarife auf Grundlage der Änderungen des Tabaksteuergesetzes	Preisanstieg bei Tabakwaren
2007	Bundesnichtraucherschutzgesetz	Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahn-höfen
2007–2008	Nichtraucherschutzgesetze der Länder	Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und der Gastronomie
2007	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeug-nisverordnung (zur Umsetzung der euro-päischen Tabakprodukttrichtlinie)	Regelung von Inhaltsstoffen, Emissions-werten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
2019	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbar-keit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Werbebeschränkungen für Tabakerzeugnisse, E-Zigaretten und Nachfüllbehälter, Einbezie-hung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht
2022	Tabaksteuermodernisierungsgesetz	Anpassung der Steuertarife und steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn-Produkten, Einführung der Besteuerung von nikotinhaltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für Tabakerhitzer

Quelle: Starker, A.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.

Konsumierende, Abhängige, Passivrauchende und Nichtrauchernde

Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

Datenquelle	Jahr	Alter	n	Prävalenz (%)		
				Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2023	18+	12.193	38,2	31,3	34,7
Mikrozensus: Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2021	15+	46.231	22,3	15,7	18,9
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–64	9.046	25,7	19,5	22,7
GEDA Studie: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2019/2020	18+	22.708	33,9	24,0	28,9
Jugendliche und junge Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2023	14–17 18–24	1.600	13,7 42,8	16,3 32,4	14,9 37,6
Alkoholsurvey 2021: 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2021	12–17 18–25	7.002	6,1 33,2	7,2 24,2	6,6 28,9
Präventionsradar: Monatsprävalenz (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung [IFT-Nord])	2023	9–13 14–17	14.702	2,3 9,9	1,8 10,5	2,3 10,6

GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell

Quelle: Starker, A.; Kuntz, B. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. 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 einem Drittel. Bei Jugendlichen ist der Anteil Rauchender deutlich geringer und liegt nach Daten des Alkoholsurveys 2021 für die 12- bis 17-Jährigen bei ca. 7 %.

Quelle: Orth, B.; Merkel, C. (2022): Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0>, Zugriff: 03.04.2024.

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	15,1	10,9
20–24 Jahre	23,4	15,7
25–29 Jahre	27,9	17,8
30–34 Jahre	29,7	18,5
35–39 Jahre	30,1	19,9
40–44 Jahre	29,8	20,8
45–49 Jahre	27,1	19,4
50–54 Jahre	28,2	21,6
55–59 Jahre	26,4	21,3
60–64 Jahre	23,8	19,0
65–69 Jahre	17,8	15,6
70–74 Jahre	13,0	10,6
ab 75 Jahre	6,0	4,2

Quellen: Starker, A.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.
Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): 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.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. 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 65 Jahren.

Quelle: Starker, A.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.

In der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) stehen Daten zum Rauchverhalten von Eltern und damit zu einer möglichen Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. 30,4 % der befragten Eltern geben an, aktuell zu rauchen (mehr Väter als Mütter). Ebenfalls finden sich in der KIDA-Studie darüber hinaus und unabhängig vom eigenen Rauchverhalten Angaben dazu, ob in der elterlichen Wohnung bzw. wohnungsnah (Terrasse oder Balkon) geraucht wird. Dies bejahten 20,1 % der befragten Eltern (von 3- bis 15-Jährigen). Eltern sind damit eine wesentliche Quelle für die Passivrauchexposition ihrer Kinder.

Quellen: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2023): 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onli-neerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023. Berlin.

Starker, A.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023/4. 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 von Drogen

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte 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 %). In den letzten 30 Tagen hatten 4,3 % die Substanz konsumiert. Es ist insgesamt ein Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs.

Quellen: Hoch, E. (2024): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. 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.

Cannabiskonsum in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

344.000 (7,6 %) der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Der Anteil der Jungen liegt bei 8,5 %, der Anteil der Mädchen bei 6,7 %.

Bei den 18- bis 64-jährigen Erwachsenen haben 8,8 % (ca. 4,5 Mio.) in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Davon konsumierten 10,7 % der Männer und 6,8 % der Frauen.

Quelle: 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.

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
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

Die Behandlung von Cannabiskonsumstörungen zeigt ein unterschiedliches Bild: Bis 2015 stiegen die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) steil an, seitdem sind sie rückläufig. Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2022: ambulant: 18,5 %, stationär: 9,9 %). Damit hat sich der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich seit der Jahrtausendwende verdreifacht, im stationären Bereich kam es zu einer Verzehnfachung.

Quelle: Hoch, E. (2024): Cannabis: Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.

Andere Drogen

Konsum illegaler Drogen

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

	DAS 2019			ESA 2021		
	(12 bis 17 Jahre)			(18 bis 64 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Andere Drogen als Cannabis	1,1	1,1	1,0	3,6	4,4	2,9
Amphetamin	0,3	0,4	0,2	1,4	1,5	1,3
Methamphetamin	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2
Ecstasy	0,5	0,4	0,5	1,0	1,4	0,7
LSD	0,2	0,2	0,1	0,6	0,8	0,4
Heroin/andere Opiate	0,0	0,1	0,0	0,5	0,6	0,5
Kokain/Crack	0,2	0,1	0,4	1,6	2,1	1,1
Schnüffelfstoffe	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2
Pilze	0,3	0,4	0,2	0,5	0,7	0,4
Neue psychoaktive Substanzen	0,1	0,1	0,1	1,3	1,5	1,2

Quelle: 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

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

Für das Jahr 2016 bezeichnete eine Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Alkoholkonsum weltweit als einen von sieben führenden Risikofaktoren für Mortalität. Unter den 15- bis 49-jährigen Menschen wurde Alkoholkonsum weltweit als führender Risikofaktor bewertet.

Die Auswertung der WHO-Arbeitsgruppe von Daten zu 23 alkoholbezogenen Todesursachen umfasste fünf Herz-Kreislauf-Krankheiten, sieben Krebserkrankungen, zwei weitere Erkrankungen innerer Organe, Diabetes, zwei Erkrankungen der Atemwege, eine Krankheit des Zentralnervensystems, eine Gruppe psychiatrischer Erkrankungen, vier Todesursachen durch Gewalt. In Deutschland starben an einer dieser ausschließlich auf Alkohol zurückzuführenden Todesursachen 19.000 Frauen und 43.000 Männer im Jahr 2016. Das waren 4,0 % aller Todesfälle unter Frauen und 9,9 % aller Todesfälle unter Männern.

Quellen: Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators (2018): Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392(10152), 1015–1035.

John, U. et al. (2022): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst.

Tabak

Nach den Daten der GBD-Studie 2019 starben in Deutschland rund 144.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.

Quelle: Starker, A.; Hoebel, J. (2024): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Sucht-fragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.

Drogen

Seit dem Jahr 2017 steigt die Anzahl drogenbedingter Todesfälle stetig an. Im Berichtsjahr wurden 1.990 Drogentote registriert, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme um 9 % (2021: 1.826) entspricht.

Bei 33 % der Rauschgifttoden wurden Langzeitschäden festgestellt, die auf Rauschgiftkonsum zurückzuführen sind.

Die häufigsten Todesursachen waren Vergiftungen i. V. m. Opiaten/Opioiden (1.194), davon 749 i. V. m. Heroin/Morphin und 549 i. V. m. Opiat-Substitutionsmitteln. Daneben wurden 507 Vergiftungen i. V. m. Kokain/Crack und 531 Vergiftungen i. V. m. Amphetaminen festgestellt.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2023): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2022. Wiesbaden

Drogenbedingte Todesfälle

	2005	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022
Deutschland gesamt	1.326	1.237	944	1.032	1.333	1.276	1.581	1.826	1.990

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2023): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2022. Wiesbaden.

Glücksspiel

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

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	2000	2005	2010	2015	2019	2021	2022	Veränderung in 2022 gegenüber Vorjahr in %
Gesamt	26.951	26.964	31.511	42.591	42.552	34.407,6	52.705,7	+53,2
Spielbanken	10.875	10.580	6.187	6.189	9.558	5.616	12.233	+117,8
Spielhalle/Gaststätte – Geldspielautomaten	5.369	5.880	17.210	27.511	24.017 ²	10.480	20.961	+100,0
Deutscher Lotto- und Toto-Block	8.126	7.987	6.501	7.273	7.277	7.894,5	7.966,8	+0,9

¹ Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten und Fernsehlotterien ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. 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.

² Berechnung des Umsatzes von Geldspielautomaten bis 2018 nach Angaben des Instituts für Wirtschaftsforschung, ab 2019 nach Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel.

Quelle: Meyer, G. (2024): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst.

Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt (in Mio. Euro) (Gesamtsumme 2022: 12.532 Mio. Euro)

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

Quellen: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GLS) (2023): Jahresreport 2022 der Glücksspielaufsichtsbehörden: Der deutsche Glücksspielmarkt 2022 – Eine ökonomische Darstellung. Halle (Saale). <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/Jahresreport%202022.pdf>, Zugriff: 28.03.2024.

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GLS): Jahresreports. Halle (Saale). <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/gemeinsame-geschaeftsstelle-2/jahresreports>, Zugriff: 05.04.2024.

Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspielsucht: Jahresberichte. Wiesbaden. <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/gluecksspielforschungundstudien/studien-und-statistiken>, Zugriff: 05.04.2024.

**Geleistete Steuerzahlungen der Unterhaltungsautomatenwirtschaft
(in Mio. Euro)**

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

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

Quellen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2018): DHS Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGs) (2023): Jahresreport 2022 der Glücksspielaufsichtsbehörden: Der deutsche Glücksspielmarkt 2022 – Eine ökonomische Darstellung. Halle (Saale). <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/Jahresreport%202022.pdf>, Zugriff: 28.03.2024. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGs): Jahresreports. Halle (Saale). <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/gemeinsame-geschaeftsstelle-2/jahresreports>, Zugriff: 05.04.2024.

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 Glücksspielerkrankung hin (rund 1,38 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall, KI: 2,1 %–2,7 % bzw. 1,2 Mio.–1,5 Mio.). 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: 28.03.2024.

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 (www.dbdd.de).

Ausgewählte Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe

	Einrichtungen/Angebote	Behandelte/Plätze
Ambulante Einrichtungen (Typ 1) ¹	1.230	315.827 Fälle ²
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) ¹	325 ³	37.447 Fälle ⁴
Soziotherapeutische Einrichtungen/Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5) ¹	772 ³	k. A.
Psychiatrische Fachabteilung	402	davon 92 ⁵ Fachabteilungen ausschließlich zur Behandlung von Suchterkrankungen mit insgesamt 4.348 ⁶ Betten für Suchterkrankte
Krankenhaus/-abteilung (spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen)	209 ³	95.691 ⁶
Substitutionstherapie	2.436 substituierende Ärztinnen und Ärzte ⁷	81.600 Substituierte ⁷
Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung	In ca. 60 % der Einrichtungen wird die Psychosoziale Begleitbetreuung wahrgenommen. ⁸	Etwa 55 % der Substituierten erhalten Leistungen im Rahmen der PSB. ⁸
Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis	k. A. ⁹	k. A. ⁹
Maßregelvollzug	k. A. ¹⁰	k. A. ¹⁰
Einrichtung im Strafvollzug	k. A. ¹⁰	k. A. ¹⁰
Selbsthilfegruppen	ca. 7.100 ¹¹	k. A.

¹ Erläuterungen zu den Einrichtungstypen siehe Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS 3.0).

² Hochrechnung bezogen auf $n = 887$ ambulante Einrichtungen.

³ IFT, 2022.

⁴ Hochrechnung bezogen auf $n = 162$ stationäre Einrichtungen.

⁵ Für das Datenjahr 2022 liegen wegen einer technischen Umstellung beim Statistischen Bundesamt keine neuen Daten vor. Diese Zahl wurde in der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2022a) nicht erneut differenziert betrachtet. Während sich also die Anzahl der psychiatrischen Fachabteilungen auf das Datenjahr 2021 bezieht (Destatis, 2022a), handelt es sich bei der Zahl der Abteilungen ausschließlich für die Behandlung von Suchterkrankungen um die Anzahl aus dem Datenjahr 2018. In der Realität wird die genaue Anzahl vermutlich nach unten abweichen. Um ein ungefähres Bild darzustellen, wurde auf die Darstellung dennoch nicht verzichtet.

⁶ Destatis, 2022b.

⁷ BfArM, 2024.

⁸ Schwarzkopf et al., 2023.

⁹ Es gibt aktuell weder Daten über die Anzahl ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen, die Suchtkranke behandeln oder behandelt haben, noch über die Anzahl der wegen Sucht in ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten.

¹⁰ Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgesetzordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab dem Jahr 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten. Aus diesem Grund fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Schneider et al., 2022, Workbook „Gefängnis“.

¹¹ DHS-Umfrage 2017/2019.

Quellen: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2024): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2024. 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: 09.04.2024

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: 05.04.2024.

IFT Institut für Therapieforschung (2022): DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Nov. 2022. München.

Schwarzkopf, L. et al. (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2022_Jahresbericht.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

von Glahn-Middelmenne, C. (2023): Workbook Behandlung. Deutschland. Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Hamm (u.a.). https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/REITOX_Bericht_2023_DE_WB_05_Behandlung.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

von Glahn-Middelmenne, C. et al. (2022): Workbook Behandlung. Deutschland. Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021 / 2022). Hamm (u.a.). https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publicationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_05_Behandlung.pdf, Zugriff: 05.04.2024.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022a): Grunddaten der Krankenhäuser 2020. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022b): Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2020. Wiesbaden. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FGesundheit%2FKrankenhaeuser%2FPublikationen%2FDownloads-Krankenhaeuser%2Ftiefgegliederte-diagnosedaten-5231301207015.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK, Zugriff: 09.04.2024.

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

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2024): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2024. Bonn.

In den letzten zehn Jahren ist ein Anstieg der Substitutionspatienten zu vermerken. Die Anzahl der Patienten blieb während der COVID-19-Pandemie konstant, stieg im Jahr 2023 wieder an. Die Anzahl der substituierenden Ärzte ist während der Pandemie gesunken. Einer der Gründe wird das altersbedingte Ausscheiden sein.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2024): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2024. Bonn.

2 Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

2.1 Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum

Anne Starker, Jens Hoebel

Zusammenfassung

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 einem Drittel. Bei Jugendlichen ist der Anteil Rauchender deutlich geringer und liegt nach Daten des Alkoholsurveys 2021 für die 12- bis 17-Jährigen bei 7 %. Tendenziell rauchen insgesamt weniger Erwachsene und Jugendliche, wobei die Entwicklungen der letzten Jahre je nach betrachteter Datenquelle unterschiedlich ausfallen. Es bedarf daher der weiteren Beobachtung der Trends. Von täglicher Passivrauchbelastung sind nach der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) 4 % der nichtrauchenden Erwachsenenbevölkerung betroffen, im Trend ist dieser Anteil weiter sinkend. Am stärksten verbreitet sind Rauchen und die Passivrauchbelastung nach wie vor in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten ist gesunken, dennoch liegt der Pro-Kopf-Verbrauch bei aktuell 764 Zigaretten. Auch der Absatz von Feinschnitt und Zigarren/Zigarillos ist gesunken. Dagegen ist der Absatz von Pfeifentabak angestiegen und lag im Jahr 2023 bei 398 Tonnen. Höher lag der Absatz von Wasserpfeifentabak (728 Tonnen).

Die Ergebnisse belegen, dass die in den letzten Jahren umgesetzten Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik zu einem Rückgang des Rauchens geführt haben, und zwar insbesondere bei Jugendlichen. Für eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums und der Passivrauchbelastung ist es notwendig, diese 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 one third. Among young people, the proportion of smokers is significantly lower

and, according to data from the 2021 Alcohol Survey, is 7 % for the 12- to 17-year-olds. Overall, fewer adults and young people tend to smoke, although the trends in recent years vary depending on the data source in question. The trends therefore need to be monitored further. According to the study “German Health Update” (GEDA 2019/2020-EHIS), 4 % of the non-smoking adult population is affected by daily exposure to second-hand smoke, and this proportion is continuing to fall. Smoking and second-hand smoke exposure continue to be most prevalent in socially disadvantaged population groups.

Sales of manufactured cigarettes taxed in Germany have decreased, but per capita consumption currently stands at 764 cigarettes. Sales of fine-cut cigarettes and cigars/cigarillos also decreased. In contrast, sales of pipe tobacco have risen and amounted to 398 tonnes in 2023. Sales of water pipe tobacco were higher (728 tonnes).

The findings demonstrate that the tobacco prevention and control policies implemented in recent years have led to a reduction in smoking, particularly among young people. In order to achieve a sustainable reduction in tobacco consumption and second-hand smoke exposure, it is necessary to continue and intensify these measures.

1 Einleitung

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Nach den Daten der Global Burden of Disease (GBD)-Studie 2019 steht in Deutschland der Tabakkonsum an erster Stelle der Risikofaktoren, die am meisten zu Tod und zu Behinderung (DALYs, disability adjusted life years) beitragen (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2020). 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 Stand 2018 auf Tabakkonsum zurückzuführen (Mons et al., 2018). Nach den Daten der GBD-Studie 2019 starben in Deutschland rund 144.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Zu berücksichtigen sind auch Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden sowie vorzeitige Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden (Carreras et al., 2021). Die direkten Kosten im Gesundheitssystem für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich 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 Tabakkonsums ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel dar, was sich unter anderem in der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung und dem nationalen Gesundheitszieleprozess widerspiegelt (Bundesregierung, 2021; Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2015). Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und Verbesserung des Nichtraucherschutzes ist eine regelmäßige Berichterstattung, die auf aktuelle Entwicklungen und Trends verweist. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die vom Robert Koch-Institut (RKI) gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt wird, und den Veröffentlichungen des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) wird dies auch durch das DHS Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gewährleistet.

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. 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 zu E-Zigaretten und Tabakerhitzern und deren Gebrauch in Deutschland.

2 Tabakkontrollpolitik und Nichtraucherschutz in Deutschland

In den Zeiträumen 2002 bis 2008 und 2016 bis 2021 wurden in Deutschland verstärkt tabakkontrollpolitische Maßnahmen eingeführt, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtrauchende besser vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zu schützen (Tab. 1). Wesentliche Impulse für diese Entwicklung gingen dabei vom Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) von 2005 aus, dessen erklärtes Ziel der Schutz vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens ist.

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

Jahr	Maßnahme	Wesentliche Ziele
2002	Änderung der Arbeitsstättenverordnung	Verbesserung des Nichtrauchererschutzes am Arbeitsplatz
2002–2005 und 2011–2015	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife auf Grundlage des Tabaksteuergesetzes	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	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung (zur Umsetzung der europäischen Tabakproduktrichtlinie)	Regelung von Inhaltsstoffen, Emissionswerten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
2019	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbarkeit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	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 nikotinhalten Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für Tabakerhitzer

Aktuell ist auf Grundlage des „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes“ das Verbot der Außenwerbung für (nikotinhaltige und -freie) E-Zigaretten seit dem 1. Januar 2024 rechtskräftig. Zuvor waren seit dem 1. Januar 2022 das Verbot für Außenwerbung für herkömmliche Tabakprodukte und seit dem 1. Januar 2023 das Verbot für Außenwerbung für neuartige Tabakerzeugnisse (Tabak-Erhitzer) umgesetzt worden. Ausgenommen von diesem Werbeverbot ist die Werbung an Außenflächen des Fachhandels. Seit 22. Juli 2023 ist das Verbot von erhitzten Tabakerzeugnissen mit charakteristischem Aroma in Kraft, das zuvor nur für Zigaretten und Drehtabak galt. Damit wurde die entsprechende EU-Richtlinie in deutsches Recht umgesetzt.

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Deutschland ausbaufähig 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 liegt in diesem Ranking auf dem viertletzten Platz, Spitzenreiter sind Großbritannien und Irland (Joossens et al., 2022). Da aktuell keine weiteren tabakkontrollpolitischen Maßnahmen in Deutschland geplant sind, ist davon auszugehen, dass sich an dieser Platzierung auch in absehbarer Zeit nichts ändern wird.

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 2023 liegen aus der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) vor. Danach beträgt der Anteil Rauchender bei Männern 38,2 % und bei Frauen 31,3 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024a). Weitere bevölkerungsrepräsentative Surveys aus früheren Jahren zeigen für Erwachsene folgendes Bild: Nach den Daten des Mikrozensus 2021 rauchen 22,3 % der 15-jährigen und älteren Männer und 15,7 % der gleichaltrigen Frauen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2021, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, haben 25,7 % der Männer und 19,5 % der Frauen innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung geraucht (Rauschert et al., 2022). Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ermittelte für den Zeitraum 2019/2020 einen Anteil Rauchender von 33,9 % bei Männern und 24,0 % bei Frauen (Starker et al., 2022).

Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden (Telefon/Papier/Online), Stichprobenziehungen und Befragungsinstrumente der genannten Studien ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert (Starker, Kuntz, 2023). Sie erlauben in der Gesamtschau aber eine Einschätzung des Rauchverhaltens Erwachsener in Deutschland.

Gleiches trifft auch für die Erhebungen zum Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu. In der DEBRA-Studie liegt der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher im Jahr 2023 bei den 14- bis 17-Jährigen bei 14,9 % und bei den 18- bis 24-Jährigen bei 37,6 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024a). Nach dem Alkoholsurvey 2021 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) rauchen 6,6 % der 12- bis 17-Jährigen und 28,9 % der 18- bis 25-Jährigen (Orth, Merkel, 2022). 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 Jahr 2023 bei den 9- bis 13-Jährigen 2,3 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 10,6 % (Hanewinkel, Hansen, 2023).

Tab. 2: Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

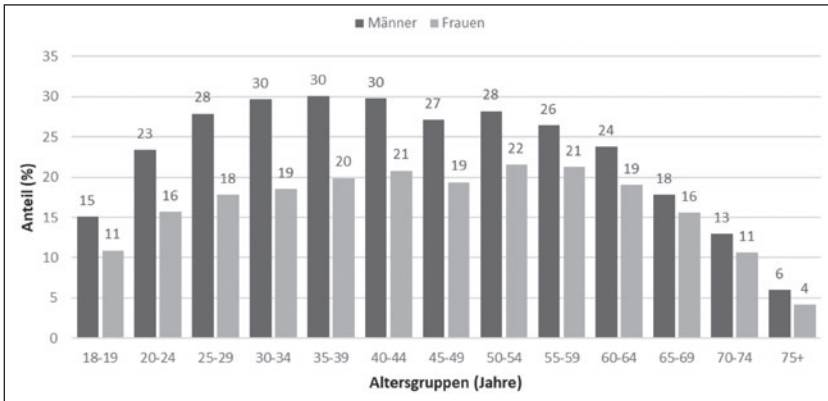
Datenquelle	Jahr	Alter	n	Prävalenz (%)		
				Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2023	18+	12.193	38,2	31,3	34,7
Mikrozensus ^{b)} : Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2021	15+	46.231	22,3	15,7	18,9
Epidemiologischer Suchtsurvey ^{c)} : 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2021	18–64	9.046	25,7	19,5	22,7
GEDA Studie ^{d)} : Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2019/ 2020	18+	22.708	33,9	24,0	28,9
Jugendliche und junge Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2023	14–17	1.600	13,7	16,3	14,9
		18–24		42,8	32,4	37,6
Alkoholsurveys 2021 ^{e)} : 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2021	12–17	7.002	6,1	7,2	6,6
		18–25		33,2	24,2	28,9
Präventionsradar ^{f)} : Monatsprävalenz (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung – IFT-Nord)	2023	9–13	14.702	2,3	1,8	2,3
		14–17		9,9	10,5	10,6

Quellen: ^{a)} Kotz, Klosterhalfen, 2024a; ^{b)} Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022; ^{c)} Rauschert et al., 2022; ^{d)} Starker et al., 2022; ^{e)} Orth, Merkel, 2022; ^{f)} Hanewinkel, Hansen, 2023

3.1 Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede

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

Hinsichtlich möglicher Altersunterschiede belegen die Daten des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022), dass das Rauchen bei Männern in den Altersgruppen von 30 bis 45 Jahren 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.

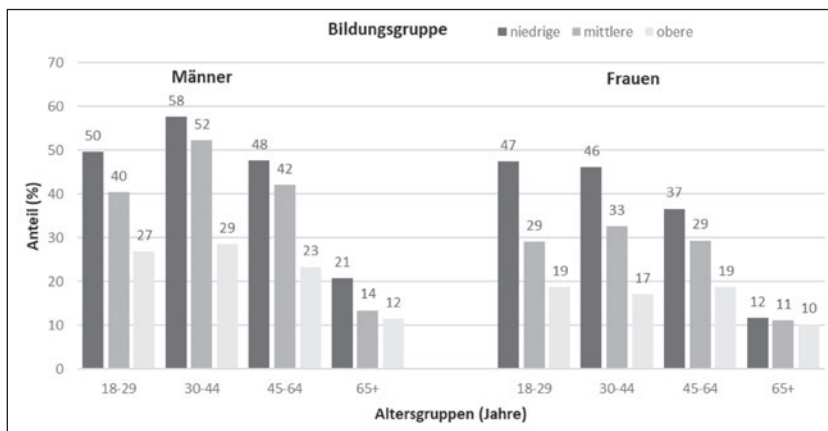
Abb. 1: Anteil der Raucherinnen und Raucher in verschiedenen Altersgruppen

Quelle: Mikrozensus 2021, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

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, Kunst, Mackenbach, 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 2019/2020-EHIS (Starker et al., 2022). Die Bildungsunterschiede im Rauchverhalten sind 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 des Alkoholsurvey 2021 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt es Unterschiede im Rauchverhalten nach besuchter Schulform. Bei 12- bis 17-Jährigen war bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten Rauchen geringer verbreitet als bei Jugendlichen, die eine Haupt-, Real-, Gesamt- oder andere Schulen 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, Merkel, 2022). Das deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien (Zeiber et al., 2018a; Moor et al., 2020; Seitz, Rauschert, Kraus, 2020).

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



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

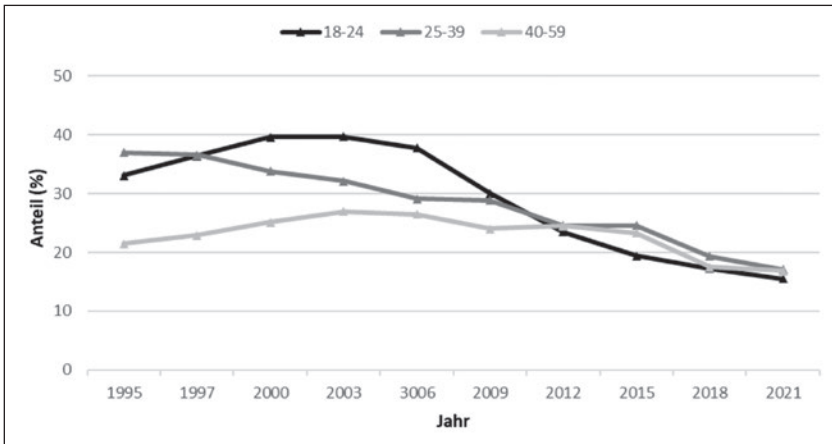
3.2 Zeitliche Entwicklungen und Trends des Rauchverhaltens

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. Die Ergebnisse der bundesweiten Studien decken dabei unterschiedlich lange Erhebungszeiträume ab.

Für die erwachsene Bevölkerung (18- bis 59-Jährige) können mit den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 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 Jahren 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.

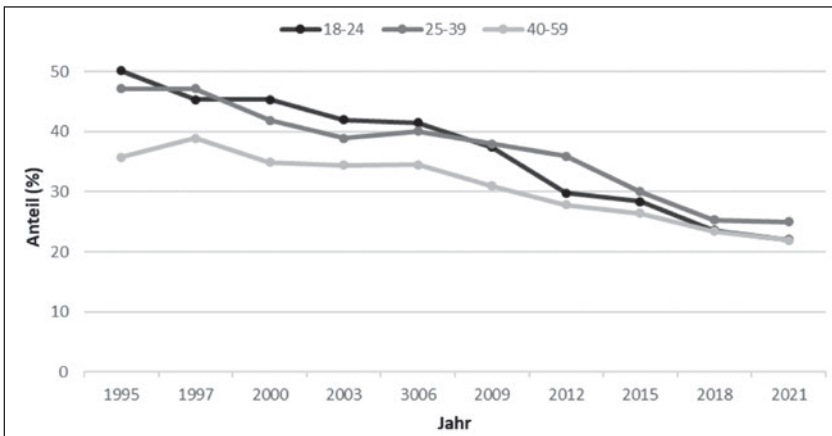
Auch ein Vergleich der Ergebnisse des Mikrozensus der Jahre 2003 und 2021 sprechen für einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung. Danach hat der Anteil Rauchender (täglich oder gelegentlich) bezogen auf die 15-jährige und ältere Bevölkerung bei den Männern von 33 % auf 22 % abgenommen, bei den Frauen ist der Anteil von 22 % auf 15 % zurückgegangen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2004, 2022).

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)

Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys und der Mikrozensus-Daten macht 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], 2022; Kraus et al., 2022).

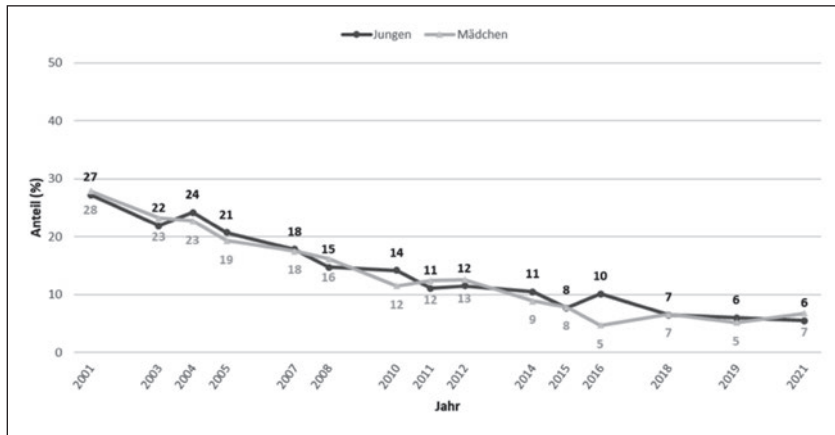
Die DEBRA-Studie kann einen Zeitraum von 2016 bis 2023 abbilden. Danach ist der Anteil aktueller Tabakraucherinnen und -raucher von 28,2 % (Juli 2016) auf 33,7 % (Oktober 2023) gestiegen. Die altersgruppenspezifische Betrachtung zeigt eine Zunahme in allen Altersgruppen, vor allem von 2021 auf 2022 (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA], 2023).

Gründe für die unterschiedlichen Ergebnisse der Trends liegen im Design der Studien. Insgesamt bilden sie das Rauchverhalten in Deutschland aber sehr gut ab. Es bedarf der weiteren Beobachtung der Trends sowie der Einordnung der Ergebnisse durch die jeweiligen Expertinnen und Experten der Studien, wozu erste Ideen existieren (Kotz et al., 2023).

Für Jugendliche kann die langfristige Entwicklung der Rauchprävalenzen anhand der Repräsentativerhebungen der BZgA beschrieben werden (Abb. 4). Für den Zeitraum der letzten 20 Jahre ist ein deutlicher Rückgang des Rauchens zu beobachten (Orth, Merkel, 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).

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



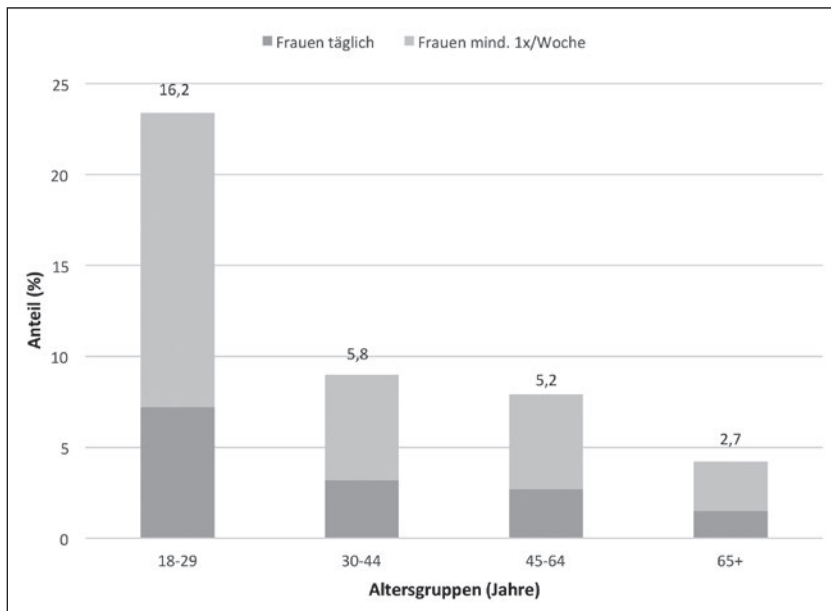
Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 1979–2021 (Orth, Merkel, 2022)

4 Ausmaß der Passivrauchbelastung

Um die Passivrauchbelastung der erwachsenen Bevölkerung abzuschätzen, kann auf die Daten der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) zurückgegriffen werden (Starker et al., 2022). Danach 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. 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 deutlich ab dem 60. Lebensjahr (Abb. 5a und Abb. 5b).

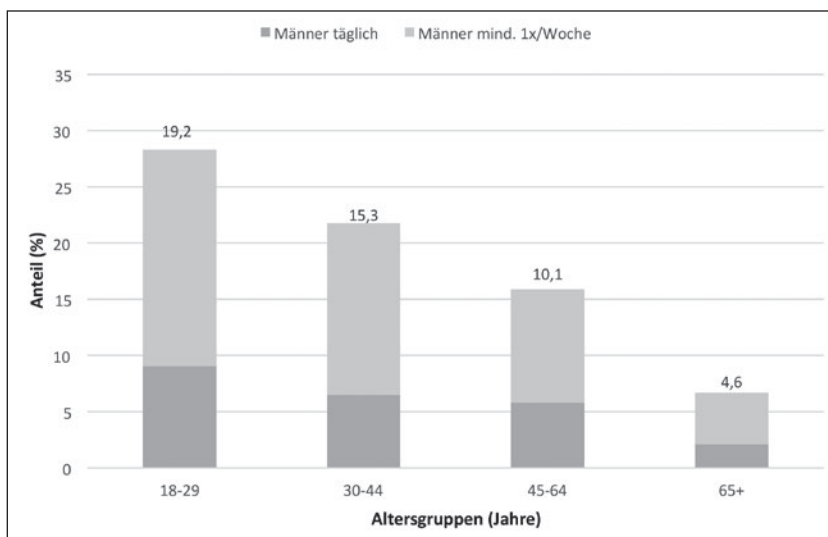
Die DEBRA-Studie hat 2020 die Passivrauchbelastung von Personen ab 14 Jahren in Fahrzeugen, geschlossenen Räumen und im Freien untersucht (Mlinarić, Kastaun, Kotz, 2022). Danach geben 24,6 % eine Exposition in den letzten sieben Tagen in geschlossenen Räumen an.

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)

Bei Nie-Rauchenden (15,1 %) und ehemaligen Rauchenden (14,4 %) liegt dieser Anteil deutlich niedriger als bei Rauchenden (52,8 %). Die Anteile für die Passivrauchbelastung in Fahrzeugen liegt bei 19,1 %, im Freiluftbereich bei 42,7 %. Die Ergebnisse belegen außerdem, dass vor allem jüngeres Alter mit einer höheren Passivrauch-Exposition verbunden ist. Eine Ausweitung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes hinsichtlich eines Rauchverbots in Autos im Beisein von Schwangeren und Kindern konnte bislang politisch nicht durchgesetzt werden.

Aktuelle Daten zum Rauchverhalten von Eltern und damit zu einer möglichen Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen stehen aus der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) zur Verfügung (Robert Koch-Institut [RKI], 2023). Danach geben 30,4 % der Eltern an, aktuell zu rauchen, darunter mehr Väter als Mütter. In der KIDA-Studie machten Eltern von 3- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen darüber hinaus und unabhängig von ihrem eigenen Rauchverhalten Angaben dazu, ob in ihrer Wohnung bzw. wohnungsnah (Terrasse oder Balkon) geraucht wird, was 20,1 % der Eltern bejahten, wobei nur ein sehr geringer Teil der Eltern (zwischen 0,3 und 3,0 %) vom Rauchen in der Wohnung berichtete. Eltern sind damit eine wesentliche Quelle für die Passivrauchexposition ihrer Kinder.

4.1 Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede

Auch bezüglich der Passivrauchbelastung sind deutliche Bildungsunterschiede festzustellen. Wie die Daten der GEDA-Studie 2019/2020-EHIS belegen, ist das vor allem bei Männern der Fall: Männer der oberen Bildungsgruppe sind 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).

Für das Kindes- und Jugendalter zeigte die KiGGS-Studie (2014–2017) beträchtliche soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung von Heranwachsenden. Danach lebte mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 17 Jahren mit niedrigem Sozialstatus mit mindestens einem rauchenden Elternteil zusammen, während dies lediglich auf ein Fünftel der Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe zutraf (Kuntz et al., 2019). Auch die aktuelle KIDA-Studie belegt, in Haushalten der niedrigen Bildungsgruppe waren die Anteile rauchender Eltern deutlich höher als in Familien der mittleren und hohen Bildungsgruppe (Robert Koch-Institut [RKI], 2023). In der KIGGS-Studie gaben Eltern mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger an, dass in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung geraucht wird, als Eltern mit hohem Sozialstatus. Die Selbstangaben der Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) der KiGGS-Studie zeigten: Je niedriger der soziale Status, desto höher ist der Anteil der Jungen und Mädchen, die sich mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird (Kuntz, Lampert, 2016a).

4.2 Zeitliche Entwicklungen und Trends der Passivrauchbelastung

Die zeitlichen Entwicklungen und Trends beim Passivrauchen können für Erwachsene auf Basis unterschiedlicher Studien beschrieben werden, wobei aber keine langen Zeitreihen existieren (Kuntz et al., 2017) und durch verschiedene Erhebungsinstrumente und -modi nur eingeschränkt vergleichbar sind. Nach Ergebnissen der GEDA-Studie ist 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. In GEDA 2014/2015-EHIS lag die tägliche Passivrauchbelastung bei 11,3 % (Zeiger et al., 2018b). In GEDA 2019/2020-EHIS berichteten (bei geänderter Fragestellung) 4 % von täglicher Passivrauchbelastung (Starker et al., 2022).

Trendauswertungen der KiGGS-Studie zeigten, dass der Anteil 0- bis 17-jähriger Kinder, die in Wohnungen aufwachsen, in denen geraucht wird, im Zeitraum von 2003–2006 bis 2014–2017 von rund 32 % auf 9 % gesunken war (Kuntz et al., 2019). Gleichzeitig war der Anteil der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil raucht, von 51 % auf 40 % zurückgegangen. Auch bei Jugendlichen konnte ein Rückgang der Passivrauchbelastung festgestellt werden: Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Nichtrauchernden, die sich mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, hatte sich im Zeitraum von 2003–2006 bis 2014–2017 von rund 35 % auf 14 % mehr als halbiert. Unabhängig vom sozialen Status hatte sich das Ausmaß der Passivrauchbelastung in allen Statusgruppen reduziert, deutliche Unterschiede zu Ungunsten sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher bestanden aber weiterhin (Kuntz, Lampert, 2016b). Die Ergebnisse der KIDA-Studie zeichnen diesen Trend weiter fort.

5 Ergebnisse der Tabaksteuerstatistik

5.1 Verbrauch von Tabakprodukten und Substituten

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten sinkt seit Jahren sukzessive (Tab. 3). Der deutliche Rückgang von 2021 zu 2022 (–8,3 %) setzte sich im Jahr 2023 allerdings nicht fort (–2,7 % zum Vorjahr). Das entspricht einem Pro-Kopf-Verbrauch von 764 Zigaretten (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024). Das ist der niedrigste Wert seit der Wiedervereinigung.

Der Absatz von Feinschnitt ist im Zeitraum 2013 bis 2023 insgesamt rückläufig, unterbrochen von Anstiegen von 2019 zu 2020 und von 2021 zu 2022 (Tab. 2). Aktuell ist der Absatz von Feinschnitt im Vergleich zum Vorjahr deutlich rückläufig (–6,0 %; 23.581 Tonnen). Das entspricht schätzungsweise einer Menge von ca. 35,4 Mrd. Zigaretten (Annahme: 1 kg Feinschnitt ergibt 1.500 selbstgedrehte Zigaretten, vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2014a).

Weiter deutlich zurückgegangen ist im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr der Verbrauch von Zigarren und Zigarillos (–9,7 %).

Der Verbrauch von Pfeifentabak lag im Jahr 2023 bei 398 Tonnen. Gegenüber 2022 ist das ein Anstieg um 22,5 %. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist nicht möglich, da erst ab dem 1. Januar 2022 klassischer Pfeifentabak, Wasserpfeifentabak und erhitzter Tabak in der Tabaksteuerstatistik separat erfasst werden.

Tab. 3: Tabakwarenverbrauch 2013 bis 2023 in Millionen Stück bzw. Tonnen (entsprechend Nettobezug von Steuerzeichen^{a)})

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	Mio.	80.266	79.521	81.267	75.016	75.838	74.360	73.809	71.767	65.784	64.015
Zigarren/Zigarillos	Mio.	3.560	3.858	2.956	3.049	2.823	3.007	2.743	2.780	2.533	2.288
Feinschnitt	t	25.734	25.700	25.470	25.188	24.258	24.298	23.813	24.854	25.080	25.581
Pfeifentabak	t	1.200	1.359	1.732	2.521	3.245	3.333	4.150	5.989	325*	398*

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	-2,6	-0,9	+2,2	-7,7	+1,1	-1,9	+0,3	-1,1	-2,8	-8,3	-2,7
Zigarren/Zigarillos	-6,2	+8,4	-23,4	+3,2	-7,4	+6,5	-12,1	+3,7	+1,4	-8,9	-9,7
Feinschnitt	-4,4	-0,1	-0,9	-1,1	-3,7	+0,2	-2,0	+10,6	-5,6	+0,9	-6,0
Pfeifentabak	+16,6	+13,2	+27,5	+45,6	+28,7	+2,7	+24,5	+44,3	+40,0	-*	+22,5

^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 26. Januar 2024)

* 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), 2024

Im Jahr 2023 betrug der Absatz von Wasserpfeifentabak 728 Tonnen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024). Dabei zeigte sich, dass seit dem Inkrafttreten der neuen Tabaksteuerverordnung am 1. Juli 2022 und der Regelung, dass der Handel mit Wasserpfeifentabak in Packungsgrößen über 25 Gramm nicht mehr zulässig ist, nach Ende der Abverkaufsfrist (30. Juni 2023) der Absatz von Wasserpfeifentabak wieder deutlich angestiegen ist (1. Halbjahr 2023: 304 Tonnen, 2. Halbjahr 2023: 424 Tonnen).

Die Angabe zu erhitztem Tabak ist aus datenschutzrechtlichen Gründen derzeit nicht möglich (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024).

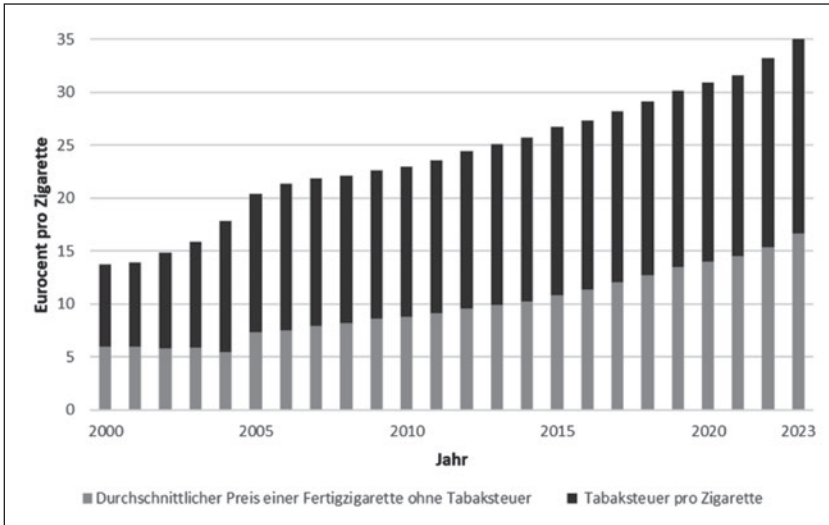
Der Verbrauch von versteuerten Substituten für Tabakwaren (z. B. Liquids für E-Zigaretten bzw. Verdampfer) betrug im Jahr 2023 1,24 Millionen Liter (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024). Ein Vorjahresvergleich ist nicht möglich, da Substitute für Tabakwaren erst seit dem 1. Juli 2022 der Tabaksteuer unterliegen. Die quartalsweise Übersicht der Tabaksteuerstatistik belegt einen Anstieg der abgesetzten Menge an Substituten für Tabakwaren. Dieser lag im 2. Halbjahr 2023 mit ca. 0,7 Millionen Litern um 181,1 % höher als im 2. Halbjahr 2022.

5.2 Preisentwicklung

Im Jahr 2023 kostete eine Fertigzigarette durchschnittlich 35,15 Eurocent (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024). Seit Anfang der 1990er Jahre hat sich der Preis für Zigaretten damit fast verdreifacht (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. Der Anteil der Tabaksteuer am durchschnittlichen Verkaufspreis von Fertigzigaretten betrug 2023 ca. 53 % und liegt aktuell deutlich niedriger als noch in den Jahren 2003–2008 (Abb. 6). Inklusive der Mehrwertsteuer ergibt sich damit insgesamt ein Steueranteil von rund drei Viertel des Verkaufspreises. Etwa zwei Drittel des restlichen Viertels gehen an die Herstellenden und ein Drittel an den Handel.

5.3 Umsätze

Die Umsätze mit Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 2,8 % auf 27,9 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 4). In allen Produktklassen bis auf Zigarren/Zigarillos kam es zu einem Anstieg, vor allem bei Pfeifentabak, wo sich der Umsatz vervierfacht hat (Sta-

Abb. 6: Durchschnittlicher Verkaufspreis von Zigaretten pro Stück 2000–2023

Quelle: Tabaksteuerstatistik 2023 (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024)

tistisches Bundesamt [Destatis], 2024). Bei Wasserpfeifentabak lag der Umsatz im Jahr 2023 bei 120 Millionen Euro, für Substitute liegen keine Angaben dazu vor.

5.4 Tabaksteuereinnahmen

Auch die Nettoeinnahmen aus der Tabaksteuer (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 2,0 % auf 14,2 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 5). Dabei entfiel der Großteil der Tabaksteuereinnahmen auf Fertizigaretten, gefolgt von Feinschnitt. Die Nettoeinnahmen für Wasserpfeifentabak lagen bei 41 Millionen Euro und die für die Substitute bei 201 Millionen Euro (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2024).

Tab. 4: Ausgaben für Tabakwaren 2013 bis 2023 (Kleinverkaufswerte^a); in Mio. Euro

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	20.147	20.462	21.697	20.521	21.377	21.659	22.490	22.807	22.718	21.885	22.520
Zigarren/Zigarillos	714	773	691	705	673	738	661	737	775	794	776
Feinschnitt	3.350	3.516	3.670	3.655	3.515	3.539	3.627	4.198	4.094	4.436	4.507
Pfeifentabak	121	131	165	235	347	426	635	1.052	1.796	17*	79
Summe	24.332	24.882	26.223	25.116	25.912	26.362	27.413	28.793	29.382	27.132	27.882

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	+0,2	+1,6	+6,0	-5,4	+4,2	+1,3	+3,8	+1,4	-0,4	-3,7	+2,9
Zigarren/Zigarillos	-4,4	+8,3	-10,6	+2,0	-4,6	+9,7	-10,5	+11,6	+5,1	+2,4	-2,3
Feinschnitt	+1,4	+4,9	+4,4	-0,4	-3,8	+0,7	+2,5	+15,7	-2,5	+8,4	+1,6
Pfeifentabak	+15,3	+8,8	+25,3	+42,9	+47,4	+22,8	+49,2	+65,6	+70,7	-*	+464,7
Summe	+0,3	+2,3	+5,4	-4,2	+3,2	+1,7	+4,0	+5,0	+2,0	-*	+2,8

^a Kleinverkaufswerte repräsentieren den aus dem Steuerzeichenbezug errechneten, von Herstellern und Einführern

erwarteten inländischen Gesamtumsatz

^b Vorläufige Zahlen (Stand 26. Januar 2024)

* 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), 2024

Tab. 5: Entwicklung der Netto-Tabaksteuereinnahmen (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) 2013 bis 2023 in Mio. Euro

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	12.214	12.260	12.871	12.125	12.362	12.294	12.251	12.349	12.303 ^b	11.819	11.962 ^b
Zigarren/Zigarillos	122	130	95	97	93	93	87	84	84	94	96 ^b
Feinschnitt	1.760	1.835	1.893	1.889	1.832	1.840	1.760	1.976	1.955 ^b	2.017	2.139 ^b
Pfeifentabak	34	39	48	71	95	106	149	228	370 ^b	10*	16 ^b
Summe	14.130	14.263	14.907	14.182	14.381	14.334	14.247	14.638	14.714^b	13.939	14.213

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^b
Zigaretten	+0,1	+0,4	+5,0	-5,8	+2,0	-0,5	-0,3	+0,8	-0,4 ^b	-3,9	+1,2
Zigarren/Zigarillos	-7,7	+6,4	-26,7	+1,9	-4,0	+0,3	-6,5	-3,1	+2,0	+8,1	+3,2
Feinschnitt	-0,7	+4,3	+3,2	-0,2	-3,0	+0,4	-4,4	+12,3	-1,1	+3,2	+6,0
Pfeifentabak	+13,0	+13,1	+24,9	+45,9	+33,2	+11,4	+39,9	+53,4	+62,3 ^b	-*	+60,0
Summe	0,0	+0,9	+4,5	-4,9	+1,4	-0,3	-0,6	+2,7	+0,5^b	-*	+2,0*

^b Vorläufige Zahlen (Stand 22. März 2024)

* 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), 2024

6 Elektrische Inhalationsprodukte: E-Zigarette und Tabakerhitzer

Die Gruppe der elektrischen Inhalationsprodukte umfasst E-Zigaretten, bei denen ein flüssiges Chemikaliengemisch (Liquid) mit oder ohne Nikotin verdampft wird, und Tabakerhitzer, bei denen Tabakstifte auf ca. 350 Grad Celsius erhitzt, aber nicht verbrannt werden. Bei beiden Produktarten entstehen Aerosole, die eingeatmet werden. Diese enthalten gesundheitsschädliche Substanzen, deren Anzahl, Menge und Zusammensetzung je nach Produkt variieren und deren Wirkung von den Produkteigenschaften der Geräte sowie der Art der Nutzung abhängt. Inhaltsstoffe, Emissionswerte und Informationspflichten von Tabak- und verwandten Erzeugnissen werden in Deutschland über das Gesetz über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und die darauf gestützte Tabakerzeugnisverordnung geregelt. Um Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Konsums von E-Zigaretten (und E-Shishas) zu schützen, wurde das Jugendschutzgesetz bereits im Jahr 2016 dahingehend überarbeitet, dass die Regelungen zum Rauchen in der Öffentlichkeit und Verkauf von Tabakwaren auch für elektrische Inhalationsprodukte gelten.

In den letzten Jahren ist in Deutschland und auch international kontrovers über Chancen und Risiken von elektrischen Inhalationsprodukten diskutiert worden: Die Chancen werden in der Schadensminimierung (harm reduction) gesehen und es wird auf die im Vergleich zu den herkömmlichen Tabakzigaretten reduzierte Emission von schädlichen bzw. potenziell schädlichen Stoffen im Rauch von elektrischen Inhalationsprodukten verwiesen (Goniewicz et al., 2014; Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2017; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018a; Mallock et al., 2018). Außerdem wird die Wirksamkeit von nikotinhaltigen E-Zigaretten als Hilfsmittel zur Raucherentwöhnung als Alternative zu herkömmlichen Nikotinersatztherapien betont (Lindson et al., 2024; Myers Smith et al., 2022).

Als Risiko gilt, dass die Inhaltsstoffe von E-Zigaretten und Tabakerhitzern jedoch gesundheitlich nicht unbedenklich sind. So kann bereits kurzzeitiger Gebrauch von E-Zigaretten zu Atemwegsreizungen und allergischen Reaktionen führen (Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2013; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018a; Reidel et al., 2018). Und die Nutzung von Tabakerhitzern wird trotz Reduzierung des Gehalts gesundheitsschädlicher Stoffe als gesundheitsgefährdend eingestuft (Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2017; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018b; Mallock et al., 2018). Bei nikotinhaltigen E-Zigaretten wie auch bei Tabakerhitzern besteht darüber hinaus ein Sucht- und Abhängigkeitspotenzial wie bei Tabakzigaretten (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018a). Und bei einem

Umstieg von Tabakzigaretten auf nikotinhaltige elektrische Inhalationsprodukte bleibt die Nikotinabhängigkeit weiter bestehen.

Kritisch wird außerdem der Umstand beurteilt, dass E-Zigaretten und Tabakerhitzer als Lifestyle-Produkte und gesündere Alternative zum Tabakrauchen beworben werden, und vor allem Jugendliche hiervon angesprochen werden (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2014b; Hansen, Hanewinkel, Morgenstern, 2018; Arnaud et al., 2022). Dem begegnet das Tabakwerbeverbot auf Außenflächen, seit 1. Januar 2023 für Tabakerhitzer und seit 1. Januar 2024 für E-Zigaretten. Das Tabakwerbeverbot gilt auch für Werbung im Internet, das soziale Medien einschließt. Allerdings erfolgt die Werbung für diese Produkte durch Influencerinnen und Influencer oft indirekt (Lee et al. 2023). Die derzeitigen Richtlinien und Selbstverpflichtungen der Social Media-Unternehmen scheinen unzureichend zu sein, um die Veröffentlichung von Inhalten, die E-Zigaretten befürworten, einzuschränken und so vor allem Jugendliche zu schützen (Lee et al., 2023; Hanewinkel, Morgenstern, 2019).

6.1 Verbreitung der Nutzung elektrischer Inhalationsprodukte

Die DEBRA-Studie erhebt regelmäßig die Nutzung von E-Zigaretten und Tabakerhitzern. Im Jahr 2023 liegt der Anteil der Personen ab einem Alter von 14 Jahren, die E-Zigaretten konsumieren, bei 1,9 %. Die meisten E-Zigarettennutzerinnen und -nutzer konsumieren gleichzeitig auch Tabak. Der Anteil von E-Zigaretten-Nutzerinnen und -Nutzern bei aktuell tabakrauchenden Personen ab einem Alter von 14 Jahren beträgt 4,4 % (Kotz, Klosterhalfen, 2024b).

Werden nur Jugendliche und junge Erwachsene betrachtet, liegt der prozentuale Anteil aktueller E-Zigarettennutzerinnen und -nutzer höher, bei den 14- bis 17-Jährigen beträgt er 2,4 % und bei den 18- bis 24-Jährigen 3,5 % (Tab. 6; Kotz, Klosterhalfen, 2024b). Trendauswertungen belegen, dass der Anteil der E-Zigarettennutzerinnen und -nutzer unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen stark gestiegen ist (Kotz, Acar, Klosterhalfen, 2022).

Tabakerhitzer nutzen nach den Daten der DEBRA-Studie aktuell 0,6 % der Personen ab 14 Jahren (Kotz, Klosterhalfen, 2024b). Auswertungen belegen auch hier, dass die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich gleichzeitig auch herkömmliche Tabakprodukte konsumieren (Kastaun, 2021). Werden nur Jugendliche und junge Erwachsene betrachtet, liegt der Anteil bei den 14- bis 17-Jährigen bei 0,8 % und bei den 18- bis 24-Jährigen bei 0,7 %.

Auch die Repräsentativerhebungen der BZgA (Alkoholsurvey und Drogenaffinitätsstudie) erheben die Nutzung von E-Zigaretten und Tabakerhitzern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Jahr 2021 geben 2,4 % der 12-

Tab. 6: Daten zur Nutzung elektrischer Inhalationsprodukte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Datenquelle	Jahr	Alter	E-Zigarette	Tabakerhitzer
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : aktuelle Nutzung (Universität Düsseldorf)	2023	14–17	2,4	0,8
		18–24	3,5	0,7
Alkoholsurvey 2021 ^{b)} : 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2021	12–17	2,4	0,3
		18–25	5,9	1,6

Quellen: ^{a)} Kotz, Klosterhalfen, 2024b. ^{b)} Orth, Merkel, 2022

bis 17-Jährigen einen E-Zigaretten-Konsum in den letzten 4 Wochen an, bei 18- bis 25-Jährigen waren es 5,9 %. Mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene nutzen aktuell E-Zigaretten (Orth, Merkel, 2022).

Die 30-Tage-Prävalenz für Tabakerhitzer beträgt bei den 12- bis 17-Jährigen 0,3 % und bei den 18- bis 25-Jährigen 1,6 % (Orth, Merkel, 2022).

Angaben zum kombinierten Konsum liegen aktuell nicht vor. Die Drogen-affinitätsstudie 2019 zeigte jedoch, dass der kombinierte Konsum von Tabakzi-garetten und Wasserpfeife und/oder E-Produkte/Tabakerhitzer bei den 12- bis 17-Jährigen weiter verbreitet war (3,7 %) als der ausschließliche Konsum von Tabakzigaretten (2,9 %). Bei jungen Erwachsenen gaben 11,1 % einen kombi-nierten Konsum an (Orth, Merkel, 2020).

Im Trend von 2012 bis 2021 ist der Anteil von Jugendlichen, die den Konsum von E-Zigaretten zumindest einmal ausprobiert hatten (Lebenszeitprävalenz), angestiegen (9,1 % zu 13,1 %), der aktuelle Konsum (30-Tage-Prävalenz) jedoch nicht (2,6 % zu 2,4 %). Bei den jungen Erwachsenen ist in diesem Zeitraum ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz (18,4 % zu 35,2 %) und der des aktuellen E-Zigaretten-Konsums (3,9 % zu 5,9 %) zu verzeichnen.

Bei der Nutzung von Tabakerhitzern erhöhte sich die Lebenszeitpräva-lenz im Zeitraum von 2018 bis 2021 bei den Jugendlichen (0,3 % auf 1,2 %) und jungen Erwachsenen (2,5 % auf 10,3 %). Der Anteil der aktuell Tabakerhitzer konsumierenden Jugendlichen veränderte sich jedoch kaum (0,1 % auf 0,3 %). Bei den jungen Erwachsenen ist dagegen im Zeitraum von 2018 bis 2021 ein Anstieg zu verzeichnen (0,5 % auf 1,6 %).

7 Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die bislang umge-setzten Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik vor allem bei Jugendlichen zu

einer Verringerung des Tabakkonsums geführt haben bzw. immer weniger Jugendliche mit dem Tabakrauchen beginnen. Allerdings weisen die Ergebnisse auf einen Anstieg bei der Nutzung von E-Zigaretten hin. Circa ein Drittel der Erwachsenen rauchen und es bestehen nach wie vor deutliche soziale Unterschiede im Tabakkonsum. In der Tendenz ist bei Erwachsenen im mittleren und höheren Alter ebenfalls eine Abnahme des Anteils Rauchender zu erkennen. Positiv hervorzuheben ist der weitere Rückgang in der Passivrauchbelastung.

Es bleibt damit weiterhin erforderlich, die Bemühungen zur Eindämmung des Tabakkonsums fortzusetzen. Die „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“, die 2021 vom DKFZ, der Deutschen Krebshilfe und dem Aktionsbündnis Nichtrauchen herausgegeben wurde, hat die hierfür notwendigen Schritte aufgezeigt (Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe, Aktionsbündnis Nichtrauchen, 2021). Diese wurden von der Politik aber bislang nicht aufgegriffen. Die darin beschriebenen Maßnahmen orientieren sich am WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), das Deutschland bereits 2004 unterzeichnet und sich damit zur Umsetzung verpflichtet hat. Folgende Maßnahmen werden in der Strategie benannt: Tabaksteuererhöhungen, Unterstützung von Rauchenden beim Rauchstopp, Werbeverbote und standardisierte Verpackungen, Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten, Schutz vor Passivrauchbelastung, Umsetzung der Kinderrechte und Jugendschutz in Bezug auf Tabak, Aufklärungskampagnen, Initiativen zur Tabakkontrolle und Alternativen zum Tabakanbau im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit, Schutz politischer Entscheidungen und deren Organisationen vor Beeinflussung durch die Tabakindustrie sowie regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der genannten Maßnahmen. Durch den in der Strategie beschriebenen „policy mix“ könnte das Ziel erreicht werden, dass bis zum Jahr 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse konsumieren.

Literatur

Arnaud, N. et al. (2022): Nutzung elektronischer Zigaretten (E-Zigaretten) und E-Shishas durch Kinder und Jugendliche: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 50(2), 121–132.

- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hrsg.) (2017): Vorläufige Risikobewertung von Tobacco Heating-Systemen als Tabakprodukte. Mitteilung Nr. 015/2017 des BfR vom 27. Juli 2017. Berlin. <https://www.bfr.bund.de/cm/343/vorlaeufige-risikobewertung-von-tobacco-heating-systemen-als-tabakprodukte.pdf>, Zugriff: 25.03.2024.
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hrsg.) (2013): Liquids von E-Zigaretten können die Gesundheit beeinträchtigen. Stellungnahme Nr. 016/2012 des BfR vom 24. Februar 2012, ergänzt am 21. Januar 2013. Berlin. <https://www.bfr.bund.de/cm/343/liquids-von-e-zigaretten-koennen-die-gesundheit-beeintraechtigen.pdf>, Zugriff: 25.03.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2015): Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. Berlin.
- Bundesregierung (Hrsg.) (2021): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021. Berlin. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873516/7c0614aff0f2c847f51c4d8e9646e610/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-barrierefrei-data.pdf?download=1>, Zugriff: 25.03.2024.
- Carreras, G. et al. (2021): Burden of disease from second-hand tobacco smoke exposure at home among adults from European Union countries in 2017: an analysis using a review of recent meta-analyses. *Preventive Medicine*, 145. DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106412.
- Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) (2023): www.debra-study.info, Zugriff: 26.01.2024.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe Aktionsbündnis Nicht-rauchen (Hrsg.) (2021): Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. Heidelberg. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonst_Veroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf, Zugriff: 25.03.2024.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2018a): E-Zigaretten. Fakten zum Rauchen. Heidelberg: DKFZ.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2018b): Tabakerhitzer. Fakten zum Rauchen. Heidelberg: DKFZ.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2014a): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg: DKFZ.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2014b): Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg: DKFZ.
- Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 225–234.

- Goniewicz, M. L. et al. (2014): Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tobacco Control*, 23(2), 133.
- Hanewinkel, R.; Hansen, J. (2023): Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradsars von 2016 bis 2023. *Pneumologie*, 77(12), 1001–1008.
- Hanewinkel, R.; Morgenstern, M. (2019): Der Einfluss von Werbung, Filmen und Internet auf das Rauchverhalten und den Konsum von E-Zigaretten bei Kindern und Jugendlichen. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*, 45(6), 277–285.
- Hansen, J.; Hanewinkel, R.; Morgenstern, M. (2018): Electronic cigarette marketing and smoking behaviour in adolescence: a cross-sectional study. *ERJ Open Research*, 4(4). DOI: 10.1183/23120541.00155-2018.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2020): GBD Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff: 26.01.2024.
- 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.
- Joossens, L. et al. (Eds.) (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Bruxelles.
- Kotz, D. et al. (2023): Rauchverhalten in Deutschland – Vergleich und Einordnung der Ergebnisse verschiedener Datenquellen. 21. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle (2023). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ). https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle/21_Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle/2023_Kotz-D_Rauchverhalten-Datenquellen.pdf?m=1702901844&, Zugriff: 25.03.2024.
- Kotz, D. et al. (2022): Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022. DEBRA Factsheet 09/2022. Düsseldorf. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf>, Zugriff: 25.03.2024.
- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024a): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen (täglich oder gelegentlich) Konsums von Zigaretten oder Tabak in anderer Form (zum Beispiel Pfeife oder Zigarre), 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: 26.01.2024.

- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2024b): DEBRA-Studie: Prävalenz des aktuellen Konsums von E-Zigaretten und Tabakerhitzern, 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: 20.02.2024
- 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.; Lampert, T. (2016a): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(3), 23–30.
- Kuntz, B.; Lampert, T. (2016b): Social disparities in parental smoking and young children's exposure to secondhand smoke at home: A time-trend analysis of repeated cross-sectional data from the German KiGGS study between 2003–2006 and 2009–2012. *BMC Public Health*, 16(1).
- Kuntz, B. et al. (2019): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Wo stehen wir heute? *Atemwegs- und Lungenerkrankheiten*, 45(5), 217–226.
- 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.
- Kuntz, B. et al. (2017): Passivrauchbelastung der Bevölkerung in Deutschland: 10 Jahre Bundesnichtraucherschutzgesetz. *Epidemiologisches Bulletin*, 33, 325–329.
- Lee, J. et al. (2023): E-cigarette marketing on social media: A scoping review. *Current Addiction Reports*, 10(1), 29–37.
- Lindson N. et al. (2024): Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(1), CD010216.
- Mallock, N. et al. (2018): Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Archives of Toxicology*, 92(6), 2145–2149.
- 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.
- 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.
- Myers Smith, K. et al. (2022): E-cigarettes versus nicotine replacement treatment as harm reduction interventions for smokers who find quitting difficult: randomized controlled trial. *Addiction*, 117(1), 224–233.
- Orth, B.; Merkel, C. (2022): Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B.; Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. 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(32–32), 527–534.
- Reidel, B. et al. (2018): E-cigarette use causes a unique innate immune response in the lung, involving increased neutrophilic activation and altered mucin secretion. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 197(4), 492–501.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2023): 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/2022–03/2023. Berlin.
- 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 Therapieforchung.
- Starker, A.; Kuntz, B. (2023): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst Science Publishers. 51–79.
- 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) (2024): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1683888205531&code=73411#abreadcrum>, Zugriff: 26.01.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten: Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesund>

- heit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html, Zugriff: 25.03.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2004): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden.
- Tönnies, T. et al. (2021): Relative and absolute socioeconomic inequality in smoking: time trends in Germany from 1995 to 2013. *Annals of Epidemiology*, 53, 89–94.
- World Health Organization (WHO): Regional Office for Europe (2019): European tobacco use: trends report 2019. Geneva. <https://iris.who.int/handle/10665/346817>, Zugriff: 26.01.2024.
- Zeiger, 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.
- Zeiger, J. et al. (2018b): Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 72–80.

2.2 Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer

Zusammenfassung

Die Umsätze (Spieleinsätze) auf dem legalen Glücksspiel-Markt sind in 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 53,2 % auf 52,71 Mrd. Euro angestiegen. Das Marktvolumen liegt damit deutlich höher als vor der Corona-Pandemie (42,55 Mrd. Euro in 2019). Der Anstieg ist vor allem auf die Legalisierung von Sportwetten im Oktober 2020 zurückzuführen. Die rund 180.000 aufgestellten gewerblichen Geldspielgeräte in Spielhallen und gastronomischen Betrieben sind mit rund 21 Mrd. Euro der größte Umsatzträger. Die Bruttospielerträge des regulierten Marktes erreichten ein Volumen von 12,53 Mrd. Euro (plus 33,6 %). Auf dem nicht-regulierten Markt wurde ein geschätzter Ertrag von 815 Mio. Euro erzielt. Die glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates aus erlaubten Angeboten lagen 2022 bei 6,2 Mrd. Euro (plus 19,8 %).

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 Prozentpunkte (%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 Bevölkerung (minus 0,8 %P), 1,9 % spielten an Geldspielautomaten (minus 0,1 %P), 1,1 % wetteten live auf Sportereignisse (minus 0,3 %P), 1,0 % beteiligten sich an Online-Casinospielen (ohne virtuelles Automatenspiel, minus 0,4 %P) und 1,0 % spielten Roulette/Black Jack/Poker in Spielbanken (Großes Spiel: unverändert).

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2022 für ambulante Suchthilfeeinrichtungen beziffert die Anzahl der Betreuungszugänge (ohne Einmalkontakte) mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ auf 5.872, diejenigen mit entsprechender Hauptdiagnose auf 5.081. Die Anteile bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Einzel- bzw. Hauptdiagnose betrugen 4,1 % bzw. 3,7 %. Unter Einbeziehung aller Betreuungen mit Einmalkontakten wurden 10.159 Fälle mit Einzel- und 8.562 mit Hauptdiagnose registriert. Eine

Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Fälle mit Einmalkontakten in 1.230 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen verweist auf rund 14.200 Fälle mit entsprechender Einzeldiagnose (Hauptdiagnose: 12.200). Für Fälle, in denen die Spielform dokumentiert ist, sind „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit 37,8 % die häufigste Hauptspielform, gefolgt von den beiden online-Formaten des „Automatenspielens“ und der „Sportwetten“ mit 19,7 % bzw. 9,6 %. Ein polyvalentes Spielverhalten, und damit keine eindeutig zuordenbare Hauptspielform, wird bei 5,8 % aller Fälle mit dokumentierter Spielform erfasst. In stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden 940 Fälle mit Einzel- und 418 Fälle mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ registriert.

Nach dem aktuellen Screening glücksspielbezogener Probleme weisen 2,4 % der bundesdeutschen Bevölkerung nach den Kriterien des DSM-5 eine „Störung durch Glücksspielen“ auf (2021: 2,3 %). Eine leichte Störung ist bei 1,0 %, eine mittlere 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 Online-Automaten 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 %.

In der Datenbank des Spielersperrsystems OASIS, das mit dem GlüStV 2021 (§ 8) zum 1. Juli 2021 als bundesweit zentrales, spielformübergreifendes Sperrsystem eingeführt wurde, waren Ende 2022 insgesamt 160.759 Sperrsätze gespeichert, davon beruhten 152.013 (94,6 %) auf einer Selbstsperrung und 8.746 (5,4 %) auf einer Fremdsperrung.

Abstract

The turnover (stakes) of the legal gambling market has increased by 53.2 % to EUR 52.71 billion compared to the previous year. The market volume is therefore significantly higher than before the corona pandemic (EUR 42.55 billion in 2019). This increase is mainly due to the legalization of sports betting in October 2020. Approximately 180,000 private amusement with prizes (AWP) machines in arcades and pubs are the largest source of turnover at around EUR 21 billion. The gross gambling revenue of the regulated market reached a volume of EUR 12.53 billion (plus 33.6 %). An estimated revenue of EUR 815 million is generated by the non-regulated market. The state gambling revenue of the legal market was EUR 6.2 billion in 2022 (plus 19.8 %).

According to the current 12-month prevalence of gambling participation carried out in 2023, 36.5 % of the population aged 16 to 70 participated in some form of gambling, an increase of 6.8 percentage 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 games with high addiction potential was significantly less distinctive: 2.5 % of the population 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), another 1,0 % gambled in online casino games (without virtual slot game, minus 0.4 %P) or played Roulette/Black Jack/Poker in casinos (table games: unchanged).

The German Addiction Care Statistical Service 2022 for outpatient addiction care facilities specifies the number of single diagnoses of pathological gambling (entrants without one-time contacts) to 5,872, and of main diagnoses to 5,081. The proportion related to the total number of clients was 4.1 % resp. 3.7 %. 10,159 single and 8,562 main diagnoses were registered, clients with one-time contacts included. An extrapolation to the total number of gamblers in 1,230 outpatient centres (with one-time contacts) refers to 14,200 cases with single diagnoses (main diagnoses: 12,200). The biggest group is represented by AWP machine gamblers in arcades with 37.8 %, followed by slot machine gamblers and sports bettors on the internet with 19.7 % resp. 9.6 %. 5.8 % of clients report polyvalent gambling behavior. Inpatient treatment centres registered 940 single and 418 main diagnoses.

According to the DSM-5 criteria the current screening of gambling-related problems indicates that 2.4 % of the German population have a gambling disorder (2021: 2.3 %). A mild disorder is found in 1.0 %, a moderate disorder in 0.7 % and a severe disorder in 0.7 %. Further 6.1 % indicate risky gambling behavior. In terms of individual forms of gambling, players of online 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 %.

At the end of 2022, a total of 160,759 exclusion sets were stored in the database of the player exclusion system OASIS, of which 152,013 (94.6 %) were based on self-exclusion and 8.746 (5.4 %) on third-party exclusion. The database was introduced by GlüStV 2021 (Section 8) on July 1, 2021 as a nationwide central system covering all forms of gambling.

Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt

Auf dem legalen deutschen Glücksspiel-Markt wurde 2022 ein Umsatz (gleichbedeutend mit Spieleinsätzen) von 52,706 Mrd. Euro erzielt (Tab. 1)¹. Im Ver-

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 sind diese Umsatzzahlen – neben den Bruttospielerträgen – ein geeigneter Maßstab.

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

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	Erhebungsjahr							Veränderung in 2022 gegenüber Vorjahr in %
	2000	2005	2010	2015	2019	2021	2022	
Spielbank (91)								
– Glücksspielautomaten, Roulette, Black Jack etc.	10.875	10.580	6.187	6.189	9.558	5.616	12.233	+117,8
Spielhalle/Gaststätte (77,1)								
– Geldspielautomaten	5.369	5.880	17.210	27.511	24.017 ²	10.480	20.961	+100,0
Virtuelles Automatenspiel, Online-Poker (93)	–	–	–	–	–	–	730	
Sportwetten (85) ³	–	–	–	–	–	8.520	8.906	+4,5
Deutscher Lotto- und Toto-Block								
– Zahlenlotto (50)	5.293	4.987	4.017	4.056	3.548	4.028,4	3.844,1	–4,6
– Eurojackpot (50)	–	–	–	769	1.250	1.369,6	1.756,8	+28,3
– Fußballtoto (60)	98	79	48	41	42	45,8	41,7	–9,0
– Oddset (66,7)	540	432	174	162	161	–	–	–
– Spiel 77 (42,7)	913	994	972	1.017	914	891,7	857,5	–3,8
– Super 6 (44,7)	607	702	562	430	387	380,1	368,2	–3,1
– Glücksspirale (44)	337	199	246	239	232	239,0	226,2	–5,4
– Sofort-Lotterien (50)	271	223	243	353	516	661,4	621,0	–6,1
– Bingo (50)	67	64	70	62	63	96,3	87,2	–9,4
– Keno (49,4)	–	276	153	131	132	147,5	130,7	–11,4
– Plus 5 (48,7)	–	31	16	13	12	11,7	10,4	–11,1
– Sieger-Chance (50)	–	–	–	–	20	23,0	23,0	0,0
Gesamt	8.126	7.987	6.501	7.273	7.277	7.894,5	7.966,8	+0,9
Klassenlotterie								
– Nordwestdeutsche (49,9)	546	494	237	172	139	131,5	112,4	–14,5
– Süddeutsche (51,4)	895	832	245	177	194	182,3	172,3	–5,5
Fernsehlotterie								
– ARD Fernsehlotterie (30)	69	168	156	172	193	208,7	187,1	–10,3
– ZDF Aktion Mensch (30)	286	411	441	447	495	585,5	585,5	0,0
Sparkasse/Bank								
– PS-Sparen (55)	314	309	271	275	283	288,6	288,2	–0,1
– Gewinnsparen (55)	162	176	205	255	289	301,2	312,2	+3,7
Pferdewetten								
– Rennvereine/Totalisator, Buchmacher (85)	309	127	58	48	42	37,2	48,0	+29,0
Postcode-Loterie (50)	–	–	–	–	65	162,2	203,2	+25,3
Gesamtumsatz	26.951	26.964	31.511	42.519	42.552	34.407,6	52.705,7	+53,2

¹ Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten und Fernsehloterien ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. 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.

² Berechnung des Umsatzes von Geldspielautomaten bis 2018 nach Angaben des Instituts für Wirtschaftsforschung, ab 2019 nach Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel.

³ Seit Oktober 2020.

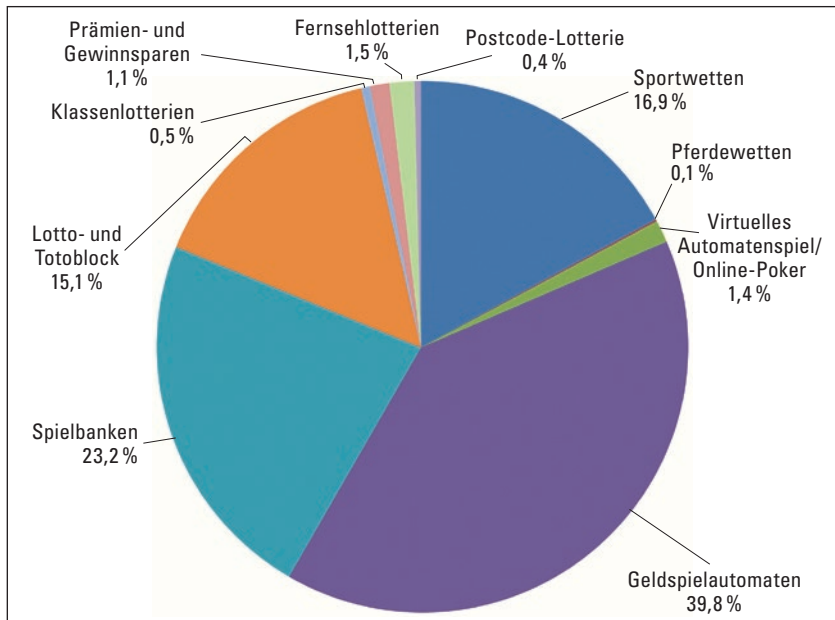
Quelle: Archiv- und Informationsstelle der deutschen Lotto- und Toto-Unternehmen, Institut für Wirtschaftsforschung, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel, Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, eigene Berechnung

gleich zum Vorjahr ist ein Anstieg von 53,2 % zu verzeichnen. Das Marktvolumen liegt damit deutlich höher als vor der Corona-Pandemie (42,552 Mrd. Euro in 2019), die in den Jahren 2020 und 2021 zu Einschränkungen im stationären Betrieb (z. B. von Spielhallen, Spielbanken und Wettvermittlungsstellen) geführt hat. Der Anstieg ist vor allem auf die Legalisierung von Sportwetten im Oktober 2020 zurückzuführen. Die gesamte deutsche Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt) ist 2022 um 1,9 % gestiegen.

Der Deutsche Lotto- und Toto-Block (DLTB) realisierte über alle Produkte in Lotto-Annahmestellen, über das Internetportal und die regionalen Homepages der Gesellschaften einen Umsatzzanstieg von 0,9 %. Beim Zahlenlotto (Lotto 6 aus 49) gingen die Spieleinsätze um 4,6 % zurück.

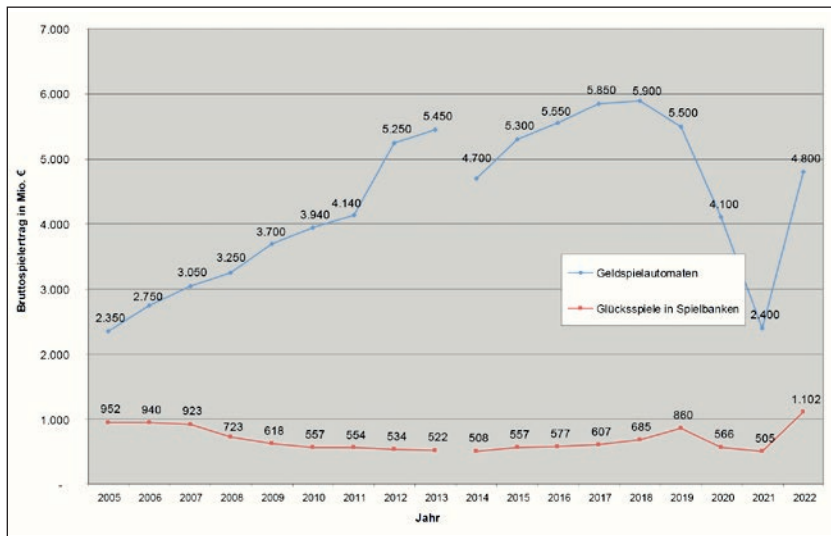
Die gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten verzeichneten mit plus 100 % auf rund 21 Mrd. Euro den stärksten Anstieg und sind mit einem Anteil von 39,8 % der größte Umsatzträger auf dem deutschen Glücksspiel-Markt (Abb. 1), gefolgt von den Angeboten der Spielbanken (23,2 %) und den Sportwetten (16,9 %). Bei Spielgewinnen von 77,1 % (untere

Abb. 1: Anteile am Gesamtumsatz der Glücksspiel-Anbietenden im erlaubten Markt 2022



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

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



Quelle: Angaben der Spielbanken, Geldspielautomaten: Institut für Wirtschaftsforschung bis 2013, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel ab 2014, Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder

Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten) verblieb den Aufstellenden der Geldspielgeräte im Jahr 2022 ein Bruttospielertrag von 4,8 Mrd. Euro (rund 26.700 Euro pro Gerät), nach 2,4 Mrd. Euro im Jahr 2021 (Abb. 2). Der hohe Ertrag ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass von der Automatenindustrie die gesetzlichen Vorgaben der Spielverordnung (SpielV) über das Punktespiel umgangen werden. Leider wird dieser Tatbestand auch in der Evaluationsstudie zur SpielV nicht thematisiert (Meyer, 2023, Bühringer et al., 2023).

Die Anzahl der aufgestellten Automaten in gastronomischen Betrieben und rund 8.500 Spielhallen wird mit 180.000 Geräten beziffert (minus 14,3 %; Gaststätten: 57.000, Spielhallen: 123.000; Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2023).

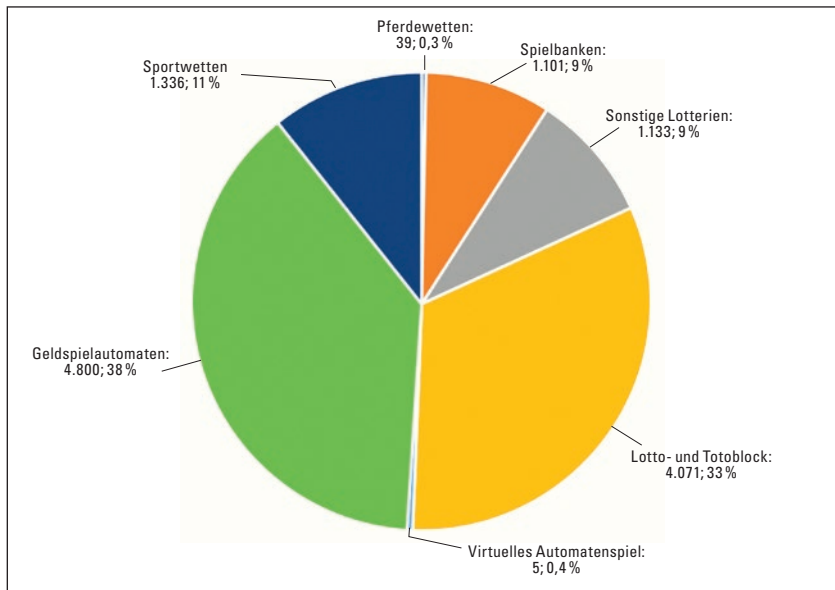
Die 49 bundesdeutschen Vollspielbanken (mit Roulette, Black Jack, Poker und Glücksspielautomaten) und 22 Automaten-Dependancen² erwirtschafteten in 2022 einen Bruttospielertrag von 1,102 Mrd. Euro, ein Anstieg um 596,5 Mio. Euro (plus 118 %) im Vergleich zum Vorjahr (Abb. 2). Im Klassischen Spiel

² Eröffnung der Spielbank Braunschweig zum 17.12.2021. (Standortverlagerung von Bad Harzburg), vorübergehende Schließung der Spielbank Bad Neuenahr (Wiedereröffnung an einem neuen Standort).

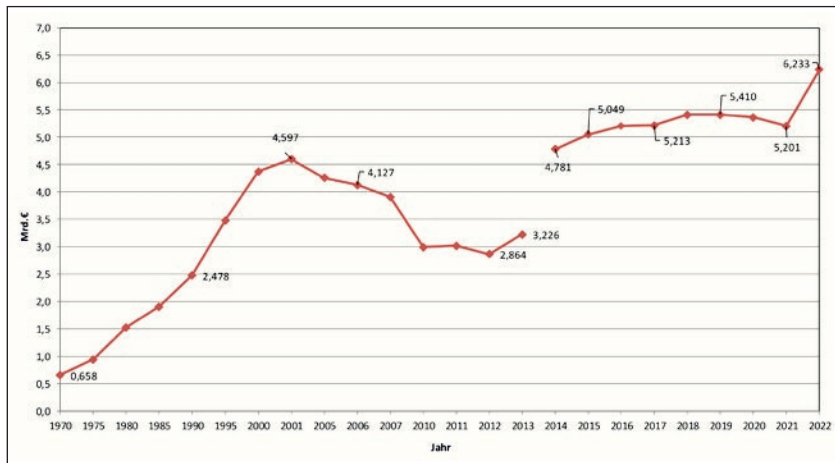
stieg der Ertrag um 126,4 %, bezogen auf Glücksspielautomaten um 116,7 %. Der Anteil des Automatenspiels am Gesamtertrag lag bei 87,3 %. Nach Angaben der Staatlichen Lotterie- und Spielbankverwaltung in Bayern zahlten Spielerinnen und Spieler nach zwischenzeitlichen Gewinnen einen Betrag von 77,1 Mio. Euro (Klassisches Spiel: 45,7 Mio. Euro; Glücksspielautomaten: 31,4 Mio. Euro) in den Tronc, die Trinkgeldkasse der Spielbanken, ein. Unter Einbeziehung des Tronc betrug der Bruttospielertrag insgesamt 1,179 Mrd. Euro, nach 541 Mio. Euro im Jahr 2021. Die Zahl der Besuche erhöhte sich auf 5,472 Mio. (2021: 2,457 Mio., plus 122,7 %).

Die Spieleinsätze auf dem legalen Markt für Sportwetten lagen in 2022 bei 8,906 Mrd. Euro, wenn von einer Ausschüttungsquote von 85 % ausgegangen wird. Da verschiedene Anbietende im wachsenden Online-Bereich die Wettsteuer in Höhe von 5,3 % für die Spielenden übernehmen, können Auszahlungsquoten auch über 90 % erreichen. Die Bruttospielerträge lagen bei 1.336 Mrd. Euro, ein Anstieg um 4,7 % im Vergleich zum Vorjahr. In 2022 gab es 37 Erlaubnisinhabende, von denen 32 ein aktives Angebot (16 online bzw. 15 hybrid und 1 stationär) in rund 1.300 Wettvermittlungsstellen und 12.706 Oddset-

Abb. 3: Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt in 2022 (gesamt: 12.532 Mio. Euro)



Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2023)

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

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

Annahmestellen präsentierten. Auf dem unerlaubten (illegalen) Markt wurde ein Ertrag von 58 Mio. Euro erwirtschaftet.

Die in 2022 erstmals erfassten virtuellen Automaten Spiele sowie Online-Poker verzeichneten Spieleinsätze von rund 730 Mio. Euro und einen Ertrag in Höhe von 51 Mio. Euro.

Insgesamt erreichen die Bruttospielerträge des erlaubten deutschen Glücksspiel-Marktes ein Volumen von 12,532 Mrd. Euro (Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2023; Abb. 3)³. Dies entspricht einem Anstieg von 3,153 Mrd. Euro (plus 33,6 %) gegenüber dem Vorjahr (9,379 Mrd. Euro). 81 % der Erträge wurden stationär und 19 % online erwirtschaftet. Mit 38,3 % erzielten Geldspielautomaten den höchsten Ertragsanteil, gefolgt von den staatlichen Lotterien mit 32,4 % und Sportwetten mit 10,6 %.

Außerdem existierte in 2022 weiterhin ein illegaler Markt von Sportwetten, virtuellen Automaten Spielen, Online-Casinospielen, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien, für den der Jahresreport 2022 der Glücksspielaufsichtsbehörden einen geschätzten Bruttospielertrag von 815 Mio. Euro angibt (nach 740 Mio. in 2021). Insgesamt konnten rund 205 Veranstaltende ohne Erlaubnis von einer deutschen Behörde festgestellt werden.

³ Hierbei sind Rundungsdifferenzen zu berücksichtigen.

Die Einnahmen des Staates aus regulierten Glücksspielen (Totalisator-, Buchmacher, Sportwett-, Lotterie-, Vergnügungs- und Umsatzsteuer, Gewinnablieferungen verschiedener Lotterien, Spielbankabgabe) erhöhten sich in 2022 um 19,8 % auf 6,233 Mrd. Euro (2021: 5,201 Mrd. Euro, Abb. 4).

Weitere Einnahmen erzielt der Staat aus nicht-regulierten Glücksspielen von Anbietenden, die auf die Spielteilnahme von Spielerinnen und Spielern in Deutschland eine Sportwettsteuer, virtuelle Automaten- oder Online-Pokersteuer entrichten. 2022 lag dieses Steueraufkommen bei 426 Mio. Euro (2021: 227 Mio. Euro).

Nachfrage in der Bevölkerung

Nach dem aktuellen 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, ungewichtet: $N = 8.014/4.294$; nach Gewichtung: $N = 8.209/4.099$, Antwortrate Telefon: 25,8 %/ Online: 17,9 %) durchgeführt wurde (Buth et al., 2024), lag die Spielteilnahme an irgendeinem Glücksspiel bei 36,5 % (rund 20,4 Mio. Spielerinnen und Spieler), ein Zuwachs um 6,8 %-Prozentpunkte (%P) im Vergleich zu 2021⁴ (Tab. 2). Davon nutzten 25,5 % der befragten Personen mehrere Spielformen⁵ (2–3 Spiele: 23,2 %, 4 oder mehr: 2,3 %). Am häufigsten wurde mit 19,8 % Lotto 6 aus 49 gespielt, gefolgt von Soziallotterien mit 14,5 %⁶ und Eurojackpot mit 13,0 %. An Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial (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 % wetteten live auf Sportereignisse (minus 0,3 %P), 1,0 % beteiligten sich an Online-Casinospielen (ohne virtuelles Automaten-spiel, minus 0,5 %P) und 1,0 % am Großen Spiel in Spielbanken (unverändert).

⁴ Abgesehen vom Zuwachs beim Eurojackpot und der deutlichen Steigerung des Anteils der Soziallotterien, die größtenteils auf die veränderte Art der Erhebung dieser Spielform zurückzuführen sein dürfte, ist insgesamt ein relativ stabiles Spielverhalten der Bevölkerung erkennbar. Ein signifikanter Rückgang der Spielteilnahme ist lediglich für Sportwetten mit festen Quoten und Online-Automatenspielen feststellbar.

⁵ Es wurden insgesamt 8 zusammengefasste Spielformen abgefragt: **Lotterien** (ohne Sofortlotterien), **KENO**, **Sofortlotterien**, **Geldspielautomaten**, terrestrisch angebotene **Kasinospiele** (inkl. Glücksspielautomaten), terrestrische **Sportwettenangebote**, riskante **Onlineglücksspiele** (Automaten- und/oder Kasinospiele und/oder Sportwettenangebote im Internet), **sonstige** Glücksspiele.

⁶ Die Teilnahme an „Soziallotterien“ wurde in der Erhebung 2023 (im Vergleich mit 2021) differenzierter erfasst: Gegenstand der Befragung waren die Glücksspirale, Lotterie Aktion Mensch, Deutsche Fernsehlotterie, Deutsche Postcode-Lotterie, das Gewinnsparen der Sparkassen und Banken sowie sonstige Soziallotterien. Zu beachten ist, dass Personen auch an mehreren Soziallotterien innerhalb eines Jahres teilnehmen können.

Tab. 2: 12-Monats-Prävalenz der Beteiligung an verschiedenen Glücksspielen in Befragungen der Jahre 2007 bis 2023

Glücksspiel	12-Monats-Prävalenz								
	2007 in %	2009 in %	2011 in %	2013 in %	2015 in %	2017 in %	2019 in %	2021 ¹ in %	2023 in %
Irgendein Glücksspiel	55,0*	53,8*	50,7*	40,0*	37,3	37,3	37,7	29,7	36,5
Keno	1,3*	0,9*	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3	1,1	0,8
Geldspielautomaten	2,2	2,7	2,9	3,7	2,6	2,6	2,7	2,0	1,9
Kleines Spiel in der Spielbank ²	1,1	1,2	1,0	0,8	0,8	0,9	0,7	0,4	0,5
Großes Spiel in der Spielbank ³	1,9*	1,9*	1,6	1,3	1,3	1,1	1,2	1,0	1,0
Casinospiele im Internet ⁴	0,7*	0,9*	0,8	0,6	0,5	0,6	0,7	1,4	1,0
Virtuelles AutomatenSpiel	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,5
Live-Wetten (Sportereignisse)	–	–	0,9	1,0	0,9	1,0	0,8	1,4	1,1
Sportwetten mit Festquoten	–	–	–	–	–	–	1,7	3,3	2,5
Pferdewetten	0,7*	0,6*	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4
Sofortlotterie, Rubbellose	11,7*	10,2	12,9*	10,6	9,7	10,0	9,2	7,2	7,7
Lotto 6 aus 49	35,5*	40,0*	31,5*	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	8,4*	8,1*	7,3*	5,2*	4,2	4,6	6,0	6,6	14,5

* Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren, bis 2017 (Referenzjahr: 2015). Ab 2019 erfolgten keine derartigen Berechnungen, da die Abfragen der einzelnen Glücksspiele grundlegend überarbeitet wurden.

¹ Die Vergleichbarkeit der Daten aus 2021 mit denen aus den Vorjahren ist nur eingeschränkt möglich.

² Glücksspielautomaten.

³ Tischspiele (Roulette, Black Jack, Poker).

⁴ Ohne virtuelles AutomatenSpiel.

⁵ Bis 2017: Fernsehlotterien; 2019: Soziallotterien; 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)

Pathologisches Spielverhalten (nach ICD-10) in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) 2022⁷ für **ambulante Suchthilfeeinrichtungen** (d. h., Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen, Niedrigschwellige Einrichtungen) (IFT Institut für Therapiefor- schung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a) verweist in 872 an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen bei 5.872 Betreuungszugängen auf die **Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“** nach ICD-10 (ohne Einmal- kontakte). Dies entspricht durchschnittlich 6,7 Zugängen mit dieser Einzeldi- agnose pro Einrichtung, wobei aufgrund der fallbezogenen Betrachtung ein und dieselbe Person (mit unterschiedlichen Fällen) mehrfach berücksichtigt sein kann. Der Anteil an Fällen mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ bezogen auf die Gesamtheit der Klientel (mit Einzeldiagnose) ist mit 4,1 % zu beziffern. Unter Einbeziehung aller Betreuungen einschließlich potenzieller Übernahmen aus dem Vorjahr sowie der Einmalkontakte (IFT Institut für The- rapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023b) wurden in 881 Einrichtungen 10.159 Fälle mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ registriert, dies entspricht 11,5 Fällen pro Einrichtung (2021: 10.582 bzw. 12,1).

Die Anzahl der Zugänge (ohne Einmalkontakte) mit **Hauptdiagnose „Pa- thologisches Spielen“** (IFT Institut für Therapiefor- schung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a: Tab. 3.01) betrug 5.081 Fälle in 877 ambulan- ten Einrichtungen, dies entspricht durchschnittlich 5,8 Fällen pro Einrichtung. Der Anteil an der Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose lag bei 3,7 %. Der Frauenanteil in der Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ betrug hierbei 11,6 %. Werden alle Betreuungen (also auch Übernah- men aus den Vorjahren und Einmalkontakte) berücksichtigt, beträgt die An- zahl der Fälle mit dieser Hauptdiagnose 8.562 Fälle in 863 Einrichtungen (9,9 Fälle pro Einrichtung; 3,4 % der Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose).

Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Fälle mit Diagnosen bezüg- lich Pathologischem Spielen in bundesweit 1.230 ambulanten Einrichtungen (Stand: 2022) verweist auf rund 8.300 Fälle (Zugänge ohne Einmalkontakte) bzw. 14.200 Fälle (alle Betreuungen mit Einmalkontakten) mit der Einzeldiag- nose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 7.100 bzw. 12.200)⁸.

⁷ Für Details zur Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik siehe Schwarzkopf et al. (2023). Ab- weichend zur Routineberichterstattung werden für diesen Beitrag Fälle mit fehlender Spezifika- tion der betrachteten Parameterausprägungen („unbekannt“) in die Grundgesamtheit mit ein- bezogen und separat aufgeführt. Die präsentierten Fallzahlen und Anteilswerte können damit von den Angaben im Jahresbericht der DSHS 2022 abweichen.

⁸ Hierbei wird angenommen, dass alle Einrichtungen, für die keine entsprechenden Daten vorlie- gen, in vergleichbarem Ausmaß Klientel mit Haupt- und Einzeldiagnosen bezüglich Pathologi-

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der DSHS ist für 94,2 % der Fälle mit dokumentierter Spielform eine Hauptspielform erfasst⁹. Ein polyvalentes Spielmuster, und damit keine eindeutige Hauptspielform, wird für 5,8 % der Betreuungen dokumentiert, nach 7,5 % in 2021. Als Hauptspielform ist das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit insgesamt 37,8 % am weitesten verbreitet IFT (Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a: Tab. 3.01) (2021: 38,2 %). Es folgen jeweils als Online-Spielform „Automatenspiele“ bzw. „Sportwetten“ mit 19,7 % bzw. 9,6 % (2021: 16,9 % bzw. 10,0 %)¹⁰.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2022 für **stationäre Rehabilitationseinrichtungen** (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023c) berichtet in 162 teilnehmenden Einrichtungen 940 Fälle mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ und 418 Fälle mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“. Die durchschnittliche Anzahl an Fällen mit entsprechender Einzel- bzw. Hauptdiagnose betrug somit 5,8 bzw. 2,6 Fälle pro Einrichtung. Der Anteil an Fällen mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Einzeldiagnose lag bei 2,9 % und der Anteil der Fälle mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Hauptdiagnose bei 1,3 %. Unter der Klientel mit dokumentierter Spielform ist bei 77,7 % eine eindeutige Hauptspielform erfasst. Für 22,3 % ist ein polyvalentes Spielverhalten (und damit keine eindeutige Hauptspielform) dokumentiert. Unter den Hauptspielformen ist mit insgesamt 33,6 % das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ am weitesten verbreitet, es folgen mit 21,9 % das Online-Automatenspiel und mit 6,6 % das Spielen an Geräten in Gaststätten (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023c: Tab. 3.01).

In Ergänzung zu den fallbezogenen Daten der DSHS beziffert eine Auswahl stationärer Einrichtungen, die sowohl Suchtfachkliniken als auch psychosomatische Fachkliniken und entsprechende Abteilungen einbezieht, die Anzahl behandelter Spielerinnen und Spieler 2022 auf 1.105 (Hauptdiagnose: 729; Neben-/Zweit-/Drittdiagnose: 376, Tab. 3), gleichbedeutend mit einem Rückgang um 14,7 %.

schem Spielen betreuen wie der Gesamtdurchschnitt an Einrichtungen, für die entsprechende Daten vorliegen.

⁹ Es ist zu berücksichtigen, dass die Dokumentation einer Spielform Auskunft über problematisches Spielverhalten an sich gibt und nicht zwangsläufig an eine Einzeldiagnose oder gar Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ geknüpft ist.

¹⁰ In glücksspielspezifischen Klienten-Dokumentationen werden bei 68,9 % der beratenen Fälle Geldspielgeräte als problemverursachende Spielform angegeben, bei 37,0 % Internetglücksspiele (Automaten- oder Casinospiele, Sportwetten, Poker) und bei 22,7 % terrestrische Sportwetten (Brosowski, Hayer, 2023, Tab. 19).

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

Stationäre Einrichtungen	Erhebungsjahr												
	1985	1987	1991	1997	2002	2004	2007	2010	2013	2016	2019	2021	2022
Fachkliniken Nordfriesland, Bredstedt (S+P)	1	12	47	44	75	64	87	66	128	124	112	62	69
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg (S)	30/40	38	64	18	26	31	33	50	73	59	k.A.	k.A.	k.A.
Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh (S)	1	18	16	41	57	82	62	127	167	130	124	78	76
Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal (S)	3	10	28	37	47	52	87	148	196	226	300	215	184
MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar (S+P)	–	7	51	104	128	174	253	263	312	347	295	182	147
MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf (S+P)	–	–	–	18	78	99	105	138	168	167	142	112	52
MEDIAN Kliniken Daun, Daun (S+P)	–	–	–	–	–	–	28	125	162	205	193	58	38
salus Klinik Lindow (S+P)	–	–	–	–	–	–	–	77	165	122	98	67	73
salus Klinik Hürth (S+P)	–	–	–	–	–	–	–	–	83	201	189	157	133
salus Klinik Friedrichsdorf (S+P)	–	–	–	–	–	–	–	–	54	123	88	86	80
Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen (S)	–	–	–	–	–	–	–	74	111	98	88	23	39
Asklepios Fachklinikum Wiesen, Wildenfels (S)	–	–	–	–	27	39	56	108	113	103	74	26	26
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler (S)	–	–	–	–	–	–	–	43	76	96	67	48	43
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe, Bad Hersfeld (S)	–	–	–	21	96	147	158	257	261	219	141	65	77
MEDIAN Klinik Berus, Überherrn-Berus (P)	–	–	–	26	47	54	80	91	121	35	23	k.A.	k.A.
Johannesbad Fachklinik Fredeburg, Schmallenberg (S)	–	–	–	18	45	57	39	49	91	71	81	40	20
Johannesbad Fachklinik Hochsauerland, Schmallenberg (P)	–	–	–	29	78	105	79	130	151	156	99	77	52
Gesamt	–	–	–	356	704	904	1.067	1.746	2.295	2.482	2.114	1.296	1.105

S = Suchtfachklinik bzw. -abteilung

P = Psychosomatische Fachklinik bzw. Abteilung

Quelle: Eigene Erhebung

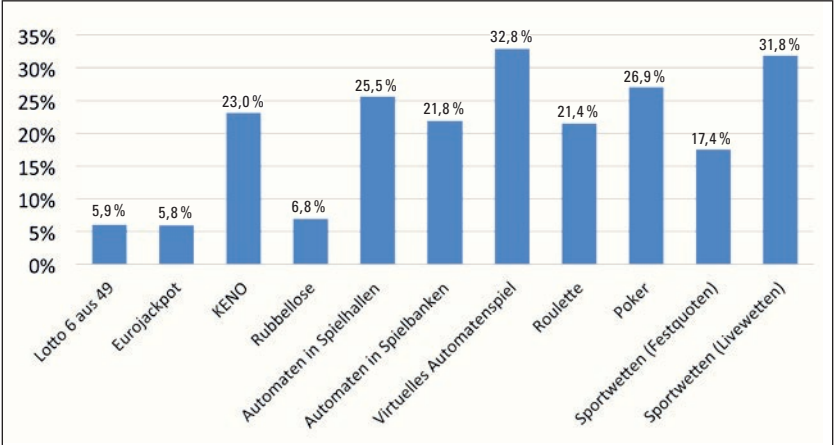
In 1982 wurden die ersten Selbsthilfegruppen „Anonyme Spieler (GA)“ gegründet. In 2002 gab es bereits 110 Gruppen, zum Teil auch unabhängig von GA. Der Datenbestand des Fachverbandes Glücksspielsucht verweist für 2022 auf 152 Selbsthilfegruppen (2021: 158). Darunter befinden sich 98 Freie Gruppen und 47 Gruppen der „Anonymen Spieler“.

Anzahl von Spielerinnen und Spielern mit einer „Störung durch Glücksspielen“ (nach DSM-5) in Bevölkerungsstudien

In der aktuellen, in 2023 durchgeführten Bevölkerungsbefragung (Buth et al., 2024) 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. Betroffene mit einer leichten Störung erfüllen vier bis fünf von neun Kriterien. Eine mittlere Störung entspricht sechs bis sieben Kriterien und eine schwere Ausprägung acht bis neun Kriterien. Bei 2,4 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren (Männer: 3,2 %, Frauen: 1,5 %) weisen die Befunde auf eine Glücksspielstörung hin (rund 1,38 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall, KI: 2,1 %-2,7 % bzw. 1,2 Mio.–1,5 Mio.). Bei 1,0 % ist eine leichte Störung, bei 0,7 % eine mittlere und bei 0,7 % eine schwere Störung diagnostizierbar. Die Anteile mit ein, zwei oder drei erfüllten Kriterien (riskantes Verhalten im Zusammenhang mit einer Glücksspielteilnahme) liegen bei 6,1 %. Unter den Personen der Stichprobe, die sich in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt haben (36,5 %), liegt der Anteil mit einer glücksspielbezogenen Störung bei 6,3 %. Bei weiteren 16,3 % ist ein riskantes Spielverhalten erkennbar.

Nach der Analyse der Daten in Bezug auf einzelne Glücksspielformen (Abb. 5), die allerdings aufgrund der Differenzierung z. T. nur auf geringen Fallzah-

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



Basis: gewichtete Daten der 18- bis 70-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten an Glücksspielen teilnahmen

len 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 %).

Ein Vergleich mit den Befunden des Glücksspiel-Survey aus 2021 zeigt keine signifikanten Differenzen auf. Auffällig ist jedoch vor allem der hohe Anteil an glücksspielgestörten Spielerinnen und Spieler unter den Teilnehmenden an virtuellen Automatenspielen, die mit dem neuen GlüStV im Juli 2021 legalisiert wurden.

Anzahl gesperrter Spielerinnen und Spieler

Weitere Erkenntnisse zur Größenordnung der Problematik liefert das Sperrsystem OASIS (Onlineabfrage Spielerstatus), das mit dem GlüStV 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 Gefährdungspotenzial (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 2022 enthielt OASIS nach Information des Regierungspräsidiums Darmstadt (Dez. II 24.1) insgesamt 160.759 Sperrsätze (2021: 106.869, Tab. 4)¹¹. Dabei beziehen sich 29,7 % der Sperrsätze auf Sportwetten (Veranstalter), 28,8 % auf Spielhallen und 27,9 % auf Spielbanken (Anträge bei der Behörde lassen sich keiner Spielform zuordnen). Bei 24,9 % der Sperren handelt es sich um eine befristete Sperre, 75,1 % sind unbefristet.

¹¹ Zum 31.12.2023 wurden bereits 238.063 Sperren registriert, ein Anstieg um 48,1 % im Vergleich zum Vorjahr.

Tab. 4: Anzahl der Sperren im Spielersperrsystem OASIS

Glücksspielbereich	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2021	2022
Spielbanken								
Selbstsperren	k.A.	k.A.	k.A.	26.837	31.003	33.990	39.734	38.782
Fremdsperren	k.A.	k.A.	k.A.	4.418	4.935	5.723	6.522	6.023
Gesamt	20.633	24.544	27.674	31.255	35.938	39.713	46.256	44.805
Online-Casinospiele/-Poker								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	–	0/0
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	–	0/0
Gesamt	–	–	–	–	–	–	–	0/0
Virtuelle Automatenspiele								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	–	3.380
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	–	39
Gesamt	–	–	–	–	–	–	–	3.419
DTLB								
Selbstsperren	k.A.	370	2.041	1.706	1.818	1.918	2.113	2.002
Fremdsperren	k.A.	112	165	194	199	235	319	337
Gesamt	309	482	2.453	1.900	2.017	2.153	2.432	2.339
Sportwetten (Veranstaltung)								
Selbstsperren	–	–	–	–	28	107	29.853	46.033
Fremdsperren	–	–	–	–	–	4	1.223	1.636
Gesamt	–	–	–	–	28	111	31.076	47.669
Sportwetten (Vermittlung)								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	198	408
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	10	23
Gesamt	–	–	–	–	–	–	208	431
Pferdewetten								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	3	56	72/6
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	–	0/1
Gesamt	–	–	–	–	–	3	56	72/7
Spielhallen								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	23.441	45.813
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	342	452
Gesamt	–	–	–	–	–	–	23.783	46.265
Automatenaufsteller								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	114	460
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	–	8
Gesamt	–	–	–	–	–	–	114	468
Behörde¹								
Selbstsperren	–	–	–	–	–	–	2.924	15.057
Fremdsperren	–	–	–	–	–	–	20	227
Gesamt	–	–	–	–	–	–	2.944	15.284
Gesamt								
Selbstsperren	–	–	–	28.543	32.849	36.015	98.433	152.013
Fremdsperren	–	–	–	4.612	5.134	5.962	8.436	8.746
Gesamt	20.942	25.026	30.127	33.155	37.983	41.980	106.869	160.759

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)

Auf einer Selbstsperre beruhen 152.013 (94,6 %) der Sperrsätze, auf einer Fremdsperre 8.746 (5,4 %). Mit 13,4 % ist der Anteil der Fremdsperren im Spielbankbereich deutlich höher als bei der Veranstaltung von Sportwetten (3,4 %) und im Spielhallenbereich mit lediglich 1,0 %.¹²

In 2022 haben die Glücksspielanbietenden, die an OASIS angeschlossen waren, rund 1,9 Mrd. Abfragen gestellt (2021: rund 685 Mio.).

Verschuldung

Ein Vergleich der ambulant betreuten Klientel in der DSHS (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a) hinsichtlich der problematischen Verschuldung zeigt auf, dass die Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ die höchsten Schulden unter allen Klientelgruppen aufweist (Tab. 5). Der Anteil der Betroffenen, die keine Schulden haben, ist hier mit 26,5 % (Schuldenstatus unbekannt: 6,7 %) deutlich geringer als unter den anderen Hauptdiagnosen (51,1 %, unbekannt: 11,6 % bis hin zu 75,1 %, unbekannt: 9,3 %). Bei 22,7 % beträgt die Verschuldung mehr als

Tab. 5: Verschuldung bei der Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ und weiteren Klientelgruppen ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in der DSHS (Bezug: Zugänge ohne Einmalkontakte)

Hauptdiagnose	n	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	38.473	75,1	10,2	2,9	1,5	1,0	9,3
Opioide	5.506	51,1	27,1	7,0	2,2	0,9	11,6
Cannabinoide	14.481	71,5	14,1	2,8	1,0	0,5	10,0
Kokain	2.781	59,3	19,5	5,7	3,4	2,5	9,5
Stimulanzien	5.078	56,0	24,1	7,4	2,9	1,4	8,3
Pathologisches Spielverhalten	2.736	26,5	28,6	15,5	11,8	10,9	6,7

Quelle: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023a): Tab. 3.19

¹² Nach den Ergebnissen von Interviews zu der Beurteilung von Selbstsperrern mit problembehafteten Spielerinnen und Spielern sowie Mitarbeitenden in staatlichen und privaten Spielstätten, die für den Spielerschutz zuständig sind, verweisen Kraus et al. (2023) auf bestehende Interessenkonflikte. Anstatt gegen die wirtschaftlichen Interessen der Arbeitgeber vorzugehen, geben die Mitarbeitenden der Spielstätten den Personen mit Glücksspielproblemen die Schuld für die mangelnde Problemerkennung. Umgekehrt geben die Betroffenen den Anbietenden die Schuld, weil sie keine Hilfe anbieten.

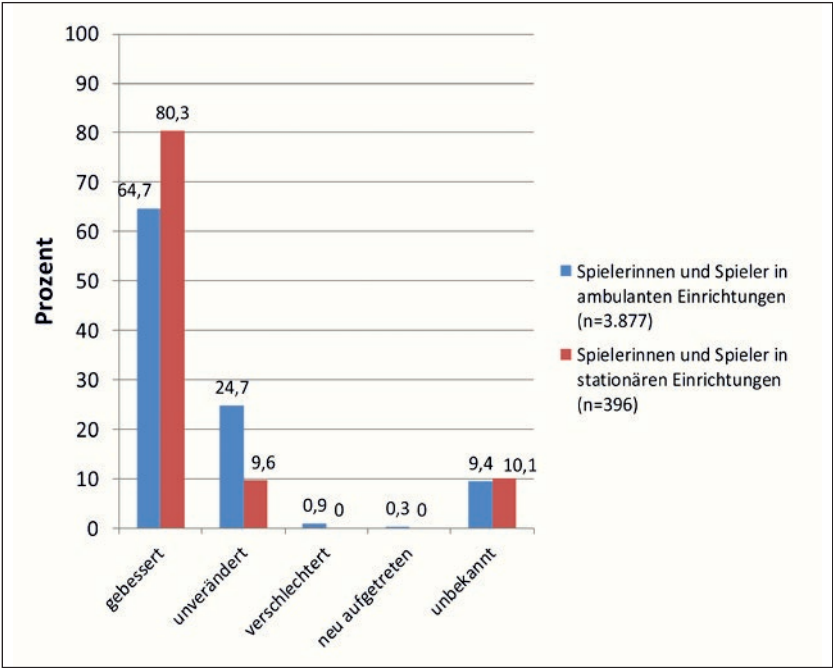
25.000 Euro, während dies bspw. nur auf 2,5 % (unbekannt: 9,3 %) der Alkoholabhängigen und 5,9 % (unbekannt: 9,5 %) der Kokainabhängigen zutrifft.

Unter stationär behandelten Fällen mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ liegt der Anteil an Klientel mit einer problematischen Verschuldung von mehr als 25.000 Euro bei 20,4 % (unbekannt: 14,8 %; Alkohol: 6,9 %, unbekannt: 11,0 %; Kokain: 16,9 %, unbekannt 12,5 %; IFT Institut für Therapiefor-

Betreuungsverlauf

Am Betreuungsende in ambulanten Einrichtungen der DSHS (N = 670, IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a) wurde bei 64,7 % der Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spie-

Abb. 6: Problematik bei Betreuungsende von ambulant betreuten bzw. stationär behandelten Fällen mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ in Einrichtungen in der DSHS (Bezug: Beender)



Quelle: Künzel, Murawski, Schwarzkopf, Specht (2022a, 2022c: Tab. 7.01)

len“ die Problematik als gebessert eingestuft (Abb. 6). 24,7 % zeigten ein unverändertes Störungsbild und bei 0,9 % wurde eine Verschlechterung festgestellt (unbekannt: 9,4 %). Der Anteil der vorzeitigen Abbrüche der Betreuung lag bei 34,8 % (unbekannt 4,1 %; Männer: 35,4 % mit unbekannt 4,1 %; Frauen: 31,1 % mit unbekannt 5,0 %; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023a: Tab. 6.04).

In stationären Einrichtungen ($N = 138$) betrug die Quote der Besserung 80,3 % und die der unveränderten Problematik 9,6 % (unbekannt: 10,1 %; Abb. 6). Die Einrichtungen berichten, dass 17,0 % der Klientel die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben (unbekannt: 0,0 %; Männer: 17,5 %; Frauen: 14,3 %; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2023c: Tab. 6.04).

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/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA-Forschungsbericht_Gluecksspielsurvey_2019.pdf, Zugriff: 12.03.2024.
- Brosowski, T.; Hayer, T. (2023): Klienten*innendokumentation der ambulanten Glücksspielsuchtberatungen in Niedersachsen 2017-2022. Bremen: Universität Bremen. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/7070/3/nls_2017-22_final_pdfa.pdf, Zugriff: 20.11.2023.
- Bühringer, G. et al. (2023): Wissenschaftliche Studie zur Vorbereitung der Evaluierung der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung. Dresden: Technische Universität. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/Studien/2023-06-09-wissenschaftliche-studie-spielv-tud-abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=10, Zugriff: 12.03.2024.
- 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). https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2024/03/Gluecksspielsurvey_2023.pdf, Zugriff: 12.03.2024.
- Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2023): Jahresreport 2022 der Glücksspielaufsichtsbehörden. Der deutsche Glücksspielmarkt 2022 – Eine ökonomische Darstellung. <https://www.gluecksspiel-behoerde.de/de/gemeinsame-geschaeftsstelle/jahresreports>, Zugriff: 20.02.2024.

- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023a): Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Einrichtungen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München.
- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023b): Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Einrichtungen (Typ 1). Bezugsgruppe: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten. München.
- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023c): Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. München.
- Kraus, L. et al. (2023): 'We are not the ones to blame'. Gamblers' and providers' appraisal of self-exclusion in Germany. *BMC Public Health*, 23: 322, <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15117-9>.
- Meyer, G. (2023): Wissenschaftliche Studie zur Vorbereitung der Evaluation der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung: Anmerkungen aus der Perspektive der Suchtprävention. *Gewerbearchiv*, 12, 492–495.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht – Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Schwarzkopf, L. et al. (2023): *Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT Institut für Therapieforchung. <http://www.suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 12.03.2024.

2.3 Cannabis – Zahlen und Fakten

*Eva Hoch, Sally Olderbak, Larissa Schwarzkopf,
Elena Gomes de Matos, Franziska Schneider*

Zusammenfassung

In Deutschland wurde am 1. April 2024 eine Teillegalisierung von Cannabis offiziell wirksam. Das Gesetz sieht den legalen Besitz und Konsum von Cannabis für Erwachsene vor. Ermöglicht wird auch der private Eigenanbau, der gemeinschaftliche nichtgewerbliche Eigenanbau und die kontrollierte Weitergabe von Cannabis durch Anbauvereinigungen. Bisher stammte der Großteil des in Deutschland sichergestellten Cannabisharzes aus Nordafrika. Während der THC-Gehalt von Cannabisblüten weitestgehend stabil geblieben ist, stieg er beim Cannabisharz in jüngster Zeit stark an. Es sind 4,5 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. Die Behandlung von Cannabiskonsumstörungen zeigt ein unterschiedliches Bild: Bis 2015 stiegen die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) steil an, seitdem sind sie rückläufig. Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2022: ambulant: 18,5 %, stationär: 9,9 %). Damit hat sich der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich seit der Jahrtausendwende verdreifacht, im stationären Bereich kam es zu einer Verzehnfachung. Der derzeit 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 derzeit keine wirksame Medikation zur Therapie von Entzugssymptomen, Craving oder Rückfallprophylaxe der Cannabisabhängigkeit. Aktuell wird eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ entwickelt, 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 weiter entwickelt und ausgebaut werden.

Abstract

In Germany, the partial legalization of cannabis officially took effect on 1 April 2024. The law provides for the legal possession and consumption of cannabis for adults. Private home cultivation, non-commercial community cultivation and the controlled distribution of cannabis by growers' associations will also be permitted. To date, the majority of cannabis resin seized in Germany has come from North Africa. While the THC content of cannabis flowers has remained largely stable, the THC content of cannabis resin has recently risen sharply. There are 4.5 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 has been an overall increase in cannabis use, including problematic use. The treatment of cannabis use disorders shows a mixed picture: until 2015, the number of acute intoxications with cannabinoids (including synthetic cannabinoids) rose sharply, since then it has been declining. Cannabinoid-related disorders are currently the second most common reason for accessing addiction support services after alcohol-related disorders (2022: outpatient: 18.5 %, inpatient: 9.9 %). 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 tenfold. 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 Sub-

stanzen in der Cannabis-Pflanze gefunden, mehr als 100 davon zählen zu der Gruppe der Cannabinoide. Die bekanntesten Cannabinoide sind das THC (8-9-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. 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, 2023)

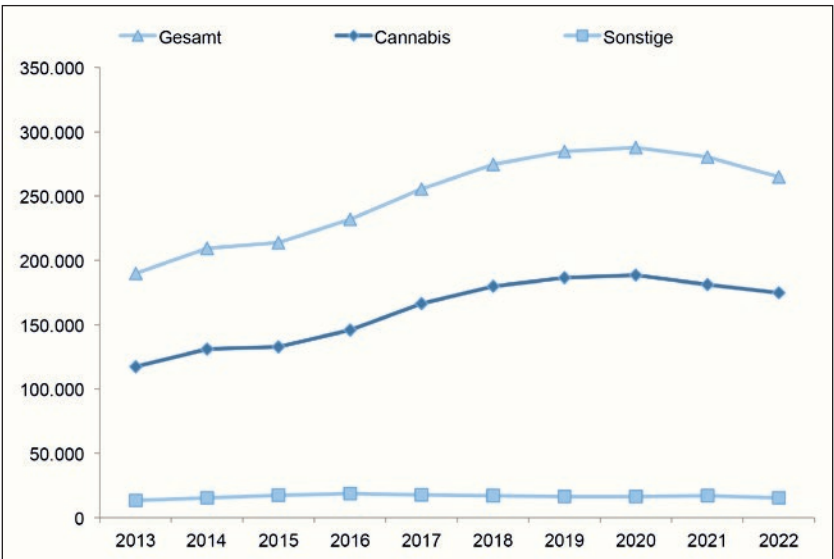
2 Drogenmärkte

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. Der Großteil des in Deutschland sichergestellten Cannabisharzes stammt weiterhin aus Nordafrika (Marokko) und wird häufig über die Niederlande, aber teils auch über Spanien und Frankreich nach Deutschland gebracht. Bei Lieferungen mit großem Umfang aus Spanien werden häufig sowohl Cannabisharz als auch Marihuana transportiert. Besonders der professionalisierte Anbau von Cannabis durch Gruppierungen aus dem Bereich der Organisierten Kriminalität in Spanien hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Infolgedessen wurde Albanien als Hauptherkunftsstaat für Großtransporte von Marihuana verdrängt.

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bis 2020 (365.753 Delikte) sank diese Zahl in den beiden Folgejahren auf 340.677 Delikte (Abb. 1). Davon handelt es sich bei 264.948 Delikten um sogenannte konsumnahe Delikte: Also solche, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von BtM sowie ähnliche Delikte umfassen. Der Großteil dieser konsumnahen Delikte steht im Zusammenhang mit Cannabis: So wurden 2022 174.876 konsumnahe Delikte in Zusammenhang mit Cannabis gemeldet (66 % aller Delikte). Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang der Fallzahlen um -3,4 %.

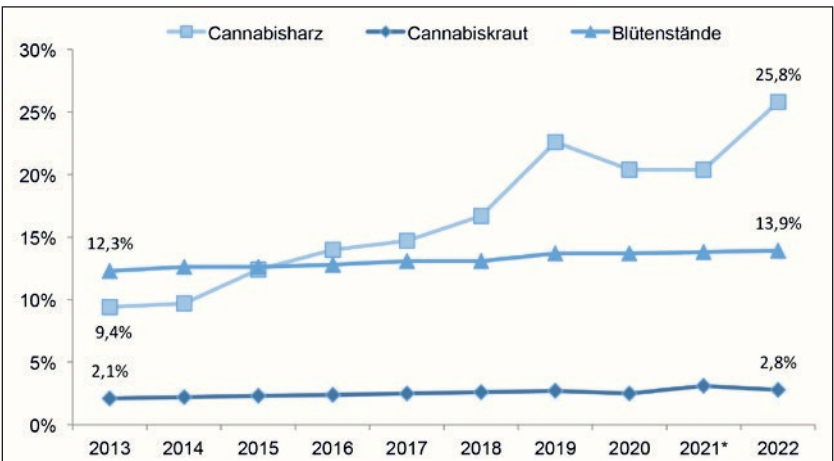
Während die Wirkstoffgehalte von Cannabiskraut sowie Blütenständen über die letzten zehn Jahre sehr stabil waren, stieg der Wirkstoffgehalt von Cannabisharz bis 2020 deutlich an (Abb. 2). Nach einem kurzfristigen Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 setzte sich dieser Trend 2022 mit einem neuen Höchstwert wieder fort (+26,5 % im Vergleich zu 2021). Im 10-Jahrestrend ist der THC-Gehalt von Cannabisharz um 175 % gestiegen.

Abb. 1: Entwicklung von Verstößen gegen das BtMG (2013–2022)

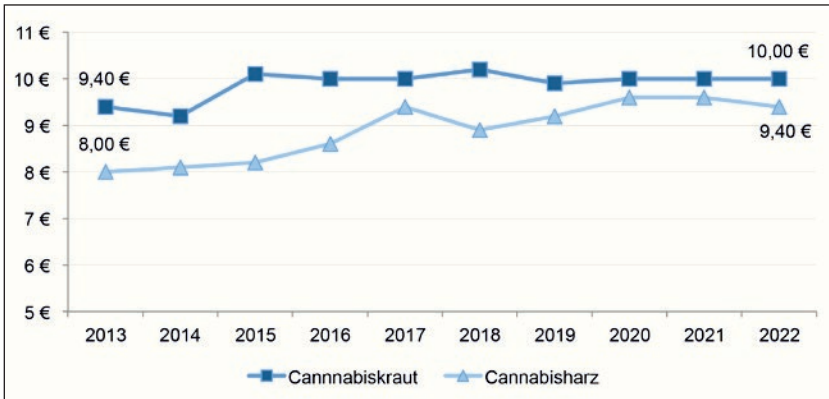


Bundeskriminalamt (BKA), 2023

Abb. 2: Trends im Wirkstoffgehalt (THC) (2013–2022)



* Ab dem Datenjahr 2021 werden besonders CBD-haltige Produkte bei der Berechnung des Medians herausgenommen. Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2023

Abb. 3: Entwicklung des Preises pro Gramm (Straßenhandel) in Euro (2013–2022)

Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2023

Die Preise für ein Gramm Marihuana und Cannabisharz im Straßenhandel haben sich nach einem leichten Anstieg seit 2013 über die letzten fünf Jahre hinweg mit nur leichten Schwankungen stabilisiert (Abb. 3). Der Preisanstieg für Cannabiskraut lag im 10-Jahrestrend bei +6,4 % und bei Cannabisharz bei +17,5 %.

3 Gesetzeslage

Die deutsche Bundesregierung hat zum 1. April 2024 ein neues Gesetz zur kontrollierten Abgabe von Cannabis für Erwachsene (kurz: CanG) umgesetzt. Ein Zwei-Säulen-Modell sieht Folgendes vor (BMG, 2024):

1. Der private Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen werden erlaubt (Säule 1).
2. Regionale Modellvorhaben, die wissenschaftlich evaluiert werden, sollen kommerzielle Lieferketten schaffen (Säule 2).

In der aktuellen Version definiert das Gesetz, dass jede erwachsene Person bis zu 25 Gramm Cannabis besitzen und mit sich führen darf (pro Monat sind maximal 50 Gramm erlaubt). 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 sind 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

Cannabiskonsum erhöht das Risiko für körperliche und vor allem für psychische Störungen. Er kann die Hirnleistung beeinträchtigen und die Fahrtüchtigkeit einschränken. In den 1990er Jahren wurde geschätzt, dass etwa eine von zehn Cannabis konsumierenden Personen im Lebenszeitraum eine Cannabiskonsumstörung entwickelt (Anthony, Warner, Kessler, 1994). Jüngere, landesweit repräsentative Daten aus den USA deuten darauf hin, dass etwa 30 % der Menschen mit Cannabisgebrauch im letzten Jahr eine Cannabiskonsumstörung entwickeln können (Hasin et al., 2015). Dieser Befund könnte auf die zunehmende Stärke von Cannabis, Änderungen des Rechtsstatus und die gesellschaftliche Akzeptanz der Droge im Laufe der Zeit zurückzuführen sein (Connor et al., 2021). Insbesondere für Kinder und Jugendliche kann Cannabis gefährlich werden. Ein frühes Einstiegsalter, intensiver Konsum und Co-Konsum von Tabak wurden als besondere Risikofaktoren identifiziert. Als psychosoziale Risiken von häufigem Cannabiskonsum sind u.a. Einbußen im Bildungserfolg belegt (z. B. vorzeitige Schulabbrüche, seltener akademische Abschlüsse). Zudem liegen Hinweise für Risiken im sozialen Bereich vor. Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum menschlichen Endocannabinoid-System werden in den nächsten Jahren weiter dazu beitragen, diese Phänomene besser zu verstehen. Einen Überblick über die Studienlage liefert die Expertise *„Cannabis: Potenzial und Risiken“* (Hoch, Friemel, Schneider, 2019).

Tab. 1: Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung

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

ESA = Epidemiologischer Suchtsurvey, AS = Alkoholsurvey

5 Konsumverbreitung, -muster und -trends in Deutschland

5.1 Bevölkerungsumfragen bei Erwachsenen

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 4,5 Millionen (8,8 %), die angeben, Cannabis in den letzten 12 Monaten mindestens einmal 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) (s. Tab. 1).

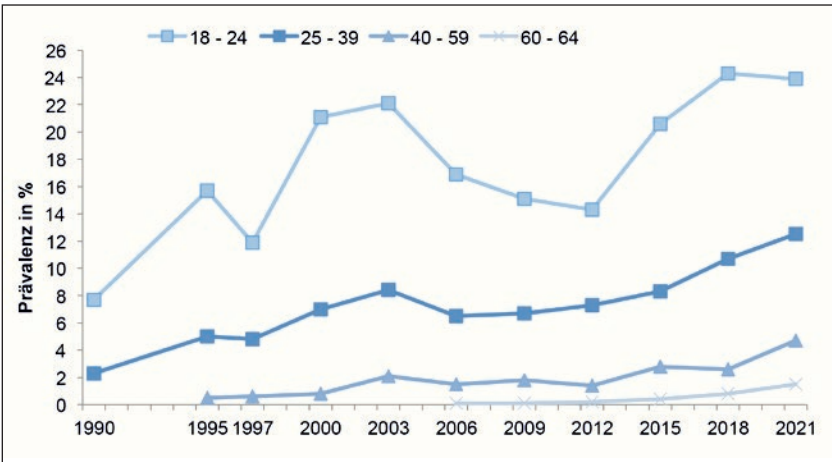
5.2 Bevölkerungsumfragen bei Kindern und Jugendlichen

Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt der Alkoholsurvey (AS) aus dem Jahr 2021 vor (Gesamtstichprobe $n = 7.000$, Alter der Befragten 12–25 Jahre) (Orth, Merkel, 2022). Es sind 9,3 % der Kinder und Jugendlichen, die angeben, im Lebenszeitraum bereits einmal Erfahrung mit Cannabis gemacht zu haben. Von den 12- bis 17-Jährigen hatten 7,6 % im letzten Jahr Cannabis konsumiert. Die Konsumprävalenz bezogen auf die vorhergehenden 30 Tage liegt bei 4,2 %. In allen Altersgruppen konsumieren mehr Jungen als Mädchen Cannabis.

5.3 Trends und Entwicklungen des Cannabisgebrauchs

In den letzten drei Jahrzehnten zeigte sich ein insgesamt steigender Trend im Cannabiskonsum (Rauschert et al., 2023) (Abb. 4). In der letzten Dekade verdoppelte sich bei der 18- bis 59-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands der

Abb. 4: Trends im Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung



Trend 12-Monatsprävalenz 18- bis 64-Jährige. ESA Epidemiologischer Suchtsurvey, 2021

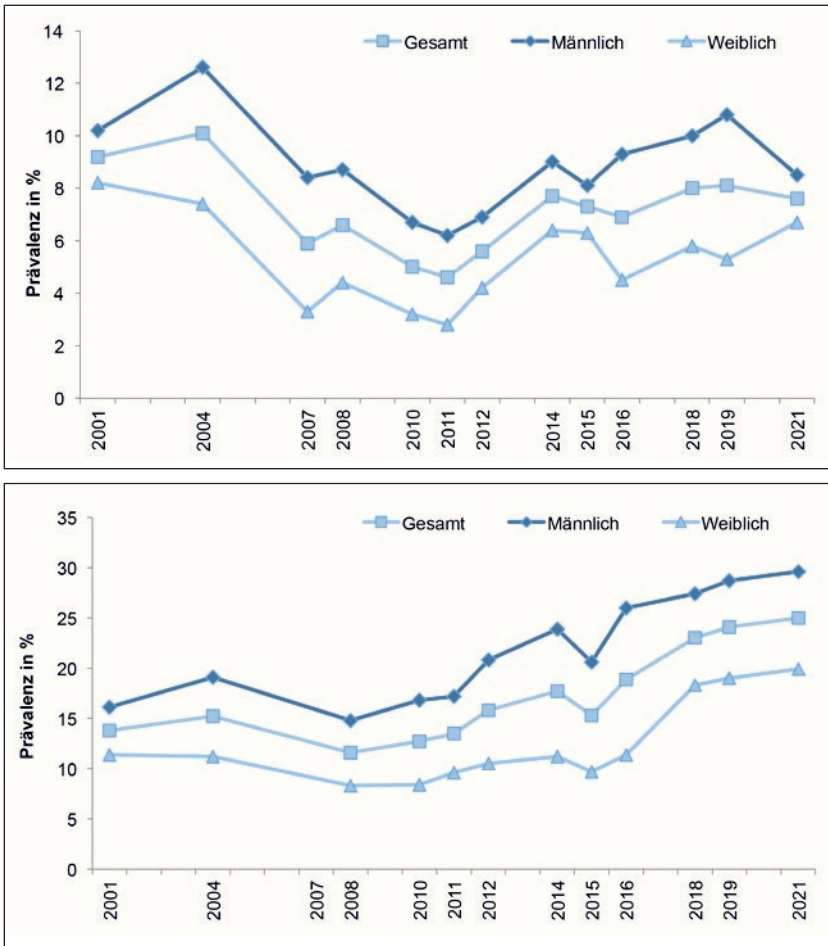
Anteil an Konsumierenden (letzte 12 Monate) von 5,1 % (2012) auf 10,0 % (2021). Der Verlauf ist in einzelnen Altersgruppen jedoch unterschiedlich. Während in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen keine signifikante Veränderung zu sehen ist (2018: 24,3 %, 2021: 23,9 %), verdoppelte sich die Konsumprävalenz in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen nahezu (2018: 2,6 %, 2021: 4,7 %) (Rauschert et al., 2023). Die Prävalenz von „problematischem Cannabiskonsum“ lag zwischen 1995 und 2018 weitgehend stabil bei etwa 10 %. Im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie war 2021 ein sprunghafter Anstieg auf 15 % zu verzeichnen (Olderbak et al., 2024). Zur Erfassung des problematischen Konsums wurde das Screeninginstrument „Severity of Dependence Scale (SDS)“ (Gossop et al., 1995) eingesetzt.¹

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-Jahresver-

¹ Die 5 Fragen der Severity of Dependence Scale (SDS) lauten:

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihr Cannabiskonsum außer Kontrolle geraten ist? nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.).
2. Ängstigt oder beunruhigt Sie die Aussicht, Ihre nächsten Cannabiskonsum auszulassen? nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.).
3. Machen Sie sich Sorgen über Ihren Cannabiskonsum? nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.).
4. Würden Sie sich wünschen, einfach aufhören zu können? nie/fast nie (0 Pkt.) manchmal (1 Pkt.) oft (2 Pkt.) immer/fast immer (3 Pkt.).
5. Wie schwierig würden Sie es finden, mit Ihrem Cannabiskonsum aufzuhören oder ohne Cannabis zu leben?

Abb. 5: Trends des Cannabiskonsums (mindestens 1x in den letzten 12 Monaten) bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (DAS und AS)



oben: 12-M-Prävalenz Cannabis DAS 12- bis 17-Jährige; unten: 12-M-Prävalenz Cannabis DAS 18- bis 25-Jährige. Quelle: DBDD 2021

gleich 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 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).

Eine Reihe von Faktoren konnten identifiziert werden, die mit einer höheren Konsumhäufigkeit verbunden sind (Olderbak et al., 2024). 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 von Marihuana war wahrscheinlicher (OR = 2,26 [1,35, 3,77]) mit einem erhöhten Konsum verbunden. Hierbei gab es Unterschiede, je nachdem ob die Befragten Cannabis selten, regelmäßig oder in starkem 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 Marihuana. Starke Konsumenten waren auch eher Tabakkonsumenten 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 Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben (Gossop et al., 1995). Die aktuellsten Daten (Selbsteinschätzungen der befragten Personen mit mindestens einmaligem Cannabisgebrauch in den letzten 12 Monaten) stammen aus dem Jahr 2021 (Rauschert et al., 2023) (Tab. 2). 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 Jahre) 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 %; Tab. 2).

Beachtenswert ist ein Anstieg in der Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums (nach SDS) zwischen den letzten beiden ESA-Erhebungen von

Tab. 2: Problematischer Cannabiskonsum nach SDS* 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 (n)	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	29,8	30,8	35,0	32,2	32,0	20,8	9,4	50,3
Männer (n)	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	32,9	28,3	38,8	36,0	36,3	25,1	10,2	66,5
Frauen (n)	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	25,2	33,4	30,2	28,4	24,8	11,0	6,7	17,8

* SDS: Severity of Dependence Scale; Summenwert ≥ 2 .

Quelle: Rauschert et al., 2023

2015 und 2021. Der Anteil an Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum hat sich von 1,2 % (2015) auf 2,5 % (2021) mehr als verdoppelt. 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 %).

6 Behandlung cannabisbezogener Störungen

6.1 Behandlungen in der Krankenhausdiagnose-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 Krankenhausstatistik zur Verfügung (Tab. 3).

Die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) sind bis 2015 angestiegen und seitdem mit Schwankungen rückläufig. Die medizinische Behandlung einer Cannabis-überdosierung erfolgt symptomatisch (Tab. 4).

Tab. 3: Akute Intoxikations- und Vergiftungsfälle mit Cannabis, Krankenhausstatistik (2021)

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)	18.626	456	5.299	8.549	3.572	750
durch Cannabinoide (F12.0)	1.721	138	918	531	118	16
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	968	67	160	195	220	326
durch Cannabis(-derivate) (T40.7)	106	14	44	35	9	4

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2023

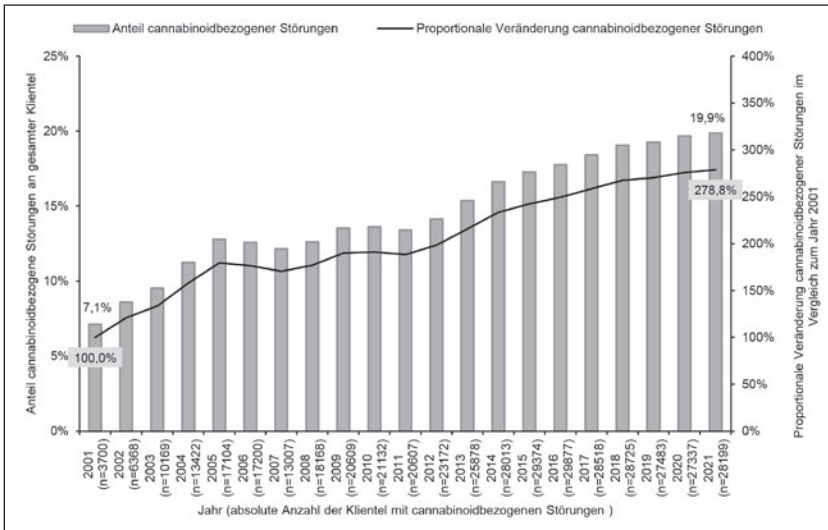
Tab. 4: Trends bei den Notfällen durch Cannabinoide (2012–2021)

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabinoide (T40.x)	293	272	308	335	284	234	186	170	116	106
Cannabinoide (F1x.0)	1.288	1.340	2.089	2.895	2.623	2.312	2.287	2.176	1.747	1.721

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen 2023

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 vorgestellt 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 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

Abb. 6: Relevanz cannabinoidbezogener Störungen in der ambulanten Suchthilfe

Bezugsbasis Gesamtanzahl Fälle mit Hauptdiagnose und Fälle mit Hauptdiagnose cannabinoidbezogene Störungen. DSHS, 2022, spezielle Berechnungen

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 2022 nach alkoholbezogenen Störungen der zweithäufigste Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (ambulant: 18,5 %, stationär: 9,9 %). Damit hat sich der Anteil an Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen im ambulanten Bereich seit der Jahrtausendwende verdreifacht (Abb. 6), im stationären Bereich kam es zu einer Verzehnfachung.

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden die im Durchschnitt jüngste Klientelgruppe in der deutschen Suchthilfe (ambulant: 26,5 Jahre; stationär: 30,4 Jahre), wobei zwei Drittel (ambulant: 67,8 %) bzw. die Hälfte (stationär: 52,0 %) 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: 81,3 %; stationär: 80,9 %). Allerdings hat sich der Frauenanteil (insbesondere im ambulanten Bereich) seit 2017 Schritt für Schritt erhöht.

Etwa ein Drittel der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt in einer festen Partnerschaft (ambulant: 34,4 %; stationär: 32,0 %). Etwa 1 von 4 ambulant betreuten Personen bzw. 5 von 9 stationär behandelten Personen sind arbeitslos gemeldet (ambulant: 25,9 %; stationär: 57,1 %). 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: 18,3 %; stationär: 3,1 %).

Ambulante Betreuungen dauern im Mittel 6,2 Monate. Nur bei Exzessiver Mediennutzung findet sich eine ähnlich niedrige mittlere Betreuungsdauer. Stationäre Behandlungen dauern im Mittel 3,5 Monate und damit ähnlich lange wie in den übrigen substanzbezogenen Störungsgruppen. Während sich die durchschnittliche Betreuungsdauer im ambulanten Bereich seit 2017 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: 60,7 %; stationär: 76,4 %). Hierbei war im stationären Sektor von 2017 bis 2021 eine schrittweise Zunahme des Anteils an Personen mit Verbesserung der Cannabinoidproblematik zu beobachten, im ambulanten Bereich zeigte sich diesbezüglich kein klares Muster. Weitere Informationen sind dem Jahresbericht der DSHS zu entnehmen (Schwarzkopf et al., 2023).

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 Cannabiskonsumstörungen, obwohl eine Reihe von Medikamentenklassen (wie Cannabinoid-Agonisten) vielversprechend sind und eine gründlichere Bewertung erfordern (Connor et al., 2021). Die Behandlung wird häufig durch komorbide psychische Erkrankungen und andere Störungen des Substanzkonsums erschwert.

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

stitut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Jahr 2021 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Evidenzrecherche durchgeführt.

7 Prävention

Unabhängig von der Substanz sind in der Prävention strukturelle Maßnahmen und verhaltensbezogene Maßnahmen zu unterscheiden. Strukturelle Maßnahmen beinhalten beispielsweise Verkaufsbeschränkungen, Werbeverbote oder Regulierungen zur einheitlichen Verpackung. Maßnahmen der Verhaltensprävention richten sich an die einzelne Person und zielen darauf ab, ihr individuelles Konsumverhalten innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen zu modifizieren. Darunter fallen klassische Präventionsprogramme, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten (universelle Prävention) oder an bestimmte Risikogruppen (selektive Prävention). Verhaltensbezogene universelle Präventionsaktivitäten bilden den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland (Schwerfel, 2023). Die meisten Angebote der Cannabisprävention richten sich an Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, den Konsum zu verhindern, hinauszuzögern oder zu reduzieren. Viele der entsprechenden Programme wurden für das Setting Schule entwickelt. Dieses Setting stellt nicht nur eine wichtige Lebenswelt der Jugendlichen dar, sondern erlaubt auch ihre flächendeckende Erreichung (Hanisch, Thomas, 2020).

Zur Cannabisprävention liegen substanzspezifische Programme vor. Dies sind beispielsweise „Cannabis – Quo vadis?“ (<https://www.villa-schoepflin.de/cannabis-quo-vadis.html>) oder der „Grüne Koffer“ (<https://www.starkstatt.breit.nrw.de/Gruener-Koffer>). Cannabisprävention findet aber auch im Rahmen von Programmen statt, die auf Drogen im Allgemeinen fokussieren, sowie substanzübergreifenden Programmen, bei welchen Lebenskompetenzprogramme im Vordergrund stehen. Suchtpreventive Lebenskompetenzprogramme zielen darauf ab, Schutzfaktoren des (problematischen) Substanzkonsums aufzubauen, und üben diese an konsumrelevanten Situationen. Sie umfassen sowohl Inhalte der sozialen Kompetenz, der sozialen Norm und der Wissensorientierung.

Zu schulbasierten Programmen liegt, im Vergleich zu anderen Ansätzen, die differenzierteste Evidenzbasis zur Beurteilung der Wirksamkeit vor (Bühler, Thrul, Gomes de Matos, 2020; Hoch et al., 2017). Somit konnten verschiedene Ansätze und Methoden identifiziert werden, die mit der Wirksamkeit von Programmen verbunden sind. Dabei werden häufig Cannabis und andere illegale Substanzen gemeinsam betrachtet; da Cannabis jedoch die mit Abstand

am häufigsten konsumierte Substanz darstellt (s. o.), ist die Übertragung der Ergebnisse gerechtfertigt.

Bei der Wahl eines Präventionsansatzes ist das Alter der Zielgruppe zu beachten. Universelle Prävention erwies sich insbesondere bis zur 7. Klasse als wirksam in Bezug auf Cannabiskonsum, wenn mit bestimmten Methoden gearbeitet wird. Informationsvermittlung stellt ein notwendiges, aber nicht ausreichendes Element dar, um Verhalten zu beeinflussen. Damit ist sie in fast allen Programmen zu finden, sollte aber durch weitere Bestandteile ergänzt werden. Resilienzfördernde Ansätze zeigen dabei präventive Effekte auf den Konsum, wobei die Förderung von Selbstkontrollstrategien besonders bedeutsam ist. In der 6. und 7. Jahrgangsstufe sind auch die Förderung sozialer Fertigkeiten und der Problemlösekompetenz sowie öffentliche Abstinenzverpflichtungen mit erhöhter Effektivität verbunden. Darüber hinaus bestehen Hinweise, dass eine Kombination der Ansätze zur Sozialen Kompetenzförderung und dem Modell der Sozialen Einflussnahme überdurchschnittlich effizient zur Prävention des Cannabiskonsums ist. 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. 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.

Eine Änderung der gesetzlichen Regulierung von Cannabis erfordert inhaltliche Anpassungen der bestehenden Programme. Prospektiv wird zu untersuchen sein, inwieweit sich unter veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen auch Methoden und Ansätze der Prävention ändern müssen. 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 zu erwarten. 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 erhaltenes Cannabis, ein Werbe- und Sponsoringverbot für Cannabis und Anbauvereinigungen, sowie Konsumverbote in unmittelbarer Nähe Minderjähriger (BMG, 2024). Des Weiteren ist vorgesehen, die Angebote der Verhaltensprävention durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auszubauen. 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, 2024).

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.
- 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; 52). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2023): Polizeiliche Kriminalstatistik. Tabelle 1: Fallentwicklung und Aufklärung der Straftaten/-gruppen. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): 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: 26.03.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Gesetz „Cannabis als Medizin“ in Kraft getreten. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/maerz/cannabis-als-medizin-inkrafttreten/>, Zugriff: 26.03.2024.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024): Cannabisprävention.de. Köln. <https://www.cannabispraevention.de/>, Zugriff: 26.03.2024.
- Connor, J. P. et al. (2021): Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 7(1), 16.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Definitionen 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: 26.03.2024.

- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023): New psychoactive substances – the current situation in Europe (European Drug Report 2023). Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en, Zugriff: 26.03.2024.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2020): Cannabisprodukte mit niedrigem THC-Gehalt in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/13471/TD0320749DEN_002.pdf, Zugriff: 26.03.2024.
- Gates, P. J. et al. (2016): Psychosocial interventions for cannabis use disorder. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(5), CD005336. doi: 10.12688/f1000research.11191.1.
- Hanisch, C.; Thomas, H. (2020): Die Rolle der Schule in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung. In: Fegert, J. et al. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer. 1–10.
- 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.
- Hoch, E.; Friemel, C.; Schneider, M. (2019): Cannabis: Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse. Heidelberg: Springer.
- Hoch, E. et al. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Abschlussbericht. München: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_Cannabispraevention_an_Schulen_2017.pdf, Zugriff: 26.03.2024.
- Hoch, E. et al. (2015): Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. Dt. Ärzteblatt, 112(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>.
- Gossop, M. et al. (1995): The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction, 90(5), 607–614.
- Olderbak, S. et al. (2024): Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. Addiction, 119(2), 311–321.
- Orth, B.; Merkel, C. (2022): Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-ALKSY21-DE-1.0>. Zugriff: 26.03.2024.

- Rauschert, C. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 1990-2021. München: IFT Institut für Therapiefor-
schung. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html>, Zugriff: 26.03.2024.
- Rauschert, C. et al. (2022): The use of psychoactive substances in Germany. Deutsches Ärzteblatt, 119(31–32), 527–534. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244.
- Schwarzkopf, L. et al. (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapiefor-
schung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2022_Jahresbericht.pdf, Zugriff: 26.03.2024.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (2023): Krankenhausstatistik (Diagnosen). Sonderauswertung durch das Statistische Bundesamt. Wiesbaden.

2.4 Varianten internetbezogener Störungen – ein Update

Klaus Wölfling, Kai W. Müller

Zusammenfassung

Die omnipräsente Nutzung von digitalen Medien reicht von schulischen, universitären oder beruflichen Lern- und Weiterbildungsplattformen, über vielfältige Einkaufsmöglichkeiten, Kommunikations-Apps, Streaming-Plattformen, Nachrichtenseiten und Unterhaltungsangeboten jedweder Art.

Somit setzen auch Anbieter von Computer- und Glücksspielen vermehrt auf den Online- Charakter ihrer Spiele, um potenziellen Nutzerinnen und Nutzern ein noch reizvolleres Spielerlebnis zu ermöglichen. Online-Shoppingseiten setzen durch verstärkte personalisierte Werbung und teilweise mit integrierten Glücksspielangeboten (z. B. Glücksrad, um Prozente zu erhalten) auf ihren Websites auf immer mehr Präsenz und lockende Angebote für potenzielle Nutzerinnen und Nutzer.

Synchron zu diesem Anstieg der Nutzung von digitalen Medien, mit implementiertem Spielcharakter, ist auch ein Anstieg von onlinebezogenen Verhaltensabhängigkeiten zu beobachten. Je nach Form der genutzten App können sich nach langanhaltender Nutzung im Zusammenspiel mit persönlichen Vulnerabilitäten der Nutzerinnen und Nutzer verschiedene Onlineverhaltenssüchte entwickeln.

Die häufigsten Formen der onlinebezogenen Verhaltensabhängigkeiten sind: die Online-Glücksspielstörung, die Online-Computerspielstörung, die Online-Pornografie-Nutzungsstörung, die Online-Shoppingstörung sowie die Soziale-Netzwerkseiten-Nutzungsstörung.

Abstract

The omnipresent use of digital media ranges from school, university or professional learning and training platforms to numerous shopping opportunities, communication apps, streaming platforms, news sites and entertainment offerings of all kinds.

As a result, providers of computer games and games of chance are also increasingly focussing on the online nature of their games in order to offer potential users an

even more appealing gaming experience. Online shopping sites are increasing their presence and enticing potential users with more personalised advertising and, in some cases, integrated gambling offers (e.g. wheel of fortune to earn percentages) on their websites.

In line with this increase in the use of digital media with an implemented gambling character, an increase in online-related behavioural addictions can also be observed. Depending on the type of app used, various online behavioural addictions can develop after prolonged use in conjunction with users' personal vulnerabilities.

The most common forms of online-related behavioural addictions are: online gambling disorder, online computer gaming disorder, online pornography use disorder, online shopping disorder and social network site use disorder.

Klassifikation von internetbezogenen Störungen

Onlinebezogene Verhaltenssüchte weisen ähnliche kognitive und zugrundeliegende neuronale Prozesse wie substanzgebundene Süchte auf. Es wird kohärent angenommen, dass für das exzessive, wiederholt durchgeführte und unkontrollierbar erlebte Verhalten der Betroffenen eine Sensibilisierung des dopaminergen Belohnungssystems und die neuronale Plastizität des Gehirns verantwortlich sind. Auch spielen klassische Lernmechanismen und Lernerfahrungen eine wichtige Rolle beim Entwickeln und vor allem Aufrechterhalten von onlinebezogenen Verhaltenssüchten. Vorläufige und schnell erfolgende positive Konsequenzen durch das vermehrte spezifische Onlineverhalten, wie z. B. Glücksgefühle, Euphorie, Nervenkitzel oder der Wegfall negativer Gefühle oder Spannungsreduktion, verstärken das ausgeführte Onlineverhalten. Diese verhaltensverstärkenden Prozesse werden als Gedächtnisspuren abgespeichert, in der Summe werden diese Erinnerungsspuren als Suchtgedächtnis bezeichnet.

Zum aktuellen Zeitpunkt werden onlinebasierte Verhaltensabhängigkeiten durch die DSM-5-Kriterien klassifiziert, wie sie für die Computerspielerkrankung (Internet Gaming Disorder) im DSM-5 vorgeschlagen wurden. Es wird derzeit vorgeschlagen, diese Kriterien auch auf andere onlinebezogene Verhaltenssüchte zu adaptieren (z. B. Müller et al., 2019).

Die sieben weitgehend gleichlautenden Kriterien werden im Folgenden kurz dargestellt. Betroffene berichten, ständig über früheres Onlineverhalten nachdenken zu müssen, oder antizipieren kognitiv zukünftiges Onlineverhalten. Diese gedankliche Omnipräsenz des Suchtverhaltens wird als *Gedankliche Eingenommenheit* bezeichnet. Zudem ist bei den meisten Betroffenen eine Entzugssymptomatik zu erkennen, wenn das spezifische Onlineverhalten

nicht ausgeführt werden kann. Dies kann sich in einer inneren Unruhe, aggressivem Verhalten, Gereiztheit, einer dysphorischen Stimmungslage oder Schlafstörungen zeigen. Auch kann es bei onlinebezogenen Verhaltensabhängigkeiten, ähnlich wie bei substanzgebundenen Störungen, zu einer *Toleranzentwicklung* kommen. Betroffene müssen also immer mehr des spezifischen Onlineverhaltens ausführen, um denselben Grad an Befriedigung dadurch erleben zu können. Vorgenommene, jedoch *erfolglose Abstinenzversuche* sind ebenfalls ein Hinweis für eine missbräuchliche Nutzung von Onlinemitteln. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Diagnosestellung kann das *Belügen anderer oder die Verheimlichung des tatsächlichen Ausmaßes des Onlineverhaltens des Betroffenen gegenüber anderen* sein. Zudem kann das exzessive Onlineverhalten zur *Gefährdung von wichtigen Beziehungen und/oder der Arbeit- oder Ausbildungsstelle* führen. Das siebte Kriterium fokussiert den Zweck vieler Betroffener, der hinter dem exzessiven Onlineverhalten stehen kann. Es ist nämlich zu beobachten, dass viele Betroffene das Onlineverhalten zeigen, um erlebte *Gefühle zu regulieren*, einmal im Sinne einer Verstärkung positiver Gefühle, oder um negative Gefühle zu verdrängen. Zur vertieften Diagnostik steht ein von den Autoren entwickeltes und validiertes klinisches Interview (AICA-SKI-IBS; Müller et al., 2019; Wölfling et al., 2022) zur Verfügung, das sich kostenfrei über die Homepage des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V. downloaden lässt (<https://www.fv-medienabhaengigkeit.de/>).

Online-Glücksspielstörung

Ergänzend für die Diagnose der Online-Glücksspielstörung (GSS) können neben den benannten fünf Kriterien zur allgemeinen Diagnostik der Online-bezogenen Störungen zwei weitere spezifische Kriterien für die GSS zur Diagnostik mit herangezogen werden. Ein häufig beobachtetes Phänomen ist das sogenannte „chasing“ (so definiert im DSM-5). Betroffene versuchen ihre finanziellen Verluste durch nochmals intensiviertes Glücksspielen auszugleichen. Das zweite Kriterium beschreibt den Effekt, dass Personen mit GSS sich häufig auf finanzielle Unterstützung von anderen verlassen, um die finanzielle Notlage, die durch das Glücksspielen entstanden ist, zu überwinden (Banerjee et al., 2023).

Wie bereits eingangs erwähnt, kam es auch in der Glücksspielbranche in den letzten Jahren zu großen Veränderungen in den Spielmodalitäten. Aktuelle Studien zeigen, dass sich das Online-Glücksspielangebot in Europa mindestens verdoppelt hat (The Swedish Gambling Authority, 2018). Laut aktuellem Glücksspielatlas 2023 vergrößerte sich das Angebot von Webseiten mit Glück-

spiel von 1995 zu 2023 um den Faktor 180 (24 Webseiten zu 4.315 Webseiten; Schütze et al., 2023). Glücksspiel findet nicht mehr nur in Glücksspielhallen, Casinos oder an Wettbüros statt, sondern kann jederzeit anonym von zuhause aus betrieben werden. Das Angebot reicht von den typischen Automatenspielen, die sich mittlerweile auch online etabliert haben, über unzählige Wettseiten bis hin zu ganzen Online-Casinos. Besonders bedenklich ist, dass potenzielle Schutzfaktoren, die beim terrestrischen Glücksspiel gegeben sein können (z. B. Kontrolle durch Spielendenschutzbeauftragte, Scham darüber beim Glücksspielen gesehen zu werden, Selbstsperrung) wegfallen. Online kann weitestgehend anonym, isoliert und ohne soziale Kontrolle von außen gespielt werden (Schütze et al., 2023). Auch ist der Zugang durch den Online-Charakter der Glücksspiele wesentlich simpler und schneller. Eventuelle Selbstsperrungen können online leicht umgangen werden und der Aufwand der Anfahrt, um zu einer präferierten Spielstätte zu kommen, entfällt. Das problematischste am Online-Glücksspiel scheint jedoch die ständige Verfügbarkeit zu sein (Hing, Russell, Browne, 2017). Bedenkt man, dass Glücksspiel bei den meisten Betroffenen als Mittel der Emotionsregulation fungiert (vgl. z. B. Müller, Wölfling, 2020, S. 93), können Betroffene mit der schnellen Verfügbarkeit des Glücksspiels direkt auf ihre erlebten Gefühlszustände einwirken und diese durch das Spielen regulieren. Sie erlernen dadurch unangenehme Gefühle unmittelbar durch Online-Glücksspiel verhindern zu können, was im Suchtgedächtnis der Betroffenen abgespeichert wird, sodass immer schneller zum Suchtmittel gegriffen bzw. das Suchtverhalten ausgeübt wird.

Die Folgen des Online-Glücksspiels zeichnen sich auf vielen Ebenen ab. Auf der finanziellen Ebene ist ein großer Verlust von Erspartem und wertvollem Besitz zu beobachten, wodurch es oftmals zu Problemen beim Bestreiten des Lebensunterhalts kommt. Auf der gesellschaftlichen Ebene kommt es zu Leistungseinbußen bei der Arbeit und in Folge dessen in manchen Fällen sogar zum Verlust des Jobs, wodurch die Rate von Gelegenheitsverbrechen aus Geldnot ansteigt. Auch ist ein gesellschaftlicher Rückzug zu beobachten, der möglicherweise durch Stigmatisierungen der Gesellschaft gegenüber der Person mit Online-Glücksspielabhängigkeit verstärkt wird. Auch auf der Beziehungsebene der Personen mit Online-Glücksspielstörung kann es ebenfalls zu Veränderungen durch die Abhängigkeit kommen. Ein gestörtes Vertrauensverhältnis durch Lügen über das eigene Glücksspielverhalten, physische Auseinandersetzungen und Konflikte sowie die Aufgabe einer Beziehung sind häufige Konsequenzen, die aus der Online-Glücksspielstörung resultieren. Im emotionalen Erleben berichten Betroffene häufig über depressive Episoden, Gefühle der Wut, aber auch der Hoffnungslosigkeit und Angst, ein erhöhtes Stresserleben, Schamgefühle und von einem reduzierten Selbstwert. Das

erhöhte Stresserleben kann sich auch auf körperlicher Ebene zeigen, durch Schlafprobleme, Müdigkeit und/oder Bluthochdruck. Weitere körperliche Folgen können durch eine reduzierte Selbstfürsorge entstehen und sich in sub-optimalen Essgewohnheiten, reduzierter Hygiene und fehlender sportlicher Aktivität zeigen. Auch ist das Risiko für Selbstverletzungen bei Personen mit Glücksspielerkrankung erhöht (Schütze et al., 2023).

Diagnose

Zurzeit wird auch die Online-Glücksspielerkrankung im ICD-10 noch unter der F63.0 (Pathologisches Spielen) eingeordnet. Im ICD-11 wird es jedoch bald möglich sein, auch den Online-Charakter dieser Verhaltenssucht in der Diagnose zu integrieren, indem die Online-Glücksspielerkrankung als Glücksspielerkrankung vorwiegend online 6C51.0 aufgeführt sein wird.

Prävalenz

Die Prävalenz für die GSS (hier inkludiert das Online-Glücksspiel und das terrestrische Glücksspiel) wird in Europa heterogen angegeben. Calado und Griffiths (2016) berichten Prävalenzschätzungen von 0,12 bis 3,4 % im Erwachsenenalter. Im Mittel über die Studien kann eine Prävalenz von ca. einem Prozent im Erwachsenenalter angenommen werden. Neuesten Beobachtungen nach steigt die Prävalenz im Jugendalter durch den rasant wachsenden Markt an Online-Glücksspielangeboten, sodass im Jugendalter von einer Prävalenz von 1,5 % ausgegangen wird. In der Metaanalyse von Hodgins und Stevens (2021) wird berichtet, dass es global gesehen einen Rückgang der Glücksspielerprävalenzen in den letzten Jahren gab, sich jedoch eine vulnerable Gruppe bildete, die durch den wachsenden Online-Glücksspielmarkt eine noch verstärkte Glücksspielerkrankungssymptomatik entwickelt hat.

Komorbidität

Hodgins und Kollegen (2011) berichten von einem 4,4-fach erhöhten Risiko für eine komorbide Substanzkonsumstörung bei Personen mit GSS. Hierbei ist vor allem der erhöhte Alkohol- und Tabakkonsum zu nennen. Ebenfalls häufige Komorbiditäten sind affektive Störungen und die antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Online-Computerspielerkrankung/Computerspielerkrankung

Die Computerspielerkrankung (CSS) stellt vermutlich, und so auch im DSM-5 angegeben, in der Allgemeinbevölkerung die häufigste Störung unter den

Online-Verhaltenssüchten dar und hat auch in der internationalen Forschungsliteratur die höchste Publikationsdichte.

Zu den bereits oben beschriebenen allgemeinen und weitgehend identischen Kriterien für Online-Verhaltenssüchte können für die CSS zwei weitere spezifische Kriterien ergänzend für die Diagnostik hinzugezogen werden. Zum einen zeigen Personen mit einer CSS häufig zusätzlich einen Verlust des Interesses an früheren Hobbies und Beschäftigungen, da das Computerspielen im Fokus der Aufmerksamkeit steht und meist den Großteil der Freizeit oder sogar allgemeinen Tageszeit einnimmt. Beutel und Kollegen (2011) konnten feststellen, dass die typische Nutzungszeit bei Personen mit CSS bei acht Stunden pro Wochentag liegt und am Wochenende sogar auf elf Stunden ansteigt.

Das zweite Kriterium bezieht sich spezifischer auf die Beziehungen der Betroffenen, die durch das Online-Computerspielen stark leiden können. Es ist zu beobachten, dass sich Betroffene oft über psychosoziale Probleme aufgrund des Computerspielens bewusst sind, das Spielen aber trotzdem nicht einschränken können.

Eine ausgeprägte CSS kann zu erheblichen individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Problemen führen. Auf individueller Ebene wird die CSS mit einer verminderten Selbstkontrolle und Defiziten in der Entscheidungsfindung in Verbindung gebracht (Wang et al., 2017). Zudem berichten Betroffene über vermehrte Angstzustände und zunehmend niedergeschlagenere Stimmung. Weitere häufige Probleme betreffen beispielsweise Schlafstörungen, suboptimale Ernährung, eingeschränkte Hygiene, muskuloskelettale Probleme oder allgemeine körperliche Schmerzbeschwerden (z. B. Müller, Beutel, Wölfling, 2019). Auf der sozialen Ebene führt die CSS häufig zu sozialer Isolation, beeinträchtigten Familienverhältnissen oder dem Verlust realer sozialer Kontakte und Freundschaften, die über das Computerspiel hinausgehen. Im Bildungs- und Berufsbereich entstehen häufig Probleme und Konflikte mit Bildungseinrichtungen oder Arbeitgebenden durch die Abnahme schulischer oder beruflicher Leistung. Die ökonomischen Auswirkungen der Computerspielstörung sind vor allem in den Kosten für das Gesundheitssystem aufgrund behandlungsbedürftiger Folgen und großen Produktivitätsverlusten erkennbar. Zudem können Stigmatisierung und Vorurteile der Gesellschaft gegenüber Personen mit CSS zu einer Verstärkung der erlebten sozialen Isolation führen und ein immer stärkeres Abdriften in die digitale Onlinewelt begünstigen.

Diagnose

Die Online-Computerspielstörung kann momentan in der ICD-10 als F63.8 (G) Störung durch Computerspielen, ersatzweise verschlüsselt als Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle verschlüsselt wer-

den. In der ICD-11 wird die Störung demnächst mit 6C51 (Computerspielsucht) verschlüsselt.

Prävalenzen

Die CSS scheint besonders im jungen Alter ein vermehrtes Problem zu sein. Für männliche Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren werden Punktprävalenzen von 8,4 % berichtet (Wartberg et al., 2017). Für Mädchen im selben Alter fällt die Prävalenz mit 2,9 % deutlich kleiner aus (Wartberg et al., 2017). Rumpf und Kollegen (2011) berichten für Jugendliche und Erwachsene gemeinsam eine Prävalenz von ca. einem Prozent.

Komorbiditäten

Mit dem Störungsbild der CSS gehen vor allem affektive Störungen sowie Angsterkrankungen einher. Außerdem zeigen sich erhöhte Komorbiditäten mit Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS).

Online-Pornografie-Nutzungsstörung (PNS)

Das Problemverhalten der Online-Pornografie-Nutzungsstörung (PNS) besteht in dem exzessiv-unkontrollierten Konsumieren von pornografischem Video- und Bildmaterial. Betroffene verspüren einen sehr starken Drang danach pornografisches Material zu konsumieren und können infolgedessen die Konsumdauer und -häufigkeit nicht mehr kontrollieren (vgl. DSM-5 sowie Dhuffar, Griffiths, 2015). Anonymer, uneingeschränkter, leicht zugänglicher und kostengünstiger oder sogar kostenfreier Konsum von pornografischem Bild- und Videomaterial wird durch das mittlerweile allgegenwärtige und immerzu verfügbare Internet immer einfacher.

Die PNS zeigt sich sowohl im Verhalten der Betroffenen als auch im kognitiv-emotionalen Erleben. Die Verhaltensebene beschreibt die aktive Umsetzung des Suchtverhaltens und die daraus resultierenden suchtbefugten Kontexte. Hierunter fällt beispielsweise das promiskuitive Verhalten, welches Betroffene häufig in ihrem Bindungsverhalten zeigen. Die kognitiv-emotionalen Ebene beschreibt das Erleben der Betroffenen und den Umgang mit dem Suchtverhalten sowie die Bewertung des eigenen Verhaltens. Hier zeigen Betroffene häufig starke Schuld- und Schamgefühle über suchtbefugtes Verhalten. Auch sind Gedankenkreisen um sexuelle Inhalte und Handlungen, die von Betroffenen dann wiederum negativ bewertet werden, typisch für die PNS, wodurch eine erneute Selbstabwertung entsteht (z. B. Blinka et al., 2022).

Die Folgen einer PNS können die Lebensqualität stark einschränken und zu weitreichenden Problemen in sozialen und gesellschaftlichen Kontexten führen. Durch das promiskuitive Verhalten fällt es Betroffenen beispielsweise schwer enge, langfristige Partnerschaften einzugehen oder eine bestehende Partnerschaft aufrechtzuerhalten, was das promiskuitive Verhalten durch die fehlende romantische Beziehung zu einer einzelnen Person wiederum verstärken kann. Durch gesellschaftliche Stigmatisierungen fällt es Betroffenen häufig schwer, sich mit ihren Problemen einer Person anzuvertrauen und Beratungs- oder Behandlungsstätten aufzusuchen, wodurch sie häufig lange Zeit alleine versuchen, mit den suchtbezogenen Problemen umzugehen.

Diagnose

Die Online-Pornografie-Nutzungsstörung wird in der jetzigen Fassung der ICD-10 als F63.8 Online-Pornografie-Nutzungsstörung, ersatzweise verschlüsselt als sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle verschlüsselt. Im ICD-11 wird es möglich sein die PNS auf zwei Arten zu verschlüsseln. Zum einen kann die PNS als *6C72 Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten* angegeben werden oder als *6C5Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssuchte*.

Prävalenz

Gemäß aktueller Schätzungen sind in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen von PNS betroffen. Es wird angenommen, dass etwa 90 % der Betroffenen männlich sind. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass die Dunkelziffer der PNS erheblich höher liegt, da der problematische Konsum oft mit Schamgefühlen verbunden ist und daher häufig verschwiegen wird. Eine Studie der Suchtambulanz Mainz, die von Wölfling und Kollegen (2019) durchgeführt wurde, ergab, dass etwa 16 % der Personen mit Internetabhängigkeit auch unter PNS leiden.

Komorbiditäten

Häufige Komorbiditäten der PNS sind ein erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum. Auch affektive Störungen wie die Depression, die (Hypo-)Manie und bipolare Störungen gehen gehäuft mit der PNS einher (Inescu et al., 2012). Im klinischen Kontext beobachtet man zudem häufig Zusammenhänge mit traumatischen Lebensereignissen (Marx, Müller, Beutel, 2021).

Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung und Online-Kaufsucht

Zwei weitere Varianten von Online-Verhaltenssüchten stellen die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung und die Online-Kaufsucht dar. Während sich Betroffene mit Online-Kaufsucht oftmals wegen aus dem Suchtverhalten erwachsender finanzieller Nöte in Behandlung begeben (z. B. Müller, Joshi, Thomas, 2022), stellen sich Patientinnen und Patienten mit einer Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung nur selten im spezifischen Hilfesystem vor. Es fehlt demnach an klinischen Erfahrungswerten und an direkten Patientenkontakten. Aus epidemiologischen Studien geht allerdings hervor, dass Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörungen erstens in der Allgemeinbevölkerung mit hoher Prävalenz auftreten (z. B. Cheng et al., 2021) und zweitens, dass das Störungsbild mit vergleichbar hoher psychopathologischer und psychosozialer Symptombelastung einhergeht, wie andere Formen internetbezogener Störungen (Scherer et al., 2021). Weiter zeigt sich, dass gerade unter weiblichen Patienten, die sich wegen anderer psychischer Erkrankungen in psychotherapeutischer Behandlung befinden, überzufällig häufig unter einer komorbiden Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung leiden. Ungünstig ist, dass diese Begleiterkrankung nur in den seltensten Fällen diagnostisch festgestellt wird und damit auch kein Teil des Behandlungsplans wird (Scherer et al., 2021).

Während für die Online-Kaufsucht bereits konkrete Behandlungsansätze existieren, welche vornehmlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind (vgl. z. B. Müller, Wölfling, Müller, 2020), gibt es für die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung derzeit noch kein hinreichend erprobtes therapeutisches Vorgehen. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts IBSfemme*INTERV wird derzeit eine speziell auf die spezifischen Charakteristiken der Sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung ausgerichtete Kurzzeitinterventionsprogramm (net_WORKOUT) in einer Pilotphase erprobt.

Diagnose

Beide Störungen werden in der ICD-10 als F63.8 ersatzweise als sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle verschlüsselt. In der ICD-11 können beide Störungen unter dem Code 6C5Y „Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte“ angegeben werden.

Prävalenz

Für beide Formen internetbezogener Störungen existieren recht heterogene Prävalenzschätzungen. Bei der Online-Kaufsucht ergaben die Ergebnisse einer Meta-Analyse eine Prävalenz von 4,9 %, wobei einschränkend zu erwähnen ist, dass hier nicht genau unterschieden wurde zwischen Online- und Off-

line-Kaufsucht (Maraz, Griffiths, Demetrovics, 2016). Mit 5,0 % fällt die Prävalenz für die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung gemäß einer internationalen Meta-Analyse ähnlich hoch aus (Cheng et al., 2021).

Komorbidität

Unter Betroffenen mit einer Online-Kaufsucht erweisen sich depressive Erkrankungen, Angststörungen, aber auch somatoforme Störungen als häufig auftretende Begleiterkrankungen (Laskowski et al., 2021). Bei der Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung ergibt sich ein breit gefächertes Muster an Komorbiditäten (Scherer et al., 2021). Insbesondere weibliche Betroffene weisen überzufällig häufig Persönlichkeitsstörungen, aber auch Traumafolgeerkrankungen und unipolare affektive Störungen auf (Scherer et al., 2021).

Übergreifende Behandlungsansätze für verschiedene Formen der Internetnutzungsstörung

Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung sollte zunächst eine ausführliche anamnestische Erfassung der Problematik sein. Anschließend sollte ein Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten über die Diagnose geführt und psychoedukativ das Störungsbild nähergebracht werden, um ein tiefergehendes Verständnis für die Störung zu erzeugen.

Für internetbezogene Störungen haben sich besonders verhaltenstherapeutische Ansätze für die Therapie bewährt (Zajac, Ginely, Chang, 2020; Abbott, 2019). Diese fokussieren zu Beginn der Therapie auf die Identifikation von Auslösern (Cues), die das Suchtverlangen anregen und somit zum Suchtverhalten führen. Diese Cues sind vielen Betroffenen durch defizitäre Selbstreflexion des eigenen Handelns, der erlebten Gefühle und Gedanken nicht bewusst, weshalb sie im ersten Schritt der Therapie bewusstgemacht werden sollten. Die Defizite in der Selbstreflexionsfähigkeit können durch gezielte Übungen und Interventionen zur Stärkung der Motionsdiskriminanz verbessert werden. Betroffene sollten hierbei lernen, bewusster ihre Gefühle und Gedanken wahrzunehmen und zu differenzieren und die Verbindung von erlebten Gefühlen und dem Verlangen, dem Suchtverhalten nachzukommen, verstehen.

Auch sollten zu Beginn der Therapie eindeutige Therapieziele formuliert werden, welche bestenfalls in einzelne erreichbare Unterziele untergliedert werden sollten, um ein Erfolgserlebnis möglich zu machen und damit die Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiemotivation zu stärken. Zum Aufbau der Therapiemotivation haben sich Techniken des Motivational Interviewing von Miller und Rollnick (1999) bewährt. Eine multizentrische, randomi-

siert-kontrollierte Studie (RCT) zur Überprüfung eines abstinenzorientierten, verhaltenstherapeutischen Manuals zur Gruppentherapie bei Computerspiel- und Internetsucht konnte eindruckliche positive Effekte der Intervention im Vergleich zu einer Wartegruppe nachweisen (Wölfling et al., 2019). Betroffene wünschen sich anfangs häufig eine kontrollierte Nutzung des Suchtmittels zu erlernen. Im Laufe der Therapie stellt sich jedoch meistens die Einsicht ein, dass eine Abstinenz zum Erreichen aller Therapieziele grundlegend ist und der Versuch einer kontrollierten Nutzung schnell zum erneuten exzessiven Betreiben des Verhaltes und zu erlebten Kontrollverlusten führt. Ein grundlegendes Ziel sollte daher die vollständige Abstinenzerrreichung sein, wobei die klinische Realität verdeutlicht, dass auch Vereinbarungen über eine Teilabstinenz zunächst sinnvoll sein können. Für den Motivationsaufbau für zukünftiges abstinentes Verhalten können Kosten-Nutzen-Analysen hilfreich sein, in welchen negative und positive Konsequenzen abstinenten Verhaltens beleuchtet werden. Um diese Intervention erlebbarer zu machen, können Imaginationsübungen zu den explorierten Konsequenzen unterstützend wirken.

Neben der Abstinenz gilt es, alternative belohnende und positiv verstärkende Verhaltensweisen in den Alltag der Betroffenen zu integrieren. Eine gemeinsame Exploration von positiven, alternativen Aktivitäten zum Suchtverhalten kann hier erstellt werden und das Ausführen ausgewählter Aktivitäten als Unterziel bis zu einem bestimmten Zeitpunkt angestrebt werden. Weitere sekundäre Ziele der Therapie sind beispielsweise die Arbeit an der Tagesstruktur, die Verbesserung und der eventuelle Aufbau sozialer und romantischer Beziehungen, das Regulieren der sexuellen Aktivität und ein langfristiger Erhalt der Abstinenz durch am Ende der Therapie erstellte Notfallkarten oder Verträge im Rahmen der Rückfallprophylaxe.

Als weiterer Interventionsbestandteil können in den ersten Wochen der Behandlung Wochenprotokolle dienlich sein, als Unterstützung für die angestrebte verbesserte Fähigkeit zur Selbstreflexion. Durch den Prozess des Protokollierens können bislang automatisierte und vorbewusste Verhaltensroutinen besser sichtbar gemacht werden. Wodurch interne als auch externe Auslöser, die mit dem Suchtverhalten assoziiert sind, besser identifiziert werden können. Protokolliert werden sollten: erlebte Situationen, Gedanken, Gefühle, körperliche Empfindungen, Verlangen nach dem Ausführen des Suchtverhaltens und eventuell – bei Noch-nicht-Erreichen der Abstinenz – die Nutzungsdauer des problematischen Mediums. Die Wochenprotokolle können gemeinsam in der Therapie besprochen werden und tragen dazu bei, ein genaueres individuelles Störungsmodell zu entwickeln. Auch können sie als Ausgangspunkt für die kognitive Umstrukturierung dienen. Betroffene berichten, dass bereits der Prozess des Protokollierens und das Sichtbarmachen der eige-

nen Nutzungszeit zu einer Reduzierung des Suchtverhaltens führt (Wölfling et al., 2022).

Ein weiterer effektiver Behandlungsbestandteil für onlinebezogene Verhaltensabhängigkeiten ist die Expositionstherapie. In diesem Kontext werden die Betroffenen graduell und systematisch mit Situationen konfrontiert, die mit suchtassoziierten Cues verbunden sind. Dieser Prozess kann von einer rein imaginären Konfrontation mit dem Reiz bis hin zu tatsächlichen physischen Konfrontationen reichen, beispielsweise dem Besuch einer Glücksspielhalle, dem Initiieren eines Computerspiels oder dem Zugriff auf eine pornografische Website. Das übergeordnete Ziel dieser Therapieform besteht darin, die Reiz-Reaktionsverknüpfung der Patientinnen und Patienten zu modifizieren, indem bewusst erfahren wird, wie die präsentierte Situation das Verlangen auslöst, dieses anfänglich intensiviert, jedoch im Verlauf der Exposition abklingt. Die Konfrontation und allmähliche Habituation an suchtassoziierten Cues kann in Form eines Cue Exposure Trainings gelernt werden. In der Metaanalyse von Bergeron et al. (2022) wurde diese Art des Trainings als effektives Behandlungsmerkmal für die Behandlung der GSS identifiziert.

Eine neue modifizierte Variante der Cue Exposure Therapy stellt das Biofeedback-guided Cue Exposure Training dar (Dominick, Wölfling, Kessler, 2022). Neben der Konfrontation der suchtassoziierten Cues wird dem Betroffenen seine eigene emotionale Erregung während der Konfrontation dargeboten. Dies erfolgt durch das objektive physiologische Maß des Hautleitwerts, welcher mittels zwei an der Hand befestigten Elektroden abgenommen und in Echtzeit auf einem Display dargestellt wird. Die Betroffenen bekommen damit einen unterstützenden Zugang zu ihrem emotionalen Erregungszustand und können neben dem inneren Erleben einer Entspannung durch die allmähliche Habituation auch ein objektives physiologisches Maß betrachten.

Bezüglich des Settings der Therapie haben sich sowohl Gruppensettings für die einzelnen onlinebezogenen Verhaltensabhängigkeiten etabliert als auch Einzeltherapie. In der aktuellen Forschung scheinen auch Online-Therapieangebote ein effektives Behandlungsinstrument darzustellen (Augner et al., 2022). In Anbetracht der Feststellung, dass nicht alle unterstützungsbedürftigen Personengruppen im ambulanten und stationären Setting Eingang finden, kann ein Online-Therapieangebot als ergänzende Maßnahme betrachtet werden, um die Versorgungsleistung zu verbessern.

Wenn gleich die Pharmakotherapie eine eher marginale Bedeutung annimmt für die Behandlung von onlinebezogenen Verhaltenssuchten, liefert der Überblicksartikel nach CONSORT-guidelines von Zajac et al. (2020) dennoch Belege für die Wirksamkeit bestimmter Medikamente. Sowohl für Bupropion, ein Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer, zur Be-

handlung von Depressionen oder zur Unterstützung der Raucherentwöhnung, als auch für Methylphenidat, ein indirektes Sympathomimetika, welches ebenfalls das noradrenerge und dopaminerge Transmittersystem beeinflusst und typischer Weise für die Behandlung von ADHS verwendet wird, gibt es positive Wirknachweise. Der Artikel stellt allerdings auch dar, dass die Kombination von Bupropion mit kognitiv-behavioraler Verhaltenstherapie bessere Therapieerfolge erzielen kann als die reine Bupropionbehandlung.

Gegenwärtige Behandlungsstrukturen in Deutschland

Die praktische Umsetzung der oben aufgeführten Interventionsansätze ist unter dem besonderen Blickwinkel der Versorgungslandschaft des deutschen Versorgungs- bzw. Suchthilfesystems zu betrachten. Erstkontakte von Betroffenen und Angehörigen ergeben sich oftmals im Setting von allgemeinärztlichen oder pädiatrischen Praxen und Ambulanzen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder auch Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Gezielte Erstvorstellungen erfolgen in Suchtberatungsstellen und spezialisierten Fachambulanzen für Verhaltenssüchte. Im Rahmen dieser Einrichtungen werden die zunächst indizierten ambulanten Behandlungsmaßnahmen angeboten: Psychotherapie im Gruppen- und Einzelsetting, Sozial- und Angehörigenberatung sowie rehabilitative Angebote. Wenn ambulante Maßnahmen sich als nicht ausreichend erweisen, z. B. auf Grund einer hohen Chronifizierung der internetbezogenen Störung oder schwerwiegender komorbider Erkrankungen, können stationäre Maßnahmen notwendig werden. In der Regel finden stationäre Maßnahmen in Kliniken für Psychosomatische Medizin und spezialisierten Rehabilitationskliniken statt. Bei entsprechender psychosozialer Indikation können im Anschluss daran Maßnahmen der ambulanten Nachsorge veranlasst werden, auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann sich empfehlen.

Literatur

- Abbott, M. W. (2019): Professionally delivered interventions for gambling disorder. *Current opinion in psychiatry*, 32(4), 313–319.
- Augner, C. et al. (2022): Psychological online interventions for problem gambling and gambling disorder – A meta-analytic approach. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 86–94.

- Banerjee, N. et al. (2023): Behavioural expressions of loss-chasing in gambling: A systematic scoping review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105377>.
- Bergeron, P. Y. et al. (2022): Exposure Therapy for Gambling Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Current Addiction Reports* 9, 179–194. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00428-5>.
- Beutel, M. E. et al. (2011): Klinische Merkmale der Computerspiel- und Internet-sucht am Beispiel der Inanspruchnehmer einer Spielsuchtambulanz. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57(1), 77–90.
- Blinka, L. et al. (2022): Online sex addiction: A qualitative analysis of symptoms in treatment-seeking men. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 907549. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.907549>.
- Calado, F.; Griffiths, M. D. (2016): Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 592–613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>.
- Cheng, C. et al. (2021): Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addictive Behaviors*, 117. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.106845.
- Dhuffar, M. K.; Griffiths, M. D. (2015): A systematic review of online sex addiction and clinical treatments using CONSORT evaluation. *Current Addiction Reports*, 2, 163–174.
- Dominick, N.; Wölfling, K.; Kessler, A. (2022): Untersuchung von Erregungspotential, Emotionen und deren Erregungsmuster bei League of Legends-Spieler*innen. *Suchttherapie*, 23(S 01), S13–S14.
- Hing, N.; Russell, A. M.; Browne, M. (2017): Risk factors for gambling problems on online electronic gaming machines, race betting and sports betting. *Frontiers in Psychology*, 8, 779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00779>.
- Hodgins, D. C.; Stea, J. N.; Grant, J. E. (2011): Gambling disorders. *Lancet*, 378(9806), 1874–1884. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62185-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62185-X).
- Hodgins, D. C.; Stevens, R. M. G. (2021): The impact of COVID-19 on gambling and gambling disorder: emerging data. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 332–343. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000709>.
- Inescu, C. A. et al. (2012): [Can we treat sexual addiction?]. *Revue medicale de Liege*, 68(5–6), 354–358.
- Laskowski, N. M. et al. (2021): Psychische Komorbidität bei Kaufsucht im Vergleich zu anderen psychischen Störungen. *Psychotherapeut*, 66(2), 113–118.
- Maraz, A.; Griffiths, M. D.; Demetrovics, Z. (2016): The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 408–419.
- Marx, C. M.; Müller, K. W.; Beutel, M. E. (2021): Adverse childhood experiences in persons with excessive and destructive online behaviour. *Cyberpsychology*:

- Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 15(3). <https://doi.org/10.5817/CP2021-3-5>.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Müller, A.; Wölfling, K.; Müller, K. W. (2020): Disorders due to addictive behavior: Gambling disorder, gaming disorder and compulsive buying-shopping disorder. *Psychotherapeut*, 65, 53–66.
- Müller, A.; Joshi, M.; Thomas, T. A. (2022): Excessive shopping on the internet: recent trends in compulsive buying-shopping disorder. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 44, 101116.
- Müller, K. W.; Beutel, M. E.; Wölfling, K. (2019): Decreased occupational functioning and increased physical health complaints in treatment seekers with internet-related disorders – compared to patients with gambling disorder. *European Addiction Research*, 25(5), 229–237.
- Müller, K. W. et al. (2019): A clinical evaluation of the DSM-5 criteria for Internet Gaming Disorder and a pilot study on their applicability to further internet-related disorders. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 16–24.
- Müller, K. W.; Wölfling, K. (2020): Glücksspielstörung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rumpf, H.-J. et al. (2011). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Universität Lübeck. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Studie_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit__PINTA_.pdf, Zugriff: 28.03.2024.
- Scherer, L. et al. (2021): Nicht diagnostizierte internetbezogene Störungen im psychotherapeutischen Versorgungssystem: Prävalenz und geschlechtsspezifische Besonderheiten. *Psychiatrische Praxis*, 48(08), 423–429.
- Schütze, C. et al. (2023): Glücksspielatlas Deutschland 2023. Zahlen, Daten, Fakten. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; Arbeitseinheit Glücksspielforschung. Universität Bremen (Hrsg.). Hamburg; Hamm; Bremen.
- The Swedish Gambling Authority (2018): Fördubbling i spel om pengar på internet 2007–2016. <https://www.spelinspektionen.se/om-oss/statistik/statistiknytt/fordubbling-i-spel-om-pengar-pa-internet-2007-2016/>, Zugriff: 28.03.2024.
- Wang, Y. et al. (2017): Impaired decision-making and impulse control in Internet gaming addicts: evidence from the comparison with recreational Internet game users. *Addiction Biology*, 22(6), 1610–1621. <https://doi.org/10.1111/adb.12458>.
- Wartberg, L.; Kriston, L.; Thomasius, R. (2017): The prevalence and psychosocial correlates of internet gaming disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(25), 419–424. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0419>.

- 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: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1018–1025. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.
- Zajac, K.; Ginley, M. K.; Chang, R. (2020): Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(1), 85–93. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1671824>.

2.5 Essstörungen

*Eva Wunderer, Anna Hofer, Enikő Schradi,
Sigrid Borse, Andreas Schnebel*

Zusammenfassung

Anzeichen gestörten Essverhaltens finden sich in Welle 2 der KiGGS-Studie bei 19,8 % der deutschen Jugendlichen, wobei Mädchen deutlich häufiger betroffen sind. Genaue Prävalenzen für manifeste Essstörungen sind kaum zu ermitteln, die berichteten Werte unterscheiden sich massiv. Es ist davon auszugehen, dass in westlichen Ländern 5,5 %–18 % der jungen Frauen und bis zu 2 % der jungen Männer bis zum frühen Erwachsenenalter von einer Essstörung betroffen sind. Einen großen Anteil der Diagnosen machen Essstörungen aus, die als „andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen (OSFED)“ zusammengefasst sind. Personen aus marginalisierten Gruppen scheinen ebenfalls stärker gefährdet zu sein, eine Essstörung zu entwickeln. Die COVID-19-Pandemie hat zu einem deutlichen Anstieg der berichteten Fälle geführt.

Abstract

19.8 % of German adolescents show disordered eating in wave 2 of the KiGGS study, with girls being affected significantly more often. Prevalence of manifest eating disorders is difficult to determine, reported values differ massively. It can be assumed that in western countries, until young adulthood 5.5 %–18 % of females and up to 2 % of young men are affected. Other forms of eating disorders, categorized as “other specified feeding or eating disorders (OSFED)”, account for a large proportion of diagnoses. Individuals from marginalized groups also appear to be at greater risk of developing an eating disorder. The COVID-19 pandemic has led to a significant increase in reported cases.

Genaue Zahlen zur Verbreitung von Essstörungen sind aus verschiedenen Gründen kaum festzustellen. Insbesondere wurden in den neuesten Versionen der Klassifikationssysteme, also der 5. Version des Diagnostischen und

Statistischen Manuals psychischer Störungen, DSM-5, und der 11. Version der International Classification of Diseases, ICD-11, die *diagnostischen Kriterien der Essstörungen modifiziert* und neue Unterformen aufgenommen; beispielsweise gibt es nun die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ (Avoidant/restrictive food intake disorder ARFID), die Gewichtsverlust ohne andere für die Anorexia nervosa typische Merkmale beschreibt. Somit sind die Daten aus aktuellen epidemiologischen Studien nur bedingt mit denen vergleichbar, die auf den vorherigen Versionen basieren. Die Abgrenzung klinischer Essstörungen zu gestörtem Essverhalten bleibt weiterhin schwierig. Einzelne Phänomene werden hinsichtlich ihres klinischen Ausmaßes diskutiert (z. B. Orthorexia nervosa), andere, wie die Muskeldysmorphie, werden nicht den Essstörungen zugerechnet, weisen jedoch klare Bezüge zu diesen auf (Wunderer et al., 2020). Zudem spielen das methodische Vorgehen und die der Untersuchung zugrunde liegende Population eine entscheidende Rolle und führen zu deutlich abweichenden Zahlen (z. B. Martínez-González et al., 2020). Weiterhin beziehen viele Studien nicht alle Essstörungen mit ein und unterschätzen somit das Ausmaß klinischer Essstörungen (Qian et al., 2021). Nicht zuletzt werfen die COVID-19-Pandemie und die in diesem Zuge ergriffenen Maßnahmen nach wie vor lange Schatten. Es ist davon auszugehen, dass etliche der gegenwärtig publizierten Überblicksartikel die aktuelle Auftretenshäufigkeit unterschätzen, da sie sich (auch) auf Daten vor der Pandemie stützen.

1 Epidemiologie gestörten Essverhaltens bei Kindern und Jugendlichen

Im Zuge der zweiten Erhebungswelle der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS“ werden Daten von 6.599 Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren, die von 2014 bis 2017 vom Robert-Koch-Institut befragt wurden, als Basis für die aktuelle Prävalenz von Essstörungssymptomen herangezogen (Cohrdes et al., 2019). Dafür wurde erneut das Screening-Instrument SCOFF (Morgan, Reid, Lacey, 1999) verwendet, das mit fünf Fragen Kernsymptome von Essstörungen erfasst, wie Sorgen rund um Essen und Gewicht, Gewichtsabnahme und selbstinduziertes Erbrechen. Ein Verdacht auf eine Essstörung besteht, wenn mindestens zwei der Fragen bejaht werden. Auf Basis dieses Schwellenwerts zeigen 19,8 % der befragten Kinder und Jugendlichen Symptome einer Essstörung. Dabei ist der Wert für Mädchen mit 27,9 % deutlich höher als für Jungen mit 12,1 %. Während bei den Mädchen die höchste Prävalenz im Alter von 14 bis 16 Jahren auftritt (Höchst-

wert 36,9 % mit 14 Jahren), sind bei den Jungen im Alter von 15 und 16 Jahren vergleichsweise wenige betroffen (9 bzw. 9,6 %), bei den 17-Jährigen steigt die Prävalenz deutlich an (16 %). (Cohrdes et al., 2019) Höhere Auftretenshäufigkeiten finden sich zudem insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die als übergewichtig oder adipös klassifiziert werden (Kaman et al., 2022).

Eine weitere Untersuchung an 1.001 deutschen Jugendlichen (11–17 Jahre) im Herbst 2021, die COPSYP-Studie, erbringt niedrigere Prävalenzraten für Essstörungssymptome für weibliche Personen (17,2 %), jedoch höhere für männliche (15,1 %) als vor der Pandemie (insgesamt 16,2 %; Napp et al., 2023). Dies steht im Kontrast zu den Ergebnissen vieler anderer Studien, die negative Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auch auf Frauen mit Essstörungen berichten (siehe unten).

Erhebungen mit dem SCOFF-Fragebogen in anderen Ländern ergeben überwiegend höhere Auftretenshäufigkeiten (16,2 %–31 %) gestörten Essverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen abhängig von Stichprobe und Land (Alfalahi et al., 2022; Daly, Costigan, 2022; D'Anna et al., 2022; López-Gil et al., 2023; Nolan et al., 2023; Romano et al., 2022).

2 Epidemiologie der Essstörungen

Erkenntnisse aus internationalen Übersichtsarbeiten

Silén und Keski-Rahkonen (2022) fassen aktuelle Studien zusammen, die auf den DSM-5-Kriterien basieren. In *westlichen Ländern* sind demnach 5,5 %–17,9 % der jungen Frauen und 0,6 %–2,4 % der jungen Männer bis zum frühen Erwachsenenalter von einer Essstörung betroffen. Dabei wird die Lebenszeitprävalenz der Anorexia nervosa mit 0,8 %–6,3 % (Frauen) bzw. 0,1 %–0,3 % (Männer) beziffert, die der Bulimia nervosa mit 0,8 %–2,6 % (Frauen) bzw. 0,1 %–0,2 % (Männer) und die der Binge-Eating-Störung mit 0,6 %–6,1 % (Frauen) bzw. 0,3 %–0,7 % (Männer). Die Prävalenzen für Frauen differieren sehr stark zwischen den Studien, was vor allem auf die oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Ermittlung valider Daten zurückzuführen ist. Die meisten der in die Analyse eingehenden Studien berichten Werte von bis zu 2 % für Frauen für die Anorexia nervosa und bis zu 3 % für die Binge-Eating-Störung. Die Auftretenshäufigkeit anderer näher bezeichneter Fütter- oder Essstörungen (OSFED; dazu zählen atypische Essstörungsformen, aber auch die Purging-Störung, bei der es zu Kompensationsverhalten ohne Essanfälle kommt, und das Night-Eating-Syndrom) geben die Autorinnen und Autoren mit 0,6 %–11,5 % (Frauen) bzw. 0,2 %–0,3 % (Männer) an, die nicht näher bezeichneten Fütter- oder Ess-

störungen (UFED) mit 0,2 %–4,7 % (Frauen) bzw. 0 %–1,6 % (Männer). Auch in *nicht-westlichen Ländern* zeigen sich hohe Prävalenzraten. Die Autorinnen und Autoren weisen selbst darauf hin, dass die Auftretenshäufigkeit vermutlich noch höher liegt, u.a. da die meisten in den Review einbezogenen Studien vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurden.

In einem narrativen Review schätzt Keski-Rahkonen (2021) die Lebenszeitprävalenz der Binge-Eating-Störung (diagnostiziert nach den Kriterien des DSM-5) *weltweit* auf 0,6 %–1,8 % (Frauen) bzw. 0,3 %–0,7 % (Männer). Für Kinder und Jugendliche ist von einer Prävalenz von rund 1,3 % auszugehen, rund 3 % zeigen subklinische Ausprägungen (Kjeldbjerg, Clausen, 2023; enthält Studien, die auf den Kriterien aus dem DSM-IV beruhen).

Eine weitere Übersichtsarbeit von van Eeden, van Hoeken und Hoek (2021) beziffert die Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa *weltweit* mit bis zu 4 % (Frauen) bzw. 0,3 % (Männer), für Bulimia nervosa mit bis zu 3 % (Frauen) und 1 % (Männer), wobei auch hierbei nicht alle Studien die DSM-5-Kriterien nutzen. Die Mortalität ist bei Anorexie wie auch Bulimie deutlich erhöht – um das Fünffache oder noch darüber hinaus. Der Überblick schließt die Metanalysen von Qian et al. (2021) und Dahlgren et al. (2017) ein. Qian et al. (2021) ermitteln eine Lebenszeitprävalenz für Essstörungen insgesamt in *westlichen Ländern* von 1,9 % (Frauen: 2,6 %), wobei die meisten der untersuchten Studien nicht alle Essstörungsformen einbeziehen und nicht auf den DSM-5-Kriterien basieren. Dahlgren et al. (2017), die Daten aus *USA, Kanada, Europa und Australien* zusammenfassen und sich ausschließlich auf die Kriterien nach DSM-5 beziehen, geben Lebenszeitprävalenzen für Frauen von 1,7 %–3,6 % für Anorexia nervosa, 2,6 % für Bulimia nervosa, 3,0 %–3,6 % für Binge-Eating-Störung und 11 % für andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen (OSFED) an. Männer sind wiederum deutlich seltener betroffen.

Erkenntnisse aus europäischen Studien

In einer aktuellen norwegischen Studie von Dahlgren et al. (2023) weisen 9,4 % der untersuchten 16- bis 19-Jährigen eine Essstörung auf. Dabei ist die Prävalenz bei Mädchen mit 16,4 % deutlich höher, bei diesen lassen sich auch die Auftretenshäufigkeiten einzelner Essstörungen ermitteln: Anorexia nervosa 2,7 %, Bulimia nervosa 1,1 %, Binge-Eating-Störung 1,9 %, und andere näher bezeichnete Formen (OSFED) 10,7 %, wobei bei letzteren vorwiegend atypische Anorexia nervosa auftritt. Die Autorinnen und Autoren berichten einen Anstieg, den sie unter anderem mit der COVID-19-Pandemie und den in deren Zuge ergriffenen Maßnahmen erklären.

Wenig erforscht ist bislang die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ (ARFID). Eine Studie von Bertrand et al. (2021) zur Verbreitung bei französischen Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren ergibt eine Prävalenz von 3 %, wobei vor allem Kinder betroffen sind (Altersmedian 4,8 Jahre). 9,7 % der Befragten in dieser Studie haben nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen (UFED). Der weit überwiegende Teil der berichteten Fütter- und Essstörungen wurde nicht professionell behandelt. Eine repräsentative deutsche Studie erbringt eine Punktprävalenz von 0,8 % für ARFID im Erwachsenenalter, Männer und Frauen unterscheiden sich dabei kaum (Hilbert et al., 2021).

Altersverteilung

Fütter- und Essstörungen treten vor allem im Jugend- und jungen Erwachsenenalter auf: 15,8 % vor dem 14. Lebensjahr, 48,1 % vor dem 18. Lebensjahr, 82,4 % vor dem 25. Lebensjahr – der Altersgipfel liegt bei 15,5 Jahren (Solmi et al., 2022). Eine US-amerikanische Studie von Sanzari, Levin und Liu (2023) ermittelt für 9- bis 10-jährige Kinder eine Lebenszeitprävalenz von 0,95 % für Essstörungen, wobei die Binge-Eating-Störung stark dominiert und die Auftrenshäufigkeit unter anderem mit einer unsicheren ökonomischen Situation der Familie korreliert. Nur 47,4 % der Kinder mit einer Essstörungsdiagnose hatten irgendeine Form psychiatrischer Behandlung erhalten. Eine weitere Studie mit 10- bis 11-jährigen Kindern in den USA findet ebenfalls im Wesentlichen Binge-Eating-Störungen (1,1 %) bzw. subklinische Essstörungen (Murray et al., 2022). Studien aus den Niederlanden stellen eine signifikant steigende Inzidenz der Anorexia nervosa in jüngerem Alter (unter 15 Jahren) fest, wofür sie biologische Faktoren (wie eine früher einsetzende Pubertät), aber auch soziokulturelle Faktoren (z. B. Soziale Medien) als potenzielle Erklärungen benennen (van Eeden, van Hoeken, Hoek, 2021).

Essstörungen treten jedoch auch in *höherem Lebensalter* auf, insbesondere bei Frauen in der Menopause (Mangweth-Matzek, Kummer, Hoek, 2023). Laut einer internationalen Übersichtsarbeit weisen 4,3 % der schwangeren Frauen eine Essstörung auf, daher sollten medizinische Routinescreenings Essstörungssymptome mit erfassen (Çiçekoğlu Öztürk, Taştekin Ouyaba, 2023).

Lebenslage und Intersektionalität

Eine zunehmende Anzahl von Studien nimmt die Lebenslagen der betroffenen Personen sowie spezifischere Zielgruppen in den Blick. So werden Herkunft und kulturelle Unterschiede v. a. in der US-amerikanischen Forschung stärker

berücksichtigt, nach wie vor dominieren jedoch weiße Studienteilnehmende deutlich (Egbert et al., 2022). Essstörungen gelten irrtümlicherweise oftmals als „Oberschichtserkrankungen“, sie sind jedoch ebenso bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status verbreitet. Gefährdet sind insbesondere Personen, die in mehrfacher Hinsicht marginalisiert und zumeist auch stigmatisiert werden, beispielsweise aufgrund von Herkunft, Gender oder sexueller Orientierung, was die Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive unterstreicht. (Burke et al., 2022)

Eine Übersichtsarbeit von Cao et al. (2023) kommt ebenfalls zu dem Resultat, dass junge Menschen, die sich keine heterosexuelle Orientierung zuschreiben, häufiger von Essstörungen betroffen sind als heterosexuelle Gleichaltrige – insbesondere gilt dies für homosexuelle männliche Adoleszente. Auch die oben erwähnten Übersichtsarbeiten von Silén und Keski-Rahkonen (2022) sowie Romano et al. (2022) berichten erhöhte Prävalenzraten bei Personen, die sich einem anderen Geschlecht als männlich oder weiblich und einer nicht-heterosexuellen Orientierung zuordnen.

3 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Systematische Reviews zeigen, dass vor allem die stationären Aufnahmen aufgrund von Essstörungen im Zuge der Pandemie stark anstiegen. Die meisten Studien sehen auch eine Verstärkung der Essstörungssymptomatik, was unter anderem auf die veränderte bzw. fehlende Tagesstruktur, Isolation, den erschwerten Zugang zu Hilfsangeboten und Einflüsse (sozialer) Medien zurückzuführen ist (Devoe et al., 2022; Haghshomar et al., 2022; Linardon et al., 2022; Meier, van Hoeken, Hoek, 2022; Schneider et al., 2022; Wunderer et al., 2022) – soziale Medien sind mittlerweile als Risikofaktor für Essstörungen gut belegt (zusammenfassend Dane, Bhatia, 2023). Trafford et al. (2023) berichten für Großbritannien einen starken Anstieg von Essstörungen bei Mädchen und Frauen zwischen 13 und 19 Jahren, nicht jedoch bei Jungen und Männern. Der Kinder- und Jugendreport der DAK (Witte et al., 2022) gibt eine Zunahme der Neuerkrankungen bei Anorexia und Bulimia nervosa bei Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren um 54 % von 2019 auf 2021 an, nahezu 10 von 1.000 Mädchen bekamen 2021 erstmalig eine entsprechende Diagnose gestellt. Bei 10- bis 14-jährigen Mädchen stieg die Zahl der Neuerkrankungen im selben Zeitraum um 33 % von 3,1 auf 4,2 je 1.000 Fälle. Eine deskriptive Analyse von Kölch et al. (2023) in Deutschland lässt einen Anstieg der Behandlungsfälle für die Diagnose Anorexia nervosa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) um 20,3 % (von 800 auf 962 Fälle) und in der Pädiatrie

um 73 % (von 611 auf 1.057 Fälle) im ersten Datenhalbjahr 2021 im Vergleich zum vorpandemischen ersten Datenhalbjahr 2019 erkennen. Darüber hinaus zeigt sich im Versorgungsatlas-Bericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (Zi) eine Zunahme der Diagnoseinzidenz von Anorexia nervosa für Kinder und Jugendliche um 74 % im Jahr 2021 gegenüber 2019 (7,1 vs. 4,1 pro 10.000 Fälle). Dabei wurden Essstörungen bei jugendlichen Mädchen 14-mal häufiger diagnostiziert als bei Jungen. (Kohring et al., 2023)

Zwar werden auch positive Effekte und Verläufe während der Pandemie erwähnt, z. B. dass mehr Zeit für Reflexion und Genesung oder (virtuelle) soziale Kontakte zur Verfügung stand (Schneider et al., 2022). Expertinnen und Experten sprechen in Bezug auf Essstörungen bei jungen Menschen jedoch von einer „Schattenpandemie“ (z. B. Couturier, Norris, 2023). Entsprechend fordert der Deutsche Ethikrat in einer Ad-hoc-Stellungnahme vom 28. November 2022 (S. 4 f.) „eine schnelle, nachhaltige und verteilungsgerechte Verbesserung der Versorgungssituation namentlich im Bereich der Diagnostik und der Versorgung mit präventiven, therapeutischen und teilhabefördernden Angeboten“. Dies umso mehr, da der teilweise dramatische Anstieg der Prävalenzen bei Essstörungen offenbar einen bereits bestehenden Trend fortsetzt und verstärkt: Einer Auswertung der „Global Burden of Disease Study“ durch Piao et al. (2022) zufolge stieg die Inzidenz von Essstörungen bei jungen Menschen unter 20 Jahren zwischen 1990 und 2019 um 22,9 % (von 176 auf 216 pro 100.000).

Somit ist ein erhöhter Bedarf an Beratungs- und Behandlungsangeboten akut und in den kommenden Jahren zu erwarten, Online-Beratung kann dabei eine besonders niedrigschwellige Unterstützung bieten. Im vom deutschen Bundesgesundheitsministerium geförderten Kooperationsprojekt „Digi-BEssst“ der Hochschule Landshut und des Bundesfachverbands Essstörungen e.V. (BFE) wurden Qualitätsleitlinien zur Professionalisierung der digitalen Beratung bei Essstörungen entwickelt (Hofer et al., 2023).

Literatur

- Alfalahi, M. et al. (2022): Prevalence of eating disorders and disordered eating in Western Asia: a systematic review and meta-analysis. *Eating Disorders*, 30(5), 556–585. DOI: 10.1080/10640266.2021.1969495.
- Bertrand, V. et al. (2021): Estimated prevalence and care pathway of feeding and eating disorders in a French pediatric population. *Nutrients*, 13(6). DOI: 10.3390/nu13062048.

- Burke, N. et al. (2022): Socioeconomic status and eating disorder prevalence: At the intersections of gender identity, sexual orientation, and race/ethnicity. *Psychological Medicine*, 53(9), 4255–4265. DOI: 10.1017/S0033291722001015.
- Cao, Z. et al. (2023): The association between sexual orientation and eating disorders-related eating behaviours in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 31(1), 46–64. DOI: 10.1002/erv.2952.
- Çiçekoğlu Öztürk, P.; Taştekin Ouyaba, A. (2023): Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Archives Gynecology Obstetrics*, 309(2), 1–15. DOI: 10.1007/s00404-023-07051-3.
- Cohrdes, C. et al. (2019): Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen. Häufigkeiten und Risikofaktoren: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(10), 1195–1204. DOI: 10.1007/s00103-019-03005-w.
- Couturier, J.; Norris, M. (2023): The shadow pandemic: eating disorders, youth, and COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 72(3), 321–322. DOI: 10.1016/j.jado-health.2022.12.008.
- Dahlgren, C. L. et al. (2023): Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *International Journal of Eating Disorders*, 56(11), 2062–2073. DOI: 10.1002/eat.24032.
- Dahlgren, C. L.; Wisting, L.; Rø, Ø. (2017): Feeding and eating disorders in the DSM-5 era. A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5. DOI: 10.1186/s40337-017-0186-7.
- Daly, M.; Costigan, E. (2022): Trends in eating disorder risk among U.S. college students, 2013–2021. *Psychiatry Research*, 317. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114882.
- Dane, A.; Bhatia, K. (2023): The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), 1–26. DOI: 10.1371/journal.pgph.0001091.
- D’Anna, G. et al. (2022): Risk of eating disorders in a representative sample of Italian adolescents: prevalence and association with self-reported interpersonal factors. *Eating and Weight Disorders*, 27(2), 701–708. DOI: 10.1007/s40519-021-01214-4.
- Deutscher Ethikrat (2022): Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-pandemie-und-psychische-gesundheit.pdf>, Zugriff: 23.09.2023.

- Devoe, J. D. et al. (2022): The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders. A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5–25. DOI: 10.1002/eat.23704.
- Egbert, A. H. et al. (2022): Reporting racial and ethnic diversity in eating disorder research over the past 20 years. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(4), 455–462. DOI: 10.1002/eat.23666.
- Haghshomar, M. et al. (2022): Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 51. DOI: 10.1186/s40337-022-00550-9.
- Hilbert, A. et al. (2021): Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults. Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 399–408. DOI: 10.1002/eat.23424.
- Hofer, A. et al. (2023): Qualitätsleitlinien für professionelle Online-Beratung bei Essstörungen. Landshut: Hochschule Landshut, Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE). <https://doi.org/10.57688/388>.
- Kaman, A. et al. (2022): Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 23(1), 77–80.
- Keski-Rahkonen, A. (2021): Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000750.
- Kjeldbjerg, M. L.; Clausen, L. (2023): Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child Adolescent Psychiatry*, 32(4), 549–574. DOI: 10.1007/s00787-021-01850-2.
- Kohring, C. et al. (2023): Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2014 und 2021 (Versorgungsatlas-Bericht 23/05). Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). DOI: 10.20364/VA-23.05.
- Kölch, M. G. et al. (2023): COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(4), 295–309. DOI: 10.1024/1422-4917/a000935.
- Linardon, J. et al. (2022): A systematic scoping review of research on COVID-19 impacts on eating disorders. A critical appraisal of the evidence and recommendations for the field. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 3–38. DOI: 10.1002/eat.23640.
- López-Gil, J. F. et al. (2023): Prevalence of disordered eating and its associated factors from a socioecological approach among a sample of Spanish adolescents:

- The EHDLA study. *International Journal of Public Health*, 68. DOI: 10.3389/ijph.2023.1605820.
- Mangweth-Matzek, B.; Kummer, K. K.; Hoek, H. W. (2023): Update on the epidemiology and treatment of eating disorders among older people. *Current Opinion Psychiatry*, 36(6), 405–411. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000893.
- Martínez-González, L. et al. (2020): Incidence of Anorexia Nervosa in Women. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11). DOI: 10.3390/ijerph17113824.
- Meier, K.; van Hoeken, D.; Hoek, H. W. (2022): Review of the unprecedented impact of the COVID-19 pandemic on the occurrence of eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 35(6), 353–361. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000815.
- Morgan, J. F.; Reid, F.; Lacey, J. H. (1999): The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319(7223), 1467–1468. DOI: 10.1136/bmj.319.7223.1467.
- Murray, S. B. et al. (2022): The prevalence of preadolescent eating disorders in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 70(5), 825–828. DOI: 10.1016/j.jado-health.2021.11.031.
- Napp, A.-K. et al. (2023): Eating disorder symptoms among children and adolescents in Germany before and after the onset of the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*, 14. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1157402.
- Nolan, E. et al. (2023): Prevalence of probable eating disorders and associated risk factors: An analysis of the Northern Ireland youth wellbeing survey using the SCOFF. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 180–195. DOI: 10.1111/bjc.12401.
- Piao, J. et al. (2022): Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 31(11), 1827–1845. DOI: 10.1007/s00787-022-02040-4.
- Qian, J. et al. (2021): An update on the prevalence of eating disorders in the general population. A systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disorders*, 27(2), 415–428. DOI: 10.1007/s40519-021-01162-z.
- Romano, K. A. et al. (2022): Changes in the prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder symptoms from 2013 to 2020 among a large national sample of U.S. young adults: A repeated cross-sectional study. *International Journal of Eating Disorders*, 55(6), 776–789. DOI: 10.1002/eat.23709.
- Sanzari, C. M.; Levin, R. Y.; Liu, R. T. (2023): Prevalence, predictors, and treatment of eating disorders in children: a national study. *Psychological Medicine*, 53(7), 2974–2981. DOI: 10.1017/S0033291721004992.
- Schneider, J. et al. (2022): A mixed-studies systematic review of the experiences of body image, disordered eating, and eating disorders during the COVID-19

- pandemic. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 26–67. DOI: 10.1002/eat.23706.
- Silén, Y.; Keski-Rahkonen, A. (2022): Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362–371. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000818.
- Solmi, M. et al. (2022): Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7.
- Trafford, A. M. et al. (2023): Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(8), 544–554. DOI: 10.1016/S2352-4642(23)00126-8.
- van Eeden, A. E.; van Hoeken, D.; Hoek, H. W. (2021): Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion Psychiatry*, 34(6), 515–524. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739.
- Witte, J. et al. (2022): *Kinder- und Jugendreport 2022: Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. Eine Studie im Auftrag der DAK Gesundheit*. Bielefeld: Vandage, Health Economics Analytics. <https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf>, Zugriff: 13.09.2023.
- Wunderer, E. et al. (2022): Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst. 107–115.
- Wunderer, E. et al. (2020): Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst. 149–156.

2.6 Rauschgiftlage 2022 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland

Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung

Zusammenfassung

Nach einem zehnjährigen ständigen Anstieg ist die Zahl der in der PKS erfassten Rauschgiftdelikte im Jahr 2022 zum zweiten Mal in Folge gesunken.

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 Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2022 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, Crack, Pilze oder Khat spielen in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle.

Abstract

After ten years of continuous increase, the number of drug offences recorded in the German Police Crime Statistics declined for the second time in a row in 2022.

In addition to the continuing high numbers in the German Police Crime Statistics, other indicators such as the high quantities of individual types of narcotics seized also point to a high availability of and demand for narcotics.

The description of the situation as presented in this article is based on analyses of the Police Crime Statistics (PKS) 2022 and on analyses by the Federal Criminal Police Office (BKA). As drug-related crime is a classic control offence that is directly linked

to the control intensity of the law enforcement authorities and to the number of cases registered by the police, the following figures are influenced by what the authorities involved in combating drugs focus on.

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, crack, mushrooms or khat are only of minor importance in Germany.

Deliktentwicklung

Im Jahr 2022 wurden 340.677 Rauschgiftdelikte (2021: 361.048) in der PKS erfasst, was einem Rückgang von 5,6 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Einen Rückgang gab es sowohl bei den Handelsdelikten¹ (-6,4 %), den konsumnahen Delikten² (-5,4 %) als auch bei den sonstigen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)³ (-6,3 %).

In der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte 2022 sind 748 Fälle (-3,0 %) gem. § 4 Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) enthalten.

Den größten Anteil an der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte haben traditionell Cannabisdelikte (206.394, -3,6 %), mit großem Abstand gefolgt von Amphetamindelikten (34.338, -12,7 %).

Die Anzahl der Heroindelikte ist 2022 um 8,3 % auf 9.947 gesunken.

Bei Kokaindelikten wurde erneut ein Anstieg um 4,9 % auf 23.300 Delikte verzeichnet. Die Deliktszahlen bei Ecstasy (7.218, -13,4 %) sind erneut gesunken.

Auch bezogen auf die Anzahl der Rauschgift-Handelsdelikte nimmt Cannabis mit 31.518 Delikten (-4,7 %) den größten Anteil ein, gefolgt wiederum mit großem Abstand von Kokaindelikten (5.136, +2,7 %).

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 3).

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 (§ 29 a Abs. 1 Nr. 2 BtMG).

Die Anzahl der Amphetamin-Handelsdelikte war im Jahr 2022 deutlich rückläufig (4.664, -15 %). Das Gleiche betrifft auch die Handelsdelikte mit Crystal (1.521, -20,4 %) und mit Ecstasy und MDMA (1.535, -17,9 %)

Rund zwei Drittel der konsumnahen Delikte betrafen, wie in den Vorjahren, Delikte im Zusammenhang mit Cannabis. Bei den konsumnahen Kokaindelikten setzte sich der Anstieg des Vorjahrs auch in 2022 fort (+5,5 %). Deutlich gesunken ist die Anzahl konsumnaher Delikte insbesondere i. V. m. Crystal (-24,6 %), Amphetamin (-12,3 %) und Ecstasy (-12,1 %). Aber auch bei den konsumnahen Heroin- (-5,6 %) und Cannabisdelikten (-3,4 %) ist ein Rückgang feststellbar.

Die Gesamtzahl der Delikte der direkten Beschaffungskriminalität⁴, die hauptsächlich von Rauschgift- bzw. Medikamentenabhängigen zur Beschaffung von Drogen und Ersatzstoffen begangen werden, sank im Jahr 2022 deutlich auf 1.347 Fälle (-41,79 %).

Rauschgifthanbau und Rauschgiftproduktion in Deutschland

Der in Deutschland betriebene Anbau von Cannabispflanzen in Indoor-Plantagen sowie auf Außenflächen setzte sich im Jahr 2022 fort. Es wurden insgesamt 665 Cannabis-Plantagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Pflanzen sichergestellt.⁵ Dabei handelte es sich um 471 Kleinplantagen⁶, 141 Großplantagen (131 Indoor, 10 Outdoor) und 53 Profiplantagen⁷ (50 Indoor, 3 Outdoor).

Die Anzahl sichergestellter Rauschgiftlabore ist im Jahr 2022 gesunken. Es wurden Produktionsstätten für Amphetamin (5) und Methamphetamin (3) sowie ein Extraktionslabor für Kokain sichergestellt.

Unter den Methamphetamin-Laboren befand sich erstmals ein Großlabor mit einer Produktionskapazität von mehr als 1.000 kg Methamphetamin.

Mit der Sicherstellung dieses Labors hat sich der seit 2019 festgestellte Trend zum Aufbau von Rauschgift-Großlaboren in Deutschland fortgesetzt. Die anderen in Deutschland sichergestellten Labore verfügten über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder Versorgung eines lokal begrenzten

⁴ 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.

⁵ Polizeilicher Informationsaustausch.

⁶ Eine Differenzierung der Kleinplantagen nach Indoor- und Outdoor-Plantagen ist nicht möglich.

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).

Abnehmerkreises. Erstmals in Deutschland wurde auch ein Kokain-Extraktionslabor sichergestellt.

In Deutschland wurden zudem zahlreiche Fälle bekannt, in denen aus den Niederlanden stammendes flüssiges Amphetamin zur Umwandlung in eine konsumfertige Form aufbereitet wurde. Die Anzahl solcher Umwandlungsstätten ist mit 14 bekanntgewordenen Fällen gegenüber dem Vorjahr zwar um die Hälfte zurückgegangen, das Phänomen ist dennoch weiterhin von Bedeutung.

Rauschgifthandel über das Internet

Der Bezug von Betäubungsmitteln über das Internet (Clearnet, Darknet, Messenger-Dienste, Social-Media-Seiten) ist ein fester Bestandteil der Rauschgiftkriminalität. Der Nachrichtenaustausch zur Abwicklung des Rauschgiftgeschäfts erfolgt meist verschlüsselt und weist einen hohen Anonymisierungsgrad auf. Das Darknet ist eine wichtige Bezugsquelle von Betäubungsmitteln im Online-Handel.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 49 Marktplätze (2021: 44) mit Deutschland-Bezug (deutsche Sprache, Versand aus Deutschland) festgestellt. Dies ist der dritte Anstieg in Folge. Hiervon hatten 14 Marktplätze (2021: 17) im Jahresverlauf aufgrund verschiedener Umstände ihren Betrieb eingestellt.

Sowohl die weltweiten als auch die deutschen Angebotszahlen haben das hohe Niveau von Ende 2021 gehalten, wobei es im zweiten Halbjahr 2022 deutliche Schwankungen in Bezug auf die Verfügbarkeit der Marktplätze gab.⁸

Cannabisprodukte

Im Jahr 2022 wurden insgesamt ca. 16,9 t Marihuana und 2,8 t Haschisch sichergestellt.

Marihuana stammt in der Regel überwiegend aus westeuropäischem Indoor-Anbau. Insbesondere der professionelle Cannabisanbau durch Gruppierungen, die der Organisierten Kriminalität zuzuordnen sind, hat in Spanien in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2022 wurden erneut zahlreiche Cannabis-Großtransporte von Spanien über Frankreich Richtung Deutschland per Lkw und Kleintransporter festgestellt. Bei Großlieferungen

⁸ Beobachtet werden ausschließlich Marktplätze, auf denen auch BtM-Angebote mit Versand aus Deutschland angeboten werden. Das schließt Angebote von Marktplätzen aus, die sich auf spezielle Staaten/Regionen (z. B. Kanada, Frankreich, GUS-Staaten) beziehen. Entsprechend ist die absolute Anzahl an verfügbaren BtM-Angeboten im Darknet insgesamt höher.

aus Spanien werden häufig sowohl Marihuana als auch Haschisch transportiert.

Weiteres Marihuana gelangt aus Albanien auf den deutschen Markt.

Der Großteil des in Deutschland sichergestellten Haschischs stammt hingegen nach wie vor aus Marokko und wird insbesondere über die Niederlande, aber auch über Spanien und Frankreich nach Deutschland verbracht.

Heroin

In Deutschland wurde im Jahr 2022 ca. 1 t Heroin sichergestellt. Herausragend war eine Einzelsicherstellung von 703 kg Heroin in einem Schiffscontainer aus dem Iran im Hamburger Hafen.

Nach Einschätzung des Bundeskriminalamts ist Heroin in ausreichender Menge für einen stabilen Konsumentenmarkt in Deutschland verfügbar. Angesichts großer Sicherstellungsmengen im Ausland mit Destination Europa lässt sich ein großes Dunkelfeld in Bezug auf das Bundesgebiet vermuten.

Kokain

Seit dem Jahr 2017 sind die Sicherstellungsmengen von Kokain in Deutschland signifikant angestiegen. Im Jahr 2022 wurde in Deutschland zwar mit ca. 20 t etwas weniger Kokain sichergestellt als im Vorjahr (2021: mindestens 23 t, darunter die bisher europaweit größte Einzelmenge von rund 16 t, die im Hamburger Hafen beschlagnahmt wurde), jedoch nahm die Anzahl großer Einzelsicherstellungen im mindestens dreistelligen Kilogramm Bereich in den deutschen Seehäfen zu.

Die seit 2019 in Deutschland zu beobachtende Häufung von Kokain-Sicherstellungen im vier- bis fünfstelligen Kilogramm Bereich korreliert mit dem Anstieg des globalen Sicherstellungsaufkommens von Kokain.

Amphetamin

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 1.631 kg Amphetamin sichergestellt. Im Gegensatz zum vergangenen Jahr erfolgten im Jahr 2022 keine Großsicherstellungen von Captagon-Tabletten in Deutschland.

Das in Deutschland sichergestellte Amphetamin, sowohl als Pulver als auch in flüssiger Form (Amphetaminöl), stammte – wie in der Vergangenheit

auch – überwiegend aus niederländischer Produktion. In den Niederlanden besteht seit vielen Jahren eine enorme Produktionskapazität in illegalen Laboren.

Crystal/Methamphetamin

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 785 kg Methamphetamin (2021 mindestens 363 kg) in allen Erscheinungsformen (pulverförmig, kristallin, flüssig) in Deutschland sichergestellt, davon 541 kg Crystal. Der deutliche Anstieg gegenüber dem Vorjahr ist insbesondere auf drei Großsicherstellungen von Lieferungen aus Mexiko zurückzuführen. So wurden im Mai 2022 im Hamburger Hafen 18 kg, im Juli 2022 am Flughafen Frankfurt 75 kg und im Oktober 2022 in Sinsheim 200 kg beschlagnahmt. Diese Fälle sind Teil einer Reihe von Methamphetamin-Großsicherstellungen in den letzten Jahren innerhalb Europas, bei denen Mexiko als Herkunft ermittelt wurde.

Nachweislich stammten insgesamt mindestens 484,8 kg Methamphetamin aus Mexiko, 49,6 kg aus den Niederlanden, ferner 78,8 kg aus afrikanischen und 12,9 kg aus asiatischen bzw. türkischen Quellen. Diese Sicherstellungen erfolgten häufig im Transit durch Deutschland zu verschiedenen Destinationen. Damit bestätigt sich der Trend weiter, dass neben der Tschechischen Republik auch andere Herkunftsstaaten, im vergangenen Jahr insb. Mexiko, von immer größerer Bedeutung sind.

Ecstasy

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 1.021.542 Ecstasy-Tabletten und darüber hinaus 236 kg MDMA sichergestellt.⁹

In Deutschland sichergestellte Ecstasy-Tabletten stammen ebenfalls wie Amphetamin fast ausschließlich aus den Niederlanden. Auch hier liegen sehr hohe Produktionskapazitäten zugrunde.

Neue psychoaktive Stoffe (NPS)

NPS decken die gesamte Bandbreite an Alternativen zu klassischen Drogen ab.

Im Jahr 2022 stieg die Anzahl der Handelsdelikte mit den in den Anlagen des BtMG aufgeführten NPS auf 808 Fälle an (2021: 726; +11,3 %).

⁹ Polizeilicher Informationsaustausch. Aufgrund einer Änderung bei der Datenerhebung ist keine Vergleichbarkeit mit den Vorjahreswerten gegeben.

Neben NPS-Handelsdelikten nach dem BtMG wurden im Jahr 2022 in der PKS 748 Delikte gem. § 4 NpSG (Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz) registriert (2021: 771; -3,0 %).

Im Statistischen Auswerteprogramm NPS wurden für das Jahr 2022 insgesamt 3.914 Datensätze mit Untersuchungsergebnissen von sichergestellten NPS und NPS-Produkten ausgewertet. Diese betrafen eine Gesamtsicherstellungsmenge von mindestens 345 kg (2021: 4.787 Datensätze; Gesamtmenge 258 kg).

Den mit Abstand größten Anteil der untersuchten NPS machten die synthetischen Cannabinoide mit rund zwei Dritteln der Datensätze aus, gefolgt von Ketamin und Ketamin-Derivaten (rund 14 %) und Cathinonen (rund jeder zehnte Datensatz, ca. 11 %).

Im Berichtsjahr 2022 wurden insgesamt 41 neue Stoffe über das Early Warning System für NPS (EWS) der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, englisch: EMCDDA) gemeldet (2021: 52 neue Stoffe, -21 %). Dabei haben die synthetischen Cannabinoide mit 24 Meldungen (> 58 %) den Markt für neue Stoffe stark überwogen. Am zweitstärksten waren die Cathinon-Derivate mit sechs Meldungen vertreten; den dritten Platz belegten mit jeweils zwei neu festgestellten Stoffen die Benzodiazepine, die Phenethylamine und die Ketamin-Derivate. Im Jahr 2022 wurde ein neues synthetisches Opioid an das EWS gemeldet. Gleichwohl die 41 neuen Stoffe im Jahr 2022 erstmalig in der EU festgestellt wurden, unterliegen 21 Stoffe (> 51 %) bereits den Stoffgruppenregelungen des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG). Zwölf der 41 neuen Stoffe wurden von Deutschland gemeldet.

Drogentote

Seit dem Jahr 2017 ist ein stetiger Anstieg der drogenbedingten Todesfälle festzustellen. Im Jahr 2022 wurden 1.990 Rauschgifttote registriert, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme um 9 % (2021: 1.826) entspricht.

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

Literatur

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2023a): Polizeiliche Kriminalstatistik 2022. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2022/pks2022_node.html, Zugriff: 13.02.2024.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2023b): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2022. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2022RauschgiftBundeslagebild.pdf?__blob=publicationFile&v=2, Zugriff: 13.02.2024.

Detaillierte Informationen zur aktuellen Rauschgiftsituation in Deutschland finden sich auf der Homepage des Bundeskriminalamtes <https://www.bka.de> (s. insbesondere Bundeslagebild Rauschgift 2022 und Polizeiliche Kriminalstatistik 2022).

2.7 Delikte unter Alkoholeinfluss

Martin Rettenberger, Hanna Verzagt

Zusammenfassung

Der Einfluss von Alkoholkonsum spielt bei einer beträchtlichen Anzahl von Straftaten eine wichtige Rolle. In diesem Beitrag werden zunächst verschiedene Befunde vorgestellt, die die Bedeutung von Alkohol als Faktor für die Erklärung von kriminellem Verhalten verdeutlichen. Anschließend werden unterschiedliche Erklärungsansätze dieses mehrfach empirisch bestätigten Phänomens präsentiert und diskutiert. Die Ergebnisse aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen legen zwar nahe, dass es einen erheblichen Schnittpunkt zwischen problematischem Alkoholkonsum und einem erhöhten Risiko für die Begehung von Straftaten gibt, so dass Merkmale und Faktoren, die ein erhöhtes Risiko für Kriminalität indizieren, auch für die Risikoeinschätzung hinsichtlich des Alkohols von Nutzen sein können. Allerdings begeht die Mehrheit, die Alkohol konsumiert, keine Straftaten, so dass in vielen Fällen nicht von Alkohol als alleiniger bzw. entscheidender Ursache für Kriminalität gesprochen werden kann.

Abstract

The consumption of alcohol plays a substantial role for a comparatively large proportion of crimes. This contribution initially presents various findings that underscore the importance of alcohol as a factor in explaining criminal behavior. Subsequently, various explanatory approaches to this empirically confirmed phenomenon are presented and discussed. The results of current scientific investigations suggest that there is indeed a substantial intersection between problematic alcohol consumption and an increased risk of committing criminal offenses, such that characteristics and factors indicating an elevated risk of criminality may also be useful for assessing the risks associated with alcohol. However, most individuals who consume alcohol do not engage in criminal activities, thereby precluding that alcohol cannot be considered as a sole or pivotal causal factor for criminality.

1 Einleitung

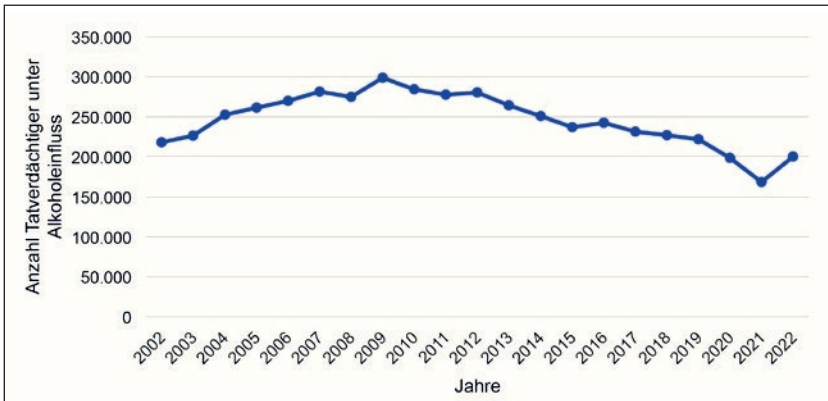
Befunde und Statistiken zum Zusammenhang zwischen Alkohol und Kriminalität zeigen, dass ein verhältnismäßig großer Anteil an straffällig gewordenen Personen bei der Begehung von Delikten unter Alkoholeinfluss steht und dass vergleichsweise viele Strafgefangene alkoholbedingte Probleme aufweisen, die im Justizvollzug und im Rahmen der Nachsorge und Straffälligenhilfe zum Gegenstand von Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen werden (Heimerdinger, 2006). Es gibt zudem zahlreiche Befunde, die darauf hinweisen, dass der Konsum von Alkohol sowohl das erste Mal, aber auch dauerhafte Kriminalität, wie kriminelle Rückfälligkeit fördert (Bonta, Andrews, 2023; Horney et al., 1995; Rutter et al., 1998). McMurran und Cusens (2005) weisen darauf hin, dass Alkohol aufgrund seiner intensiven psychotropen Effekte insbesondere bei Abhängigkeit das Risiko für aggressives und kriminelles Verhalten erhöhen kann. Martin (2001) konstatierte allerdings gleichzeitig, dass ein Großteil der offiziell registrierten Straftaten von Personen begangen wird, die nicht unter Alkoholeinfluss stehen. Alkohol ist demnach nur einer von vielen Faktoren, der zur Erklärung kriminellen Verhaltens beitragen kann. Im Folgenden werden zunächst Statistiken zu Delikten unter Alkoholeinfluss vorgestellt, um anschließend verschiedene mögliche Erklärungen des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität zu diskutieren. Abschließend werden darauf aufbauend Möglichkeiten und Strategien der (Kriminal-)Prävention vorgestellt.

2 Kriminalstatistiken

In der jährlich veröffentlichten Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes (BKA) sind Informationen zu verschiedenen polizeilich erfassten Straftaten zu finden. Eine Straftat gilt als aufgeklärt, wenn mindestens ein Tatverdächtiger durch polizeiliche Ermittlungen identifiziert wurde. In der PKS wird auch der Anteil von „Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss“ erfasst, wodurch entweder ein offensichtlicher oder zumindest wahrscheinlicher Einfluss von Alkohol angezeigt wird (Bundeskriminalamt, 2023; Straßenverkehrsdelikte [Straßgütl, Klipp, 2024] sind nicht in der PKS enthalten). Durchschnittlich liegt der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss über alle Deliktgruppen hinweg im Jahr 2022 bei 9,6 % (s. Abb. 1), im Jahr zuvor betrug er 8,9 %.

Aus Abbildung 1 geht hervor, dass der bisher abnehmende Trend durch die Zahlen dieses Jahres augenscheinlich abgeschwächt bzw. sogar umgekehrt

Abb. 1: 20-Jahrestrend von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss für alle Deliktgruppen insgesamt



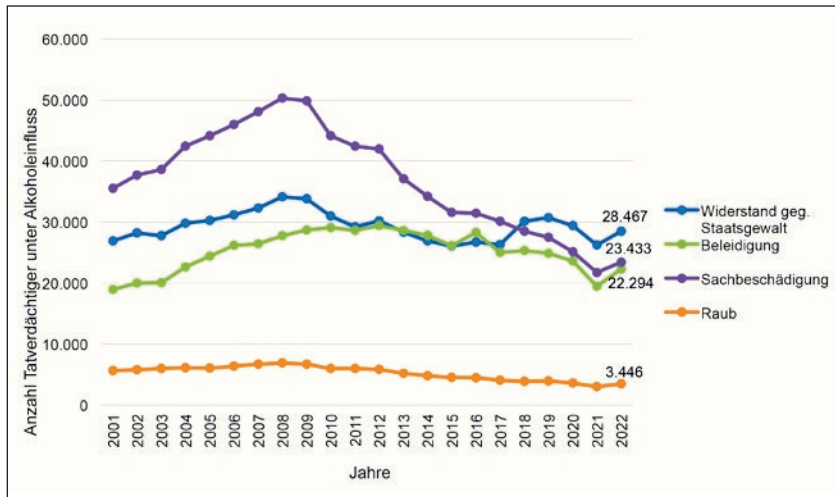
Anmerkungen. Die Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 22 der Jahre 2002–2022 entnommen. Sie enthalten die Anzahl der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Quelle: Bundeskriminalamt (2023)

wurde, allerdings lässt sich den tatsächlichen Häufigkeiten entnehmen, dass die Anzahl der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss aus dem Jahr 2022 mit 200.295 Personen weiterhin deutlich unter denen der Jahre bis 2019 liegt. Dies deutet darauf hin, dass die Kriminalität mit Bezug zu Alkohol während der durch die COVID-19-Pandemie eingeschränkten Jahre weiter zurückgegangen ist.

Zwischen den verschiedenen Straftaten bestehen erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss, darüber ergeben sich substantielle Differenzen nach Altersgruppe und Geschlecht. In Abbildung 2 wird der Trend verschiedener Delikte unter Alkoholeinfluss in einer zusammenfassenden Übersicht dargestellt. Generell ist insgesamt auch hier eine abnehmende Tendenz der Zahl alkoholisierter tatverdächtiger Personen festzustellen, auch wenn die Zahlen des letzten Jahres wieder einen leichten Anstieg verzeichnen. Der besonders starke Abfall der Zahlen nach 2009 ist zumindest teilweise auch auf eine veränderte Erhebungsmethodik zurückzuführen, da ab diesem Zeitpunkt „echte“ Tatverdächtigenzahlen eingeführt wurden, wodurch Tatverdächtige nicht mehr in mehreren Bundesländern gleichzeitig erfasst werden (Bundeskriminalamt, 2023).

Während der stark abfallende Trend bei Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss im Bereich der Sachbeschädigungsdelikte weiterhin deutlich zu erkennen ist, scheint sowohl bei Widerstand gegen die Staatsgewalt als auch

Abb. 2: Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss für verschiedene Deliktgruppen im Trend der letzten 20 Jahre



Anmerkungen. Die Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 22 der Jahre 2002–2022 entnommen. Sie enthalten die Anzahl der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Quelle: Bundeskriminalamt (2023)

bei Beleidigung und Raub der abnehmende Trend zu stagnieren. In absoluten Zahlen ist die Anzahl der Tatverdächtigen bei Beleidigung und Widerstand gegen die Staatsgewalt im Jahr 2022 so niedrig ausgefallen wie zuletzt vor 20 Jahren (Bundeskriminalamt, 2023). Während alkoholbedingte Straftaten insgesamt im Jahr 2022 einen Anteil von 9,6 % ausmachten, lagen gewalttätige Straftaten (z. B. Körperverletzung, Vergewaltigung und Mord) durchschnittlich bei 21,0 %. Hinsichtlich Alter und Geschlecht sind männliche und jüngere Tatverdächtige weiterhin deutlich überrepräsentiert im Vergleich zu Frauen oder älteren Personen. Diese allgemeine kriminologische Tendenz zeigt sich auch für die Subgruppe der alkoholisierten Tatverdächtigen (Bundeskriminalamt, 2023). Die Anzahl der polizeilich erfassten Unfälle, in denen Alkohol involviert war, ist im Vergleich zum Vorjahr (2021) deutlich von 32.453 auf 38.771 (um 19 %) gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2023). Besonders hoch war der Anstieg mit 23 % im Bereich der Personenschäden. Demnach gelten alkoholisierte Personen im Straßenverkehr nach wie vor als Hauptursache für Unfälle mit Personenschaden.

Zusammenfassend zeigen die zitierten Statistiken somit zwei mittel- bis langfristige Trends: Zum einen ist insgesamt eine weiterhin abnehmende Ten-

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



Quelle: Eigene Darstellung

denz an alkoholbezogenen Straftaten zu verzeichnen, zum anderen kommt Alkohol im Straßenverkehr und bei bestimmten Deliktkategorien – insbesondere im Bereich der Gewaltkriminalität – eine unverändert hohe Bedeutung zu.

3 Theoretische Erklärungen zum Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat sich mit dem Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und kriminellem Verhalten auseinandergesetzt (Bonta, Andrews, 2023; Duke et al., 2018). Zu der Frage, warum Alkohol(-konsum) das Risiko von straffälligem Verhalten im Allgemeinen und von gewalttätigem Verhalten im Besonderen erhöht, ist es notwendig, unterschiedliche Einflussfaktoren und theoretische Erklärungsansätze zu berücksichtigen. In Abbildung 3 werden diese in einer Übersicht und ihrer Wirkweise kurz dargestellt und im Folgenden vorgestellt und diskutiert.

3.1 Demografische Faktoren

Wie bereits zu Beginn festgestellt wurde, sind zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Risiko, die In-

tensität und die Häufigkeit krimineller und aggressiver Verhaltensweisen bei Alkoholkonsum festzustellen. In der Regel konsumieren Männer mehr und häufiger Alkohol als Frauen und zeigen gleichzeitig eine höhere Anfälligkeit für kriminelle und gewalttätige Verhaltensweisen. Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass in den letzten Jahren in vielen Gesellschaften und Kulturen ein Trend zu einem erhöhten Alkoholkonsum bei Frauen zu beobachten ist (Moinuddin et al., 2016).

Ein weiterer gut etablierter demografischer Faktor in der Kriminologie, der das Risiko für kriminelles Verhalten wesentlich beeinflusst, ist das Alter. Mit zunehmendem Alter geht eine gleichzeitige Abnahme des Kriminalitäts- und Gewalttrisikos einher. Ein eben solches Muster lässt sich auch beim Alkoholkonsum beobachten: Weyerer und Schäufele (2017) konnten zeigen, dass riskanter Alkoholkonsum im hohen Alter abnimmt, während Alkoholabstinenz zunimmt. Insbesondere exzessives Trinken bei einem Alter von 18 Jahren kann späteres kriminelles Verhalten vorhersagen (Farrington, 2003). Görgen et al. (2013) beschreiben eine Reihe von Faktoren, die beim Thema Alkoholkonsum auf Kinder und Jugendliche einwirken, wie soziale Einbindung, familiäre Bedingungen und Bildung. Sie empfehlen daher, insbesondere bei Kindern Präventionsprogramme, die die sozialen Fähigkeiten stärken und multiprofessionelle Ansätze verfolgen, anzubieten, um die ungünstigen langfristigen Folgen frühzeitig zu verhindern. Auch wenn Alkoholkonsum bei Jugendlichen unverändert stark verbreitet ist, ist der Trend insgesamt jedoch rückläufig (Zeihner et al., 2018).

Darüber hinaus werden weitere demografische Faktoren wie Gesundheitsverhalten, sozioökonomische und -kulturelle Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau und Familienstand diskutiert (Moore et al., 2005). So wurde beispielsweise festgestellt, dass Personen, die rauchten, in der Regel mehr Alkohol konsumierten als nicht rauchende Personen, und dass Veränderungen im Beschäftigungsstatus mit Unterschieden im Alkoholkonsum verbunden waren, auch wurden Zusammenhänge mit finanziellen Problemen gefunden (z. B. Farrington, 1995). Generell blieben jedoch die Faktoren Alter und Geschlecht die relevantesten Aspekte.

3.2 Persönlichkeitsmerkmale

Neben demografischen Faktoren spielen auch individuelle Unterschiede in der Persönlichkeit bei der Frage eine wichtige Rolle, inwiefern Alkoholkonsum zu kriminellem Verhalten führen kann. Der Begriff „Persönlichkeit“ beschreibt dabei ein Muster zeitlich stabiler Eigenschaften eines Individuums, die sein

oder ihr Denken, Fühlen und Handeln prägen. Die Persönlichkeit bildet somit die Gesamtheit der Merkmale eines Menschen, die ihn von anderen unterscheidet. Unter Berücksichtigung dieses Persönlichkeitsverständnisses wurden in der Vergangenheit verschiedene Merkmale und Eigenschaften identifiziert, die einerseits mit einem erhöhten Risiko für kriminelles Verhalten und andererseits mit problematischem Alkoholkonsum in Verbindung stehen.

Konkrete Persönlichkeitseigenschaften, die das Risiko sowohl für Devianz als auch für Alkoholprobleme erhöhen können, sind beispielsweise erhöhte Aggressivität, Reizbarkeit und Ärger. Parrot und Zeichner (2002) fanden Anzeichen dafür, dass Personen, die eine geringere Neigung zur Wut als charakterliche Eigenschaft aufweisen, auch weniger anfällig für die aggressionssteigernden Effekte von Alkohol sind. Im Gegensatz dazu scheinen insbesondere Männer, die eine mäßige Neigung zu Wut als charakterliche Eigenschaft aufweisen, die (physische) aggressionssteigernde Wirkung von Alkohol am stärksten zu erleben, unabhängig davon, ob sie nur glaubten, Alkohol konsumiert zu haben oder tatsächlich alkoholische Getränke zu sich genommen hatten (Parrot, Zeichner, 2002).

Weitere relevante Eigenschaften waren eine tolerante Haltung gegenüber gewalttätigem Verhalten, ein geringes Bewusstsein für eigene impulsive Reaktionen sowie eine geringe Selbstkontrolle und Empathie (Giancola, 2012). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Persönlichkeit betrifft die verringerte Fähigkeit, die langfristigen Konsequenzen des eigenen Verhaltens angemessen zu berücksichtigen. Dies führt dazu, dass der kurzfristige Gewinn, wie beispielsweise das unmittelbare Bedürfnis nach Rauscherlebnissen, im Mittelpunkt der eigenen Handlungen steht (Bushman et al., 2012). Dieses Merkmal ist auch ein integraler Bestandteil des sogenannten Sensation Seeking, das die Neigung beschreibt, wiederholt neue, herausfordernde, spannende und stimulierende Erlebnisse und Erfahrungen anzustreben. Diese Persönlichkeitseigenschaft kann sowohl mit kriminellem und generell abweichendem Verhalten in Verbindung stehen als auch gleichzeitig das Verlangen nach Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen verstärken (Newcomb, McGee, 1991). Dieses Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit einer nuancierten Analyse von Persönlichkeitseigenschaften, die oft sowohl positive als auch negative Aspekte aufweisen können. Am Beispiel des Sensation Seekings wären das einerseits Ausprägungen wie Offenheit und Interesse an neuen Erfahrungen und Herausforderungen und andererseits die Neigung zu unüberlegtem und riskantem Verhalten. Ebenfalls zu beachten ist hier die Überschneidung des Sensation Seekings mit dem Faktor Alter, da es in seinen verschiedenen Ausprägungen natürlicher Teil der Entwicklung von Jugendlichen sein kann.

Die Persönlichkeitsmerkmale der Dissozialität oder Antisozialität bilden eine Ausnahme und werden in der Persönlichkeits- und Kriminalpsychologie oft mit dem komplexeren Konzept der Psychopathie bezeichnet (Bonta, Andrews, 2023). Diese Persönlichkeitsbeschreibung umfasst die Tendenz zu abweichendem Verhalten, die häufig mit verminderter Empathie und Schuldempfinden, aber gleichzeitig erhöhter Ichbezogenheit einhergeht. In Zusammenhang mit Psychopathie treten vor allem die negativen Aspekte des Sensation Seekings auf. Ein höheres Maß an Psychopathie ist außerdem mit einer ausgeprägten Neigung zu kriminellen Verhalten und einem erhöhten Risiko für problematischen Alkoholkonsum assoziiert. Abschließend kann festgehalten werden, dass sich die Verhaltensbereiche der Kriminalität und des Alkoholmissbrauchs in einem großen Teil überschneiden. Dies bestätigen auch die folgenden Erkenntnisse insbesondere im Hinblick auf individuelle Vulnerabilität und subkulturelle Einflüsse.

3.3 Individuelle Vulnerabilität

Die Forschung zur individuellen Vulnerabilität ist eng mit wissenschaftlichen Studien zur Prävalenz oder Intensität bestimmter Persönlichkeitsmerkmale bei Personen verbunden, die ein erhöhtes Risiko für straffälliges und gewalttätiges Verhalten aufweisen und gleichzeitig problematisches Trinkverhalten zeigen. Insbesondere bei Personen, die zu einem langanhaltenden oder chronisch-missbräuchlichen Alkoholkonsum neigen, gibt es aufgrund unterschiedlicher Studienergebnisse Anzeichen dafür, dass eine individuelle Anfälligkeit für dieses schädliche Verhalten besteht. Diese Anfälligkeit sollte als eine stabile Eigenschaft betrachtet werden, die unabhängig von Alter und Lebensphase bestimmte Personengruppen einem höheren Risiko für alkoholbedingte Probleme aussetzt als Personen ohne diese individuelle Vulnerabilität. Empirische Untersuchungen, die Veränderungen in bestimmten Hirnarealen (insbesondere im Frontalkortex) im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zeigen (Ostling, Fillmore, 2010), lieferten Hinweise darauf, dass diese individuelle Vulnerabilität mit neurowissenschaftlichen und psychophysiologischen Korrelaten in Verbindung stehen kann. Zusätzlich dazu wurde in verschiedenen Studien festgestellt, dass verschiedene psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen häufig mit problematischem Alkoholkonsum einhergehen können (Debell et al., 2014). Genetische Untersuchungen steuerten Hinweise dafür bei, dass Abhängigkeits- und Missbrauchsverhalten im Zusammenhang mit Drogen- und Alkoholkonsum eine genetische Prädisposition oder Vulnerabilität aufweisen

können (Ball, 2008). Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass bei nahezu allen komplexen Verhaltensweisen eine Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und entwicklungsbedingten Einflüssen anzunehmen ist (Elam et al., 2018).

Untersuchungen zeigten außerdem, dass bei straffälligen Personen der Anteil alkoholbedingter psychischer Störungen deutlich höher ist als in der nichtstraffälligen Bevölkerung. Dies gilt auch für schwerwiegendere Straftaten wie sexuell motivierte Gewaltdelikte, bei denen ein hoher Anteil der Täter nicht nur ein dauerhaft problematisches Trinkverhalten aufweist, sondern oft auch zur Tatzeit unter Alkoholeinfluss stand (Eher et al., 2010, 2019). Watkins et al. (2014) haben darüber hinaus gezeigt, dass problematischer Alkoholkonsum ein verstärkender Faktor für aggressives Verhalten in Intimpartnerschaften sein kann, da bereits bestehende Impulskontrollprobleme weiter verschärft werden können.

Die Erklärung für diese Zusammenhänge basiert auf den unter 3.5 genauer ausgeführten neurowissenschaftlichen Grundlagen und geht davon aus, dass die individuelle Anfälligkeit für alkoholbezogene Probleme und Störungen sowie die Neigung zu gewalttätigem Verhalten und erhöhter Aggressivität eine gemeinsame oder zumindest eng miteinander verbundene ätiologische Grundlage haben (Heinz et al., 2011). Wenn diese individuelle Vulnerabilität auf ungünstige Lebensbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten trifft, bspw. aufgrund familiärer Probleme oder sozialer Ausgrenzungserfahrungen, kann das Risiko für beide Bereiche – Devianz und alkoholbedingte Probleme – erhöht sein.

3.4 Subkulturelle Einbindung

Obwohl der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft langfristig rückläufig ist, bleibt er weit verbreitet. Nichtsdestotrotz ist darüber hinaus eine subkulturelle Komponente im Zusammenhang zwischen Alkohol und Delinquenz erkennbar. So gehörten laut einer Studie von Corrigan et al. (2005) Personen mit problematischem Alkoholkonsum selbst innerhalb der bereits stark stigmatisierten Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den am stärksten gesellschaftlich ausgegrenzten Personen. In diesem Kontext ist anzunehmen, dass verschiedene Mechanismen der sozialen Exklusion zusammenspielen. Diese Mechanismen tragen insgesamt dazu bei, dass Personen, die sowohl Alkohol konsumieren als auch eine Neigung zur Gewalt aufweisen, sich in subkulturelle Gruppen zurückziehen. Diese Gruppen können sich zwar im Laufe des Lebens wieder auflösen, können jedoch auch verstärkt werden

und sogar zu einer völligen Entfremdung von alternativen sozialen Gruppen führen.

Im Bereich der soziologisch ausgerichteten Kriminologie wurde frühzeitig ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und gewalttätigem Verhalten aufgrund eines gewaltorientierten und in subkulturellen Strukturen verankerten Lebensstils vermutet (Johnston et al., 1978). Diese Annahme basiert auf der Vorstellung, dass aggressivere Individuen vermehrt soziale Umgebungen aufsuchen, in denen übermäßiger Alkohol konsumiert wird (s. a. 3.2 zu Persönlichkeitsmerkmalen und Aggression). Insbesondere die Mitglieder bestimmter sozialer Gruppen, in denen gewaltorientierte männliche Normen eine zentrale Rolle spielen (wie z. B. im rechtsextremen Milieu oder der Hooligan-Szene), zeigen oft ein exzessives Trinkverhalten, eine ausgeprägte öffentliche Zurschaustellung von Gewaltbereitschaft und Aggressivität sowie Motive, die mit Gruppenzugehörigkeit in Verbindung stehen (Kerner et al., 1997).

3.5 Erhöhte Aggressivität und verringerte Impulskontrolle

Die beiden vermittelnden Faktoren, der gesteigerten Aggressivität und der verminderten Impulskontrolle, werden in einem Abschnitt zusammengefasst, da sie in der praktischen Bewertung und wissenschaftlichen Untersuchung von Verhalten oft schwer voneinander zu trennen sind. Anders als die zuvor beschriebenen Faktoren wird hierbei angenommen, dass sie sich nicht in einer Art Wechselwirkung sowohl auf den Alkoholkonsum als auch auf die Kriminalität auswirken, sondern dass bei Alkoholkonsum die bereits vorhandenen Prädispositionen verstärkt zum Ausdruck kommen und so zu kriminellem Verhalten führen können. Alkohol ist weithin bekannt für seine enthemmende Wirkung, die oft zu einer Verringerung von Ängsten führt und dazu, dass Konsumierende sich mutiger, aber auch reizbarer und aggressiver fühlen (Exum, 2006). Dies kann zu einem Anstieg von riskantem und potenziell gefährlichem Verhalten, sowohl gegenüber sich selbst als auch anderen, führen.

Darüber hinaus hat Alkohol eine psychomotorisch stimulierende Wirkung und kann sich schmerzlindernd auswirken (Thompson et al., 2017). Dies kann einerseits die Tendenz zu regelmäßigem Alkoholkonsum bei chronischen Schmerzen erklären, andererseits aber auch, warum es bei Gewaltdelikten unter Alkoholeinfluss, wie z. B. bei handgreiflichen Konflikten, zu heftigerer und länger anhaltender Gewalt kommen kann. Zusätzlich führt Alkoholkonsum in der Regel zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, wie beispielsweise im Bereich des planerischen Denkens, der Reizverarbeitung und der Aufmerksamkeit (Giancola, 2012). Das kann dazu führen, dass

die Fähigkeit, aggressive Reaktionen zu unterdrücken, unter Alkoholkonsum beeinträchtigt sein kann. Dieser Effekt zeigte sich wiederum besonders stark bei Personen mit einer Vorgeschichte von Aggressionsproblemen.

All diese psychologischen Mechanismen führen zusammengefasst zu einer eingeschränkten Selbstkontrolle, einer erhöhten Neigung zur Aggression und einer verminderten Fähigkeit, die langfristigen Konsequenzen von Verhalten angemessen einzuschätzen. Die neurobiologische Basis dieser Wirkmechanismen des Alkohols wird in Störungen oder Einschränkungen der Neurotransmitter Serotonin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) vermutet (Heinz et al., 2011). Beide Neurotransmitter spielen eine zentrale Rolle bei der komplexen Regulation von Emotionen und Verhalten auf neurobiologischer und psychologischer Ebene. Im Kontext des Alkoholkonsums wird angenommen, dass die normalerweise von diesen Neurotransmittern ausgeübte Verhaltenskontrolle in bestimmten Hirnregionen, insbesondere im limbischen System und dem Präfrontalkortex, im alkoholisierten Zustand erheblich beeinträchtigt oder herabgesetzt sein kann.

4 Prävention und Fazit

Im Folgenden werden kurz die Grundüberlegungen und Vorgehensweise der bislang durchgeführten und etablierten Präventionsstrategien erläutert. Im Kontext der primären Prävention wurden breit angelegte Informationskampagnen der Bevölkerung durchgeführt, um die Öffentlichkeit über die schädlichen Auswirkungen des übermäßigen oder riskanten Alkoholkonsums aufzuklären. Bei der Gestaltung dieser Kampagnen wurden sekundärpräventiv auch besonders bekannte Risikogruppen wie die bereits erwähnten jungen Männer (und zunehmend auch junge Frauen) gezielt angesprochen. Im Rahmen der tertiären Prävention erfolgt eine zielgerichtete Betreuung und Behandlung (und ggf. Kontrolle) von Personen, die bereits vorbelastet sind. Dies betrifft insbesondere Personen, die bereits strafrechtlich in Erscheinung getreten sind und Probleme im Bereich des Alkohol- und Drogenkonsums haben. Dementsprechend können diese speziellen Behandlungs- und Betreuungsprogramme ggf. auch gerichtlich angeordnet und überwacht werden, um deren Wirksamkeit zu gewährleisten.

Zwar sind die Zahlen von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss nach dem starken Rückgang der entsprechenden Werte in den Jahren 2020 und 2021 bedingt durch die zahlreichen Beschränkungen des öffentlichen Raums während der COVID-19-Pandemie wieder angestiegen, verzeichnen aber insgesamt über einen längeren Zeitraum von 20 Jahren betrachtet weiterhin einen

rückläufigen Trend. Dies weist darauf hin, dass die Präventionsstrategien der Vergangenheit durchaus erfolgreich und sinnvoll sind und waren und Präventionsbemühungen in diesem Kontext wirken können.

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*. 7. Auflage. Abingdon: Routledge.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2023): Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2022. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2022/pks2022_node.html, Zugriff: 15.02.2024.
- Bushman, B. J. 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.
- 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.
- 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: 16.02.2024.
- 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.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023): Pressemitteilung Nr. 272 vom 12. Juli 2023. Wiesbaden: Destatis.
- Straßgütli, L.; Klipp, S. (2024): Suchtmittel im Straßenverkehr 2022 – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): *DHS Jahrbuch Sucht 2024*. Lengerich: Pabst.
- 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.
- 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). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-066.

2.8 Suchtmittel im Straßenverkehr 2022 – Zahlen und Fakten

Leon Straßgüt, Simone Klipp

Zusammenfassung

Alkohol im Straßenverkehr

Gegenüber 2013 war die Zahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden im Jahr 2022 um 20,2 % höher. Dies ist vor allem auf die starke Zunahme der Zahl der Alkoholunfälle im letzten Jahr zurückzuführen. In den Jahren davor war die Zahl der Alkoholunfälle etwa stabil, mit zwischenzeitlichen Rückgängen während der COVID-19-Pandemie. Die Zahl der alkoholisierten Beteiligten an Unfällen mit Personenschaden hat sich zwischen 2013 und 2022 um 20,1 % erhöht.

Am häufigsten tritt Alkohol als Unfallursache in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen Unfallbeteiligten auf, gefolgt von den Gruppen der 35- bis 44-jährigen und der 18- bis 24-jährigen Beteiligten. Die Anzahl der an Unfällen mit Personenschaden beteiligten alkoholisierten männlichen Beteiligten fällt etwa 6,5-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 Fähranfängerinnen und Fähranfänger 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

Die Gefährdung der Verkehrssicherheit durch drogenbeeinflusste Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer hat seit den 1990er Jahren an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 1998 wurde ein Ordnungswidrigkeitstatbestand für das Fahren unter dem Einfluss bestimmter psychoaktiver Substanzen eingeführt. Ausbildungsmaßnahmen für die Polizei zur besseren Erkennung einer Drogenwirkung bei Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern sowie der Einsatz von Drogen-

schnelltests führten dazu, dass die Dokumentation der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ deutlich anstieg. Sie liegt aber immer noch um ein Vielfaches niedriger als die der Unfallursache Alkohol.

Abstract

Alcohol

The number of alcohol-related road traffic crashes with personal injury increased by 20.2 % in 2022 compared to 2013. This steep increase is primarily due to the rise in alcohol-related crashes in the last year. In the years prior to that, the number of alcohol-related crashes was approximately constant with a temporary decline during the COVID-19 pandemic. The number of persons under the influence of alcohol involved in personal injury crashes increased by 20.1 % between 2013 and 2022.

Road crashes due to alcohol most often occur within the age group of 25- to 34-year-old drivers, followed by 35- to 44-year-olds and 18- to 24-year-olds. The number of alcohol-related crashes with personal injury caused by male drivers is about 6.5-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 disproportionately appear to be 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

The risk to traffic safety posed by drivers under the influence of drugs has become more important since the 1990s. In 1998 and 1999, new legislative regulations came into effect. Additionally, a training programme has been developed enabling police to better detect drug use in drivers. Due to these changes and the increasing use of rapid drug tests, the number of crashes with the cause “influence of other intoxicating substances” increased sharply, even though the number is still much lower than the number of crashes under the influence of alcohol.

1 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.

Gesetzeslage

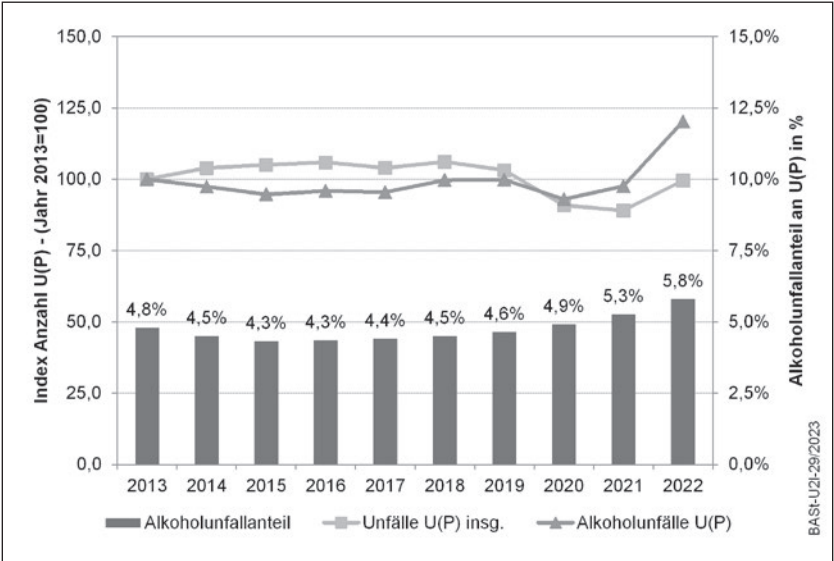
Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt, obwohl er oder sie 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft oder 0,5 Promille oder mehr Alkohol im Blut oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu einer solchen Atem- oder Blutalkoholkonzentration 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 2022 ereigneten sich 16.807 Alkoholunfälle mit Personenschaden (U(P)). Das heißt, es wurde mindestens eine Person getötet oder verletzt. Bei diesen Unfällen verunglückten 20.360 Personen. Getötet wurden 242 Personen (1,2 % der Verunglückten). 5.016 Personen (24,6 %) wurden schwer verletzt, sie wurden also für mindestens 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 15.102 Personen (74,2 %), wurde leicht verletzt. Alkoholunfälle sind dabei noch immer deutlich folgenreicher als Unfälle insgesamt. Im Jahr 2022 kamen auf 1.000 Alkoholunfälle mit Personenschaden 14 Getötete und damit 1,5-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt. Der Anteil von Alkoholunfällen mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden beträgt 5,8 %.

Langfristig war die Entwicklung der Alkoholunfälle lange rückläufig. Gegenüber dem Jahr 2000 war die Zahl der Alkoholunfälle im Jahr 2022 um 38,6 % niedriger. Seit 2013 stagnierte der Wert jedoch – er fluktuierte um gut 13.500 Unfälle pro Jahr. In den Jahren 2020 und 2021, also während der COVID-19-Pandemie, reduzierte sich die Zahl der Alkoholunfälle deutlich gegenüber den Vorjahren. Zuletzt stieg die Zahl der Alkoholunfälle allerdings wieder

Abb. 1: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Alkoholunfälle 2013–2022; Index 2013 = 100 [nur Unfälle mit Personenschaden U(P)]



deutlich an – 2022 lag sie 23,3% über dem Vorjahr und 20,5% über dem Wert von 2019. Die Entwicklung der Unfallzahlen ist zusammenfassend in Abbildung 1 und Tabelle 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 2022 war der Juli. Allgemein ist das Alkoholunfallgeschehen im Sommer höher als im Rest des Jahres. Im Wochenverlauf ereignen sich die

Tab. 1: Alkoholunfälle mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte 2013–2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
U(P) alkoholisiert	13.980	13.612	13.239	13.403	13.343	13.934	13.949	13.003	13.628	16.807
dabei Getötete	314	260	256	225	231	244	228	156	165	242
dabei Schwerverl.	4.843	4.688	4.590	4.506	4.531	4.634	4.592	4.106	4.272	5.016
dabei Leichtverl.	12.677	12.168	11.836	12.264	12.040	12.595	12.591	11.385	11.889	15.102
alkohol. Beteiligte	14.115	13.742	13.361	13.532	13.463	14.056	14.070	13.098	13.745	16.947

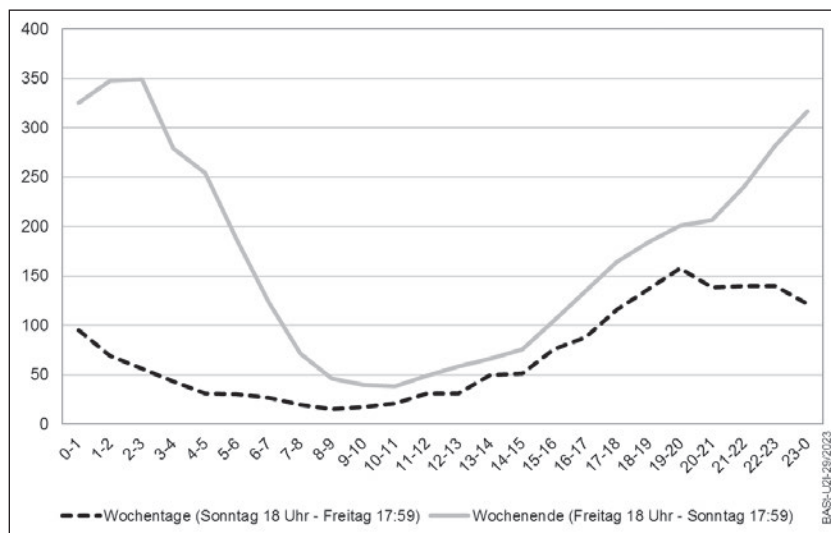
BAST-U21-29/2023

meisten Alkoholunfälle am Wochenende. Von den insgesamt 16.807 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2022 fielen 4.095 oder 24,4 % auf einen Samstag und 3.853 oder 22,9 % auf einen Sonntag. An Freitagen lag der Anteil bei 14,6 % und an Donnerstagen bei 11,7 %. Die Wochentage Montag bis Mittwoch wiesen die geringste Zahl an Alkoholunfällen auf, im Schnitt ereigneten sich an diesen Tagen 8,8 % der Alkoholunfälle.

Die meisten Alkoholunfälle ereignen sich abends und nachts zwischen 18 Uhr und 2 Uhr. Im Jahr 2022 lag der Anteil der Alkoholunfälle in diesen acht Stunden bei 56,8 %. Im Vergleich dazu fielen nur 21,2 % der Unfälle mit Personenschaden insgesamt (d. h. mit und ohne alkoholisierte Beteiligte) in diesem Zeitraum.

Etwa ein Viertel (25,1 %) der Alkoholunfälle ereignete sich dabei in den sechzehn Wochenstunden von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag zwischen 18 Uhr 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 (BMVI) 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

Abb. 2: Alkoholunfälle mit Personenschaden nach Wochentagen und Uhrzeit 2022



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 Abbildung 2 dargestellt.

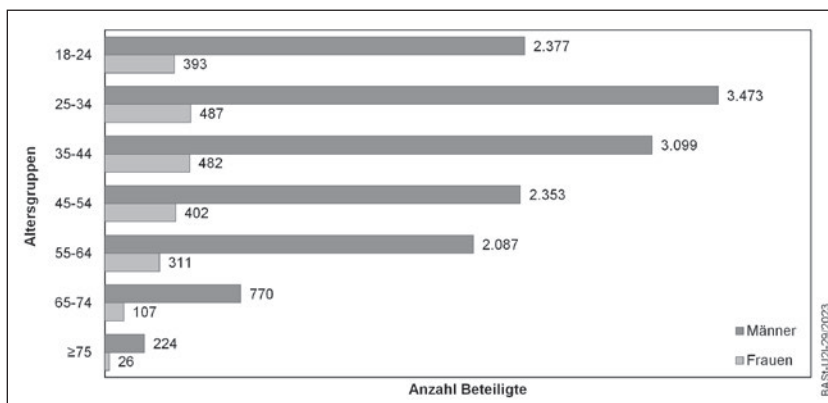
Alkoholisierte Unfallbeteiligte

Bei den insgesamt 16.807 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2022 waren 16.947 Unfallbeteiligte alkoholisiert. Gemessen an allen Beteiligten bei Unfällen mit Personenschaden machten alkoholisierte Beteiligte damit einen Anteil von 3,2 % aus. Die meisten alkoholisierten Beteiligten (96,2 %) waren dabei Hauptverursachende des Unfalls.

Etwas weniger als die Hälfte (44,3 %) der alkoholisierten Beteiligten verunfallten 2022 im Pkw (7.501 Beteiligte). Die zweitgrößte Gruppe stellten mit 34,2 % Radfahrende dar (5.803 Beteiligte), dabei nutzten 25,2 % aller alkoholisierten Beteiligten konventionelle Fahrräder (4.271 Beteiligte) und 9,0 % Pedelecs (1.532 Beteiligte). Zudem waren Radfahrende überproportional häufig alkoholisiert an Unfällen beteiligt. Ihr Anteil an den Unfallbeteiligten insgesamt betrug lediglich 19,9 %. Die drittgrößte Gruppe stellten mit 9,1 % die Elektrokleinstfahrzeuge dar (1.550 Beteiligte), auch hier war der Anteil stark überproportional im Vergleich zum Unfallgeschehen insgesamt. Gemessen an allen Unfallbeteiligten lag der Anteil der Elektrokleinstfahrzeuge lediglich bei 1,6 %. Die Zahl der alkoholisierten Beteiligten, die Pedelec oder Elektrokleinstfahrzeuge nutzten, nahm in den letzten Jahren zudem überproportional stark zu. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der alkoholisierten Beteiligten von Pedelec im Jahr 2022 um 44,3 %, die von Elektrokleinstfahrzeugen um 43,5 %. Insgesamt dagegen stieg die Zahl der alkoholisierten Beteiligten um 23,3 %.

Die Thematik „Alkohol im Straßenverkehr“ trägt eindeutig alters- und geschlechtsspezifische Züge (s. Abb. 3). 2022 waren 86,4 % der alkoholisierten Unfallbeteiligten männlich. Auch wenn berücksichtigt wird, dass Männer häufiger an Straßenverkehrsunfällen beteiligt sind als Frauen – 2022 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 (23,4 %) der alkoholisierten Beteiligten war 2022

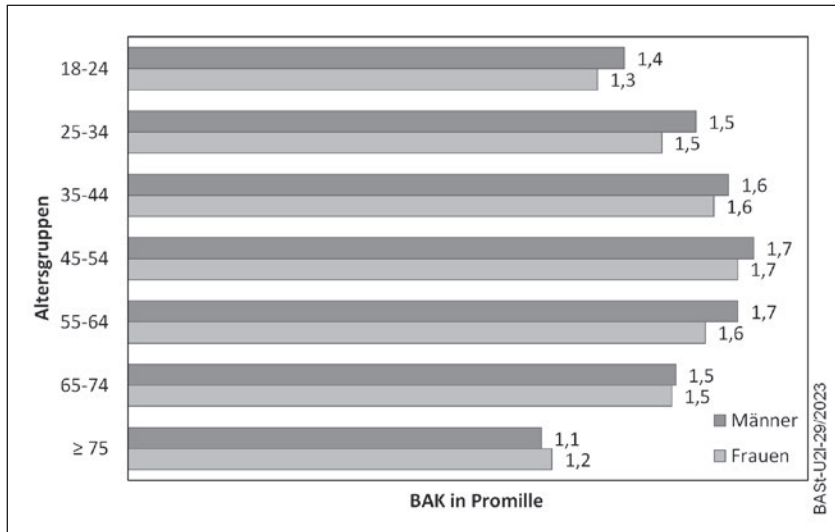
Abb. 3: Unfallbeteiligte nach Altersgruppen und Geschlecht 2022

zwischen 25 und 34 Jahren alt, gefolgt von den 35- bis 44-Jährigen mit 21,1 %. Gemessen an der Bevölkerungsstärke ist die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen allerdings am stärksten überrepräsentiert. Ihr Anteil an den alkoholisierten Unfallbeteiligten lag 2022 bei 16,4 %, 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. Die größte Altersgruppe stellten bei beiden Geschlechtern die 25- bis 34-Jährigen dar.

Von allen alkoholisierten Beteiligten im Jahr 2022 machten männliche Beteiligte im frühen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren mehr als ein Drittel der Beteiligten aus. Wird noch die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen hinzugenommen, stieg 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 (Gegersen, 2003; Holte, 2012). Dabei weisen Männer eine größere Risikobereitschaft auf als Frauen (a.a.O.). 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 fahrerfahreneren Personen (Peck et al., 2008; Yadav, Velega, 2019).

Dies spiegelt sich auch im Alkoholisierungsgrad wider. Junge alkoholisierte Beteiligte weisen einen deutlich geringeren Alkoholwert auf als alkoholisierte Beteiligte mittlerer Altersgruppen (s. Abb. 4). Bei den 18- bis 24-jährigen alkoholisierten Beteiligten wurde durchschnittlich eine Blutalkoholkonzentration

Abb. 4: Durchschnittliche Blutalkoholkonzentration (BAK) nach Altersgruppen und Geschlecht 2022



(BAK) in Höhe von 1,34 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 21,0 % unter dem der 45- bis 54-Jährigen.

2 Drogen im Straßenverkehr

Gesetzeslage

Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer unter der Wirkung (definiert als Nachweis im Blut) von bestimmten Drogen im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Die Anlage zu § 24a StVG (Liste der berauschenden Mittel und Substanzen) umfasst derzeit THC, Morphin, Cocain, Benzoylecgonin, Amfetamin, MDA, MDE, MDMA und 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.

Den Innenministerien der Bundesländer wurde deshalb von der Bundesanstalt für Straßenwesen das Schulungsprogramm für Polizeibeamte „Drogenerkennung im Straßenverkehr“ (Bundesanstalt für Straßenwesen, 1998) zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse einer Evaluation des Programms zeigen, dass mittlerweile alle Bundesländer ein Drogenerkennungsprogramm einsetzen.

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“

Die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ erhöhte sich seit den 1990er Jahren deutlich. Zwischen 2013 und 2022 ist die Anzahl der Unfälle um 97,1 % angestiegen (s. Abb. 5). Insbesondere seit 2014 nahm die Zahl dieser Unfälle jedes Jahr stark zu. Der deutliche Anstieg der Unfälle mit der Ursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ ist jedoch mindestens teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. In den Jahren während der COVID-19-Pandemie, also 2020 und 2021, nahm die Anzahl der Unfälle unter anderen berauschenden Mitteln nur geringfügig zu. Dagegen stieg der Wert im Jahr 2022 wieder deutlich an – er nahm gegenüber dem Vorjahr um 20,2 % zu. Im Jahr 2022 waren insgesamt 2.736 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss berauschender Mittel zu verzeichnen. Dabei verunglückten 3.770 Personen. Davon

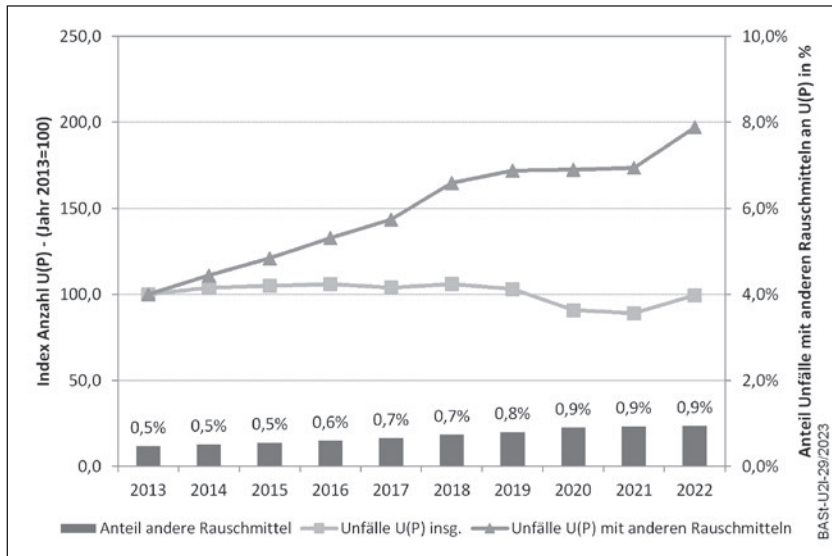
wurden 41 getötet (1,1 %), 914 schwer verletzt (24,2 %) und 2 815 leicht verletzt (74,7 %). Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel sind damit deutlich folgeschwerer als Unfälle insgesamt. Im Jahr 2022 kamen 15 Getötete auf 1.000 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss berauschender Mittel und damit 1,6-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt.

Am häufigsten kam es 2022 an Wochenenden zu Unfällen unter dem Einfluss berauschender Mittel mit Personenschaden. Knapp zwei Drittel der Unfälle ereigneten sich zudem in der zweiten Tageshälfte mit Spitzen zwischen 16 und 22 Uhr.

Die Anzahl der Beteiligten, die unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel standen, lag 2022 bei 2.744 Personen. Wie auch beim Alkoholunfallgeschehen sind deutliche geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten zu erkennen. Die meisten Beteiligten waren männlich (88,4 %), zudem waren Personen zwischen 18 und 34 Jahren mit 59,4 % deutlich überrepräsentiert gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung. Mehr als die Hälfte (53,8 %) der Beteiligten waren männlich und zwischen 18 und 34 Jahren.

Somit stieg die Anzahl der polizeilich registrierten Unfälle unter Einfluss anderer berauschender Mittel seit 2014 überproportional stark an. Wie sich

Abb. 5: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel 2013–2022; Index 2013 = 100 [nur Unfälle mit Personenschaden U(P)]



die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel aber tatsächlich entwickelt hat, ist aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten, da hierbei auch die bessere Drogenerkennung eine Rolle spielt.

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 Grundausswertung. 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 2022 der professionellen Suchthilfe

*Larissa Schwarzkopf, Jutta Künzel, 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 2022, 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 2022 wurden in 887 ambulanten und 162 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 315.827 ambulante Betreuungen und 37.447 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 2022 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

2022, 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 2022 DSHS data set contains data of 887 outpatient and 162 inpatient addiction care facilities, in which 315,827 respectively 37,447 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 genutzt (KDS). 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 dokumentieren und für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen. Die Statistik wird jährlich vom Ins-

titut 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 2022 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., 2023) sowie relevante, aktuelle (unkommentierte) Tabellenbände des Datenjahres 2022 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 2022 beteiligten sich 887 (2021: 878) ambulante und 162 (2021: 152) stationäre Einrichtungen an der DSHS. Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen hat sich in den letzten 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 2022 umfasste das Einrichtungsregister validierte Einträge¹ von insgesamt 1.230 ambulanten und 325 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 bei seiner Entwicklung ein Fokus auf ambulante Einrichtungen gelegt worden war, wurde

¹ Als Validierung gilt, wenn die Existenz der Einrichtung seit 2018 mindestens einmal durch die Einrichtung oder ihren Trägerverband bestätigt 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 2022 wird die neue Beteiligungsquote für den ambulanten Bereich auf 73,4 % (2021: 72,7 % | Beteiligungsquote alt 2022: 77,1 %, 2021: 72,3 %) und für den stationären Bereich auf 53,0 % (2021: 48,4 % | Beteiligungsquote alt 2022: 67,8 %, 2021: 59,4 %) geschätzt.

2.3 Auswertungen

Für die jährlichen Analysen der DSHS werden die Auswertungen in „ambulant“ und „stationär“ zusammengefasst³. Für den ambulanten Bereich ($N = 887$ 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 2022 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 ($N = 162$ Einrichtungen) basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Patientinnen und Patienten berichtet, die 2022 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.

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 2022 werden ausgewählte Merkmale für die Hauptmaßnahmen *Psychosoziale Begleitung Substituierter* (PSB, $N = 357$ Einrichtungen), *Ambulante medizinische Rehabilitation* (ARS, $N = 332$ Einrichtungen), *(Reha-)Nachsorge* (NAS, $N = 414$ Einrichtungen), *Adaption* (ADA, $N = 43$ Einrichtungen) und *ambulant betreutes Wohnen* (ABW, $N = 168$ 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. 59 % (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: 10 %), 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 93 % der Einrichtungen) mindestens einmal in Anspruch genommen. Ebenfalls verbreitet, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau, ist die Nutzung von *PSB* (in 60 % der Einrichtungen) und *Niedrigschwelligen Hilfen* (in 40 % der Einrichtungen). Hinsichtlich „*Suchtbehandlung*“ wird in 7 von 10 Einrichtungen das Angebot *NAS* (in 70 % der Einrichtungen) wahrgenommen. Mit Abstand folgt die Inanspruchnahme von *ARS* (in 46 % der Einrichtungen) und von *Kombinationsbehandlung (KOM)*, in 33 % der Einrichtungen). Im Bereich „*Eingliederungshilfe*“ wird am häufigsten *ABW* (in 20 % der Einrichtungen) und im Bereich „*Justiz*“ am häufigsten *Suchtberatung im Justizvollzug* (in 16 % der Einrichtungen) wahrgenommen. In gut der Hälfte der Einrichtungen wird das Angebot „*Prävention und Frühintervention*“ (in 54 % der Einrichtungen) aktiv genutzt und 4 von 10 Einrichtungen setzen Angebote im Kontext der „*Selbsthilfe*“ (in 42 % der Einrichtungen) um.

Im Bereich „*Suchtbehandlung*“ wird in drei Vierteln der **stationären Einrichtungen** eine *Stationäre medizinische Rehabilitation* (in 75 % der Einrichtungen) in Anspruch genommen. Ebenfalls häufig werden die Angebote *KOM* (in 53 % der Einrichtungen), *Wechsel in die ambulante Behandlungsform* (in 41 % der Einrichtungen) und *ADA* (in 41 % der Einrichtungen) genutzt. Eine Inanspruchnahme von *Ganztägiger ambulanter Entlassform* (in 31 % der Einrichtungen), *Ganztägiger ambulanter Rehabilitation* (in 27 % der Einrichtungen), *Ambulanter Entlassform* (in 23 % der Einrichtungen) und *NAS* (in 22 % 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 2 % der Einrichtungen) sowie Leistungsangebote aus weiteren Maßnahmenkategorien spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle.

4 Betreuungsvolumen

Im Datenjahr 2022 wurden im Rahmen der DSHS ambulant insgesamt 315.827 Betreuungen und stationär insgesamt 37.447 Behandlungen dokumentiert. Während stationär nahezu alle Behandlungen ($n = 37.426$) 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 2021, Neuzugänge des Jahres 2022, im Jahr 2022 beendete Betreuungen/Behandlungen sowie Übernahmen in das Jahr 2023 (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. a. Abschnitt 2 *Methodik*). Die im Bericht nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich somit – unabhängig vom Vorliegen einer Hauptdiagnose – auf $N = 189.885$ Zugänge bzw. $N = 171.190$ Beender mit eigener Problematik für den ambulanten Bereich und auf $N = 32.140$ Beender für den stationären Bereich.

Innerhalb der Hauptmaßnahmen entfallen die meisten Betreuungen auf PSB ($N = 24.514$). Es folgen, mit Abstand und in ähnlicher Größenordnung, ARS ($N = 9.750$) und NAS ($N = 9.714$). Ein nochmals wesentlich geringeres Betreuungsvolumen weisen ABW ($N = 4.220$) und ADA ($N = 2.379$) auf.

Tab. 1: Anzahl der Betreuungen/Behandlungen 2022

Betreuungen/Behandlungen 2022	ambulant				stationär			
	G		M	F	G		M	F
<i>N</i>	315.827		218.226	97.109	37.447		28.343	9.096
	<i>N</i>	%	%	%	<i>N</i>	%	%	%
Zahl der Übernahmen aus 2021	125.942	39,9	39,7	40,2	7.966	19,0	21,6	20,3
Zahl der Zugänge 2022	189.885	60,1	60,3	59,8	29.481	81,0	78,4	79,7
Zahl der Beender 2022	171.190	54,2	54,3	54,0	32.140	76,2	85,4	87,1
Zahl der Übernahmen nach 2023	144.637	45,8	45,7	46,0	5.307	23,8	14,6	12,9
Geschlechterverhältnis (gesamt)			69,1	30,7			75,7	24,3

$N = 887$ ambulante Einrichtungen: (unbekannt: 0,0 %); $N = 162$ stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %);
 Bezug: alle Betreuungen/Behandlungen inklusive Bezugspersonen.
 G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

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 cannabinoidbezogenen Störungen (F12; ambulant: 19 %, 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: 9 %). Weitere verhältnismäßig häufige Hauptdiagnosen sind Störungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien⁶ (F15; ambulant: 6 %, stationär: 6 %) sowie Pathologisches Spielen (F63.0; ambulant: 4 %, 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 über 6:1 bei Exzessiver Mediennutzung bzw. kokainbezogenen Störungen, 4:1 bei cannabinoid- bzw. opioidbezogenen Störungen sowie bei Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie bis hin zu 2:1 bei alkohol- bzw. bei stimulanzienbezogenen Störungen. Lediglich bei den anteilsmäßig 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 (92 %) besteht, gefolgt von Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (5 %). In den übrigen Hauptmaßnahmen dominieren alkoholbezogene Störungen, wobei ihr Anteil in ARS (71 %) und NAS (77 %) bei etwa drei Vierteln und in ADA (49 %) und ABW (51 %) bei etwa der Hälfte liegt.

Es folgen in ARS cannabinoidbezogene Störungen (8 %), Pathologisches Spielen (6 %), kokain- (5 %) und stimulanzienbezogene Störungen (3 %). In NAS stehen ebenfalls cannabinoidbezogene Störungen (7 %) an zweiter Stelle, gefolgt von stimulanzienbezogenen Störungen (5 %) und Pathologischem Spielen (3 %). In ADA entfallen die Ränge zwei und drei auf Störungen aufgrund des

⁶ Methylenstoffdioxymphetamin (MDMA) und verwandte Substanzen, Amphetamine, Methamphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.

Tab. 2a: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, ambulant

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	137.713	101.679	35.850
F10 Alkohol	68.701	49,9 %	47,1 %	57,9 %
F11 Opioide	12.895	9,4 %	9,9 %	7,9 %
F12 Cannabinoide	25.459	18,5 %	20,3 %	13,1 %
F13 Sedativa/Hypnotika	1.330	1,0 %	0,7 %	1,6 %
F14 Kokain	5.435	3,9 %	4,6 %	2,1 %
F15 Stimulanzen	8.032	5,8 %	5,6 %	6,6 %
F16 Halluzinogene	123	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F17 Tabak	978	0,7 %	0,5 %	1,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	8	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	6.647	4,8 %	5,3 %	3,6 %
F50 Essstörungen	1.409	1,0 %	0,1 %	3,6 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	28	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	5.081	3,7 %	4,4 %	1,6 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	1.587	1,2 %	1,3 %	0,7 %

N = 877 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,9 %); Bezug: Zugänge.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen

Tab. 2b: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, stationär

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	31.888	23.985	7.895
F10 Alkohol	20.719	65,0 %	62,3 %	73,2 %
F11 Opioide	1.197	3,8 %	4,2 %	2,5 %
F12 Cannabinoide	3.154	9,9 %	10,6 %	7,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	268	0,8 %	0,7 %	1,4 %
F14 Kokain	1.150	3,6 %	4,3 %	1,6 %
F15 Stimulanzen	1.902	6,0 %	6,0 %	5,7 %
F16 Halluzinogene	18	0,1 %	0,0 %	0,1 %
F17 Tabak	25	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	4	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	2.949	9,2 %	10,1 %	6,7 %
F50 Essstörungen	6	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	1	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	418	1,3 %	1,5 %	0,8 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	77	0,2 %	0,3 %	0,1 %

N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tab. 2c: Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahmen

Hauptdiagnose	PSB	ARS	NAS	ADA	ABW
<i>N</i>	4.746	4.475	4.969	1.832	974
F10 Alkohol	1,1 %	71,4 %	76,5 %	48,6 %	51,3 %
F11 Opioide	91,9 %	1,7 %	1,5 %	4,4 %	15,1 %
F12 Cannabinoide	1,0 %	8,3 %	6,6 %	11,0 %	12,4 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,1 %	0,8 %	0,6 %	0,3 %	0,9 %
F14 Kokain	0,5 %	5,1 %	1,8 %	4,0 %	5,9 %
F15 Stimulanzien	0,2 %	3,1 %	5,0 %	10,5 %	5,6 %
F16 Halluzinogene	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
F17 Tabak	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	5,0 %	3,4 %	3,8 %	19,7 %	7,1 %
F50 Essstörungen	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	0,1 %	5,5 %	2,9 %	1,1 %	0,5 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,2 %	0,4 %

PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: *N* = 336 Einrichtungen (unbekannt: 1,4 %),
 ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: *N* = 327 Einrichtungen (unbekannt: 0,8 %),
 NAS = (Reha-)Nachsorge: *N* = 412 Einrichtungen (unbekannt: 1,5 %), ADA = Adaption: *N* = 43
 Einrichtungen (unbekannt: 0,9 %), ABW = Ambulant betreutes Wohnen: *N* = 156 Einrichtungen
 (unbekannt: 0,5 %). Bezug: Zugänge/Beender

Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (20 %) und cannabinoidbezogene Störungen (11 %). In ABW sind es opioid- (15 %) und cannabinoidbezogene Störungen (12 %).

Für die nachfolgenden Ausführungen werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzienbezogene 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.

Tab. 3a: Suchtbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen, ambulant

Hauptdiagnose	Einzeldiagnose									
	F10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Canna- binoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimu- lanzien	F17 Tabak	F63.0 Path. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.	
	N	76.374	14.529	39.730	4.492	13.697	24.976	5.068	1.785	
F10 Alkohol	62.388	100 %	1,4 %	9,1 %	1,0 %	2,9 %	19,0 %	0,4 %	0,1 %	
F11 Opiode	10.362	19,6 %	100 %	24,0 %	9,8 %	20,2 %	22,1 %	0,2 %	0,0 %	
F12 Cannabinoide	23.202	20,5 %	3,1 %	100 %	2,1 %	9,1 %	21,7 %	0,4 %	0,5 %	
F15 Stimulanzien	7.397	25,6 %	3,2 %	38,4 %	2,1 %	8,1 %	20,5 %	0,9 %	0,2 %	
F63.0 Pathologisches Spielen	4.444	10,6 %	0,6 %	6,9 %	0,2 %	3,4 %	16,9 %	100 %	1,8 %	
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	1.497	4,7 %	0,2 %	4,3 %	0,0 %	0,7 %	5,1 %	2,1 %	100 %	

N = 662 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 6,8 %). Bezug: Zugänge. Mehrfachnennungen möglich.
 Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

Tab. 3b: Suchtbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und Einzeldiagnosen, stationär

Hauptdiagnose	Einzeldiagnose									
	N	F10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Canna- binoide	F13 Sedativa/ Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimu- lanzien	F17 Tabak	F63.0 Pathol. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.
F10 Alkohol	20.713	100 %	2,7 %	15,3 %	2,8 %	5,5 %	7,5 %	53,9 %	0,8 %	0,3 %
F11 Opiode	1.196	34,6 %	100 %	44,3 %	26,2 %	40,3 %	20,2 %	55,9 %	1,4 %	0,8 %
F12 Cannabinoide	3.154	38,5 %	6,0 %	100 %	4,6 %	20,6 %	38,4 %	56,8 %	2,1 %	1,1 %
F15 Stimulanzien	1.901	44,2 %	5,3 %	55,9 %	5,0 %	16,1 %	100 %	65,3 %	4,1 %	0,8 %
F63.0 Pathologisches Spielen	415	36,4 %	0,5 %	20,2 %	0,0 %	11,1 %	11,1 %	56,6 %	100 %	1,2 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	77	22,1 %	0,0 %	24,7 %	5,2 %	1,3 %	5,2 %	29,9 %	2,6 %	100 %

N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,5 %). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich.
 Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

Dies ermöglicht eine Analyse von suchtbbezogenen Komorbiditäten (Tab. 3a, 3b).

Insgesamt ist die suchtbbezogene 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 suchtbbezogener Komorbidität. Hier liegen häufig noch Einzeldiagnosen aufgrund des missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsums von Tabak (ambulant: 22 %, stationär: 56 %), Cannabinoiden (ambulant: 24 %, stationär: 44 %), Alkohol (ambulant: 20 %, stationär: 35 %), Kokain (ambulant: 20 %, stationär: 40 %), Sedativa/Hypnotika (ambulant: 10 %, stationär: 26 %) oder Stimulanzien (ambulant: 9 %, stationär: 20 %) vor.

In der Klientel mit primär *stimulanzienbezogenen Störungen* sind vor allem zusätzliche Störungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 38 %, stationär: 56 %), Alkohol (ambulant: 26 %, stationär: 44 %), Tabak (ambulant: 21 %, stationär: 65 %) oder Kokain (ambulant: 8 %, stationär: 16 %) zu nennen. Zusätzlich konsumiert diese Personengruppe auch Opioide (ambulant: 3 %, stationär: 5 %) 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 suchtbbezogenen 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: 22 %, stationär: 57 %), Alkohol (ambulant: 21 %, stationär: 39 %), Stimulanzien (ambulant: 17 %, stationär: 38 %) oder Kokain (ambulant: 9 %, stationär: 21 %), aber auch von Opioden (ambulant: 3 %, stationär: 6 %) zu beobachten.

In der Klientel mit primär *alkoholbezogenen Störungen* liegen häufig tabakbezogene Störungen (ambulant: 19 %, stationär: 54 %) zusätzlich vor. Darüber hinaus werden auch Störungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 9 %, stationär: 15 %), Stimulanzien (ambulant: 4 %, stationär: 8 %), Kokain (ambulant: 3 %, stationär: 6 %) oder Opioden (ambulant: 1 %, stationär: 3 %) dokumentiert.

Bei Personen, die *Pathologisches Spielen* betreiben, liegen vor allem zusätzliche Einzeldiagnosen aufgrund des missbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Tabak (ambulant: 17 %, stationär: 57 %) oder Alkohol (ambulant: 11 %, stationär: 36 %) vor. In geringerem Ausmaß werden zusätzlich auch Stö-

rungen aufgrund von Cannabinoiden (ambulant: 7 %, stationär: 20 %), Stimulanzien (ambulant: 3 %, stationär: 11 %) oder Kokain (ambulant: 3 %, stationär: 11 %) diagnostiziert. Ein Teil der Betreuten weist zudem eine Exzessive Mediennutzung (ambulant: 2 %, stationär: 1 %) 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: 22 %), Cannabinoiden (ambulant: 4 %, stationär: 25 %), Tabak (ambulant: 5 %, stationär: 30 %) oder Stimulanzien (ambulant: 1 %, stationär: 5 %). Gelegentlich tritt auch Pathologisches Spielen als weitere Einzeldiagnose auf (ambulant: 2 %, stationär: 3 %).

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: 30 Jahre), gefolgt von Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 30 Jahre, stationär: 35 Jahre) bzw. Personen mit stimulanzienbezogenen Störungen (ambulant: 33 Jahre, stationär: 33 Jahre). Bei Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen liegt der Altersdurchschnitt bei 36 (ambulant) bzw. 41 (stationär) Jahren, bei Personen mit opioidbezogenen Störungen bei 40 (ambulant) bzw. 39 (stationär) Jahren. Die durchschnittlich älteste Gruppe bilden Personen mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 46 Jahre, stationär: 47 Jahre).

Die Klientel mit Hauptmaßnahme ADA (38 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 ABW (41 Jahre).

5.4 Familien- und Lebenssituation

Insgesamt lebt etwas weniger als die Hälfte der Betreuten/Behandelten (ambulant: 46 %, stationär: 42 %) in einer festen Partnerschaft (Tab. 5a, 5b). Sowohl ambulant als auch stationär leben Personen mit den Hauptdiagnosen Pathologisches Spielen (ambulant: 58 %, stationär: 43 %) oder alkoholbezogene Störungen (ambulant: 52 %, stationär: 46 %) besonders häufig in einer festen

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	136.985	100.344	35.681	68.376	47.521	20.660	12.804	9.995	2.798	25.307	20.541	4.695	8.001	5.628	2.341	5.042	4.450	586	1.579	1.324	242
bis 14	0,6 %	0,4 %	1,0 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	1,7 %	1,3 %	3,2 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,5 %	3,5 %	3,3 %
15-17	3,4 %	3,3 %	3,6 %	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	12,2 %	11,5 %	14,8 %	2,7 %	1,8 %	5,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	7,5 %	8,2 %	4,5 %
18-19	3,8 %	4,0 %	3,0 %	1,1 %	1,2 %	0,8 %	1,4 %	1,3 %	2,1 %	12,4 %	12,9 %	10,1 %	3,3 %	2,8 %	4,6 %	1,3 %	1,4 %	0,7 %	6,5 %	6,9 %	3,7 %
20-24	10,2 %	10,8 %	8,4 %	3,7 %	4,0 %	2,9 %	6,3 %	6,2 %	6,4 %	25,7 %	26,3 %	23,1 %	12,4 %	11,4 %	15,0 %	10,3 %	11,2 %	3,8 %	21,6 %	22,4 %	17,8 %
25-29	9,6 %	10,3 %	7,8 %	4,9 %	5,4 %	3,7 %	7,9 %	7,7 %	8,5 %	15,9 %	16,1 %	14,7 %	15,5 %	14,5 %	18,0 %	18,4 %	19,6 %	9,2 %	18,9 %	19,7 %	14,5 %
30-34	12,4 %	13,0 %	10,8 %	8,8 %	9,5 %	7,4 %	13,0 %	12,6 %	14,3 %	13,3 %	13,0 %	14,4 %	22,3 %	22,9 %	21,1 %	22,7 %	23,4 %	17,4 %	14,8 %	14,9 %	14,5 %
35-39	13,6 %	13,9 %	12,6 %	12,4 %	12,8 %	11,6 %	18,9 %	18,8 %	19,4 %	8,9 %	8,8 %	9,1 %	23,0 %	24,3 %	19,9 %	15,3 %	15,2 %	15,5 %	8,4 %	8,1 %	9,1 %
40-44	12,1 %	12,2 %	11,7 %	13,3 %	13,6 %	12,8 %	19,2 %	19,5 %	17,9 %	5,5 %	5,5 %	5,8 %	12,9 %	13,8 %	10,4 %	10,2 %	9,6 %	14,7 %	6,5 %	6,1 %	8,7 %
45-49	8,4 %	8,3 %	8,9 %	11,0 %	10,8 %	11,4 %	13,5 %	14,2 %	11,1 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	4,3 %	4,9 %	3,1 %	6,9 %	6,4 %	10,8 %	3,4 %	3,0 %	5,8 %
50-54	8,5 %	8,1 %	9,8 %	13,2 %	12,8 %	14,1 %	9,4 %	9,6 %	8,8 %	1,3 %	1,3 %	1,1 %	1,8 %	2,1 %	1,1 %	6,2 %	5,8 %	9,2 %	3,0 %	3,0 %	3,3 %
55-59	8,5 %	7,8 %	10,4 %	14,4 %	13,9 %	15,6 %	6,0 %	6,0 %	6,4 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %	0,7 %	4,8 %	4,0 %	10,4 %	2,5 %	2,2 %	4,5 %
60-64	5,5 %	4,9 %	7,0 %	9,8 %	9,3 %	10,8 %	2,5 %	2,4 %	3,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	2,4 %	2,2 %	4,4 %	1,9 %	1,0 %	7,0 %
65+	3,5 %	3,0 %	5,1 %	6,4 %	5,8 %	7,7 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,4 %	1,1 %	3,9 %	1,5 %	1,1 %	3,3 %
MW ^a	39,2	38,5	41,3	46,2	45,6	47,5	40,1	40,3	39,5	26,5	26,5	26,6	32,8	33,5	30,9	36,3	35,6	42,3	30,0	29,1	34,9

N = 874 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
N	31.881	23.979	7.894	20.716	14.330	5.783	1.196	998	198	3.153	2.553	600	1.902	1.450	451	418	355	63	77	68	9
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 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
15-17	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,9 %	1,0 %	0,5 %	1,9 %	1,8 %	2,0 %	0,4 %	0,3 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
18-19	1,4 %	1,4 %	1,2 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	2,6 %	2,4 %	3,5 %	5,5 %	5,4 %	5,5 %	1,9 %	1,9 %	2,0 %	0,7 %	0,8 %	0,0 %	5,2 %	5,9 %	n = 0
20-24	7,1 %	7,5 %	6,1 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	10,6 %	10,9 %	9,1 %	23,3 %	23,5 %	22,8 %	12,5 %	11,9 %	14,4 %	5,5 %	5,9 %	3,2 %	14,3 %	13,2 %	n = 2
25-29	8,9 %	9,6 %	6,7 %	4,5 %	4,8 %	3,9 %	9,6 %	9,7 %	9,1 %	21,3 %	22,4 %	16,8 %	17,1 %	16,1 %	20,2 %	14,6 %	16,1 %	6,3 %	23,4 %	26,5 %	n = 0
30-34	12,2 %	12,7 %	10,8 %	8,6 %	9,0 %	7,4 %	9,0 %	8,6 %	11,1 %	18,8 %	18,5 %	20,3 %	24,2 %	24,0 %	25,9 %	20,3 %	21,7 %	12,7 %	16,9 %	17,6 %	n = 1
35-39	14,8 %	15,1 %	13,8 %	12,8 %	13,0 %	12,2 %	18,6 %	18,8 %	17,2 %	14,2 %	14,0 %	15,3 %	24,1 %	25,0 %	21,3 %	13,9 %	14,4 %	11,1 %	9,1 %	10,5 %	n = 0
40-44	13,3 %	13,7 %	12,1 %	14,3 %	14,9 %	12,8 %	20,4 %	21,2 %	16,2 %	7,6 %	7,8 %	7,0 %	11,8 %	12,5 %	9,8 %	9,8 %	9,9 %	9,5 %	6,5 %	5,9 %	n = 1
45-49	10,2 %	10,1 %	10,5 %	12,4 %	12,6 %	12,1 %	13,0 %	13,0 %	12,6 %	3,0 %	2,5 %	5,3 %	4,5 %	4,8 %	3,5 %	9,1 %	9,9 %	4,8 %	3,9 %	4,4 %	n = 0
50-54	11,4 %	11,0 %	12,6 %	15,4 %	15,2 %	15,7 %	7,8 %	7,8 %	7,6 %	2,2 %	2,0 %	3,0 %	2,1 %	2,6 %	0,7 %	7,4 %	5,1 %	20,8 %	10,4 %	10,3 %	n = 1
55-59	10,9 %	10,2 %	13,3 %	15,5 %	15,1 %	16,8 %	4,3 %	3,5 %	8,6 %	1,3 %	1,3 %	1,5 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	9,1 %	8,2 %	14,3 %	3,9 %	2,9 %	n = 1
60-64	6,3 %	5,8 %	7,8 %	9,2 %	8,8 %	10,2 %	2,1 %	2,2 %	1,5 %	0,7 %	0,7 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	4,5 %	4,2 %	6,3 %	5,2 %	1,5 %	n = 3
65+	3,1 %	2,5 %	4,7 %	4,4 %	3,8 %	6,0 %	1,1 %	0,7 %	3,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	5,0 %	3,9 %	11,1 %	1,3 %	1,5 %	n = 0
MW ^a	42,2	41,6	44,2	46,8	46,3	47,8	38,5	38,3	39,6	30,4	30,3	31,1	33,3	33,6	32,1	40,7	39,4	47,6	35,4	34,1	45,0

N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); 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).

Partnerschaft. Besonders selten trifft dies auf Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 34 %, stationär: 32 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 34 %, 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 (48 %) ist etwa die Hälfte in einer festen Partnerschaft, gefolgt von der Klientel der PSB (38 %) mit knapp zwei Fünfteln. Besonders niedrig ist der entsprechende Anteil mit jeweils knapp einem Viertel in ABW (24 %) und ADA (24 %).

Im Hinblick auf die Lebenssituation (Tab. 5a, 5b) zeigt sich, dass ein großer Anteil der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten allein lebt (ambulant: 40 %, stationär: 56 %). Personen mit Störungen aufgrund von Opioiden (ambulant: 47 %, stationär: 57 %), Alkohol (ambulant: 43 %, stationär: 55 %) oder Stimulanzien (ambulant: 43 %, stationär: 57 %) leben besonders häufig allein. Vergleichsweise selten allein leben Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 32 %, stationär: 53 %), Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 35 %, stationär: 47 %) oder Personen, die Pathologisches Spielen betreiben (ambulant: 35 %, stationär: 49 %).

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen leben 3 von 8 Personen in ARS (38 %) allein (nicht tabellarisch ausgewiesen). In PSB (50 %) trifft dies auf die Hälfte zu, dicht gefolgt von der Klientel in NAS (46 %). Deutlich mehr Alleinlebende finden sich in ABW (69 %) und ADA (80 %).

Insgesamt haben etwa 3 von 8 bzw. 4 von 10 Personen mindestens ein eigenes minderjähriges Kind (ambulant: 36 %, stationär: 41 %) (Tab. 5a, 5b). Dabei haben Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 49 %, stationär: 58 %), Pathologischem Spielen (ambulant: 44 %, stationär: 40 %) bzw. opioidbezogenen Störungen (ambulant: 37 %, stationär: 50 %) häufiger minderjährige Kinder als Personen mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 35 %, stationär: 37 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 30 %, stationär: 46 %). Am seltensten haben Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 23 %, stationär: 26 %) eigene minderjährige Kinder (Rangreihe bezogen auf Anteile in ambulanten Einrichtungen).

Entlang der Hauptmaßnahmen ist der Anteil an Personen mit eigenen minderjährigen Kindern in ADA (53 %) am höchsten, gefolgt von ARS (44 %; nicht tabellarisch ausgewiesen). Die Klientel der PSB (38 %), NAS (34 %) und ABW (30 %) hat seltener eigene minderjährige Kinder.

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		G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F			
In fester Partnerschaft	116.031	84.721	31.093	60.266	41.698	18.442	9.218	7.036	2.168	20.733	16.724	3.943	6.961	4.885	2.075	4.186	3.729	499	1.394	1.166	214							
	46,0 %	44,7 %	49,9 %	52,1 %	51,6 %	53,5 %	37,4 %	33,3 %	51,2 %	34,4 %	32,7 %	42,0 %	42,4 %	40,3 %	47,3 %	58,0 %	58,2 %	54,9 %	33,9 %	32,7 %	41,1 %							
Nicht allein-lebend	119.325	88.019	31.819	61.263	42.569	18.683	9.739	7.606	2.273	21.862	17.906	4.154	7.138	5.045	2.152	4.307	3.864	516	1.412	1.185	211							
	59,6 %	58,3 %	62,8 %	57,3 %	55,7 %	61,1 %	53,3 %	50,1 %	62,4 %	67,8 %	67,3 %	69,1 %	57,2 %	53,0 %	65,3 %	65,3 %	65,3 %	65,3 %	65,1 %	66,1 %	62,6 %							
Mit minder-jährigem Kind	90.151	64.993	25.069	48.526	33.178	15.320	7.514	5.669	1.840	14.286	11.403	2.853	5.812	4.032	1.774	3.301	2.895	406	860	710	144							
	36,1 %	35,3 %	38,3 %	35,2 %	35,6 %	34,5 %	37,3 %	34,7 %	45,2 %	29,5 %	26,7 %	40,5 %	48,7 %	41,8 %	64,4 %	43,7 %	44,4 %	38,9 %	22,7 %	20,4 %	34,7 %							

Partnerschaft: N = 761 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 8,9 %); Nicht alleinlebend: N = 777 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 25,6 %); Mit minderjährigem Kind: N = 885 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 37,5 %); 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	G	M	F		
In fester Partnerschaft	28.544	21.242	7.223	48,6%	18.321	13.092	5.251	1.105	895	181	2.769	2.205	549	1.787	1.345	429	381	322	60	71	63	8						
	42,1%	40,2%	48,6%	46,1%	44,7%	50,3%	37,3%	35,3%	49,2%	32,0%	29,6%	42,6%	37,0%	34,3%	45,2%	43,3%	50,0%	33,8%	34,9%	n=2								
Nicht allein-lebend	24.844	18.749	5.994	16,116	11.794	4.333	954	768	156	2.283	1.813	450	1.500	1.126	360	352	299	54	68	60	8							
	44,4%	43,0%	5,989	44,8%	42,8%	51,0%	43,5%	45,5%	47,1%	46,6%	43,2%	42,2%	47,2%	51,1%	49,5%	61,1%	52,9%	53,3%	n=4									
Mit minder-jährigem Kind	19.747	14.156	5.589	13,656	9.388	4.266	685	549	136	1.507	1.189	318	1.122	818	304	254	207	47	43	34	9							
	41,0%	42,3%	37,6%	36,8%	39,0%	32,0%	50,4%	49,5%	53,7%	45,7%	44,2%	51,3%	57,6%	52,3%	71,7%	39,8%	43,5%	23,4%	25,6%	n=1								

Partnerschaft: N = 155 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 6,5 %); Nicht alleinlebend: N = 144 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 21,3 %); Mit minderjährigem Kind: N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 38,4 %). Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.
Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

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 [ALG II]). 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 findet sich unter Personen mit opioid- (ambulant: 53 %, stationär: 58 %) und stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 41 %, stationär: 62 %). Deutlich geringer ist der entsprechende Anteil unter Personen mit den Hauptdiagnosen alkoholbezogene Störungen (ambulant: 24 %, stationär: 39 %) oder Pathologisches Spielen (ambulant: 15 %, stationär: 33 %).

Ambulant ist der Anteil an Arbeitslosen durchgehend niedriger als stationär, was sich am deutlichsten bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 26 %, stationär: 57 %) bzw. mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 17 %, stationär: 45 %) 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 ADA (77 %) der höchste Anteil an Arbeitslosen (nicht tabellarisch ausgewiesen). Etwas geringer ist der Anteil in ABW (67 %) und PSB (60 %), wobei hier jeweils auch ein großer Anteil auf Nichterwerbspersonen entfällt (ABW: 21 %, PSB: 16 %). Deutlich geringer ist der Anteil an Arbeitslosen in ARS (19 %) oder NAS (29 %).

6 Betreuungs-/Behandlungsbezogene Merkmale

6.1 Betreuungs-/Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt ambulant je nach Gruppe zwischen 6 und 21 Monaten, stationär fällt die mittlere Behandlungsdauer mit 3 bis 4 Monaten deutlich kürzer aus (Abb. 1a). Ambulante Betreuungen werden im Durchschnitt nach 9 Monaten beendet. Hierbei ist der Anteil an Betreuungen, die länger als 2 Jahre dauern, bei opioidbezogenen Störungen (21 %) deutlich höher als bei allen anderen Gruppen (3 %–7 %). Klientinnen und Klienten mit opioidbezogenen Störungen weisen somit auch die durchschnittlich längste Betreuungsdauer (21 Monate) auf. Die kürzeste Betreuungsdauer zeigt

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
N	118.184	87.283	30.962	60.820	42.529	18.359	9.654	7.449	2.184	21.633	17.700	3.929	6.967	4.920	2.016	4.236	3.780	488	1.365	1.153	208
Erwerbstätige	50,3 %	51,7 %	46,4 %	57,0 %	58,4 %	53,6 %	24,6 %	25,5 %	21,0 %	45,7 %	47,7 %	36,5 %	42,2 %	45,4 %	34,2 %	73,1 %	74,3 %	63,7 %	44,4 %	45,1 %	40,4 %
In Ausbildung	3,9 %	4,4 %	2,5 %	1,6 %	1,8 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %	1,1 %	11,3 %	12,1 %	7,6 %	3,7 %	3,5 %	4,0 %	3,9 %	4,3 %	0,6 %	6,8 %	7,6 %	2,9 %
Arbeitsplatz vorhanden	42,7 %	44,2 %	38,6 %	50,6 %	52,2 %	46,9 %	21,5 %	22,7 %	16,8 %	32,1 %	33,9 %	23,9 %	30,2 %	33,6 %	21,8 %	67,2 %	68,5 %	57,2 %	35,5 %	35,9 %	32,7 %
In Elternzeit/ Krankenstand	3,6 %	3,0 %	5,3 %	4,8 %	4,4 %	5,6 %	1,5 %	1,1 %	3,1 %	2,3 %	1,7 %	4,9 %	3,6 %	2,2 %	6,9 %	2,0 %	1,5 %	5,9 %	2,1 %	1,6 %	4,8 %
Arbeitslose	28,0 %	28,2 %	27,6 %	23,8 %	24,8 %	21,9 %	52,6 %	52,1 %	54,3 %	25,9 %	24,7 %	31,5 %	41,3 %	38,1 %	49,4 %	14,8 %	14,7 %	17,0 %	17,3 %	17,0 %	17,8 %
Arbeitslos nach SGB III ^a (ALG I) ^a	5,2 %	5,5 %	4,3 %	5,8 %	6,2 %	4,9 %	4,5 %	4,7 %	3,8 %	3,9 %	4,0 %	3,5 %	5,5 %	6,1 %	4,2 %	4,4 %	4,6 %	3,1 %	2,5 %	2,3 %	3,4 %
Arbeitslos nach SGB II ^a (ALG II) ^a	22,8 %	22,7 %	23,3 %	18,0 %	18,5 %	17,0 %	48,1 %	47,4 %	50,6 %	22,0 %	20,7 %	28,0 %	35,8 %	32,0 %	45,2 %	10,4 %	10,0 %	13,9 %	14,8 %	14,7 %	14,4 %
Nichterwerbspersonen	21,3 %	19,7 %	25,6 %	18,7 %	16,4 %	24,0 %	22,6 %	22,2 %	24,3 %	28,1 %	27,3 %	31,6 %	16,1 %	16,1 %	16,0 %	11,8 %	10,7 %	18,9 %	37,9 %	37,4 %	41,8 %
In der Schule/ im Studium	6,0 %	5,6 %	7,2 %	1,9 %	1,8 %	2,3 %	2,0 %	1,7 %	2,9 %	18,3 %	17,0 %	23,5 %	3,7 %	2,7 %	6,1 %	2,8 %	3,1 %	0,6 %	27,8 %	28,9 %	23,1 %
Hausfrau/Hausmann	0,9 %	0,2 %	2,6 %	1,2 %	0,3 %	3,4 %	0,5 %	0,2 %	1,8 %	0,4 %	0,2 %	1,2 %	0,7 %	0,2 %	1,8 %	0,4 %	0,2 %	1,8 %	0,7 %	0,4 %	2,4 %
In Rente/Pension	7,3 %	6,0 %	11,0 %	11,9 %	10,3 %	15,4 %	4,1 %	3,7 %	5,7 %	0,9 %	0,7 %	1,6 %	1,7 %	1,6 %	1,8 %	4,2 %	3,2 %	11,3 %	3,4 %	2,2 %	11,1 %
Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII) ^a	7,0 %	7,9 %	4,7 %	3,7 %	4,0 %	3,0 %	15,9 %	16,6 %	13,8 %	8,6 %	9,3 %	5,3 %	10,0 %	11,6 %	6,3 %	4,3 %	4,2 %	5,1 %	5,9 %	5,9 %	5,3 %
In beruflicher Rehabilitation	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %

N = 764 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 8,7 %); Bezug: Zugänge. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

^a SGB = Sozialgesetzbuch; ^b ALG = Arbeitslosengeld.

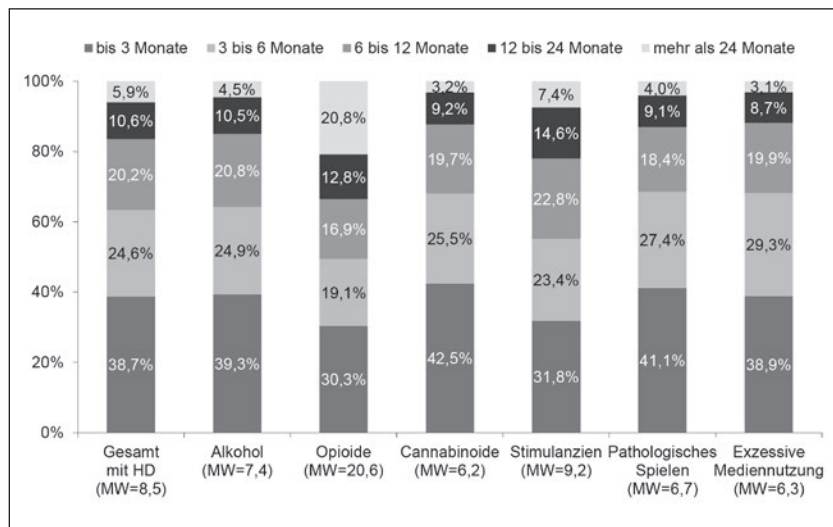
Tab. 6b: Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose, stationär

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
N	29.745	22.170	7.378	19.565	14.027	5.442	1.071	867	182	2.872	2.297	547	1.794	1.358	424	391	332	59	67	58	9
	36,9 %	36,4 %	38,3 %	43,8 %	43,9 %	43,5 %	20,0 %	18,0 %	26,4 %	23,1 %	22,0 %	26,3 %	20,5 %	20,6 %	19,6 %	50,1 %	52,1 %	39,0 %	34,3 %	36,2 %	n = 2
In Ausbildung	1,0 %	1,0 %	0,9 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	2,0 %	2,0 %	1,6 %	2,8 %	2,6 %	3,7 %	1,3 %	1,2 %	1,7 %	1,0 %	1,2 %	0,0 %	6,0 %	6,9 %	n = 0
Arbeitsplatz vorhanden	31,9 %	32,2 %	31,0 %	38,5 %	39,5 %	36,0 %	15,9 %	14,4 %	20,3 %	17,5 %	17,5 %	16,6 %	14,7 %	15,7 %	11,8 %	46,8 %	48,5 %	37,3 %	28,4 %	29,3 %	n = 2
In Elternzeit/ Krankenstand	4,0 %	3,2 %	6,3 %	4,7 %	3,9 %	6,9 %	2,1 %	1,6 %	4,4 %	2,7 %	2,0 %	6,0 %	2,0 %	1,3 %	4,5 %	2,3 %	2,4 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
Arbeitslose	45,3 %	47,4 %	39,2 %	39,2 %	41,6 %	32,8 %	58,3 %	60,3 %	50,5 %	57,1 %	57,8 %	55,8 %	62,0 %	61,6 %	64,2 %	32,5 %	34,6 %	20,3 %	44,8 %	46,6 %	n = 3
Arbeitslos nach SGB III ^a (ALG I) ^a	11,5 %	12,1 %	9,8 %	11,7 %	12,4 %	9,9 %	8,3 %	8,9 %	4,4 %	12,2 %	12,5 %	11,3 %	11,0 %	11,5 %	10,4 %	10,7 %	12,3 %	1,7 %	11,9 %	12,1 %	n = 1
Arbeitslos nach SGB II ^a (ALG II) ^a	33,8 %	35,3 %	29,4 %	27,5 %	29,2 %	22,8 %	50,0 %	51,4 %	46,2 %	44,9 %	45,4 %	44,4 %	51,0 %	50,1 %	53,8 %	21,7 %	22,3 %	18,6 %	32,8 %	34,5 %	n = 2
Nichterwerbspersonen	17,5 %	15,9 %	22,3 %	16,7 %	14,2 %	23,5 %	21,7 %	21,6 %	23,1 %	19,4 %	19,6 %	17,9 %	17,3 %	17,7 %	16,0 %	17,1 %	13,0 %	40,7 %	20,9 %	17,2 %	n = 4
In der Schule/ im Studium	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	2,5 %	2,5 %	2,2 %	3,1 %	2,7 %	4,6 %	1,2 %	1,3 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %	0,0 %	4,5 %	3,4 %	n = 1
Hausfrau/Hausmann	0,8 %	0,2 %	2,6 %	1,0 %	0,2 %	3,1 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,1 %	1,1 %	0,1 %	0,0 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %	1,7 %	1,5 %	1,7 %	n = 0
In Rente/Pension	7,9 %	6,5 %	12,5 %	10,6 %	8,9 %	15,0 %	2,9 %	2,2 %	6,0 %	1,8 %	1,5 %	3,1 %	1,9 %	1,7 %	2,6 %	10,2 %	6,9 %	28,8 %	6,0 %	3,4 %	n = 2
Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII) ^a	7,9 %	8,3 %	6,3 %	4,7 %	4,6 %	4,9 %	15,9 %	16,5 %	14,3 %	14,1 %	15,3 %	9,1 %	14,0 %	14,7 %	12,3 %	5,4 %	4,5 %	10,2 %	9,0 %	8,6 %	n = 1
In beruflicher Rehabilitation	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0

N = 149 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 3,9 %); Bezugs: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose. Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

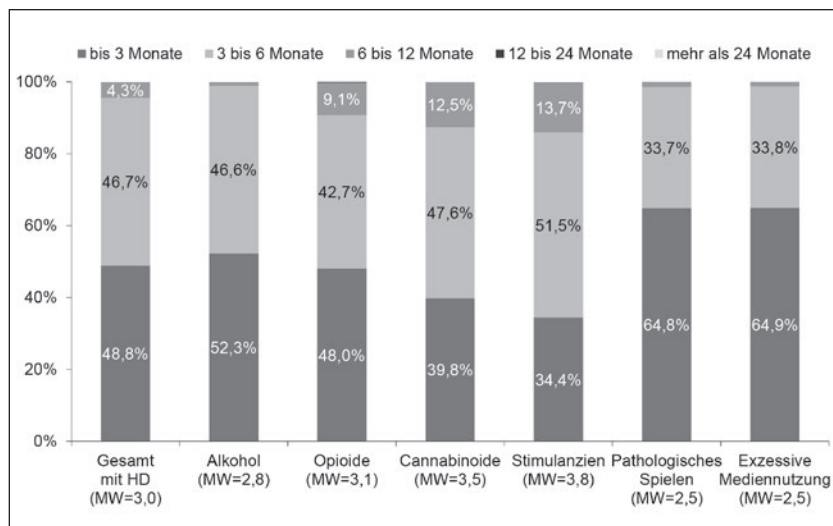
^a SGB = Sozialgesetzbuch; ^a ALG = Arbeitslosengeld.

Abb. 1a: Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose, ambulant



N = 872 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,1 %); Bezug: Beender.
HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).

Abb. 1b: Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose, stationär



N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); Bezug: Beender.
HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).

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/91 Tagen beendet (Abb. 1b). Dabei werden Patientinnen und Patienten mit Pathologischem Spielen (3 Monate/75 Tage) oder Exzessiver Mediennutzung (3 Monate/78 Tage) kürzer behandelt als Personen mit substanzgebundenen Störungen. Hier liegt bei Personen mit opioid- (3 Monate/94 Tage) oder cannabinoidbezogenen Störungen (4 Monate/105 Tage) die mittlere Behandlungsdauer über dem Durchschnitt. Die längste durchschnittliche Behandlungsdauer findet sich bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (4 Monate/115 Tage), die kürzeste bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (3 Monate/84 Tage). Die Behandlung dauert störungsübergreifend nur in Einzelfällen länger als ein Jahr.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer in den einzelnen Hauptmaßnahmen ist in ADA (3 Monate) am kürzesten (nicht tabellarisch ausgewiesen). Eine deutlich längere mittlere Betreuungsdauer findet sich in NAS (9 Monate) und ARS (11 Monate). Personen in ABW (22 Monate) oder PSB (33 Monate) werden im Durchschnitt nochmals wesentlich länger betreut.

6.2 Betreuungs-/Behandlungserfolg

Als Indikator für den Erfolg wird die Planmäßigkeit der Beendigung⁷ der Betreuung/Behandlung erfasst. Ambulant beenden 68 % der Klientinnen und Klienten, stationär 80 % 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: 71 %, stationär: 84 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 71 %, stationär: 92 %) die Betreuung/Behandlung planmäßig. Es folgen Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten mit cannabinoid- (ambulant: 68 %, stationär: 71 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 63 %, stationär: 74 %) sowie Personen, die Pathologisches Spielen betreiben (ambulant: 63 %, stationär: 78 %).

⁷ 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.

Tab. 7: Art der Beendigung nach Hauptdiagnose, ambulant und stationär

Art der Beendigung	Gesamt mit HD			Alkohol			Opioid			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
Ambulant (N)	118.978	87.415	31.564	60.113	41.518	18.474	10.043	7.914	2.276	22.038	17.999	4.041	7.319	5.151	2.169	4.611	4.084	532	1.365	1.146	209
Planmäßig beendet	67,6 %	67,1 %	68,8 %	71,1 %	70,6 %	72,4 %	53,2 %	53,5 %	51,2 %	68,1 %	68,6 %	65,4 %	62,8 %	63,4 %	61,4 %	62,5 %	61,8 %	66,7 %	70,8 %	70,6 %	73,2 %
Unplanmäßig beendet	32,4 %	32,9 %	31,2 %	28,9 %	29,4 %	27,6 %	46,8 %	46,5 %	48,8 %	31,9 %	31,4 %	34,6 %	37,2 %	36,6 %	38,6 %	37,5 %	38,2 %	33,3 %	29,2 %	29,4 %	26,8 %
Stationär (N)	31.464	23.625	7.832	20.543	14.781	5.759	1.152	964	188	3.112	2.512	600	1.841	1.402	439	417	354	63	77	68	9
Planmäßig beendet	80,0 %	79,6 %	81,5 %	84,4 %	84,1 %	85,2 %	69,2 %	68,9 %	70,7 %	70,9 %	71,3 %	69,0 %	74,0 %	73,2 %	76,8 %	77,4 %	84,1 %	92,2 %	92,6 %	92,6 %	n = 8
Unplanmäßig beendet	20,0 %	20,4 %	18,5 %	15,6 %	15,9 %	14,8 %	30,8 %	31,1 %	29,3 %	29,1 %	28,7 %	31,0 %	26,0 %	26,8 %	23,2 %	21,6 %	22,6 %	15,9 %	7,8 %	7,4 %	n = 1

N = 818 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 5,7 %); Bezug: Beender. N = 160 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,5 %); 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			Opioid			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
Ambulant (N)	97.591	71.506	26.480	49.276	33.969	15.476	7.904	6.152	1.869	18.407	15.046	3.397	6.132	4.273	1.871	3.512	3.104	424	1.215	1.021	193
Gebessert	61,6 %	61,2 %	62,8 %	65,6 %	64,9 %	67,2 %	41,8 %	41,8 %	41,5 %	60,7 %	60,6 %	61,3 %	58,5 %	58,0 %	60,1 %	71,5 %	71,5 %	69,6 %	72,2 %	71,8 %	73,1 %
Gleich geblieben	35,1 %	35,7 %	33,6 %	30,6 %	31,4 %	28,8 %	53,2 %	53,0 %	53,0 %	37,8 %	37,9 %	37,2 %	38,5 %	39,3 %	36,5 %	27,2 %	27,2 %	29,0 %	26,2 %	26,5 %	25,4 %
Verschlechtert	2,9 %	2,7 %	3,2 %	3,2 %	3,2 %	3,4 %	4,8 %	4,7 %	5,5 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	2,6 %	2,3 %	3,0 %	1,0 %	1,1 %	0,9 %	1,5 %	1,6 %	1,0 %
Neu aufgetreten	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %
Stationär (N)	24.417	18.441	5.898	16.134	11.697	4.389	882	734	148	2.182	1.789	395	1.394	1.091	301	356	303	47	70	61	9
Gebessert	83,8 %	83,4 %	85,2 %	87,9 %	87,6 %	88,4 %	68,5 %	68,0 %	69,0 %	76,4 %	76,5 %	75,2 %	81,1 %	80,6 %	83,1 %	89,3 %	89,8 %	91,5 %	88,6 %	88,5 %	n = 8
Gleich geblieben	14,9 %	15,3 %	13,6 %	10,9 %	11,2 %	10,6 %	28,9 %	29,8 %	23,6 %	22,2 %	22,0 %	23,8 %	18,2 %	18,6 %	16,6 %	10,7 %	10,2 %	8,5 %	11,4 %	11,5 %	n = 1
Verschlechtert	0,9 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	2,0 %	1,8 %	4,1 %	1,1 %	1,3 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
Neu aufgetreten	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %	1,4 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0

N = 670 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 11,1 %); Bezug: Beender. N = 138 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 9,1 %); Bezug: Beender.
Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Wenngleich seltener, kommt es auch bei der Klientel mit opioidbezogenen Störungen überwiegend zu planmäßigen Beendigungen (ambulant: 53 %, stationär: 69 %).

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen beenden Personen in ADA (85 %) und ARS (79 %) ihre Behandlung besonders häufig planmäßig, gefolgt von Betreuten/Behandelten in NAS (73 %; nicht tabellarisch ausgewiesen). Planmäßige Beendigungen finden sich seltener in ABW (58 %) und PSB (45 %).

Hinsichtlich des Erfolgs der Betreuung/Behandlung⁸ zeigt sich über alle Gruppen hinweg ambulant bei 62 % der Klientinnen und Klienten und stationär bei 84 % der Patientinnen und Patienten eine Verbesserung im Problembe-
reich Sucht. Besonders häufig verbessern sich Personen mit Hauptdiagnosen zu Pathologischem Spielen (ambulant: 72 %, stationär: 89 %), Exzessiver Medi-
ennutzung (ambulant: 72 %, stationär: 89 %) oder alkoholbezogenen Störun-
gen (ambulant: 66 %, stationär: 88 %). Demgegenüber wird für Personen mit
opioidbezogenen Störungen (ambulant: 42 %, stationär: 69 %) deutlich seltener
eine Verbesserung dokumentiert. Hier spielt die Stabilisierung der Ausgangs-
problematik eine besonders große Rolle (ambulant: 53 %, stationär: 29 %). In-
sgesamt haben sich bei nur wenigen Betreuten/Behandelten die Suchtprobleme
bis zum Betreuungs-/Behandlungsende verschlechtert (ambulant: 3 %, station-
är: 1 %). Zu einem Neuauftreten kommt es jeweils nur in Einzelfällen (Tab. 8).

Literatur

- Braun, B.; Lesehr, K. (2017): Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versor-
gungslandschaft. 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: 25.03.2024.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022): Deutscher Kernda-
tensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0.
Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2022). https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2022-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 25.03.2024.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifika-
tion psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitli-
nien. 10., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

⁸ 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).

- Schwarzkopf, L. et al. (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 25.03.2024.
- 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: 25.03.2024.
- 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

Larissa Beck, 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 der im Versorgungsbereich von Abhängigkeitserkrankungen erbrachten rehabilitativen Leistungen beurteilen lässt. Hierzu gehören der sozialmedizinische Verlauf (SMV), die therapeutische Versorgung (KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen) und die Reha-Therapiestandards (RTS) für „Alkoholabhängigkeit“, sowie das Peer Review und die Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen.

Abstract

The following article presents rehabilitation services over time covered by the German Federal Pension Insurance (DRV) to provide outpatient and inpatient medical

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.

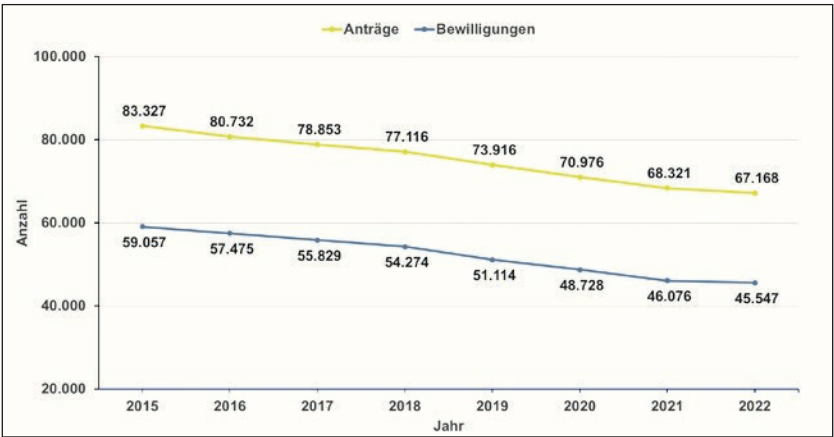
rehabilitation for patients with substance-use related disorders according to rehabilitation-related characteristics and patient-related characteristics.

Furthermore, current results of selected tools of the DRV's rehabilitation quality assurance program (Reha-QS) are presented. The so called socio-medical course (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 peer review and patient reported outcomes assessed by questionnaire (RB).

1 Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen bei substanzbezogenen Abhängigkeits-erkrankungen

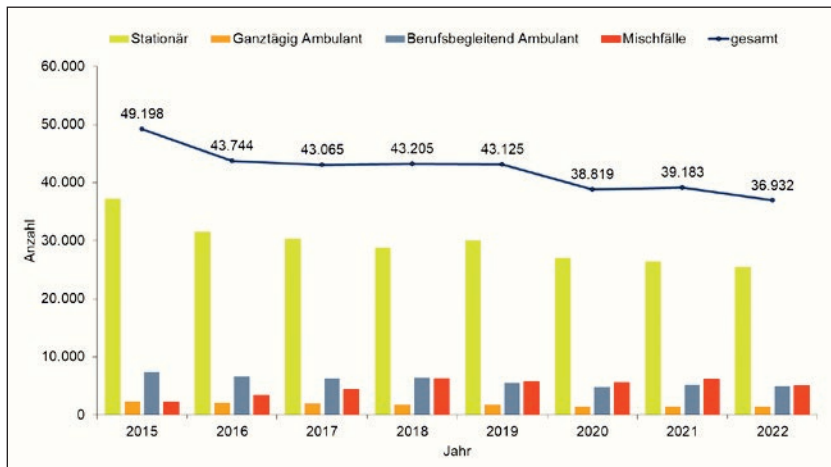
Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, wurden 67.168 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2022 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gestellt. Die

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

Abbildung zeigt ebenfalls, dass im gleichen Zeitraum 45.547 Leistungen dieser Art bewilligt wurden (für alle tatsächlich durchgeführten Leistungen s. Abb. 2). Die Bewilligungen folgen dabei in der Regel zeitversetzt dem Verlauf der Anträge, deren erneuter Rückgang 2022 vermutlich wie in den beiden Vorjahren noch auf die Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie zurückzuführen ist. Erste Zahlen für 2023 zeigen bereits, dass hier voraussichtlich wieder ein Anstieg zu verzeichnen sein wird. Gründe für die Ablehnung von Anträgen durch die DRV sind typischerweise fehlende Zuständigkeit der DRV, Verfehlung von Fristen, akuter Behandlungsbedarf und andere.

In Abbildung 2 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Rehabilitation von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen im zeitlichen Verlauf abgebildet. Insgesamt 36.932 abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2022 umfassten: 25.472 stationäre Leistungen, 1.377 ganztägig ambulante Leistungen, 4.999 berufsbegleitende ambulante Leistungen sowie 5.084 Mischfälle (Abb. 2). Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Reha-Leistungen in Kombination erbracht werden.

Im Vergleich zu den Vorjahren setzt sich der Trend einer leicht abnehmenden Anzahl an durchgeführten Leistungen fort.

Tab. 1: Abgeschlossene Leistungen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Frauen)

Frauen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	12.025	10.616	10.534	10.924	10.892	9.557	9.715	9.296
wg. Alkoholabhängigkeit	77 %	77 %	77 %	76 %	75 %	74 %	73 %	74 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
wg. Drogenabhängigkeit	21 %	20 %	21 %	22 %	23 %	24 %	25 %	24 %

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
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	37.173	33.128	32.531	32.281	32.233	29.262	29.468	27.636
wg. Alkoholabhängigkeit	68 %	68 %	67 %	65 %	64 %	62 %	60 %	61 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
wg. Drogenabhängigkeit	31 %	31 %	32 %	34 %	35 %	37 %	39 %	38 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

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 Männern 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, das stetig weiterentwickelt wird und verschiedene Instrumente und Verfahren beinhaltet (Mär-

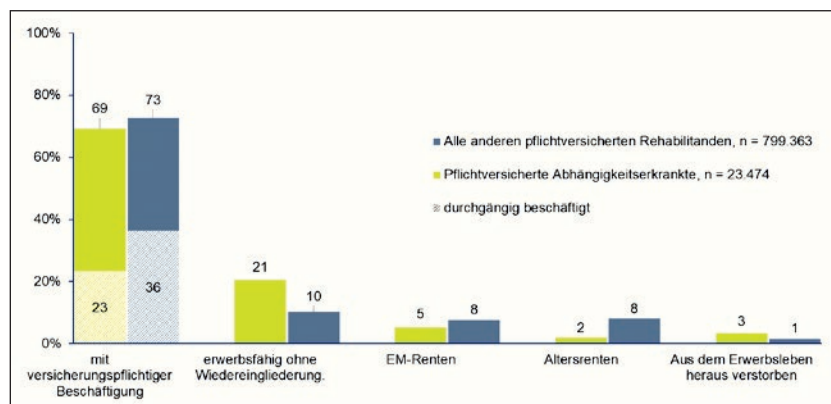
tin, Ostholt-Corsten, 2020). Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Qualitätssicherungsinstrumente mit Blick auf die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen dargestellt (Simon, Steinbrecher, Falk, 2023).

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 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 Reha-

Abb. 3: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen in 2019



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2014–2021

bilitanden entweder im Erwerbsleben („mit beruflicher Wiedereingliederung“ oder „erwerbsfähig ohne berufliche Wiedereingliederung“) oder scheiden aus (Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente, Tod).

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 2019 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; 73 % 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 23 % insgesamt, bzw. ein Drittel der beruflich wiedereingegliederten Personen. Bei den anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bleibt mit 36 % ein deutlich größerer Teil durchgängig erwerbstätig. Auch ist der Anteil der potenziell erwerbsfähigen, aber beruflich nicht wiedereingegliederten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei den Absolvierenden einer Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung mit 21 % etwa doppelt so hoch wie bei allen anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (10 %). 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).

Tab. 3: Therapeutische Versorgung in der Behandlung abhängigkeiterkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 2022

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	pro Person		Personen mit mindestens einer Leistung*	
	Dauer (Std.) pro Woche	Leistungen pro Woche	Anzahl	Anteil (gerundet)
A – Sport und Bewegungstherapie	2,0	2,4	14.682	96 %
B – Physiotherapie	0,4	0,7	6.300	41 %
C – Information, Motivation, Schulung	1,3	1,9	15.166	100 %
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1,3	2,0	15.084	99 %
E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	5,2	4,2	14.885	98 %
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1,8	2,0	14.750	97 %
G – Psychotherapie	6,1	5,2	15.190	100 %
H – Reha-Pflege und Pädagogik	0,8	1,6	13.914	91 %
K – Physikalische Therapie	0,3	0,7	4.241	28 %
L – Rekreationstherapie	2,1	2,6	13.302	87 %
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	0,3	0,4	10.786	71 %
Insgesamt	20,5	21,8	15.222	100 %

* Mehrfachnennungen möglich; n = 15.222 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2022

In die nachfolgende Auswertung wurden die Daten von 15.222 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezogen, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt haben.

Tabelle 3 ist zu entnehmen, 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 abhängigkeiterkrankten 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 6,1 Stunden bzw. 5,2 Stunden pro Woche den quantitativ größten Anteil bei der therapeutischen Behandlung abhängigkeiterkrankter Rehabilitandinnen

und Rehabilitanden. Über alle Kapitel der KTL hinwegbetrachtet beträgt die durchschnittliche Therapiezeit insgesamt 20,5 Stunden pro Woche (verteilt auf 21,8 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

Tab. 4: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapie-standards für „Alkoholabhängigkeit“ (bei medizinischen Rehabilitationen in 2022)

ETM	Bezeichnung	Mindest-anforderungen erfüllt – „IST“	Mindestanteil zu behandelnder Personen – „SOLL“
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	91 %	90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	85 %	90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	88 %	50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	10 %	20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	84 %	90 %
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	94 %	75 %
06	Tabakentwöhnung	18 %	15 %
07	Entspannungsverfahren	50 %	40 %
08	Bewegungstherapie	86 %	70 %
09	Gesundheitsbildung	90 %	80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	87 %	80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und künstlerische Therapien	71 %	70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	98 %	90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	90 %	90 %

$n = 6.478$ Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (Dauer der medizinischen Rehabilitation: 78–142 Tage).

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2022

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 14 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 2022 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“² abgeschlossen haben. Insgesamt sind die Reha-Entlassungsberichte von 6.478 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Auswertung eingeflossen (s. Tab. 4).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapievorgaben der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ in den evidenzbasierten Therapiemodulen größtenteils erfüllt wurden. Lediglich in den Therapiemodulen ETM 02 „Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen“, ETM 04 „Angehörigenorientierte Intervention“ und ETM 05a „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ wurden die Mindestanforderungen im Durchschnitt nicht erreicht. Hier besteht Verbesserungspotenzial.

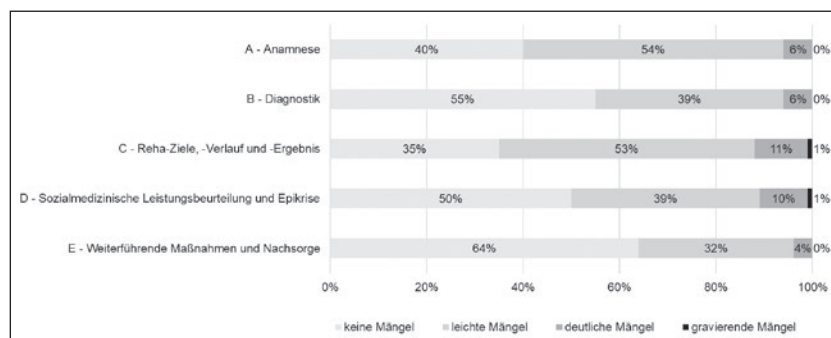
2.4 Peer Review-Verfahren der Indikation Abhängigkeitserkrankungen

Im Peer Review-Verfahren bewerten erfahrene, spezifisch geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Einrichtungen (sogenannte Peers) für jede teilnehmende Fachabteilung eine Stichprobe von bis zu 18 zufällig ausgewählten Reha-Fällen ihrer Fachrichtung. Diese werden über anonymisierte Reha-Entlassungsberichte einschließlich der individuellen Therapiepläne abgebildet. Die Begutachtung erfolgt verblindet, d. h. die Peers wissen nicht, aus welcher Fachabteilung die Unterlagen kommen.

Damit alle Fälle nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte und manualisierte Checkliste eingesetzt. Sie gibt die prozess-relevanten Bereiche und Merkmale sowie die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden alle wesentlichen Bereiche des Rehabilitationsprozesses: von der Anamnese (Krankengeschichte) bis hin zur Nachsorge (vgl. Abb. 4). Die

² Nach ICD-10-GM, Deutsche Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten.

Abb. 4: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen, $n = 1.362$ bewertete Reha-Entlassungsberichte

Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel).

Für das Peer Review-Verfahren der Indikation Abhängigkeitserkrankungen 2023 wurden die Entlassungsberichte (einschl. der dazugehörigen Therapiepläne) von insgesamt 1.362 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine medizinische Rehabilitation aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2022 abgeschlossen haben, begutachtet. Hierfür waren 78 Peers tätig.

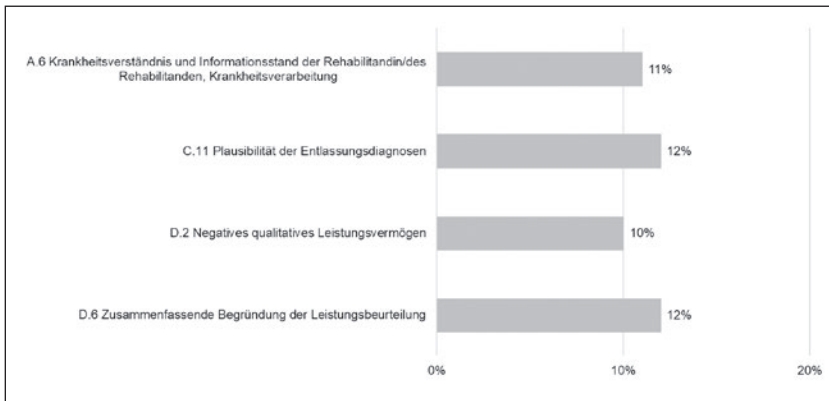
Eine zusammenfassende Auswertung der Mängelbewertungen für die relevanten Prozessbereiche über alle begutachteten Fälle hinweg ist in Abbildung 4 dargestellt.

Die Bewertungen der Peers belegen eine insgesamt gute Prozessqualität in der rehabilitativen Versorgung abhängigkeiterkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch die Deutsche Rentenversicherung. In allen Prozessbereichen wurden bei mehr als 85 % der ausgewerteten Fälle „keine Mängel“ oder nur „leichte Mängel“ festgestellt (vgl. Abb. 4).

Um eine differenzierte Begutachtung der Fälle zu ermöglichen, werden die einzelnen Prozessbereiche zusätzlich durch 38 qualitätsrelevante Einzelmerkmale abgebildet, für die ebenfalls die genannten Mängelkriterien zur Verfügung stehen. In Abbildung 5 sind exemplarisch die Bewertungsmerkmale mit einem Anteil von mindestens 10 % deutlicher oder gravierender Mängel dargestellt.

Im Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen sind es insgesamt relativ wenig Prozessmerkmale, die einen Anteil von mehr als 10 %

Abb. 5: Bewertungsmerkmale mit einem Anteil von mind. 10 % deutlicher oder gravierender Mängel im Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen, $n = 1.362$ bewertete Reha-Entlassungsberichte

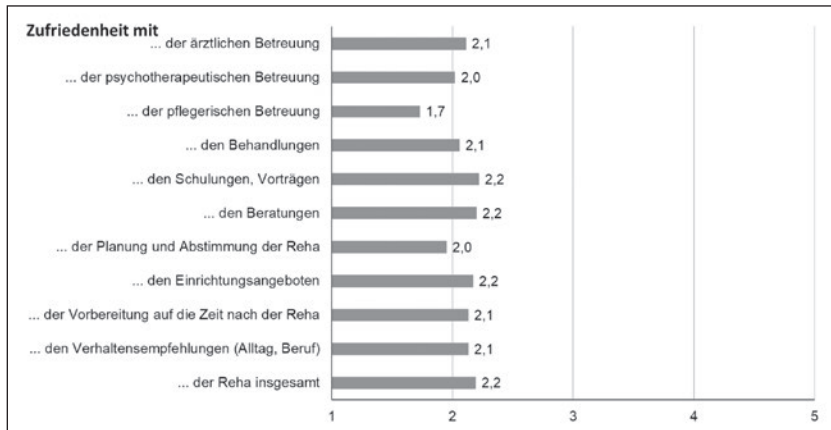
„deutliche“ oder „gravierende Mängel“ aufweisen. Diese finden sich vor allem im Prozessbereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ wieder. Den höchsten Anteil dieser Mängelkategorien hat hier mit 12 % das Prozessmerkmal „D.6 Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“, außerdem ebenfalls mit 12 % das Prozessmerkmal „C.11 Plausibilität der Entlassungsdiagnosen“ im Prozessbereich „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (vgl. Abb. 5).

2.5 Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen – Die Sicht der Betroffenen

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der DRV werden regelmäßig repräsentative Befragungen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und zum Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt. Befragt werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ca. acht bis zwölf Wochen nach Abschluss einer stationären Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf 3.372 Befragungen, die im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis 30. September 2021 durchgeführt wurden (die Rücklaufquote betrug 23 %).

Abb. 6: Zufriedenheit aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

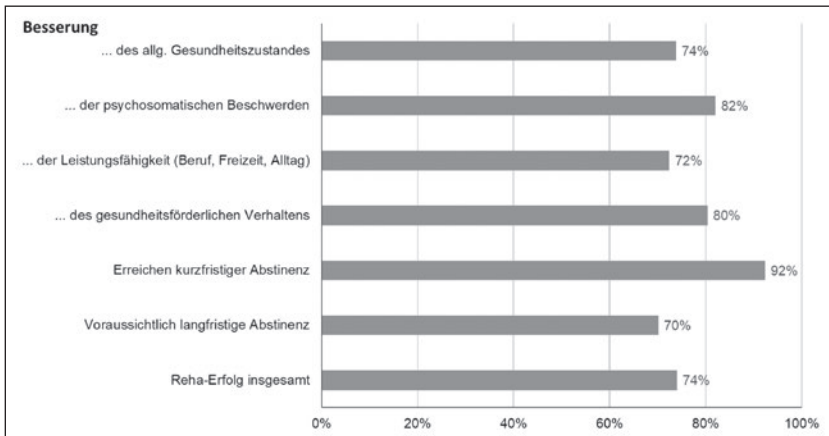


Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2020 bis September 2021 ($n = 3.372$).

Einen Überblick über die Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der stationären Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung gibt Abbildung 6: 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 1,7.

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 7: Fast drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich

Abb. 7: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2020 bis September 2021 ($n = 3.372$).

(74 %). Genauso viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichteten von einer Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Die größten Erfolge wurden im Bereich des Erreichens einer kurzfristigen Abstinenz (Besserungsquote: 92 %) sowie in den Bereichen „gesundheitsförderliches Verhalten“ (Besserungsquote: 80 %) und „psychosomatische Beschwerden“ (Besserungsquote: 82 %) erzielt.

Fazit und Ausblick

Die dargestellten Auswertungen geben einen guten Überblick zum Leistungsgeschehen auf dem Gebiet der Rehabilitation von Menschen mit einer substanzbezogenen 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

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin. www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html, Zugriff: 20.11.2023.
- 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: 20.11.2023.
- 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.
- Simon, R.; Steinbrecher, A.; Falk, J. (2023): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst. 169–178.

4 Aktuelle Themen

4.1 Neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol – Vorzüge und Herausforderungen für die Gesundheit in einem Hochkonsumland

*Ulrich John, Hans-Jürgen Rumpf, Monika Hanke,
Sophie Baumann, Jennis Freyer-Adam,
Christian Meyer*

Zusammenfassung

Die Entwicklung der Forschung zu Alkoholkonsum und Krankheiten macht neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol sinnvoll. Ihnen zufolge sollten alle Menschen ihren Alkoholkonsum reduzieren, gleichgültig, wie hoch er ist. Das Optimum für die Gesundheit ist Alkoholabstinenz. Berichtet werden wissenschaftliche Ergebnisse zu den neuen Empfehlungen, ihre Vorteile und Herausforderungen. Die Schlussfolgerungen zeigen, dass vor allem Public Health insgesamt gestärkt werden muss, um die Empfehlungen in der ganzen Gesellschaft wirksam werden zu lassen.

Abstract

Recent research about alcohol consumption and related health disorders suggests to update recommendations to the public on how to be careful with alcohol. Irrespective of how much alcohol is consumed, all consumers should reduce their drinking of alcohol. The best is not to drink alcohol. Research results are presented followed by advantages and challenges of the new recommendations. We conclude that public health action has to be strengthened to make the recommendations effective.

Einleitung

Neuere wissenschaftliche Ergebnisse mit Konsequenzen für den Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft bringen besondere Herausforderungen für

Hochkonsumländer mit sich. Deutschland zählt dazu mit 10,6 Litern Reinalkohol pro Person der Bevölkerung ab 15 Jahren. Er übertrifft mit 2 Litern den durchschnittlichen Konsum in den Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, 2023). Im Folgenden sollen zunächst die Empfehlungen und einige Aspekte der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Befunde dargestellt werden. Daran anschließend geht es um Vorzüge und Herausforderungen der neuen Empfehlungen für die Praxis der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft.

Entwicklung der Empfehlungen

In der Vergangenheit galt, dass Männer nicht mehr als 24 Gramm Reinalkohol, entsprechend ca. einem halben Liter Bier, und Frauen nicht mehr als 12 Gramm pro Trinktag zu sich nehmen sollten bei mindestens zwei Tagen pro Woche ohne Alkoholkonsum (Seitz et al., 2008). Das Kuratorium und der Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen haben im Oktober 2023 aus dem Stand der Wissenschaft den Schluss gezogen, neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol herauszugeben (Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, 2023). In der Praxis führen sie zu der Botschaft an alle Menschen:

„Wenn Sie Alkohol trinken, reduzieren Sie Ihren Konsum, gleichgültig, wie viel Sie trinken! Wenn Sie keinen Alkohol trinken, bleiben Sie dabei!“

Über die Empfehlungen hinaus behalten folgende Grundsätze ihre Gültigkeit: Frauen sollen unbedingt Alkohol meiden, wenn sie schwanger sind. Frauen und Männer sollten Alkohol meiden, wenn sie versuchen, eine Schwangerschaft herbeizuführen. Alkohol sollte gemieden werden am Arbeitsplatz, bei Teilnahme im Straßenverkehr, bei Sportausübung und bei Einnahme bestimmter Medikamente (Methotrexat, Paracetamol, Isoniazid, Antiepileptika, zentral wirkende Psychopharmaka, Aspirin, nicht steroidale Antirheumatika; John, Seitz, 2018; Seitz et al., 2008). Zudem gibt es Bevölkerungsgruppen mit besonders hohem Erkrankungsrisiko: Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit einem alkoholabhängigen Elternteil oder mit einem besonders empfindlichen Alkoholstoffwechsel oder mit Erkrankungen, die sich durch Alkoholkonsum verschlechtern. Dazu zählen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie weiterer innerer Organe (Seitz, John, 2023). Bei Frauen reagiert die Leber wahrscheinlich empfindlicher auf Alkohol als bei Männern (Seitz, John, 2023). Personen, die Alkohol konsumieren und Tabak rauchen, haben

ein höheres Erkrankungsrisiko als diejenigen, die Alkohol trinken, aber nicht rauchen. Rauschkonsum, das heißt zu einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Getränke für den Mann und vier oder mehr für die Frau, sollte vermieden werden (Piano et al., 2017). Rauschkonsum hat sich auch bei ansonsten moderatem Konsum als Risikofaktor für chronische Krankheit erwiesen (Nyberg et al., 2022). Die Art alkoholischer Getränke ist für die Belastung unseres Körpers gleichgültig. Wein hat aufgrund des Standes der Wissenschaft keine anderen gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkungen als Bier, Likör oder Spirituosen.

Wissenschaftliche Ergebnisse

Drei Schlüsse aus wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahre begründen die neuen Empfehlungen:

1. Alkoholkonsum kann Gesundheit nicht fördern und nicht schützen.
2. Alkoholkonsum kann prinzipiell auch bei geringer durchschnittlicher Trinkmenge im Leben die Wahrscheinlichkeit für gute Gesundheit und hohe Lebenserwartung senken. Mit der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums steigt das Risiko für Erkrankungen.
3. Für die Gesundheit ist es am besten, keinen Alkohol zu trinken.

Alkoholkonsum kann in keiner Menge Gesundheit schützen oder gar fördern. Dafür sprechen vier Argumente:

1. die Limitationen der epidemiologischen Befunde zu einem vermeintlich gesundheitsschützenden Konsum,
2. die unbeantwortete Frage, warum die Beziehung zwischen Risikofaktor und Morbidität bei Alkohol anders sein sollte als bei Tabakrauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel,
3. wissenschaftliche Befunde, die für eine monotone Beziehung zwischen Ausmaß des Alkoholkonsums und Morbidität sprechen,
4. die fehlende biologische Plausibilität eines vermeintlich gesundheitsschützenden oder -fördernden Konsums.

Limitationen epidemiologischer Studien

Geringer bis moderater Konsum von Alkohol kann als Menge verstanden werden, die in Deutschland früher als risikoarm galt: 24 Gramm Reinalkohol für Männer, die Hälfte davon für Frauen (Seitz et al., 2008). Dieser Konsum gehe mit weniger Krankheit und höherer Lebenserwartung einher als Abstinenz von Alkohol, so besagen es diverse Zusammenfassungen von Studienergebnissen. Die legen jedoch entscheidende methodische Limitationen nicht hinreichend offen. So wurde in vielen Untersuchungen keine methodisch

zufriedenstellende Vergleichsgruppe abstinent lebender Personen zur Verfügung gestellt. In Bevölkerungsstichproben sollten zu einem ersten Zeitpunkt Lebenszeitabstinenz und Begleitmerkmale exakt erhoben sein und zu einem späteren Zeitpunkt erstmals entstandene Erkrankungen oder der Tod. Diesen Vorstellungen kommen nur wenige Forschungsarbeiten zu verbreiteten Erkrankungen nahe, wie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Weitere Limitationen betreffen die mangelnde Gültigkeit der Erfassung von Alkoholabstinenz und -konsum sowie Stichprobenverzerrungen. Sie entstehen dadurch, dass ein Teil der Bevölkerung bereits vor der Stichprobenziehung verstarb oder nicht an der Studie teilnahm. Unter den Teilnehmenden können Personen als abstinent gewertet werden, die abhängig sind von Alkohol, diesen aber nicht mehr trinken, die anderweitig krank oder die mit weiteren Risikofaktoren belastet waren. Aufgrund solcher Merkmale können sie eine höhere Sterblichkeit haben als Personen, deren Alkoholkonsum als gering oder moderat bewertet wird.

Gesundheitsschützender oder gar -förderlicher Alkoholkonsum war aus epidemiologischen Befunden geschlossen worden, die eine geringere Mortalität bei Menschen mit niedrigen bis moderaten Trinkmengen fanden als bei denen, die sich als alkoholabstinent bezeichneten. Grundsätzlich können epidemiologische Studien keine gesundheitsschützende Wirkung von Alkohol beweisen. Zur Abstinenz sind folgende Umstände zu prüfen:

1. Haben Abstinenz angegebende Personen im Vergleich zu Alkohol konsumierenden andere Risikofaktoren, die mögliche Erklärungen des scheinbar erhöhten Risikos bilden? Dafür kommen insbesondere weitere gesundheitsriskante Verhaltensweisen sowie Krankheiten in Frage.
2. Haben die Personen mit Abstinenz früher Alkohol getrunken? Wenn das der Fall ist: Haben sie Gesundheitsschäden von ihrem Alkoholkonsum davongetragen?

Die ideale Gruppe für Vergleiche mit Alkohol konsumierenden bilden lebenslang abstinente Menschen, die zusätzlich frei sind von weiteren verhaltensbedingten Risikofaktoren. Diesem Ideal kommen Studien bisher in unterschiedlichem Grad nahe. So konnte in einer Bevölkerungsstichprobe gezeigt werden, dass von denen, die für die vergangenen 12 Monate Abstinenz angaben, 90,6 % früher im Leben Alkohol getrunken und 72,0 % mindestens einen Risikofaktor für vorzeitiges Versterben oder eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit hatten (John et al., 2021). Unter den Abstinenten standen Tabakrauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel mit der Wahrscheinlichkeit vorzeitigen Todes in einer Dosisbeziehung. Je höher die Summe der Ausprägungen dieser Risikofaktoren, desto höher war auch die Sterbewahrscheinlichkeit (John et al., 2023a). Personen mit lebenslanger Alkoholabstinenz und ohne die genannten

Risikoverhaltensweisen waren nicht früher verstorben als diejenigen, die Alkoholkonsum in geringen bis moderaten Mengen angaben (John et al., 2023b). In einem Survey in den USA zeigte sich, dass abstinent lebende Menschen eine schlechtere Gesundheit im Allgemeinen und einen höheren Risikowert für Herz-Kreislauf-Krankheiten hatten als moderat alkoholkonsumierende Personen (Naimi et al., 2005). Die wissenschaftlichen Ergebnisse sprechen dafür, als Vergleichsgruppe Personen zu wählen, die im bisherigen Leben weder Alkohol konsumiert noch weitere gesundheitsriskante Verhaltensweisen praktiziert haben. Aber auch die Angabe einer Alkoholabstinenz im ganzen bisherigen Leben ist wahrscheinlich nur begrenzt valide (Rehm et al., 2008). Auch bei diesen Menschen sind überzufällig viele Krankheitsprädispositionen nicht auszuschließen. Die Zusammensetzung der Bevölkerung, die keinen Alkohol trinkt, bildet einen Schlüssel für die Aussagekraft der Studien.

Alkoholkonsum, Tabakrauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel

Die Summe dieser vier verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken ist mit der Sterbewahrscheinlichkeit direkt assoziiert (John et al., 2023a). Dabei scheinen Alkoholkonsum und Tabakrauchen eine besonders große Bedeutung zu haben. Die epidemiologischen Befunde zu Tabakrauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel zeigen, dass chronische Krankheiten umso wahrscheinlicher entstehen, je ausgeprägter die gesundheitsriskanten Verhaltensweisen sind. Das betrifft insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen. Beide zusammen machen mehr als die Hälfte (55,3 %) aller Todesursachen in Deutschland aus (Statistisches Bundesamt, 2023). Je höher das Ausmaß der gesundheitsriskanten Verhaltensweisen ist, desto mehr Krankheit und desto weniger verbleibende Lebenszeit sind zu erwarten. Circa die Hälfte aller Todesfälle ließe sich verhindern für ein längeres Leben in der Bevölkerung, wenn es gelänge, sie zu einem optimalen Verhalten zu motivieren. Alkoholkonsum ist als schädlich für den Körper belegt. Da bleibt unplausibel, warum er zu anderen Effekten führen sollte als die drei übrigen Gesundheitsrisiken.

Monotone Beziehungen

Wenn zu einem ersten Zeitpunkt Alkoholkonsum und -abstinenz und zu einem zweiten Zeitpunkt Erkrankungen oder Tod bestimmt wurden, zeigen Ergebnisse, dass es sogenannte monotone Beziehungen zwischen Alkoholkonsum und verbleibender Lebenserwartung oder der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung gibt: Das Risiko von Krankheit oder Tod ist umso höher, je mehr Alkohol konsumiert wird. Es gibt keine Trinkmenge über die Lebenszeit, die mit einer höheren Lebenserwartung oder längeren krankheitsfreien Zeit ver-

bunden ist als Abstinenz von Alkohol. Das gilt auch für die beiden größten Gruppen von Todesursachen: Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Alkoholkonsum zeigt monotone Beziehungen mit Herz-Kreislauf-Krankheiten, unter anderen Arrhythmien des Herzens sowie Bluthochdruck. Der besteht bei 31,6 % der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung Deutschlands (Neuhauser et al., 2015). Alkoholkonsum von weniger als 210 Gramm Reinalkohol pro Woche war mit einem übernormalen Risiko für Bluthochdruck assoziiert (Fuchs, Fuchs, 2021). Nicht nachweisen ließ sich, dass geringe Trinkmengen vor Bluthochdruck schützen (Puddey et al., 2019). Reduktion von Alkoholkonsum war von Blutdrucksenkungen gefolgt (Fuchs, Fuchs, 2021). Selbst wenn bei einzelnen spezifischen Gesundheitsstörungen eine monotone Beziehung nicht gezeigt werden kann, bleibt stets die Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung entscheidend. Zu solch häufigen Erkrankungen zählt Krebs.

Mindestens sieben Krebserkrankungen (Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Brust bei Frauen, Leber, Darm) entstehen umso wahrscheinlicher, je mehr Alkohol getrunken wird (International Agency for Research on Cancer, 2021; World Cancer Research Fund, 2023). Es gibt keine Menge Alkohol, die vor Krebs schützen kann (Cao et al., 2015; Choi, Myung, Lee, 2018). Überblicksarbeiten zeigen nach Berücksichtigung der methodischen Qualität der Studien keine höhere Sterblichkeit oder Erkrankungswahrscheinlichkeit bei alkoholabstinenter lebenden gegenüber gering bis moderat trinkenden Menschen (Choi, Myung, Lee, 2018). Besondere Bedeutung hat Brustkrebs. Er ist der häufigste Krebs bei Frauen. Von ihnen wurden mehr als 1,2 Millionen zu zwei Zeitpunkten untersucht. Ein Ergebnis lautete nach Berücksichtigung von Tabakrauchen, Körpergewicht und Bewegungsmangel: Bei Alkoholkonsum von 3 bis 6 Getränken (30–60 Gramm) pro Woche war das Brustkrebsrisiko höher als bei Alkoholkonsum von 2 oder weniger Getränken (bis 20 Gramm) pro Woche (Allen et al., 2009). Dieses Resultat macht erstens die gesundheitliche Relevanz geringen bis moderaten Alkoholkonsums deutlich. Zweitens zeigt sich, dass es bei weniger als 20 Gramm Reinalkohol pro Woche keinen Sinn zu ergeben scheint, diese Personengruppe von Abstinenter zu unterscheiden. Das Studienergebnis stützt, dass Abstinenz von Alkohol ein optimales Gesundheitsverhalten ist.

Biologische Plausibilität

Es ist zu fragen, ob ein epidemiologischer Befund zum Wissen über Alkohol im Entstehungsprozess einzelner Krankheiten passt. Ist ein Wirkweg bekannt, der Alkohol als Ursache für Schutz oder gar Förderung von Gesundheit ausweist? Versucht wurden Erklärungen eines vermeintlich gesundheitsförderlichen Effektes von Alkohol unter anderem über Lipide im menschlichen

Körper (Piano, 2017) und über Pflanzenbestandteile (Flavanoide und Polyphenole), die besonders mit Wein aufgenommen werden (Suter, 2000). Insbesondere ist Resveratrol betroffen. Wir wissen jedoch, dass relevante Mengen an Resveratrol einen so hohen Alkoholkonsum erfordern, dass er eine potenziell gesundheitsfördernde Wirkung als absurd offenbart (John et al., 2022). Die pathophysiologischen Mechanismen mit Relevanz für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vielfältig und abhängig von der Art der kardiovaskulären Störung. Aus diesem Grund ist nicht gerechtfertigt, Alkoholkonsum zu empfehlen, um Herz-Kreislauf-Gesundheit zu schützen oder zu fördern (Piano, 2017). Alkohol führt in seinem Verstoffwechselungsweg im Körper zu Acetaldehyd, einem Toxin für das Herz (Wolpert, 2011). Zusätzlich hat Acetaldehyd krebserregende Wirkung (Seitz, Homann, 2019). Alkohol ist an Erkrankungsprozessen im ganzen Körper beteiligt (Singer, Teyssen, 1999).

Zusammengenommen führen die wissenschaftlichen Ergebnisse zu der Empfehlung: Alle Menschen, die Alkohol konsumieren, sollten weniger trinken, gleichgültig wie hoch die Mengen sind. Das optimale Ziel ist die Abstinenz von Alkohol.

Die Empfehlungen bringen eine Erweiterung von Interventionen der Prävention auf alkoholkonsumierende Personen mit geringen Trinkmengen und auf alkoholabstinent lebende Menschen mit sich. Erste Forschungsarbeiten existieren dazu. Bei gering bis moderat konsumierenden Menschen wurde eine computergestützte Motivierung zur Reduktion von Alkoholkonsum getestet (Baumann et al., 2021; 2022). Dieses Projekt ergab zwei wichtige Erfahrungen: Unter gering bis moderat Alkohol konsumierenden Menschen konnten ebenso viele teilnehmende Personen gewonnen werden wie unter denen mit höherem Konsum (Enders et al., 2021). Zum Zweiten ließ sich mit wenig finanziellem Aufwand auch unter gering bis moderat konsumierenden Menschen ein Teil zu einer Reduktion des Alkoholkonsums bewegen (Baumann et al., 2021). Diese Arbeiten erbringen Beiträge für eine Reduktion des gesamten Alkoholkonsums der Bevölkerung in der Zukunft. Senkungen des Alkoholkonsums insgesamt sind erforderlich, um auch Krankheit in der Gesellschaft zu senken. In früherer Forschung hat man sich bei Alkoholkonsum auf die stark trinkenden oder auf die alkoholabhängigen Personen konzentriert. Aus Sicht der Praxis der Prävention ist das erstens unökonomisch. Viele Menschen müssen angesprochen werden, aber nur wenige kommen für eine Teilnahme in Frage. Zweitens trinkt ein großer Anteil der Bevölkerung geringe bis moderate Alkoholmengen. Die Reduktion des Alkoholkonsums in der Gesellschaft muss diese Gruppe einschließen. Sofern versucht wird, ganze Bevölkerungen direkt zu adressieren, bildet Proaktivität einen Schlüssel zum Erfolg der Interventi-

on: Jede Person wird persönlich angesprochen und zu einer Motivierung eingeladen, gesundheitsriskantes Verhalten zu reduzieren.

Verbände, die den Empfehlungen folgen

Zu den international bedeutsamen Institutionen, die über Alkoholkonsum informieren, zählen neben der Weltgesundheitsorganisation die Internationale Agentur für Krebsforschung, der Europäische Kodex gegen Krebs und der Weltförderfonds zur Krebsforschung. In Deutschland sind es die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche Krebshilfe. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge steigt das Risiko für Erkrankungen mit der Alkoholmenge. Das gilt auch im Rahmen kleiner Trinkmengen. Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte im Januar 2023, es gäbe keine Trinkmenge Alkohol, die gesundheitlich unbedenklich sei. Die Risiken begännen bei dem „ersten Tropfen“ (Weltgesundheitsorganisation, 2023). Krebs der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Brust bei Frauen, der Leber und des Darms werden der Internationalen Agentur für Krebsforschung zufolge durch Alkohol verursacht (International Agency for Research on Cancer, 2021). Das Risiko beginne mit dem ersten alkoholischen Getränk. Der Europäische Kodex gegen Krebs enthält Empfehlungen zur Vorbeugung von Krebs. Es sei am besten, keinen Alkohol zu trinken (Scoccianti et al., 2015). Der Weltförderfonds zur Krebsforschung stuft die wissenschaftlichen Befunde dafür, dass Alkoholkonsum Ursache für mehrere Krebsarten sei, als überzeugend ein. Menschen sollten ihren Alkoholkonsum reduzieren. Die wissenschaftlichen Ergebnisse seien ausreichend für die Empfehlung, keinen Alkohol zu trinken (World Cancer Research Fund, 2023). Die Deutsche Krebshilfe schreibt:

„Trinken Sie grundsätzlich nur wenig Alkohol – und nicht täglich... Der völlige Verzicht auf Alkohol ist noch besser zur Verringerung Ihres Krebsrisikos.“ (Deutsche Krebshilfe und Deutsches Krebsforschungszentrum, ohne Jahr)

Zehn Vorzüge der Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol

Von zehn Vorzügen sind die ersten sieben auf jede einzelne Person bezogen, gleichgültig ob sie Alkohol konsumiert oder nicht. Die darauf folgenden drei Vorzüge betreffen die Praxis von Public Health, der Sorge um die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Gesellschaft.

1. Die neuen Empfehlungen vereinfachen die Botschaft zum Alkoholkonsum. Sie sind leichter merkbar als eine Grenze des Konsums. Zwar mag die bloße Anregung zur Reduktion vage und unverbindlich erscheinen. Aber bei einer Grenze müssten Konsumierende bei jedem Getränk überlegen, ob sie noch eingehalten sei.
2. Der Risikobegriff entfällt. Ausmaße von Risiken sind gedanklich schwer fassbar, insbesondere wenn sie mit Zahlenangaben einhergehen. Zwar gab es Versuche, die Vorstellung von Risiken zu vereinfachen, etwa durch grafische Darstellungen (Gigerenzer, Rebitschek, 2016). Sie haben das Problem aber möglicherweise nicht gelöst. Menschen können die Bedrohungen der eigenen Unversehrtheit gedanklich für sich ungeschehen machen.
3. Die neuen Empfehlungen sind plausibel für die Förderung der Gesundheit. Sie fügen sich ein in die Botschaften zu Nichtrauchen, Ernährung und Bewegung: Je weniger Alkohol getrunken, Tabak geraucht, Hochkalorisches aufgenommen und je mehr Zeit mit körperlicher Bewegung verbracht wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer langen Lebenszeit in Gesundheit.
4. Die neuen Empfehlungen unterstützen diejenigen Menschen besonders, die nach einer Verbesserung ihrer Gesundheit streben.
5. Es ist zu erwarten, dass die Empfehlungen zu einem positiven Image von Alkoholabstinenz beitragen. Dabei kann es individuell zu kognitiver Dissonanz kommen. Sie lässt sich als Widerspruch zwischen zwei Informationen verstehen. Dem positiven Bild des Alkoholkonsums in der Werbung steht Alkoholabstinenz als bestes Mittel zu Gesundheit gegenüber. Die Annahme der Dissonanztheorie in der Psychologie lautet, dass der Widerspruch zur Auseinandersetzung mit der Abstinenz motiviert. Um Dissonanz zu fördern, benötigen wir Werbung für Alkoholfreiheit.
6. Die Beendigung von Alkoholkonsum lässt körperliche und psychische Gewinne erwarten. Das können sein: weniger Infektionen, weniger Krebsrisiko, weniger Unfallrisiko, weniger Konflikte in sozialen Beziehungen, ein gesünderes Herz, besserer Schlaf, verbesserter Blutdruck.
7. Ein fachliches Votum für Abstinenz als gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt diejenigen Menschen, die versuchen ohne Alkohol zu leben. Sie können sich auf ein Ideal berufen, sich weniger unter Rechtfertigungsdruck und weniger stigmatisiert fühlen, wenn sie Alkoholkonsum ablehnen.
8. Die Empfehlungen schaffen Vorteile für die Praxis von Public Health. Sie stimmen mit dem Anliegen überein, den gesamten Alkoholkonsum einer Gesellschaft zu reduzieren. Letztlich ist das Ziel, die Erwartung eines langen Lebens in Gesundheit zu unterstützen. Dafür soll Alkohol unattraktiv

gemacht werden. Die Mittel sind auf gesamtgesellschaftlicher Ebene angesiedelt. Erstens werden Interventionen genutzt, die alle Bürgerinnen und Bürger mit Alkoholkonsum betreffen, zum Beispiel Steuererhöhungen. Zweitens geht es um direkt auf den einzelnen Menschen bezogene Maßnahmen. Das können sowohl das Aussprechen der Empfehlungen als auch Beratungen sein mit dem Ziel der Motivierung zu Reduktion oder Abstinenz.

9. Im individuellen Kontakt, etwa in der medizinischen Versorgung oder Gesundheitsförderung, brauchen nicht mehr die früher gültigen Grenzwerte risikoarmen Konsums ermittelt werden. Das spart Zeit und Aufwand für die Beteiligten. Fragen nach dem Alkoholkonsum sind vielen Menschen unangenehm. Sie bagatellisieren ihre Trinkmenge. Nach den neuen Empfehlungen entfällt die Bagatellisierung vor einer anderen Person. Ein Anlass zur Rechtfertigung der Trinkmenge besteht nicht mehr. Die Personen können für sich selber entscheiden, ob sie die Konsumreduktion in die Tat umsetzen wollen. Für diejenigen, die eine Trinkmenge nicht mehr zwingend erfragen müssen, entfällt eine Atmosphäre des Verdachts auf Bagatellisierung. Beratende Personen können in eindeutiger Haltung die Botschaft der Konsumreduktion vertreten. Ein Screening auf Alkoholkonsum einer einzelnen Person ist nicht mehr erforderlich. Die Empfehlungen sollten jeder Person gegenüber individuell und wiederholt ausgesprochen werden, möglichst mit Erläuterungen. Individualisierte Beratungen der Motivierung zur Reduktion haben das Potenzial, zur Senkung des Alkoholkonsums auf Bevölkerungsebene beizutragen.
10. Die neuen Empfehlungen erleichtern Werbung für die gesundheitsorientierte soziale Norm: „Alkoholkonsum ist gesundheitsschädlich.“ Gleichgültig welche Form der Werbung gewählt wird, die Information ist eindeutig und leicht merkbar.

Die neuen Empfehlungen sind mit jeglicher Form von Werbung für Alkoholkonsum unvereinbar. Sogenannter moderater Konsum wird mit positiven Attributen beworben, wie Lebensfreude und Genuss (Hüllinghorst, 2023). Das ist durch die Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol ungerechtfertigt. Werbung für Alkohol ist vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Befunde zu alkoholbedingten Gesundheitsschäden unethisch.

Herausforderungen bei dem Bekanntmachen der Empfehlungen

Herausforderungen für die Umsetzung der Empfehlungen in die Praxis bilden die Größe der Aufgabe, die Unterentwicklung von Prävention und die Stigmatisierung von Abstinenz.

Die Empfehlungen bringen eine große Aufgabe für Public Health mit sich. Einerseits erscheint die Vermittlung der Botschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums einfach. Andererseits geht es auf gesellschaftlicher Ebene darum, dass Wünsche nach zeitweiliger psychischer Veränderung und nach positiven Empfindungen sich auch ohne Suchtmittel erfüllen lassen, mit dem zusätzlichen Gewinn der Gesundheitsförderung. Die neuen Empfehlungen müssen den Interessen derer zuwiderlaufen, die alkoholische Getränke produzieren, vermarkten oder bewerben. Erfahrungen aus den Anstrengungen um die Reduktion des Tabakrauchens in Nationen zeigen, dass die entsprechende Industrie stets mehr finanzielle Mittel zur Beeinflussung sozialer Normen im Umgang mit Tabak einsetzt als Institutionen von Public Health. Die haben dennoch maßgeblich zur Reduktion von Raucherraten beigetragen. Gleiches ist für die Senkung des Alkoholkonsums möglich.

In Deutschland mangelt es an Prävention. So fehlt die Bewerbung der Reduktion und Abstinenz von Alkohol mit dem Ziel höherer Lebensqualität. Das belegt auch die Diskrepanz zwischen der Lobbyarbeit für und der gegen Alkoholkonsum. Schätzungen lauten, dass für die Institutionen der Europäischen Union den 95 Lobbyisten der Alkoholindustrie nur 14,5 Vertreterinnen und Vertreter von Nichtregierungsorganisationen für Public Health gegenüberstehen (Hüllinghorst, 2023). Die Aufgabe von Public Health ist, gesundheitsorientierte soziale Normen zu prägen, die vermitteln, dass Alkohol ein Körpergift bildet und positive Empfindungen ohne Suchtmittel erzeugbar sind mit dem zusätzlichen Gewinn der Minimierung von Erkrankungsrisiken. Reduktion und Abstinenz von Alkohol müssen als Gesundheitsziel gefördert werden. Den Anteil alkoholabstinenter lebender Menschen in einer Gesellschaft zu erhöhen ist eine der Strategien, den Gesamtkonsum einer Gesellschaft zu reduzieren (Leung et al., 2023). In Deutschland erscheinen als besonders erfolgversprechende Wege die Alkoholfreiheit im Straßenverkehr, Regelungen zur Erhältlichkeit, Mindestpreise und Steuererhöhungen für alkoholische Getränke sowie direkte bevölkerungsbezogene Motivierungen zur Reduktion von Alkoholkonsum. Erforderlich ist der Aufbau von Organisationen, die Förderungen der Gesundheit der Bevölkerung mittels Reduktion des Alkoholkonsums zum Ziel haben. Erste Ansätze dazu finden sich international (Eurocare, 2023; European Centre for Monitoring Alcohol Marketing, 2023; Global Alcohol Policy Alliance, 2023). In Deutschland gibt es eine Initiative mit einem Informations-

angebot zu alkoholpolitischen Erfordernissen (Alkoholpolitik im Dienste der Gesundheit, 2023).

Eine Herausforderung ist es, besonders in einem Hochkonsumland, der Stigmatisierung abstinent lebender Menschen entgegenzutreten. Diese Stigmatisierung bedeutet, dass Personen, die keinen Alkohol trinken wollen, sich unwohl fühlen aufgrund von Missbilligung, Kritik, Vorwürfen, Lustigmachen, Bedrängen zum Alkoholkonsum. Daher erscheinen Aktivitäten sinnvoll, die das Ziel haben, Selbstsicherheit bei der Abstinenz zu unterstützen (Alcohol Change UK, 2023b). In einer Reihe von Ländern existieren solche Ermunterungen. Erzeugt werden soll ein Gefühl von Verbindlichkeit. Die Teilnehmenden sind gebeten, sich auf einer Internetplattform zu registrieren (de Ternay et al., 2022), so praktiziert in Australien, Neuseeland, Kanada und Europa. In Europa ist die Kampagne bekannt aus Belgien, Frankreich, Ungarn und Großbritannien. Dort bildet „Dry January“ eine Aktion (Alcohol Change UK, 2023a). Materialien und Hilfen werden über das Internet zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2013 wurde die Aktion begonnen; es meldeten sich 4.000 Teilnehmende für den „Dry January“ an. Im Jahr 2023 waren es 175.000 (Alcohol Change UK, 2023a). In Twitter fanden sich mehr als 150.000 Äußerungen über den Dry January (Russell et al., 2023). Eine Zufallsstichprobe dieser Beiträge mit 2.900 ausgewerteten zeigt, dass 74,7 % positive Meinungen oder Eindrücke beinhalteten. Dazu zählten körperliche, wie Gewichtsreduktion, verbesserter Schlaf, Gefühl von mehr Energie, keinen „Kater“, mehr Spaß, weniger Stress, Geld gespart und über das eigene Verhältnis zu Alkohol etwas gelernt zu haben. Möglicherweise ist das ein entscheidender Gewinn von Ermunterungen, Alkoholabstinenz auszuprobieren, und ein Schlüssel auf dem Weg persönlicher Entscheidungen zu einem neuen Umgang mit Alkohol. Hilfreich erscheint, dass international Trends zu Abstinenz berichtet werden (Corre, Barrense-Dias, Suris, 2023). Auch in Deutschland gibt es einen Aufruf zum „Dry January“ (Blaues Kreuz, 2024).

Den Aktionen eines alkoholfreien Monats fehlt bisher jedoch ein proaktives Element. Wenn Menschen von sich aus das Angebot nachsuchen, ist mit einer Wirkung des sozialen Gradienten zu rechnen: Personen mit höherer Bildung oder höherem Einkommen sind überrepräsentiert. Bestätigt wurde das in einer Auswertung der internationalen Aktivitäten zu einem Monat ohne Alkohol (de Ternay et al., 2022). Im Vergleich zu Nichtteilnehmenden waren unter den Teilnehmenden mehr mit höherem Alkoholkonsum, aber auch mehr Berufstätige, Personen mit Universitätsabschluss und mit besserer Gesundheit (de Ternay et al., 2022). Abhilfe von dieser Überrepräsentierung sozial höher gestellter Menschen schaffen Projekte, in denen systematisch und persönlich Bevölkerungsstichproben zu einer Aktivität eingeladen werden.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass gesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel der Alkoholreduktion auf gesellschaftlicher Ebene zu einem Abbau des sozialen Gradienten beitragen.

Fazit

1. Die neuen Empfehlungen folgen der Entwicklung wissenschaftlicher Erkenntnis.
2. Sie sind ein Fortschritt auf dem Weg zur Reduktion des Alkoholkonsums in Nationen.
3. Erforderlich für ihre Umsetzung ist eine Stärkung von Prävention.

Literatur

- Alcohol Change UK (2023a). Dry January. <https://alcoholchange.org.uk/help-and-support/managing-your-drinking/dry-january>, Zugriff: 22.11.2023.
- Alcohol Change UK (2023b). #StopSoberShaming. <https://alcoholchange.org.uk/get-involved/campaigns/stopsobershaming>, Zugriff: 22.11.2023.
- Alkoholpolitik im Dienste der Gesundheit (2023). <https://www.alkoholpolitik.de/>, Zugriff: 29.02.2024.
- Allen, N. E. et al. (2009): Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(5), 296–305. DOI: 10.1093/jnci/djn514.
- Baumann, S. et al. (2022): Verläufe des Alkoholkonsums bei Menschen mit risikoarmem vs. riskantem Konsum: 3-Jahres-Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie PRINT. *Das Gesundheitswesen*, 84(08/09), 747. DOI: 10.1055/s-0042-175367.
- Baumann, S. et al. (2021): Effects of a brief alcohol intervention addressing the full spectrum of drinking in an adult general population sample: a randomized controlled trial. *Addiction*, 116(8), 2056–2066. DOI: 10.1111/add.15412.
- Blaues Kreuz (2024). MIT „TRY DRY 2024“ ALKOHOLFREI INS JAHR 2024 STARTEN. Wuppertal. https://www.blaues-kreuz.de/de/blaues-kreuz/neuigkeiten-und-presse/aktuelles/neuigkeiten/news/dry-january-deutschland-ist-ein-voller-erfolg/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=25a75c53942276fc63331109b5b88d03, Zugriff 30.01.2024.
- Cao, Y. et al. (2015): Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *British Medical Journal*, 351, h4238. DOI: 10.1136/bmj.h4238.

- Choi, Y. J.; Myung, S. K.; Lee, J. H. (2018): Light alcohol drinking and risk of cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Cancer Research and Treatment*, 50(2), 474–487. DOI: 10.4143/crt.2017.094.
- Corre, T.; Barrense-Dias, Y.; Suris, J. C. (2023): The growing trend of young people abstaining from drinking alcohol: a literature review. *Substance Use and Misuse*, 58(1), 77–84. DOI: 10.1080/10826084.2022.2148479.
- de Ternay, J. et al. (2022): One-month alcohol abstinence national campaigns: a scoping review of the harm reduction benefits. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 24. DOI: 10.1186/s12954-022-00603-x.
- Deutsche Krebshilfe; Deutsches Krebsforschungszentrum (ohne Jahr). 10 Tipps für ein gesundes Leben. Bonn; Heidelberg. https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Praeventionsfaltblaetter_Frueherkennung/Flyer_Praeventionswoche_Praeventionsfaltblatt.pdf, Zugriff: 10.11.2023.
- Enders, C. et al. (2021): Brief alcohol intervention at a municipal registry office: reach and retention. *European Journal of Public Health*, 31(2), 418–423. DOI:10.1093/eurpub/ckaa195.
- Eurocare (2023): <https://www.eurocare.org/index.php>, Zugriff: 22.11.2023.
- European Centre for Monitoring Alcohol Marketing (2023): <https://eucam.info/>, Zugriff: 22.11.2023.
- Fuchs, F. D.; Fuchs, S. C. (2021): The effect of alcohol on blood pressure and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 23(10), 42. DOI: 10.1007/s11906-021-01160-7.
- Gigerenzer, G.; Rebitschek, F. G. (2016): Das Jahrhundert des Patienten: zum Umgang mit Risiken und Chancen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(5), 213–219. DOI: 10.3238/zfa.2016.0213.0219.
- Global Alcohol Policy Alliance (2023): <https://globalgapa.org/our-work/>Zugriff: 22.11.2023.
- Hüllinghorst, R. (2023): Alkohollobbying in Europa. *Sucht magazin*, 49(3/4), 38–43.
- International Agency for Research on Cancer (2021): 5 facts about alcohol & cancer. Geneva. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/factsheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>, Zugriff: 22.11.2023.
- John, U. et al. (2023a): Behavior-related health risk factors, mental disorders and mortality after 20 years in a working aged general population sample. *Scientific Reports* 13, 16764. DOI: 10.1038/s41598-023-43669-8.
- John, U. et al. (2023b): Behavior-related risk factors and time to death among persons with alcohol consumption versus persons without: a general population study with mortality-follow-up after 20 years. *Alcohol*. DOI: 10.1016/j.alcohol.2023.10.003.
- John, U. et al. (2022): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 33–51.

- John, U. et al. (2021): Alcohol abstinence and mortality in a general-population sample of adults in Germany: A cohort study. *PLOS Medicine*, 18(11), e1003819. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003819.
- John, U.; Seitz, H. (2018): Konsum bedeutet immer Risiko. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(14), A640–A645.
- Leung, J. et al. (2023): Effective alcohol policies and lifetime abstinence: An analysis of the International Alcohol Control policy index. *Drug and Alcohol Review*, 42(3), 704–713. DOI: 10.1111/dar.13582.
- Naimi, T. S. et al. (2005): Cardiovascular risk factors and confounders among non-drinking and moderate-drinking U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(4), 369–373. DOI: 10.1016/j.amepre.2005.01.011.
- Neuhauser, H. K. et al. (2015): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. *Journal of Human Hypertension*, 29(4), 247–253. DOI: 10.1038/jhh.2014.82.
- Nyberg, S. T. et al. (2022): Association of alcohol use with years lived without major chronic diseases: A multicohort study from the IPD-Work consortium and UK Biobank. *Lancet Regional Health Europe*, 19, 100417. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100417.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023*. Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1699696042&id=id&accname=guest&checksum=E1A50639BC28D6B3BDF67F180C7C267>, Zugriff: 22.11.2023.
- Piano, M. R. (2017): Alcohol's effects on the cardiovascular system. *Alcohol Research*, 38(2), 219–241.
- Piano, M. R. et al. (2017): Cardiovascular consequences of binge drinking: An integrative review with implications for advocacy, policy, and research. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(3), 487–496. DOI: 10.1111/acer.13329.
- Puddey, I. B. et al. (2019): Alcohol and hypertension – new insights and lingering controversies. *Current Hypertension Reports*, 21(10), 79. DOI: 10.1007/s11906-019-0984-1
- Rehm, J. et al. (2008): Are lifetime abstainers the best control group in alcohol epidemiology? On the stability and validity of reported lifetime abstention. *American Journal of Epidemiology*, 168(8), 866–871. DOI: 10.1093/aje/kwn093.
- Russell, A. M. et al. (2023): Characterizing Twitter chatter about temporary alcohol abstinence during “Dry January”. *Alcohol and Alcoholism*, 58(6), 589–598. DOI: 10.1093/alcalc/agad057.
- Scoccianti, C. et al. (2015): European code against cancer, 4th edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiology*, 39(Suppl 1), S67–S74. DOI: 10.1016/j.canep.2015.01.007.

- Seitz, H.; Bühringer, G.; Mann, K. (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland. 205–209.
- Seitz, H.; John, U. (2023): Gesundheitsrisiko Alkohol – Neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Die Innere Medizin, 64, 1224–1229. DOI: 10.1007/s00108-023-01574-2.
- Seitz, H. K.; Homann, N. (2019): Alkohol und Krebs. In: Seitz, H. K.; Mueller, F. (Hrsg.): Alkoholische Leber- und Krebserkrankungen. Berlin: De Gruyter. 191–219.
- Singer, M.; Teyssen, S. (Hrsg.) (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2023). Gesundheit. Todesursachen. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html, Zugriff: 22.11.2023.
- Suter, P. M. (2000): Alkohol, Lipidstoffwechsel und Koronarprotektion. In: Seitz, H. K.; Lieber, C.; Simanowski, U. A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Heidelberg: Barth. 182–209.
- Weltgesundheitsorganisation (2023). Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. Genf. <https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>, Zugriff: 09.11.2023.
- Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2023): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf, Zugriff: 12.10.2023.
- Wolpert, C. (2011): Herz-Kreislauf-System. In: Singer, M.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Stuttgart: Thieme. 350–362.
- World Cancer Research Fund (2023). Cancer prevention recommendations. Limit Alcohol Consumption. London. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-alcohol-consumption/>, Zugriff: 10.11.2023.

4.2 Substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit

Beate Erbas, Oliver Pogarell, Norbert Wodarz

Die substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit

In Deutschland gibt es geschätzt 166.000 Menschen mit Opioidabhängigkeit, von denen sich mit rund 81.000 weniger als die Hälfte in einer substitutionsgestützten Behandlung (OST) befinden (Kraus et al., 2019). Dabei gilt diese Behandlungsform bei vorliegender Opioidabhängigkeit seit Jahren weltweit als Methode der ersten Wahl (WHO, 2009).

Menschen mit Opioidabhängigkeit mit intravenösem Konsum weisen eine mindestens zehnfach erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu altersgleichen Menschen ohne Opioidabhängigkeit auf (Degenhardt et al., 2011). Daher ist das primäre Ziel der Behandlung eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung der Betroffenen, im ersten Schritt durch eine Reduktion/Abstinenz vom Konsum illegaler Opioide und damit einer Reduktion der Übersterblichkeit. Dabei ist zu beachten, dass noch ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für einen Opioid-bedingten Tod während der ersten 28 Tage einer oralen Substitutionstherapie besteht, da sinnvollerweise die Zieldosis des Substitutionsmittels erst schrittweise erreicht werden kann. Besonders beachtenswert ist auch, dass unmittelbar nach Beendigung einer oralen Substitutionstherapie das Todesrisiko auf das acht- bis neunfache ansteigt (Cornish et al., 2010).

Durch die substitutionsgestützte Behandlung kann ein Ausstieg aus der illegalen Drogenbeschaffung ermöglicht werden und der Konsum von Substanzen unbekannter Herkunft mittels hygienisch bedenklicher Gebrauchsutensilien beendet werden. Damit lässt sich gleichzeitig das Risiko, an einer HIV- oder einer Hepatitis-C-Infektion zu erkranken, deutlich reduzieren. Positiv wirkt sich auch die regelmäßige Anbindung an das medizinische und psychosoziale Hilfesystem aus, so dass psychische und körperliche Begleiterkrankungen der Opioidabhängigkeit behandelt werden können. Dabei ist zu beachten, dass eine substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit nicht automatisch auch weitere bestehende Abhängigkeiten bessern muss, wie z. B. von Alkohol, Benzodiazepinen oder Tabak (Degenhardt et al., 2019).

Hilfreiche Begleiteffekte einer substitutionsgestützten Behandlung für die Allgemeinheit sind eine Reduktion der Kosten für die Gesundheitsversorgung, da es zu weniger drogenassoziierten akuten und chronischen Erkrankungen kommt. Auch die Kosten für notwendige soziale Unterstützungsmaßnahmen nehmen ab: So werden ca. 30–40 % der Menschen mit Opioidabhängigkeit unter einer substitutionsgestützten Behandlung wieder berufstätig. Daneben kommt es zu einer erheblichen Reduktion der Beschaffungskriminalität. Laut Modellrechnungen verursachen Menschen mit Opioidabhängigkeit der Allgemeinheit 9,5- bis 19-fach höhere Kosten ohne Anbindung an eine Substitutionsbehandlung (Godfrey et al., 2004).

Somit stellt die substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit einen wichtigen Baustein dar zur individuellen Schadensreduktion und zur Ermöglichung weiterführender Behandlungsmaßnahmen, hat aber auch einigen Nutzen für die Allgemeinheit.

Versorgungssituation in Deutschland

Die OST steht nicht für alle opioidabhängigen Menschen in Deutschland flächendeckend zur Verfügung. Gerade im ländlichen Raum ist die Versorgung nicht sicher gewährleistet. So gibt es zahlreiche Kreise und kreisfreie Städte, in denen keine substituierenden Ärztinnen und Ärzte registriert sind (s. „weiße Flecken“ in Abb. 1).

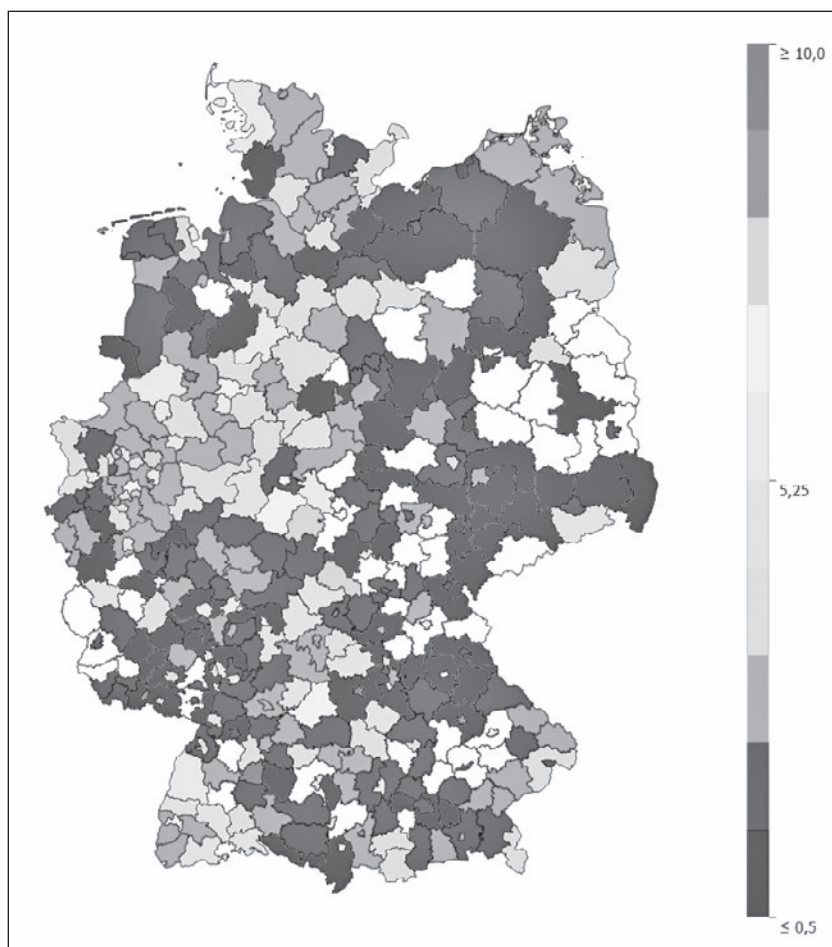
Ein weiteres Problem stellt die Überalterung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte dar und der damit verbundene Rückgang an Substitutionsplätzen. So lag das Durchschnittsalter der substituierenden Ärztinnen und Ärzte 2021 bei 58 Jahren und fast jeder Fünfte war bereits 65 Jahre oder älter.

Blickt man über einen Zeitraum von zehn Jahren auf die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, zeigt sich bereits ein kontinuierlicher Rückgang (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

Es gäbe zwar sehr viel mehr Ärztinnen und Ärzte, die die zur Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung opioidabhängiger Menschen notwendige Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erworben haben, allerdings beteiligt sich nur ein Bruchteil dieser dafür qualifizierten Ärztinnen und Ärzte tatsächlich an der Substitutionsbehandlung.

Zum Stichtag 01.07.2022 gab es die meisten Substituierten in Nordrhein-Westfalen (25.210), Baden-Württemberg (10.488) und Bayern (9.514). Auch die Städte Berlin (5.815) und Hamburg (4.050) erreichen vergleichsweise viele Betroffene.

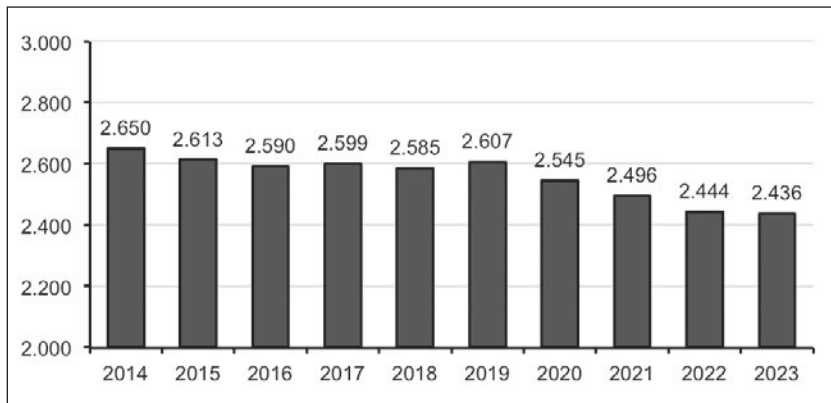
Abb. 1: Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Kreis bzw. kreisfreier Stadt im 1. Halbjahr 2023



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024

Die durchschnittliche Zahl der bei der Bundesopiumstelle gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro Ärztin bzw. Arzt hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre kontinuierlich nach oben entwickelt, von 29 (2013) auf 33 (2022), wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sehr groß sind.

Abb. 2: Anzahl der meldenden, substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2014 bis 2023



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024

Generell lässt sich sagen, dass in den ostdeutschen Bundesländern die durchschnittliche Anzahl gemeldeter substituierter Personen pro Ärztin/Arzt über den Zehnjahresverlauf deutlich geringer ist als in westdeutschen Ländern bzw. Stadtstaaten. Spitzenreiter sind hier Hamburg (2013: 41,6 gemeldete Patientinnen und Patienten und 2022: 50,0), Saarland (2013: 39,2 und 2022: 43,9) und Berlin (2013: 35,5 und 2022: 38,8). Brandenburg (2013: 5,3 und 2022: 7,5) und Mecklenburg-Vorpommern (2013: 10,4 und 2022: 10,6) weisen die geringste Zahl an Meldungen pro Ärztin/Arzt auf.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Für die substitutionsgestützte Behandlung sind in Deutschland einige gesetzliche Grundlagen zu beachten:

- Betäubungsmittelgesetz (BtMG),
- Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV),
- Arzneimittelgesetz (AMG) sowie
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (RL BÄK).

Damit ist die substitutionsgestützte Behandlung opioidabhängiger Menschen immer noch die am stärksten rechtlich reglementierte Behandlungsform einer Erkrankung. Um diese Behandlung rechtssicher anbieten zu können, sollten diese Rechtsgrundlagen bekannt sein. Hilfreich ist hierfür die Orien-

tierung an unterstützenden Materialien, wie z. B. der Leitfaden zur substituitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (BAS, 2023)

Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung

1. Wer darf substituieren?

In der BtMVV (§ 5 Absatz 3) ist festgelegt, dass nur Ärztinnen und Ärzte eine Substitutionsbehandlung durchführen dürfen, die die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt wird. Hierzu dient die Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung, die sämtliche Landesärztekammern anbieten. Mindestanforderungen hierfür sind eine beliebige Facharztanerkennung und zusätzlich eine 50-stündige Kurs-Weiterbildung.

Die Anerkennung und Führbarkeit der Zusatzbezeichnung wird nach erfolgreicher Prüfung vor der zuständigen Ärztekammer von dieser erteilt. Dabei sind zwei Ausnahmen möglich: Zum einen besteht die Möglichkeit im Rahmen der *Konsiliarius-Regelung* zu substituieren (BtMVV § 5 Absatz 4). Das bedeutet, dass eine Ärztin oder ein Arzt ohne die o. a. Qualifikation bis zu 10 Patienten substituieren darf, wenn sich die Behandelnden mit einer oder einem suchtmmedizinisch qualifizierten Ärztin oder Arzt abstimmen und die Patientinnen und Patienten zu Behandlungsbeginn und mindestens einmal im Quartal der oder dem suchtmmedizinisch erfahrenen Kollegin oder Kollegen vorgestellt werden. Von dieser Möglichkeit wird allerdings bislang nur wenig Gebrauch gemacht.

Die andere Ausnahme betrifft die Vertretung im Falle einer Abwesenheit (BtMVV § 5 Absatz 5), wenn die Vertretung durch eine suchtmmedizinisch qualifizierte Ärztin oder einen entsprechenden Arzt nicht sichergestellt werden kann. Hier ist eine Vertretung von bis zu vier zusammenhängenden Wochen und höchstens zwölf Wochen im Jahr möglich.

Der akute Ausfall einer substituierenden Ärztin bzw. eines substituierenden Arztes, z. B. durch Erkrankung, führt daher immer wieder zu einigen Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung, insbesondere, wenn der ausfallende Arzt bzw. die ausfallende Ärztin eine größere Zahl von opioidabhängigen Menschen substituiert.

2. Wer kann substituiert werden?

Die Voraussetzungen für die Einleitung und die Fortführung einer substituitions-gestützten Behandlung regeln die Richtlinien der Bundesärztekam-

mer (BÄK, 2023). Die Diagnose einer Opioidabhängigkeit als Folge eines Missbrauchs erlaubt oder unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide ist Voraussetzung für die Substitutionsbehandlung. Dabei muss immer der Nutzen der Behandlung gegen die Gefahren eines weiterhin bestehenden unkontrollierten Drogenkonsums abgewogen werden. Zusätzlich sind die individuellen Besonderheiten der abhängigen Person zu beachten, wenn beispielsweise die Abhängigkeit noch nicht lange besteht oder es sich um Jugendliche oder Heranwachsende handelt.

Während und nach einer Schwangerschaft opioidabhängiger Patientinnen ist die Substitutionsbehandlung zur Risikominimierung von Mutter und Kind die Methode der Wahl.

Mit entsprechender Begründung kann eine Substitution auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Personen eingeleitet werden, wenn z. B. nach Haftentlassung ein hohes Rückfall- und Mortalitätsrisiko besteht.

Bei besonders schweren Verläufen der Suchterkrankung kann eine Behandlung mit Diamorphin angezeigt sein, die bislang einem eigenen Regelwerk unterliegt und speziellen Einrichtungen vorbehalten ist (BtMVV § 5a Absatz 1-4).

Zur Substitution zugelassene Medikamente

Die Frage der Verschreibung regelt die BtMVV (§ 5 Absatz 6). Folgende Substanzen kommen für eine Substitutionsbehandlung in Frage:

- ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel, z. B. retardiertes Morphin
- eine Zubereitung von Levomethadon, von Methadon oder von Buprenorphin, inkl. Depotpräparaten oder
- in begründeten Ausnahmefällen eine Zubereitung von Codein oder Dihydrocodein.
- Unter besonderen Voraussetzungen: Diamorphin (s. Besonderheiten einer Diamorphin-gestützten Behandlung).

Laut Substitutionsregister sind 2022 die überwiegend gemeldeten Substitutionsmittel Levomethadon (Anteil 37,8 %) und Methadon (Anteil 34,5 %). Der Anteil an Levomethadon ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen und hat im Jahr 2020 erstmals den Anteil an Methadon überschritten. Der Anteil von Buprenorphin liegt seit einigen Jahren konstant bei etwa 23,5 %.

Einschätzung der Autoren:

Dies liegt zum einen an den Präferenzen der Patientinnen und Patienten, die Levomethadon häufig subjektiv mit weniger Nebenwirkungen assoziieren. Zum anderen ist Levomethadon als Fertigarzneimittel breiter verfügbar. Depotpräparate von Buprenorphin haben zwar einerseits einige Vorteile durch den Wegfall von länger notwendigem täglichem Erscheinen zur Sichtvergabe, allerdings berichten viele Patientinnen und Patienten, dass gerade die täglichen Kontakte in der Anfangsphase der Behandlung sehr wichtig sind für eine „neue“ Tagesstrukturierung. Bislang sind daher Depotpräparate besonders in bestimmten Settings etwas weiter verbreitet, wie z. B. Justizvollzugsanstalten.

Dokumentationsanforderungen

Die Anforderungen an die Dokumentation sind umfangreich und werden in den Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt (Punkt 7). Dabei sind besondere Anforderungen bei bestimmten Situationen zur erforderlichen Dokumentation zu berücksichtigen:

- vor und bei Einleitung der Behandlung,
- bei der Erstellung des individuellen Therapiekonzepts und im Verlauf der Behandlung,
- vor und im Verlauf einer Take-Home-Verordnung (vgl. Darreichungsformen),
- bei Beendigung bzw. Abbruch einer Substitution,
- im Rahmen der Substitution in einer externen Einrichtung,
- bei der Konsiliar- und Vertretungsregelung,
- Erfordernisse im Rahmen der Meldeverpflichtungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Substitutionsregister).

Therapiekonzept

Konkrete Anhaltspunkte zum Therapiekonzept finden sich in den Richtlinien der Bundesärztekammer (Punkt 3). Da eine Opioidabhängigkeit meist mit einer Vielzahl körperlicher, psychischer und psychosozialer Probleme einhergeht, muss ein individuelles Therapiekonzept erstellt werden.

So sind ärztlicherseits zu Therapiebeginn und während des Behandlungsverlaufs weitere substanzbezogene und komorbide psychische Störungen abzuklären. Wichtig ist auch der Blick auf somatische Erkrankungen, insbesondere im Hinblick auf Herz, Leber, Lunge und Infektionserkrankungen. Bei

Belastungen durch die aktuelle Lebenssituation sollte eine geeignete psychosoziale Betreuung hinzugezogen werden.

Therapieziele sind mit der Patientin oder dem Patienten abzustimmen, im Behandlungsverlauf immer wieder zu überprüfen und ggf. anzupassen. Hierzu zählen insbesondere die Behandlung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen sowie die Vermittlung in psychosoziale Betreuungsmaßnahmen. Typische Behandlungsziele sind:

- Sicherstellung des Überlebens und Reduktion der Übersterblichkeit,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen und psychosozialen Lebensqualität,
- Reduktion der Straffälligkeit,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Zum Therapiekonzept gehört auch die Auswahl des geeigneten Substitutionsmittels und die Prüfung des Gebrauchs weiterer psychoaktiver Stoffe, die die Behandlungsziele der Substitution gefährden könnten. Dieser Begleitkonsum und eine möglicherweise damit in Verbindung stehende weitere Abhängigkeitserkrankung sollten behandelt werden.

Psychosoziale Betreuung

Gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer soll eine psychosoziale Betreuung der Patientin oder dem Patienten regelhaft empfohlen werden. Hierbei ist insbesondere eine enge Kooperation mit dem regionalen Suchthilfesystem und weiteren sozialen Unterstützungssystemen, z. B. Schuldnerberatung, Jugendämtern sehr hilfreich und notwendig.

Problematisch kann sein, dass die Angebote der psychosozialen Betreuung regional sehr unterschiedlich verfügbar und ausgestaltet sind. Cochrane-Analysen ergaben aufgrund der hohen Heterogenität daher kein klares Ergebnis für deren Wirksamkeit. Aus diesen Gründen wurde die in der Vergangenheit verpflichtende Durchführung einer psychosozialen Betreuung in der überar-

beiteten Richtlinie nur noch als starke Empfehlung verankert. Damit soll eine substitutionsgestützte Behandlung opioidabhängiger Menschen auch dann ermöglicht werden, wenn keine geeignete psychosoziale Betreuung verfügbar ist bzw. die opioidabhängige Person diese ablehnt oder nicht benötigt (Kunstmann et al., 2020).

Aufgrund der hohen Belastung mit komorbiden psychischen Störungen kann eine begleitende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stabilisierend wirken. Bedauerlicherweise sind die Kapazitäten für solche Behandlungen Substituierter bislang sehr gering. Wichtig ist eine enge Koordination aller Maßnahmen und der interprofessionelle Austausch.

Therapieverlauf und Durchführung von Kontrollen

Zu Behandlungsbeginn während der Einstellungsphase sind häufigere Kontakte zwischen Patientin oder Patient und der substituierenden Person notwendig, die bei stabilem Verlauf reduziert werden können. Über den ganzen Behandlungsverlauf sind neben dem klinischen Eindruck auch Laborparameter heranzuziehen (z. B. Abbauprodukte von Methadon), die sicherstellen, dass das Substitut in der verordneten Weise eingenommen wird und keine weiteren psychoaktiven Substanzen mit potenziell gefährlichen Interaktionen mit dem Substitut konsumiert werden, insbesondere Alkohol und Benzodiazepine, sowie weitere Opioide.

Werden weitere psychotrope Substanzen konsumiert, so sollte nach den Gründen dafür gesucht werden und entsprechende Unterstützung angeboten werden. Hier sind insbesondere folgende Situationen zu prüfen:

- Aktuelle Destabilisierung der individuellen Lebenssituation.
- Unzureichende Dosierung oder ungeeignetes Substitutionsmittel.
- Komorbide Erkrankungen (somatisch und psychisch) inklusive einer weiteren Abhängigkeitserkrankung.

Darreichungsformen

1. Vergabe unter Sicht

Diese Form der Verabreichung, bei der das Substitut unter der Aufsicht durch die Ärztin oder den Arzt oder befugtes Personal verabreicht wird oder gemäß Zulassung an der Patientin bzw. dem Patienten angewendet wird, stellt nach § 5 Absatz 7 BtMVV die regelhafte Behandlung dar. Dabei wird ein zur oralen Anwendung bestimmtes Substitutionsmittel zur

unmittelbaren Einnahme ausgehändigt und diese auch beobachtet bzw. kontrolliert.

Dies kann z. B. bei der Vergabe der klassischen, sich nur langsam über mehrere Minuten auflösenden Sublingualtabletten von Buprenorphin erhöhten zeitlichen Aufwand erfordern.

2. Take-Home-Verordnung

Bestimmungen zur Take-Home-Verordnung finden sich sowohl in der BtMVV (§ 5 Absatz 8) als auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer (Punkt 4.1).

Hier wird der Patientin bzw. dem Patienten ein Substitutionsmittel zur eigenverantwortlichen Einnahme im Anschluss an eine persönliche oder telemedizinische Konsultation verschrieben. Wegen des Missbrauchsrisikos ist besondere Aufmerksamkeit seitens der verordnenden Person angebracht, die im Vorfeld eine mögliche Gefährdung der Patientin bzw. des Patienten selbst sowie von Dritten, z. B. im Haushalt lebenden Kindern, abklären muss.

Die Dauer der Take-Home-Verordnung erfolgt in der Regel zunächst für kürzere Zeiträume, um die Adhärenz der Patientinnen/Patienten beobachten und kurzfristig reagieren zu können. Der Zeitraum kann auf bis zu sieben aufeinander folgende Tage ausgeweitet werden, wenn die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, der Behandlungsverlauf dies zulässt, Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung weitestgehend ausgeschlossen wurden und die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden. Letzterer Punkt ist vor allem bei Patientinnen/Patienten mit hohen Dosen von (Levo-)methadon zu beachten, da hier der Weiterverkauf von Teilen der Dosis ein relevantes Problem darstellen kann.

Eine Take-Home-Verordnung für bis zu sieben Tagen ist dann möglich, wenn die u. a. Kriterien im Einzelfall weitgehend zutreffen:

- regelmäßige Wahrnehmung der erforderlichen Arztkontakte,
- abgeschlossene Einstellung auf das Substitutionsmittel,
- klinische Stabilisierung durch den bisherigen Verlauf der Behandlung,
- Risiken einer Selbst- und Fremdgefährdung so weit wie möglich ausgeschlossen,
- kein Konsum weiterer Substanzen, die zusammen mit der Substitutionseinnahme zu einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung führen können,
- keine Verstöße gegen getroffene Vereinbarungen,
- psychosoziale Stabilisierung.

Für eine über sieben Tage hinausgehende und bis zu maximal 30 Tagen mögliche Take-Home-Verordnung ist neben den o. a. Kriterien eine besondere Begründung notwendig. Eine über sieben Tage hinausgehende Verordnung kann aus medizinischen Gründen erforderlich werden, wenn die Patientin bzw. der Patient schwerwiegend erkrankt und immobil ist. Aber auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, z. B. eine durch Erwerbstätigkeit oder Urlaub bedingte längerfristige Abwesenheit kann eine längere Take-Home-Verordnung im Einzelfall begründen, wenn die Versorgung anderweitig nicht sichergestellt werden kann. Es gilt, dass die Patientin bzw. der Patient diese Sachverhalte glaubhaft machen muss, z. B. durch das Vorlegen geeigneter Unterlagen (z. B. Bestätigung des Arbeitgebers).

Konsiliarverfahren im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit

Die Rahmenbedingungen, unter denen eine Ärztin bzw. ein Arzt ohne die Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ substituieren kann, sind in der BtMVV unter § 5 Absatz 4 geregelt. Demnach dürfen für höchstens zehn Patienten gleichzeitig Substitutionsmittel verschrieben werden, wenn die Ärztin bzw. der Arzt

1. die Genehmigung nach Antragsstellung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erhalten hat,
2. zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt (Konsiliarius) bzw. einer Ärztin, der bzw. die die suchtttherapeutische Qualifikation besitzt, abstimmt und
3. sichergestellt hat, dass seine Patientin bzw. sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

Es wird empfohlen, bei der Abstimmung der Substitution zumindest auf folgende Punkte einzugehen: Vergabe, Urinkontrollen, psychosoziale Begleitung, Dokumentation, Information des Konsiliarius bei außergewöhnlichen Vorkommnissen (z. B. ständiger Beigebruch, Verlust Substitutionsmittel), Vertretungsregelung. Die vorstehend genannte Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der Ärztin und dem Konsiliarius ist schriftlich zu dokumentieren.

Schritte zur Einleitung der Substitution im Rahmen der Konsiliarregelung:

1. Vor Beginn der Substitutionsbehandlung muss die Befürwortung des Konsiliarius vorliegen und die Abstimmung der Substitution zwischen Konsiliarius und behandelndem Arzt bzw. behandelnder Ärztin erfolgt sein.

2. Sobald der Antrag vollständig vorliegt, erhält der substituierende Arzt bzw. die substituierende Ärztin die Genehmigung zur Substitution für bis zu zehn Patienten.
3. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin muss die Patienten unverzüglich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter Angabe des beratenden Arztes bzw. der beratenden Ärztin anmelden zur Vermeidung einer Substitution bei mehreren Stellen.

Einschätzung der Autoren:

2019, also in der Vor-Pandemiezeit, waren laut Substitutionsregister 22 % der meldenden Ärztinnen bzw. Ärzte im Rahmen der Konsiliararztregelung nach § 5 Abs. 4 BtMVV tätig. Durch diese Ärztinnen und Ärzte wurde jedoch nur knapp 1 % aller gemeldeten Substituierten betreut – dies entspricht ca. 1,4 Patientinnen bzw. Patienten pro Ärztin bzw. Arzt im Rahmen der Konsiliararztregelung.

Somit wurde bereits damals die Möglichkeit der Betreuung von drei Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen der Konsiliararztregelung selten ausgeschöpft und dies hat sich wohl auch durch die nach der BtMVV-Novellierung aufgestockten Zahl von nun zehn (statt bis dahin 3) konsiliarisch betreubaren Substituierten nicht wesentlich auf eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Opioidabhängigkeit ausgewirkt.

Vereinfachungen aufgrund der Erfahrungen während der SARS-CoV-2-Pandemie

Zahlreiche Erleichterungen bei der Verordnung von Substitutionsmitteln, die während der SARS-CoV-2-Pandemie zur Sicherstellung der Versorgung der Menschen mit Opioidabhängigkeit eingeführt wurden, haben sich bewährt und führten im Frühjahr 2023 zu einer dauerhaften Übernahme in eine entsprechend abgeänderte BtMVV und eine überarbeitete Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit.

Diese betreffen Vereinfachungen bei der Anwendung der Take-Home-Verordnung (siehe unten), eine Ausweitung der Konsiliarregelung von ursprünglich drei auf zehn Patientinnen und Patienten (siehe unter Konsiliarverfahren) sowie die Zulassung weiterer Vergabeorte. Hierzu zählen stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsämter, Alten- und Pflegeheime, Hospize oder eine „andere geeignete Einrichtung, die zu diesem Zweck von der zuständigen Landesbehörde anerkannt sein muss“, z. B. Dro-

genhilfeeinrichtungen. Dort kann das Substitutionsmittel nach entsprechender Schulung durch die verantwortliche substituierende Person durch medizinisches, pharmazeutisches, pflegerisches oder in begründeten Fällen, in denen die Abgabe nicht anderweitig gewährleistet werden kann, auch anderes geeignetes Personal verabreicht werden. Voraussetzung ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen der Einrichtung und dem substituierenden Arzt oder der substituierenden Ärztin.

Änderungen bei der Take-Home-Verordnung:

Neben dem Ersatz der bisherigen „Urlaubsregelung“, die nur einmal pro Jahr genutzt werden konnte, wurde eine Regelung zu Take-Home-Verordnung für bis zu 30 Tagen in begründeten Einzelfällen neu eingeführt, die auch mehrmals im Jahr bei geeigneten Patientinnen und Patienten genutzt werden kann (s. Darreichungsformen).

Ebenfalls neu eingeführt wurde die sogenannte „Zwei-Tage-Regelung“. Diese kann erfolgen, wenn die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, z. B. an Wochenenden oder Feiertagen. Voraussetzung dafür ist, dass der bisherige Verlauf der Behandlung dies zulässt sowie die Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung, insbesondere für ggf. im Haushalt mitlebende Kinder, so weit wie möglich ausgeschlossen sind.

Einschätzung der Autoren:

Die Ausweitung der Möglichkeiten bei der Take-Home-Verordnung haben nach bisherigen Erfahrungen nicht zu größeren Problemen geführt, soweit sie verantwortlich umgesetzt werden. Die Ausweitung der Konsiliarregelung hat bislang wohl eher wenig Effekt auf die Verbesserung der Versorgung gezeigt (s. Konsiliarregelung). Im Gegensatz dazu kann die Zulassung weiterer Vergabeorte in Zukunft die Versorgung von Menschen mit Opioidabhängigkeit deutlich verbessern. So konnten beispielsweise bereits erfolgreiche Modelle einer substitutionsgestützten Behandlung in Drogenhilfeeinrichtungen umgesetzt werden (Pogarell et al., 2020).

Besonderheiten einer Diamorphin-gestützten Behandlung

Bei Menschen mit Opioidabhängigkeit finden sich bei über 70 % der Betroffenen weitere Substanzkonsumstörungen (insbesondere Kokain, Alkohol und Sedativa). Bei über 50 % bestehen psychische Komorbiditäten und viele Betroffene leiden zusätzlich an somatischen Folgeschäden. Auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung besteht bei einem nicht geringen Anteil ein Konsum

anderer legaler oder illegaler Drogen, als Hinweis auf fehlende Stabilität oder unzureichendes Ansprechen auf die verfügbaren Substitutionsmittel.

Bereits in den 1990er Jahren gab es erste Überlegungen, u.a. in der Schweiz und in den Niederlanden, für besonders schwer betroffene Patientinnen und Patienten, die unter klassischen Substitutionsbehandlungen mit Methadon nicht gut zurechtkommen, eine Substitution mit Diamorphin (Heroin) zu ermöglichen. In Deutschland führten vergleichbare Diskussionen zu einer Ausschreibung des BMG für eine klinische Arzneimittelprüfung mit dem Einsatz von Diamorphin bei einer Zielgruppe opioidabhängiger Menschen, die bisher vom Hilfesystem nicht erreicht werden bzw. nicht erfolgreich substituiert werden konnten. Dies führte zur Auflage eines bundesweit angelegten Modellprojekts mit Diamorphin-(Heroin) Substitution, das zwischen 2002 und 2005 an sieben Studienzentren durchgeführt wurde.

In einer kontrollierten Studie an über 1.000 Personen mit einer Opioidabhängigkeit wurde die Wirksamkeit einer Diamorphinsubstitution im Vergleich zu Methadon hinsichtlich der Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit, die soziale Situation sowie den Beikonsum von Kokain prospektiv untersucht. Die Studienergebnisse zeigten eine bessere Haltequote unter Diamorphinsubstitution, eine Verbesserung der Gesundheit als auch einen Rückgang des begleitenden Konsums illegaler Substanzen. Auch die soziale Lage der Patienten hat sich gefestigt. Vor allem die Wohn- und Arbeitssituation sowie das Delinquenzverhalten haben sich unter der heroingestützten Behandlung deutlich verbessert (Verthein et al., 2008, 2011). Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde nach einer kontrovers geführten gesundheitspolitischen Debatte im Jahr 2009 mit dem sog. Diamorphingesetz die gesetzliche Grundlage einer Substitutionsbehandlung mit Diamorphin auch in Deutschland geschaffen. Seit 2010 ist diese Behandlung unter definierten Voraussetzungen auch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig.

Die Substitution mit dem Stoff Diamorphin ist seitdem ergänzend zur konventionellen Substitutionstherapie gesetzlich (BtMVV) und in Richtlinien (Bundesärztekammer, GBA) reglementiert.

Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung legt in § 5a für das Verschreiben von Substitutionsmitteln mit dem Stoff Diamorphin folgende Indikationsgebiete fest:

Zur Behandlung einer schweren Opioidabhängigkeit können zur Substitution zugelassene Arzneimittel mit dem Stoff Diamorphin verschrieben werden. Die substituierende Ärztin oder der substituierende Arzt darf diese Arzneimittel nur verschreiben, wenn:

1. sie oder er eine suchtmmedizinische qualifizierte Ärztin bzw. ein suchtmmedizinisch qualifizierter Arzt ist und sich ihre bzw. seine suchtmmedizinische Qualifikation auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt oder sie bzw. er im Rahmen des Modellprojektes „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ mindestens sechs Monate ärztlich tätig war,
2. bei den Patienten eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Opioidabhängigkeit verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum vorliegt,
3. ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opioidabhängigkeit vorliegt, von denen mindestens eine sechsmonatige Behandlung nach § 5 sein muss, und
4. der Patient das 23. Lebensjahr vollendet hat.

Eine Diamorphinsubstitution darf nur in Einrichtungen vorgenommen werden, denen eine spezielle Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde erteilt wurde, die Ambulanzen müssen hierbei eine personell und sachlich zweckdienliche Ausstattung nachweisen sowie eine Einbindung in das örtliche Suchthilfesystem. In den ersten sechs Monaten der Behandlung sind zwingend Maßnahmen der psychosozialen Betreuung vorzuhalten. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben eine zusätzliche Qualifikation für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung nachzuweisen, die Diamorphinambulanz muss in der Lage sein, die Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen und während der Vergabezeiten ist die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes zwingend erforderlich. Spätestens alle zwei Jahre ist die Behandlung mit Diamorphin durch Einholung einer Zweitmeinung zu überprüfen.

Die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des GBA legt weitere Anforderungen auch an die vorzuhaltenden Räumlichkeiten fest, zusätzlich sind Sicherheitsmaßnahmen in Anlehnung an ein behördliches Sicherheitskonzept (Bundeskriminalamt) gefordert.

Einschätzung der Autoren:

Insgesamt handelt es sich bei der Diamorphinsubstitution zwar um ein auf Seiten der Einrichtung „höhereschwelliges“ Angebot, das mit hohen baulichen und personellen Anforderungen einhergeht, das aber für die infrage kommende Personengruppe zu erheblichen Verbesserungen sowohl des allgemeinen Gesundheitszustands als auch der psychosozialen Situation führen kann, insbesondere bei enger Anbindung an die regionale psychosoziale Betreuung. Bundesweit werden derzeit über tausend Betroffene an mehr als zehn Standorten mit steigender Tendenz mit Diamorphin behandelt. In einigen Regionen Deutschlands kam es in den letzten Jahren zu einer erheblichen Ausweitung

des Angebots einer Diamorphin-Substitution, die durchaus kritisch begleitet wird, insbesondere, wenn sie ohne Abstimmung und Anbindung an das bestehende Suchthilfenetzwerk erfolgte.

Einbeziehung externer Einrichtungen

Justizvollzugsanstalten (JVA)

Für den Konsum und die Verbreitung von illegalen Substanzen stellen Justizvollzugsanstalten eine „Hochrisikoumgebung“ dar (Schalast, 2023). Nach jüngsten Konsumschätzungen liegt bei 24 % der Inhaftierten eine Substanzabhängigkeit, bei 15 % ein Substanzmissbrauch vor. Bei 16 % der Inhaftierten mit einer Suchtproblematik waren Opioide die Hauptsubstanz, dies entspricht 6 % der Gefängnispopulation. Berücksichtigt man zusätzlich die Gefangenen mit multiplem Substanzgebrauch, konsumieren 8–21 % der Inhaftierten Opioide in problematischem Umfang (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“, 2022). Damit sind der Opioidkonsum und die Opioidabhängigkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung in Haftanstalten deutlich überrepräsentiert.

Eine Freiheitsstrafe in Deutschland soll nur Auswirkungen auf die Freiheit der verurteilten Person, jedoch nicht auf andere Lebensbereiche haben. Das Äquivalenzprinzip besagt, dass Strafgefangene einen Anspruch auf vergleichbare Krankenbehandlung haben, wie sie sie auch als gesetzlich versicherte Bürgerin bzw. Bürger in Freiheit erhalten würden. Darüber hinaus soll gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur substituionsgestützten Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit „bei einem Übergang von einer ambulant durchgeführten Substitutionsbehandlung in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung und umgekehrt die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sichergestellt werden“.

Nach einer Klage eines inhaftierten Menschen mit Opioidabhängigkeit aus Bayern stellte der europäische Gerichtshof für Menschenrechte fest, dass eine kategorische Ablehnung einer Substitutionsbehandlung, ohne ärztliche Prüfung des Einzelfalles, gegen das Verbot der unmenschlichen Behandlung (Art. 3 EMRK) verstößt (Urteil v. 01.09.2016, Az. 62303/13). Nach diesem Urteil kam es tatsächlich zu einem Anstieg der Substitutionsquoten bei inhaftierten Menschen mit Opioidabhängigkeit: Im Jahr 2018 wurden 1.440 Strafgefangene substituiert, dies entspricht einer Substitutionsquote von 24 % (Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“, 2019). Im Jahr 2022 waren bereits 2.906 inhaftierte Menschen mit Opioidabhängigkeit

in Substitutionsbehandlung, dies entspricht einer Substitutionsquote von 46 % (Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“, 2022). Damit näherte sich die Substitutionsquote in Haft derjenigen in Freiheit weitgehend an. Allerdings wären hier sicher noch deutlich mehr inhaftierte Menschen mit Opioidabhängigkeit gut erreichbar, insbesondere da die Fortführung oder der Beginn einer substitutionsgestützten Behandlung in Haft die Wahrscheinlichkeit für die weitere Anbindung an das Suchthilfesystem nach Entlassung aus der Haft erhöht (Stemmler et al., 2023).

Senioren-/Pflegeheime, ambulante Pflege

Auch hier ist mit den Vereinfachungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie nun eine substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit durch das in den jeweiligen Einrichtungen verfügbare und geschulte medizinische Personal möglich, nachdem eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem substituierenden Arzt bzw. einer substituierenden Ärztin erfolgt ist (s. Vereinfachungen). Da, gerade auch aufgrund des Erfolgs der substitutionsgestützten Behandlung, Menschen mit einer Opioidabhängigkeit ein höheres Lebensalter erreichen, wird hier der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Entsprechende Senioren-/Pflegeheimplätze sind bislang noch rar.

Einrichtungen der Drogenhilfe

Neben der oft hier verorteten psychosozialen Betreuung kann nach den Vereinfachungen aus der SARS-CoV-2-Pandemie nun auch in diesen Einrichtungen die Vergabe von Substitutionsmitteln erfolgen, nachdem das dort verfügbare Personal entsprechend geschult wurde und eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem substituierenden Arzt bzw. einer substituierenden Ärztin erfolgt ist. Gerade hier ergibt sich ein nicht zu unterschätzendes Potenzial für die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Opioidabhängigkeit, das bislang jedoch nur im Rahmen einiger erfolgreicher Modelle umgesetzt wurde.

Beendigung und Abbruch der Behandlung

Regulär *kann* eine Substitutionsbehandlung in Abstimmung zwischen der substituierenden Person und der Patientin bzw. dem Patienten beendet werden, wenn die Weiterführung nicht mehr erforderlich ist oder gewünscht wird.

Eine Substitutionstherapie soll vorzeitig beendet werden, wenn sich schwerwiegende Kontraindikationen ergeben oder die Behandlung mit einem fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen einhergeht, der die Ziele der Substitutionsbehandlung gefährdet. Dabei ist immer abzuwägen, dass durch die Beendigung der Substitution das Mortalitätsrisiko nach den vorliegenden Befunden deutlich ansteigt (Godfrey et al., 2004).

S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen und Richtlinie der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger v. 08.04.2023

Die aktuell final erarbeitete S3-Leitlinie zur Behandlung von opioidbezogenen Störungen soll voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2024 vorliegen. Hier werden nach systematischer Literaturrecherche evidenzbasierte Empfehlungen u. a. zur Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung, zur Therapieplanung, zur Durchführung einer eventuellen Entzugsbehandlung, zur Rückfallprophylaxe, zur Schadensminimierung, zur psychosozialen Beratung, zur Diagnostik und Behandlung psychischer und körperlicher Komorbidität, wie auch zum Umgang mit besonderen Populationen (z. B. Schwangeren) erarbeitet. Grundsätzlich stellen Leitlinien Empfehlungen dar, die aber nicht rechtlich bindend sind. Im individuell begründeten Einzelfall kann ein von den Leitlinienempfehlungen abweichendes Vorgehen angebracht sein.

Im Gegensatz stellt laut BtMVV § 5, Abs. 11 die Richtlinie der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung „... den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Substitution ... fest“, insbesondere für

1. die Ziele der Substitution,
2. die allgemeinen Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer Substitution,
3. die Erstellung eines Therapiekonzeptes, insbesondere
 - a) die Auswahl des Substitutionsmittels
 - b) die Voraussetzungen für das Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme,
 - c) die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Einbeziehung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen sowie
 - d) die Bewertung und Kontrolle des Therapieverlaufs.

Daneben kann die Bundesärztekammer nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft weitere als die in Absatz 2 Satz 2 (BtMVV § 5) bezeichneten wesentliche Ziele der Substitution

in dieser Richtlinie feststellen. Sie bestimmt auch die Anforderungen an die Dokumentation der Substitution nach Absatz 10 Satz 1 (BtMVV § 5) in dieser Richtlinie.

Einschätzung der Autoren:

Bezüglich der therapeutischen Umsetzung der substitutionsgestützten Behandlung wird also in der BtMVV verbindlich auf die Richtlinie der Bundesärztekammer verwiesen und diese ist somit Bestandteil der rechtlichen Regelung dieser Behandlungsform. Die Umsetzung der Vorgaben der BÄK-Richtlinie führt daher zu weitgehendem Rechtsschutz bei der Durchführung einer Substitution. Die Empfehlungen der demnächst zur Verfügung stehenden S3-Leitlinie geben hingegen nur Empfehlungen zum besten Umgang, die nicht *per se* Rechtssicherheit bedeuten, da die Empfehlungen nicht automatisch auch den spezifischen Rechtsrahmen in Deutschland berücksichtigen müssen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Opioidabhängigkeit (mod. nach Evasuno Abschlussbericht, 2022; Initiative Substitutionsversorgung opioidabhängiger Patient*innen, 2022)

- Kampagnen zur Entstigmatisierung der Substitutionsbehandlung: Die Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Opioidabhängigkeit, aber auch aufgrund von Vorbehalten gegen die substitutionsgestützte Behandlung (z. B. Aufrechterhaltung der Sucht) ist in vielen Bereichen noch verbreitet.
- Die substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit sollte als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung verankert sein. Dabei müssen die Rechtssicherheit und Akzeptanz, z. B. bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, ebenso deutlich werden, wie bei den Strafverfolgungsbehörden.
- Stärkung der Suchtmedizin in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern, um frühzeitig das Interesse an dieser Behandlungsform zu wecken und Vorbehalte abzubauen. Auch auf dem Hintergrund von älter werdenden Substitutionspatientinnen und -patienten mit diversen altersbedingten Erkrankungen und eines zunehmenden Mischkonsums von Substanzen (und ggf. verschriebenen Medikamenten) und deren Folgen muss der Suchtmedizin im Studium ein größerer Stellenwert zugewiesen werden.

- Abbau bürokratischer Hürden: Unverändert ist keine andere Behandlung derart streng rechtlich reglementiert, was abschreckend auf potenziell suchtmmedizinisch interessierte Ärztinnen und Ärzte wirkt. Kleine Unachtsamkeiten und Fehler, z. B. beim Ausfüllen von Rezepten oder in der Behandlungsdokumentation, führen bislang nicht selten zu Regressforderungen von Seiten der Krankenkassen und der Unterstellung absichtlicher Fehlhandlung oder Verschleierung. Auch kam es immer wieder zu belastenden strafrechtlichen Ermittlungsverfahren. Hier sollten möglichst von Beginn die Qualitätssicherungskommissionen bei den Landesärztekammern sowie in der substitutionsgestützten Behandlung erfahrene Gutachter einbezogen werden.
- Die Erlangung der notwendigen Qualifikationen sollte finanziell unterstützt werden, wie dies bereits in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Übernahme der Kosten für den Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmmedizinische Grundversorgung und ggf. weiterer Anfangsinvestitionen (z. B. BtM-tauglicher Tresor) erfolgt.
- Etablierung von „Auffrischungsangeboten“ nach erfolgter suchtmmedizinischer Weiterbildung sowie eine Übermittlung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Suchtmmedizin und Unterstützung bei der Vernetzung und Kooperation, z. B. über Qualitätszirkel.
- Stärkung qualifiziert arbeitender etablierter Substitutionseinrichtungen, z. B. durch die nachfolgenden Punkte, aber auch einer Erhöhung der Patientenhöchstzahl auf mehr als 50.
- Aufwandsbezogene Neuregelung der Finanzierung der Substitutionsbehandlung, da die aktuelle Behandlungsvergütung den unterschiedlichen Anforderungen bei der Behandlung der substituierten Menschen mit Opioidabhängigkeit und ihren medizinischen und psychosozialen Bedarfen nicht gerecht wird. So könnte eine bessere Nutzung der Konsiliarregelung oder auch der Kooperation mit externen Einrichtungen, wie z. B. Drogenhilfe, Alten- und Pflegeheimen, erreicht werden. Beispielsweise honorieren einige Kassenärztliche Vereinigungen bereits die Durchführung einer qualifizierten Take-Home-Vergabe mit einer über der bislang üblichen Vergütung (einheitlicher Vergütungsmaßstab, EBM) liegenden Abrechnungsziffer.
- Auch die überproportional hohe Vergütung einer Diamorphin-gestützten Behandlung im Vergleich zur „normalen“ Substitution gilt es zu prüfen.
- Der Einbezug von Apotheken und anderen Einrichtungen, wie z. B. Drogenhilfeeinrichtungen in die Substitutionsbehandlung sollte unter Nutzung der Delegationsmöglichkeiten intensiviert und die Sichtvergabe von

Substitutionsmedikamenten finanziell vergütet werden. Hier besteht noch viel Potenzial zur Kooperation.

- Take-Home-Verordnung und eine tägliche Sichteinnahme des Substitutionsmedikamentes in der Praxis/Ambulanz/Apotheke/anderen Einrichtungen sollten als gleichwertig anerkannt sein, solange sie therapeutisch begründet sind.
- Medizinisches Hilfspersonal, wie medizinische Fachangestellte (Praxen), Pflegepersonal (Senioren-/Pflegeheime), Sozialpädagogen (Drogenhilfeeinrichtungen) und JVA-Personal können eine wichtige Rolle bei der Vergabe von Substitutionsmedikamenten innehaben. Die Attraktivität für diese Berufsgruppen ließe sich steigern, z. B. durch Weiterbildungsangebote mit offiziellem Zertifikat und möglicher Höhergruppierung aufgrund der hohen Verantwortung.
- Eine verstärkte Einbindung von Kliniken und Ambulanzen durch eine Institutsermächtigung könnte die Versorgung in verschiedenen Regionen deutlich verbessern.
- Versorgungsabbrüche beim Wechsel zwischen Systemen, z. B. JVA, sollten unbedingt vermieden werden, wozu die Zusammenarbeit zwischen den Systemen obligat verbessert werden sollte.
- Flächendeckende Etablierung schadensmindernder Maßnahmen, z. B. Spritzentausch, Take-Home-Naloxon.

Zusammenfassung und Fazit der Autoren

Menschen mit Opioidabhängigkeit mit intravenösem Konsum weisen eine mindestens zehnfach erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu altersgleichen Personen ohne Opioidabhängigkeit auf. Die substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit stellt einen wichtigen Baustein dar zur Reduktion der erheblichen Übersterblichkeit durch eine Opioidabhängigkeit, sowie zur individuellen Schadensreduktion und zur Ermöglichung weiterführender Behandlungsmaßnahmen. Nicht zu unterschätzen ist auch der begleitende Nutzen für die Allgemeinheit, z. B. durch erhebliche Kostensenkung. Die Schaffung der Behandlungsoption ist eingebettet in ein Maßnahmenbündel, was auch schadensmindernde Maßnahmen und Überlebenshilfen für Opioidabhängige vorsehen. Zu diesen Maßnahmen und Angeboten zählen u. a. die psychosoziale Betreuung, Spritzentausch und Take-Home-Naloxon (Wodarz et al., 2023).

Trotz einiger Vereinfachungen bei der Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung, insbesondere nach den Erfahrungen im Rahmen der

SARS-CoV-2-Pandemie, ist sie immer noch die am stärksten rechtlich regulierte Behandlungsmaßnahme. Dies wird besonders häufig als hemmend für die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an der Substitutionsbehandlung angegeben.

In Zeiten generellen Ärztemangels, insbesondere was die hausärztliche und fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum betrifft, muss die Substitutionsbehandlung als ein Aspekt des therapeutischen Portfolios attraktiv sein. Dafür muss kontinuierlich die Stigmatisierung von suchtkranken Menschen sowie deren behandelnder Ärztinnen und Ärzte abgebaut werden. Der Grundstein für ein ärztliches Selbstverständnis, das Abhängigkeitserkrankungen als eine (neben vielen anderen) behandlungswürdige Erkrankung anerkennt, muss bereits im Studium gelegt werden und darf nicht länger vernachlässigt werden.

Weiterhin könnten die oben vorgestellten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Unerlässlich ist dabei, dass medizinische Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung adäquat entlohnt werden – auch wenn sie von nicht-medizinischem Fachpersonal erbracht werden. Hierzu gehören auch schadensmindernde Maßnahmen, wie z. B. Kosten für Spritzenaustausch, Durchführung von Take-Home-Naloxon-Schulungen (Wodarz et al., 2023).

Literatur

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (2023): Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. 6., überarb. Auflage. München. https://www.bas-muenchen.de/wp-content/uploads/BAS_Substitutionsleitfaden_2023.pdf, Zugriff: 20.02.2024.

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998, zuletzt geändert am 15.03.2023. Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV). § 5 Substitution, Verschreiben von Substitutionsmitteln. https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/__5.html, Zugriff: 20.02.2024.

Bundesärztekammer (BÄK) (2023): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/The men/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf, Zugriff: 20.02.2024.

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2024. Bonn. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2024.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 16.02.2024.
- Cornish, R. et al. (2010): Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ*, 341: c5475. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5475>.
- Degenhardt, L. et al. (2019): Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*, 394(10208), 1560–1579. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32229-9.
- Degenhardt, L. et al. (2011): Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32–51. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2018): Germany. Country Drug Report 2018. Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/germany_en, Zugriff: 20.02.2024.
- Godfrey, C.; Stewart, D.; Gossop, M. (2004): Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction*, 99(6), 697–707. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00752.x. PMID: 15139868.
- Haasen, C. et al. (2007): Heroin-assisted treatment for opioid dependence, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 55–62. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.026112>.
- Initiative Substitutionsversorgung Opioidabhängiger Patient*innen (2022): 10-Eckpunkte-Papier für Verbesserung der opioidgestützten Behandlung. Wiesbaden. https://www.accente.de/versorgungssicherung_substitution/, Zugriff: 20.02.2024.
- Kraus, L. et al. (2019): Estimation of the Number of People with Opioid Addiction in Germany. *Dt. Ärzteblatt international*, 116(9), 137–143. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.
- Kuhn, S.; Lehmann, K.; Verthein, U. (2022): EVASUNO. Abschlussbericht. Evaluation der 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV vom 22.5.2017. („Substitutions-Novelle“). Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/evasuno>, Zugriff: 20.02.2024.
- Kunstmann, W. et al. (2020): Zusammenfassende Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. *Gesundheitswesen*, 82(11), 915–919. doi: 10.1055/a-1173-9588.

- Länderarbeitsgruppe „Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ (2022): Jährliches Fact-Sheet zur stoffgebundenen Suchtproblematik in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten. Stichtagsdaten vom 31.03.2022 zur Konsumeinschätzung. Berlin. https://www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/fact-sheet-sucht/2022_fact-sheet_sucht_substitution_im_justizvollzug.pdf?ts=1705017661, Zugriff: 20.02.2024.
- Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (2019): Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution. Berlin. https://www.berlin.de/justizvollzug/assets/senjustv/sonstiges/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf?ts=1705017661, Zugriff: 20.02.2024.
- Pogarell, O.; Wodarz von Essen, H.; Wodarz, N. (2020): SARS-CoV-2-Pandemie und Suchterkrankungen: Schwerpunkt Substitution am Beispiel Bayerns. *Sucht*, 66(5), 271–277. doi:10.1024/0939-5911/a000679.
- Schalast, N. (2023): Behandlung substanzabhängiger Straftäter. In: Bliesener, T.; Lösel, F.; Dahle, K.-P. (Hrsg.): *Lehrbuch Rechtspsychologie*. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe. 561–577.
- Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz (2022): Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Berlin. <https://www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/>, Zugriff: 20.02.2024.
- Stemmler, M. et al. (2023): Behandlung opioidabhängiger Gefangener in Deutschland: Effekte der Substitutionsbehandlung – erste Ergebnisse. *Forum Strafvollzug*, 4(23), 252–255.
- Verthein, U. et al. (2011): Switching from methadone to diamorphine: 2-year results of the German heroin-assisted treatment trial. *Substance Use and Misuse*, 46(8), 980–991.
- Verthein, U. et al. (2008): Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, 103(6), 960–966.
- Wodarz, N. et al. (2023): Take-Home Naloxon für Opioidabhängige. Ein Beitrag zur Schadensminderung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Lengerich: Pabst. 211–231.
- WHO (Ed.) (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: World Health Organization.

4.3 Wie die Tabakindustrie der Umwelt und dem Klima schadet

Sonja von Eichborn

Zusammenfassung

Die Produktions- und Konsumkette von Tabak hat starke negative Auswirkungen auf die Umwelt und das Klima. Der Klimafußabdruck der Zigarettenindustrie entspricht in etwa dem eines kleinen Industrielands. Die ökologischen Schäden entstehen vor allem in Niedrig- und Mitteleinkommensländern bei Tabakanbau und Tabaktrocknung. Deshalb ist die Reduzierung des Tabakkonsums ein aktiver Beitrag zu Klima- und Umweltschutz.

Abstract

Tobacco production and tobacco use have a strong negative impact on the environment and the climate. The climate footprint of the cigarette industry is roughly equivalent to that of a small industrialized country. Ecological damages mainly occur in low and middle-income countries during tobacco cultivation and tobacco curing. Reducing tobacco use therefore constitutes an active contribution towards protecting the climate and the environment.

Einleitung

Viele Jahrzehnte war das Thema Tabakkonsum vornehmlich im Gesundheitsbereich verortet. Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens und deren Verhinderung bestimmten die Debatten. Das Geschäftsmodell der Tabakindustrie – Profite durch süchtig und krank machende Produkte zu erwirtschaften und die Kosten dafür weltweit zu externalisieren (Mlinarić et al., 2020) – nahm viele Jahre wenig Raum in der öffentlichen Debatte ein.

Seit Herbst 2015 hat die Produktions- und Konsumkette von Tabak mehr Aufmerksamkeit erhalten, nachdem die Vereinten Nationen die *Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung* mit 17 Zielen (Sustainable Development Goals, SDGs) verabschiedeten. Denn darin ist das Rahmenabkommen zur Tabakkon-

trolle der Weltgesundheitsorganisation (Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC) enthalten, als wichtiges Instrument zur Erreichung des SDG 3 „Gesundheit für alle in jedem Alter“. Eine schnellere Umsetzung des WHO FCTC trägt zugleich in vielen anderen Bereichen zu einer nachhaltigen Entwicklung bei, denn Produktion, Vermarktung, Verkauf und Konsum von Tabakprodukten behindern die Erreichung fast aller SDGs (von Eichborn, Abshagen, 2015).

Drei Nachhaltigkeitsziele beziehen sich auf die Ökosysteme unter Wasser (SDG 14) und an Land (SDG 15) sowie auf das Klima (SDG 13), ein weiteres Ziel befasst sich mit nachhaltigen Produktions- und Konsummustern (SDG 12). Mit Blick auf diese vier Ziele analysierte ein Forschungsteam des Imperial College in London im Jahr 2018 die Produktions- und Konsumkette der globalen Zigarettenindustrie und bilanzierte die globalen Verantwortlichkeiten so: „Beim Zigarettenrauchen verbrennt die entwickelte Welt im wahrsten Sinne des Wortes die Ressourcen ärmerer Länder“ (Zafeiridou, Hopkinson, Voulvoulis, 2018, S. 13).

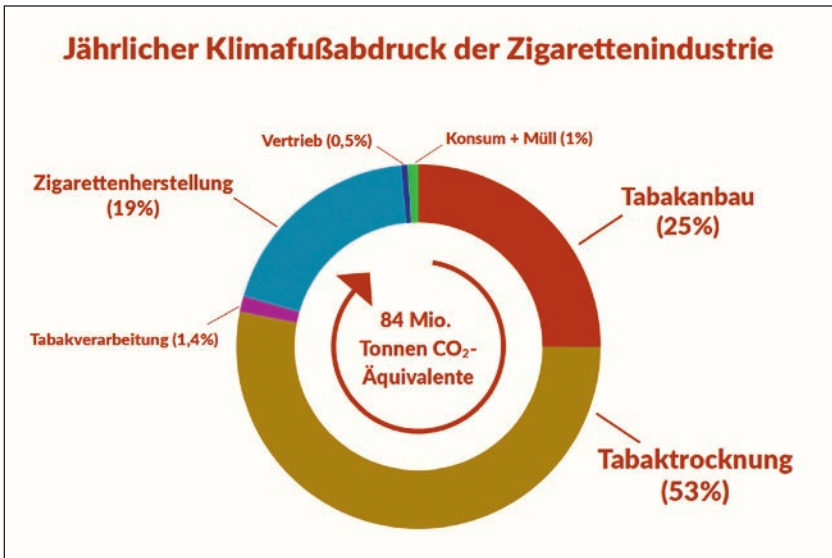
Klimafußabdruck der Zigarettenindustrie

Als Klimafußabdruck wird im allgemeinen Sprachgebrauch der Beitrag einer Branche, eines Landes oder unterschiedlicher Aktivitäten zum Klimawandel bezeichnet. Für die globale Zigarettenindustrie errechnete das Londoner Team jährliche Klimaschäden in Höhe von rund 84 Millionen Tonnen CO₂-Äquivalenten¹ (Zafeiridou, Hopkinson, Voulvoulis, 2018). Ein Klimafußabdruck in dieser Größe entsprach im Jahr 2018 in etwa den Emissionen eines kleinen Industrielandes, z. B. Österreich oder Neuseeland. In die Berechnungen waren Anbau, Trocknung und Verarbeitung von Tabak, die Herstellung und der Vertrieb von Zigaretten sowie der Konsum und der entstehende Müll einbezogen.

Mehr als drei Viertel (78 %) der Klimaschäden treten bei Anbau und Trocknung des Tabaks auf. Die Verarbeitung des Tabaks und die Zigarettenherstellung machen ein Fünftel (20 %) aus und die restlichen 2 % entfallen auf Vertrieb, Konsum und Müll. Was in Deutschland ein sichtbares Umweltproblem

¹ Verschiedene Treibhausgase tragen zur Erwärmung der Atmosphäre bei. Das bekannteste ist Kohlenstoffdioxid (CO₂), andere wichtige sind Wasserdampf, Methan (CH₄) und Lachgas (N₂O). Das Konzept der „CO₂-Äquivalente“ dient dazu, den Effekt der unterschiedlichen Treibhausgase auf die Temperatur an der Erdoberfläche zu vergleichen. Die Menge eines Treibhausgases wird umgerechnet in die entsprechende Menge CO₂, die über einen gegebenen Zeitraum dieselbe Erwärmung bewirkt. Das Ergebnis wird als CO₂-Äquivalent angegeben (Helmholtz-Klima-Initiative, o.J.)

Abb. 1: Jährlicher Beitrag der Zigarettenindustrie zum Klimawandel
(gesamt: 84 Mio. Tonnen CO₂-Äquivalente)



Quelle: Unfairtobacco; basierend auf Zafeiridou, Hopkinson, Voulvoulis (2018).

ist, die achtlos entsorgten Zigarettenkippen allerorten, ist in Bezug auf die Klimaschäden nur ein Hundertstel des globalen Problems (a.a.O.).

Ökologischer Fußabdruck der Zigarettenindustrie

Neben den klimaschädlichen Gasen betrachtete das Forschungsteam für den ökologischen Fußabdruck auch die Ausbeutung von natürlichen Ressourcen – Wasser, fossile Energieträger, Metalle, Land – sowie toxische Auswirkungen auf die Umwelt durch Pestizide, Düngemittel, Schwermetalle und Abwässer.

Beispielhaft sei hier der Verbrauch von Wasser angeführt. Für die Produktion und den Konsum von einer Tonne Tabak (= eine Million Zigaretten) werden über 3 700 Kubikmeter Wasser benötigt, der größte Teil davon beim Anbau (Zafeiridou, Hopkinson, Voulvoulis, 2018). In Relation zu anderen Feldfrüchten gesetzt, zeigt sich, dass für den Anbau von einer Tonne grünem Tabak acht Mal so viel Wasser verbraucht wird wie für eine Tonne Kartoffeln, fünfmal so viel wie für eine Tonne Tomaten, aber etwa gleich viel wie für eine Tonne Reis (a.a.O.).

Für die toxischen Folgen steht beispielhaft die Kontaminierung von Frischwasser und Meeren. Jeweils etwa 40 % der gesamten Kontaminierung durch die Zigarettenindustrie entstehen beim Anbau von Tabak und bei der Produktion von Zigaretten (a.a.O.). Im Vergleich mit anderen Feldfrüchten zeigt sich hier, dass der Anbau einer Tonne grünen Tabaks etwa ebenso viel Frischwasser kontaminiert wie der Anbau einer Tonne Weizen, nur halb so viel wie der Anbau einer Tonne Kartoffeln, aber dreimal so viel wie der Anbau einer Tonne Tomaten (a.a.O.).

Ein weiterer Teil des ökologischen Fußabdrucks der Zigarettenindustrie entsteht bei der Herstellung der anderen Komponenten einer Zigarette. Für Filter, Zigarettenpapier und Verpackungskartonagen wird z. B. in großem Maße Zellulose benötigt, die zumeist aus industriellen Holzplantagen gewonnen wird, die u. a. mit Abholzung von natürlichen Wäldern, Verlust von Biodiversität und hohem Wasserverbrauch einhergehen (von Eichborn, Dannenmaier, 2022).

Die ökologischen Folgen der Zigarettenproduktion werden vor allem von den Menschen in Niedrig- und Mitteleinkommensländern getragen, denn sie treten vornehmlich bei Tabakanbau und -trocknung auf. Seit Mitte der 1980er Jahre hat die Tabakindustrie den Tabakanbau aus Hocheinkommensländern in Länder verlegt, in denen weniger Umweltauflagen zu erfüllen und die Kosten für Arbeitskräfte geringer sind.

Rund 80 % der globalen Tabakernte werden in zehn Ländern angebaut, darunter China, Indien, Brasilien, Indonesien, Simbabwe und Malawi; unter den Top 15 der Tabakproduktion finden sich außerdem Bangladesch und Tansania. Brasilien ist weltweit größter Rohtabakexporteur, Malawi erwirtschaftet gut die Hälfte seiner Exporterlöse durch Tabak.²

Chemikalien im Tabakanbau

Tabak wird in Monokultur angebaut und ist anfällig für Schädlinge, Krankheiten und Unkraut. Deshalb werden sehr viele Chemikalien gegen Pflanzenschädlinge, zur Bodendesinfektion und Unkrautvernichtung eingesetzt, die sehr giftig sind, auch für Menschen. Manche sind krebserregend, schädigen das Erbgut und vergiften Luft, Wasser und Erde. Bekannte Chemikalien sind zum Beispiel Chlorpikrin und 1,3-Dichlorpropen, die beide zur Bodendesinfektion im Tabakanbau verwendet werden und beide in der EU aufgrund ih-

² Daten zum weltweiten Anbau basieren auf dem Mittel aus den Jahren 2018–2021 von der Landwirtschafts- und Ernährungsorganisation FAO (FAO 2024a). Die Daten der FAO zum Tabakhandel (FAO 2024b) wurden durch Daten der UN Comtrade (UN DESA 2022) ergänzt.

rer Giftigkeit nicht zugelassen sind (Pesticide Action Network, 2023). Auch das Herbizid Glyphosat wird im Tabakanbau verwendet (Faria et al., 2023), obwohl es im Verdacht steht, krebserregend zu sein und über ein Verbot in der Europäischen Union seit Jahren kontrovers diskutiert wird (Pesticide Action Network, 2023).³

In Bangladesch, zum Beispiel, wird Tabak großflächig in drei Distrikten angebaut (Akhter, 2018). Viele Tabakfelder liegen auf 80 Kilometer Länge direkt an den Ufern des Flusses Matamuhuri, der Lebensgrundlage für Menschen in den Distrikten Cox's Bazar und Bandarban. Im Verlauf einer Tabaksaison – vor der Aussaat im Saatbeet, vor und nach dem Umpflanzen auf Felder, während des Wachstums und nach dem Entfernen der Blütenstände – werden mindestens 16-mal Pestizide ausgebracht (ebd). Dabei kommen mehr als 40 frei verkäufliche Produkte zum Einsatz, darunter auch die in der EU nicht zugelassenen Pflanzenschutzmittel Aldicarb, Chlorpyrifos und 1,3-Dichlorpropan (Pesticide Action Network, 2023). Rückstände dieser Agrochemikalien gelangen aus den Feldern in nahegelegene Wasserläufe, wie Umweltstudien belegten (Akhter, 2018). Wenn Menschen durch kontaminiertes Wasser 1,3-Dichlorpropan kurz- oder langfristig ausgesetzt sind, können sie Beschwerden wie Schwindel, Brechreiz, Kopfschmerzen und auch Multiorganversagen entwickeln. Die übermäßige Belastung mit Chlorpyrifos kann langfristig zu Nervenschäden bei Wasserorganismen und Menschen führen. Ähnliches gilt für Aldicarb, vor allem in Bezug auf Wasserorganismen. Am Matamuhuri wirken sich diese Stoffe negativ auf die Biodiversität in den Fischbeständen aus und damit auch auf eine wichtige Nahrungsgrundlage der am Fluss lebenden Menschen (a.a.O.).

Außerdem laugt Tabak die Böden stark aus: Im Vergleich zu Mais benötigt Tabak zweieinhalb Mal mehr Stickstoff, sieben Mal mehr Phosphor und acht Mal mehr Kalium. Obwohl am Matamuhuri die fruchtbaren Ufer für den Tabakanbau genutzt werden, sind chemische Düngemittel notwendig. Beobachtungen der Nichtregierungsorganisation Unnayan Bikalper Nitinirdharoni Gobeshona (UBINIG, Politikforschung für Entwicklungsalternativen) zufolge führt der übermäßige und unausgeglichene Einsatz von Düngern wie Harnstoff zur Zerstörung der Bodenstruktur und -textur. Der Boden wird schlechter durchlüftet, kann weniger Wasser speichern und enthält weniger Mikronährstoffe und Bodenmikroben. Chemische Düngemittel gelangen außerdem in Gewässer und ins Grundwasser, wo sie eine starke Nährstoffanreicherung (Eutrophierung) bewirken – ein bekanntes Problem der konventionellen Landwirtschaft in Deutschland. In Bangladesch ergaben die Studien, dass sich

³ Im November 2023 wurde Glyphosat in der EU für weitere 10 Jahre zugelassen (Europäische Kommission, 2023).

in den untersuchten Tabakanbaugebieten der pH-Wert des Wassers in den sauren Bereich verschoben hat. Die Folgen der beschriebenen Wasserverschmutzungen müssen alle Menschen in Tabakanbaugebieten tragen. Dadurch sind der Zugang zu sicherem Trinkwasser und die Fischbestände als Nahrungsgrundlage und Haushaltseinkommen gefährdet (a.a.O.).

Waldabholzung für die Tabaktrocknung

Tabak ist ein landwirtschaftliches Produkt, das nach der Trocknung gut lagerfähig ist. Deshalb ist die Trocknung der grünen Tabakblätter von großer Bedeutung, um einen hohen Preis für den Rohtabak zu erzielen.

Je nach Sorte und Anwendung wird Tabak unter der Sonne (z. B. Oriental-Tabak), im Schatten an der frischen Luft (z. B. Burley-Tabak) oder in beheizten Öfen (Virginia-Tabak) getrocknet. Der Hauptbestandteil der American Blend Zigaretten, d.h. der in Deutschland gängigen industriell gefertigten Zigaretten, ist Virginia-Tabak, der im so genannten flue curing-Verfahren getrocknet wird. Dabei hängen die grünen Blätter etwa eine Woche in großen Trockenöfen über heißen Röhren, die rund um die Uhr erhitzt werden. In Deutschland wird Virginia-Tabak mithilfe von Gas- oder Ölbefuerung getrocknet. In Ländern wie z. B. Brasilien, Bangladesch oder Tansania werden die Trockenöfen mit Holz oder Kohle (v. a. Simbabwe) befeuert. Laut der Londoner Studie werden jährlich für das flue curing 8 Millionen Tonnen Feuerholz benötigt (Zafeiridou, Hopkinson, Voulvoulis, 2018). Dafür gibt es z. B. in Brasilien spezielle Eukalyptusplantagen (CEPAGRO, 2013), in anderen Tabakanbauländern wird der Bedarf durch den Einschlag in umliegenden Wäldern gedeckt.

Die größte Zerstörung von Wäldern zeigt sich im Miombo im südöstlichen Afrika. Der Miombo bildet das größte Trockenwaldgebiet der Erde und zieht sich durch Angola, Botswana, Malawi, Mosambik, Sambia, Simbabwe und Tansania. In Simbabwe sind laut Forstbehörde etwa 20 % der Entwaldung dem Tabak zuzuschreiben (Mukeredzi, 2022), in Malawi gehen Schätzungen sogar von bis zu 26 % aus (Jimu et al., 2017). In den Tabakanbaugebieten von Tansania sind es bis zu 6,5 % der Entwaldung und zwar nicht nur für die Tabaktrocknung, sondern auch für die Erschließung von neuen Feldern (Mangora, 2018). Tabak laugt die Böden stark aus, die schlechte Nährstofflage im Boden führt zum Austrocknen und zu Bodenerosion. Laut dem tansanischen Wissenschaftler Mangora benötigt ein Feld nach dem Tabakanbau eine Bracheperiode von ca. 20 Jahren, um die natürliche Fruchtbarkeit des Bodens ohne chemische Düngemittel wiederherzustellen. Wenn Tabakfarmerinnen und -farmer kein Geld für diese Mittel haben, greifen sie auf die Abholzung von Miombo-

Wäldern zurück, um neue fruchtbare Felder zu erschließen. Gleichzeitig sind die verlassen Felder schutzlos gegenüber Bodenerosion und tragen zur fortschreitenden Wüstenbildung in den Tabakanbauregionen bei (a.a.O.).

Die Abholzung des Miombo wirkt sich auch auf die Biodiversität aus, in Tansania zum Beispiel auf die Bienen, die zur Bestäubung beim Anbau von Nahrungsmitteln wichtig sind. Die Imkerei entfällt außerdem als Einkommensquelle (a.a.O.). Mit dem Wald verlieren also alle Menschen in der Region ihre Lebensgrundlagen, nicht nur die Tabak anbauenden Familien.

Die Rodung und Verfeuerung von Wäldern für die Tabaktrocknung trägt direkt zu den globalen CO₂-Emissionen bei und findet vor allem in Niedrig- und Mitteleinkommensländern statt, zu Lasten der ländlichen Ökosysteme mit ihrer Fähigkeit zur CO₂-Speicherung und ihrer Biodiversität, die wesentlich zum Erhalt des globalen Klimas beitragen.

Am Ende: Kontaminiertes Einwegplastik

Die Umweltfolgen des Rauchens werden in Deutschland vor allem nach dem Tabakkonsum sichtbar, in Form von Zigarettenskippen. Sie landen nach dem Rauchen schnell auf den Straßen, in Gullis oder am Strand. Zigarettenskippen sind der Müll, der am häufigsten in der Öffentlichkeit achtlos weggeworfen wird (Nitschke, 2023).

Für die Umwelt bedeuten Zigarettenskippen vor allem Plastik und Giftstoffe. Eine Kippe besteht aus dem Filter, dem Papier und einem Rest Tabak. Das Material der Filter ist Zelluloseacetat, ein Kunststoff, der nicht biologisch abbaubar ist, sondern in Mikroplastikfasern zerfällt. Zigarettenskippen sind eine weltweit allgegenwärtige, aber vermeidbare Plastikverschmutzung, sie zählen regelmäßig zu den am häufigsten gefundenen Müllobjekten an Meeresstränden und tragen signifikant zur globalen Plastiklast in den Meeren bei (Ocean Conservancy, International Coastal Cleanup, 2023). Fische und Meeressäuger können die zerfallenden Plastikfasern mit Futter verwechseln. Plastikfasern sind unverdaulich und verursachen lebensbedrohliche Probleme wie z. B. eine geringere Nährstoffaufnahme.

Zigarettenskippen enthalten bis zu 7.000 toxische, z.T. krebserzeugende Substanzen (WHO, 2017). Bei Kontakt mit Wasser werden etwa 100 chemische Stoffe ausgewaschen, davon sind ein Drittel sehr giftig und zehn Prozent besonders toxisch für Wasserorganismen wegen ihrer akuten und chronischen Wirkung. Es handelt sich um polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (häufig krebserzeugend), Metalle und Schwermetalle (z. B. Arsen, Blei), Nikotin und flüchtige organische Verbindungen (Venugopal et al., 2021). Diese

Substanzen gelangen zusammen mit den Kippen über Land und Kanalisation in Flüsse, Grundwasser und Meere. Das Nikotin einer Zigarettenkippe kann 1.000 Liter Wasser so kontaminieren, dass kleinste Wasserorganismen geschädigt werden (Roder Green, Putschew, Nehls, 2014). Eine frühere Laborstudie zeigte, dass die Giftstoffe einer Zigarettenkippe in einem Liter Wasser für die Hälfte der beforschten Meeres- und Süßwasserfische tödlich sind (Slaughter et al., 2011).

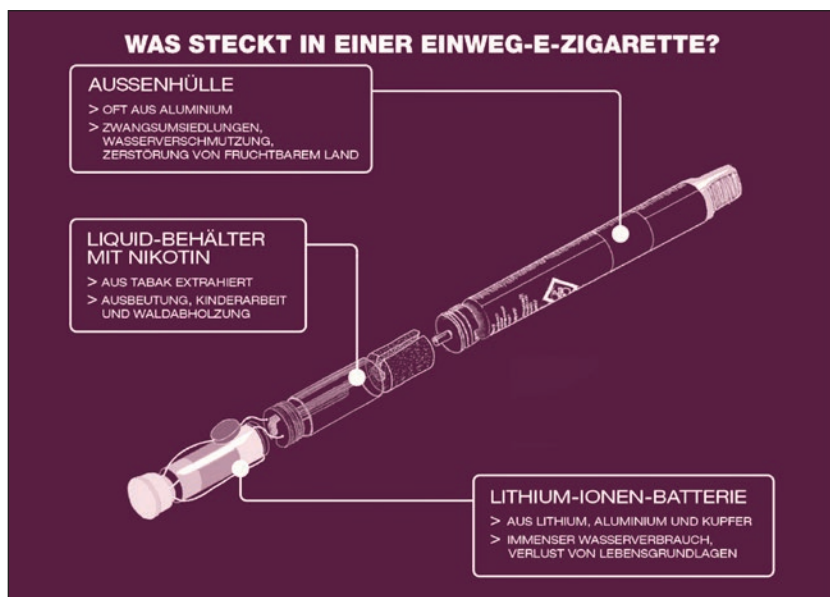
Die achtlose Entsorgung von Zigarettenkippen in der Umwelt ist letztlich eine immense Kontaminierung von Gewässern und Ozeanen durch Mikroplastikfasern und Giftstoffe. In Frankreich erinnern die Gullideckel daran: *La mer commence ici* (Das Meer beginnt hier).

Exkurs: Trendprodukt Einweg-E-Zigarette – pure Verschwendung von Rohstoffen

Aktuell sind in Deutschland Einweg-E-Zigaretten ein starker Trend. Sie sind vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Lifestyle-Produkt beliebt. Im Jahr 2023 machten Einweg-E-Zigaretten etwa 30 % des gesamten E-Zigarettengeschäfts in Deutschland aus, wobei die Branche im Vergleich zum Vorjahr 40 % Wachstum verzeichnete (Spiegel Wirtschaft, 2023). Die Produkte enthalten neben dem Nikotin, das für nikotinhaltige Liquids aus Tabakpflanzen extrahiert wird, vor allem Bauteile aus Plastik und Aluminium sowie eine Lithium-Ionen-Batterie.

Insbesondere die Rohstoffe für die Batterien – Lithium, Bauxit (Aluminium), Kupfer – verursachen bei ihrem Abbau immense Umweltschäden und die Verletzung von Menschenrechten in Ländern wie Argentinien, Guinea und Peru (von Eichborn, Reckordt, 2022). Der Import von monatlich 5 Millionen Einweg-E-Zigaretten (im Jahr 2022) nach Deutschland enthält 750 Kilogramm Lithium, eine Menge, mit der 250.000 Akkus für Smartphones produziert werden könnten (a.a.O.). Einweg-E-Zigaretten sind aber so konzipiert, dass sie entsorgt werden müssen, sobald die Batterie oder das Liquid leer sind. Wertvolle Rohstoffe werden dadurch nach einmaliger Nutzung weggeworfen statt wiederverwendet oder recycelt. Diese pure Verschwendung von Rohstoffen wird voraussichtlich erst ab Februar 2027 ein Ende haben. Dann tritt eine Regelung der EU-Batterie-Verordnung in Kraft, nach der alle Batterien in Elektrogeräten austauschbar sein müssen. Einweg-E-Zigaretten dürfen dann nicht mehr im EU-Markt in Verkehr gebracht werden.

Abb. 2: Umweltschäden und Menschenrechtsverletzungen in den Lieferketten von Einweg-E-Zigaretten



Quelle: Unfairtobacco, 2023a

Fazit: Tabakkontrolle ist Klima- und Umweltschutz

Vor diesem Hintergrund ist die Reduzierung von Tabakkonsum und Tabakanbau ein aktiver Beitrag zum Klima- und Umweltschutz und zum Erhalt der planetaren Ressourcen für zukünftige Generationen. Um einen nachhaltigen Wandel voranzutreiben, braucht es vor allem eine wirksame Umsetzung des WHO FCTC und – in Verknüpfung mit den Debatten zu Nachhaltigkeit, Menschenrechten, Klima- und Umweltschutz – Gesetze zur Umsetzung von Unternehmensverantwortung.

Solange Tabak- und Nikotinprodukte weiter hergestellt werden, müssen Tabakfirmen wirksam dazu verpflichtet werden, für verbesserte Arbeitsbedingungen, die Einhaltung der Menschenrechte und den Schutz der Umwelt in ihren Lieferketten zu sorgen. In Deutschland gibt es dafür das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz (kurz: Lieferkettengesetz), das ab Januar 2024 auch für einige Zigarettenfirmen gilt, nämlich für die mit mehr als 1000 Mitarbeitenden in Deutschland. Ein weiterer positiver Schritt wäre die Verabschiedung des EU-Lieferkettengesetzes in 2024 (Seufert, 2024).

In Bezug auf Zigarettenskippen gilt inzwischen eine erweiterte Herstellerverantwortung, festgelegt in der EU-Einwegkunststoffrichtlinie. Dies bedeutet, dass Zigarettenskippen finanziell an den Kosten zur Beseitigung von Zigarettenskippen beteiligt werden, durch die Einzahlung in den deutschen Einwegkunststofffonds (Umweltbundesamt, 2023).

In Tabakanbauländern ist neben einem verbesserten Umweltschutz im Tabakanbau die Wiederaufforstung von Wäldern vordringlich. Von größter Wichtigkeit ist dabei die Wahl der Baumarten und die kontinuierliche Unterstützung der Bäuerinnen und Bauern bei der Baumpflege, denn davon hängt die Erholung der Ökosysteme wesentlich ab (Mangora, 2018).

Für einen langfristigen, nachhaltigen Wandel aber ist ein Ausstieg aus dem Tabakanbau unabdinglich. Es gibt vielfältige alternative Einkommensmöglichkeiten für Bäuerinnen und Bauern, zu deren Unterstützung sich die Vertragsparteien des WHO FCTC verpflichtet haben (Unfairtobacco, 2023b).

Die Unternehmen der Tabakindustrie allerdings haben einen inhärenten Interessenkonflikt und nutzen den Nachhaltigkeitsbegriff für das Greenwashing ihres Geschäftsmodells, sei es durch Taschenascher an deutschen Stränden oder Baumpflanzungen in Bangladesch (Unfairtobacco, 2023c). Deshalb können Tabakkonzerne keine Partner für einen nachhaltigen Wandel sein.

Im Gegenteil, ein nachhaltiger Wandel im Tabaksektor im Sinne der SDGs bedeutet einen tiefgreifenden Wandel hin zu einer tabakfreien Welt, in der der Tabakkonsum auf ein bedeutungsloses Niveau reduziert ist und in der es keinen kommerziellen Tabakanbau mehr gibt.

Literatur

- Akhter, F. (2018): Bangladesch – Tabak vergiftet Böden und Wasser am Matamuhuri-Fluss. In: von Eichborn, S. (Hrsg.): Ruinierte Natur. Entwaldung, Pestizide und Nikotin. Berlin: BLUE 21/Unfairtobacco. 12–18.
- CEPAGRO, Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo (2013): Anbaudiversifizierung: Alternativen zum Tabakanbau. <https://www.youtube.com/watch?v=q4TwW2I9tTM>, Zugriff: 31.12.2023.
- Europäische Kommission (2023): Mitgliedstaaten konnten sich nicht mit qualifizierter Mehrheit auf die Erneuerung bzw. Nichterneuerung der Genehmigung für Glyphosat einigen. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/STATEMENT_23_5792, Zugriff: 08.02.2024.
- Europäische Union (2023): Verordnung (EU) 2023/1542 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Juli 2023 über Batterien und Altbatterien, zur Änderung der Richtlinie 2008/98/EG und der Verordnung (EU) 2019/1020 und

- zur Aufhebung der Richtlinie 2006/66/EG (Text von Bedeutung für den EWR). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023R1542>, Zugriff: 02.02.2024.
- Faria, N. M. X. et al. (2023): Acute pesticide poisoning in tobacco farming, according to different criteria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (20), 2818.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) (2024a): FAOSTAT. Data: Production. Crops and livestock products. Countries: all. Elements: Production quantity. Items: Unmanufactured tobacco. Years: 2018, 2019, 2020, 2021. Rom. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/QCL>, Zugriff: 08.02.2024.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) (2024b): FAOSTAT. Data: Trade. Crops and livestock products. Countries: all. Elements: Import quantity, export quantity. Items: Unmanufactured tobacco. Years: 2018, 2019, 2020, 2021. Rom. <https://www.fao.org/faostat/en/#data/TCL>, Zugriff: 08.02.2024.
- Helmholtz-Klima-Initiative (o.J.): Was sind CO₂-Äquivalente? <https://www.helmholtz-klima.de/faq/was-sind-co2-aequivalente>, Zugriff: 02.02.2024.
- Jimu, L. et al. (2017): The miombo ecoregion up in smoke: The effect of tobacco curing. *World Development Perspectives*, 5, 44–46.
- Mangora, M. M. (2018): Tansania – Tabak fordert seinen Tribut im Miombo-Trockenwald. In: von Eichborn, S. (Hrsg.) (2018): *Ruinierter Natur. Entwaldung, Pestizide und Nikotin*. Berlin: BLUE 21/Unfairtobacco. 6–11.
- Mlinarić, M. et al. (2020): Transnational tobacco companies and the mechanism of externalization: A realist synthesis. *Health and Place*, 61, 102240.
- Mukeredzi, T. (2022): Zimbabwe's forests go up in smoke to feed its tobacco habit. Mongabay – News & Inspiration from Nature's Frontline. <https://news.mongabay.com/2022/02/zimbabwes-forests-go-up-in-smoke-to-feed-its-tobacco-habit/>, Zugriff: 31.12.2023.
- Nitschke, T. et al. (2023): Smokers' behaviour and the toxicity of cigarette filters to aquatic life: a multidisciplinary study. *Microplastics and Nanoplastics*, 3, 1.
- Ocean Conservancy; International Coastal Cleanup (2023): #SeatheChange. 2023 Report. Washington. https://oceanconservancy.org/wp-content/uploads/2021/09/Annual-Report_FINAL_Digital.pdf, Zugriff: 02.02.2024.
- Pesticide Action Network (2023): Pesticide Info. <https://www.pesticideinfo.org/>, Zugriff: 31.12.2023.
- Roder Green, A. L.; Putschew, A.; Nehls, T. (2014): Littered cigarette butts as a source of nicotine in urban waters. *Journal of Hydrology*, 519 D, 3466–3474.
- Seufert, J. (2024): EU-Lieferkettengesetz und die Wirtschaft: Reguliert uns! <https://www.zeit.de/wirtschaft/2024-02/wirtschaft-eu-lieferkettengesetz-regulierung-blockade-fdp/komplettansicht>, Zugriff 16.02.2024.

- Slaughter, E. et al. (2011): Toxicity of cigarette butts, and their chemical components, to marine and freshwater fish. *Tobacco Control*, 20, i25–i29.
- Spiegel Wirtschaft (2023): Absatz von E-Zigaretten wächst in Deutschland um 40 Prozent. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/service/absatz-von-e-zigaretten-waechst-in-deutschland-um-40-prozent-a-db7a26f8-4e71-4b6d-8450-e36ad2f31939>, Zugriff: 31.12.2023.
- Umweltbundesamt (2023): Der Einwegkunststofffonds: Verantwortung übernehmen. Vermüllung unterbinden. Dessau-Roßlau. <https://www.umweltbundesamt.de/ewkf/>, Zugriff: 06.01.2024.
- Unfairtobacco (2023a): Was steckt in einer Einweg-E-Zigarette? Berlin. https://unfairtobacco.org/wp-content/uploads/2024/01/Postkarte_Lieferkette-Einweg-E-Zigarette_2023-scaled.jpg, Zugriff: 06.01.2024.
- Unfairtobacco (2023b): Weltkarte des Wandels. Alternativen zum Tabakanbau. Berlin. <https://unfairtobacco.org/tabakatlas/alternativen-zum-tabakanbau/>, Zugriff: 06.01.2024.
- Unfairtobacco (2023c): Weltkarte des Wandels. Strategien der Tabakindustrie. Berlin. <https://unfairtobacco.org/tabakatlas/strategien-der-tabakindustrie/>, Zugriff: 06.01.2024.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) (2022): Free access to detailed global trade data. UN Comtrade Database. Trade of goods. HS Commodity Codes: TOTAL, 2401 Tobacco unmanufactured. Period: 2018, 2019, 2020, 2021. Reporter: Malawi. Partners: World. Trade flows: Export. New York. <https://comtradeplus.un.org/>, Zugriff: 02.02.2024.
- Venugopal, P. D. et al. (2021): No butts on the beach: aquatic toxicity of cigarette butt leachate chemicals. *Tobacco Regulatory Science*, 7(1), 17–30.
- von Eichborn, S.; Abshagen, M. L. (2015): Tabak: unsozial, unfair, umweltschädlich. Tabakproduktion und -konsum als Beispiel für die Vielschichtigkeit der Sustainable Development Goals (SDGs). Berlin: Brot für die Welt, Forum Umwelt und Entwicklung, BLUE 21.
- von Eichborn, S.; Dannenmaier, D. (2022): Zigaretten: Lieferketten – Umwelt – Menschenrechte. Berlin: BLUE 21/Unfairtobacco.
- von Eichborn, S.; Reckordt, M. (2022): E-Zigaretten: Lieferketten – Umwelt – Menschenrechte. Berlin: BLUE 21/Unfairtobacco, PowerShift.
- World Health Organization (Hrsg.) (2017): Tobacco and its environmental impact: an overview. Genf.
- Zafeiridou, M.; Hopkinson, N. S.; Voulvoulis, N. (2018): Cigarette smoking: an assessment of tobacco's global environmental footprint across its entire supply chain, and policy strategies to reduce it. Geneva: WHO. <https://fctc.who.int/publications/m/item/cigarette-smoking>, Zugriff: 02.02.2024.

5 Autoren- und Autorinnenverzeichnis

Prof. Dr. Sophie Baumann

Abteilung für Methoden
der Community Medicine
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 867761
sophie.baumann@
med.uni-greifswald.de

Dr. Larissa Beck

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernentin im Bereich
„Übergreifendes“ im Dezernat
„Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-39286
dr.larissa.beck@drv-bund.de

Sigrid Borse

2. Vorsitzende des Bundesfach-
verbandes Essstörungen BFE e.V.
Förderverein des Frankfurter
Zentrums für Ess-Störungen gGmbH
Hansaallee 18
60322 Frankfurt am Main
Tel.: +49 69 557362
foerderverein@essstoerungen-
frankfurt.de

Bundeskriminalamt

SO21-Strategische Auswertung
65173 Wiesbaden
so21-lage@bka.bund.de

Sonja von Eichborn

BLUE 21 e.V.
Unfairtobacco
Gneisenaustraße 2a
10961 Berlin
sonja.eichborn@blue21.de

Dr. Beate Erbas

Bayerische Akademie für Sucht-
und Gesundheitsfragen
Landwehrstraße 60–62
80336 München

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

Prof. Dr. Jennis Freyer-Adam

Institut für Medizinische
Psychologie
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 865606
jennis.freyer-adam@
med.uni-greifswald.de

Dr. Elena Gomes de Matos

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
gomesdematos@ift.de

Monika Hanke

Abteilung für Präventionsforschung
und Sozialmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 867703
monika.hanke@
med.uni-greifswald.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
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin
Tel.: +49 30 18754-3494
j.hoebel@rki.de

Anna Hofer

Hochschule Landshut
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
anna.hofer@haw-landshut.de

Prof. Dr. Ulrich John

Abteilung für Präventionsforschung
und Sozialmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 867720
ulrich.john@med.uni-greifswald.de

Jolanthe Kepp

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-19
kepp@dhs.de

Dr. Simone Klipp

Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3104
klipp@bast.de

Jutta Künzel

ehem. IFT Institut für
Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München

Birgit Lehner

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-13
lehner@dhs.de

Prof. Dr. Christian Meyer

Abteilung für Präventionsforschung
und Sozialmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Walther-Rathenau-Straße 48
17475 Greifswald
chmeyer@uni-greifswald.de

Prof. Dr. rer. nat. Gerhard Meyer

Universität Bremen
Institut für Psychologie
Abt. Glücksspielforschung
Grazer Straße 2
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-68701
gerhard.meyer@uni-bremen.de

Dr. Kai W. Müller

Grüsser-Sinopoli Ambulanz
für Spielsucht, Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
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

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
murawski@ift.de

Dr. Sally Olderbak

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
olderbak@ift.de

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
LMU München
Nußbaumstraße 7
80336 München

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 Therapieforchung
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. Hans-Jürgen Rumpf

Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: +49 451 50098751
hans-juergen.rumpf@uksh.de

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Vorsitzender der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm

Andreas Schnebel

Vorsitzender des Bundesfachverbandes
Essstörungen BFE e.V.
ANAD e.V. Versorgungszentrum
Essstörungen
Poccistraße 5
80336 München
Tel.: +49 89 2199730
schnebel@anad.de

Franziska Schneider

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
schneider@ift.de

Enikö Schradi

Hochschule Landshut
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
enikoe.schradi@haw-landshut.de

PD Dr. Larissa Schwarzkopf

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
schwarzkopf@ift.de

Robert Simon

Deutsche Rentenversicherung Bund
Stellvertretender Leiter des Bereichs
„Ergebnisqualität“ 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
General-Pape-Straße 62-66
12101 Berlin
Tel.: +49 30 18754-3464
a.starker@rki.de

Dr. Astrid Steinbrecher

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernentin im Bereich
„Strukturqualität“ im Dezernat
„Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-39326
dr.astrid.steinbrecher@drv-bund.de

Leon Straßgüt

Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3213
strassguetl@bast.de

Hanna Verzagt

Kriminologische Zentralstelle
(KrimZ)
Luisenstraße 7
65185 Wiesbaden
m.reddenberger@krimz.de

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz

Zentrum für Suchtmedizin
der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Regensburg am
medbo Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg

Dr. Klaus Wölfling

Grüsser-Sinopoli Ambulanz
für Spielsucht, Klinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Leitung Ambulanz für Spielsucht
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: +49 6131 17-6147
woelfling@uni-mainz.de

Prof. Dr. Eva Wunderer

Hochschule Landshut
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
wunderer@haw-landshut.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 26309-157 und -0
info@awo.org
www.awo.org

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. (DGESS)

Prof. Dr. Timo Brockmeyer
Arbeitseinheit Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Institut für Psychologie
Universität Münster
Fliednerstraße 21, 48149 Münster
info@dgess.de
timo.brockmeyer@uni-muenster.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
Postfach 4 20, 79004 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
juvo@paritaet.org
www.paritaet.org

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

BKE – Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche

Bundesverband e.V.
Julius-Vogel-Straße 44,
44149 Dortmund
Tel.: +49 231 5864132
info@bke-suchtselbsthilfe.de
www.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 –
Landespolizeiinspektion Gotha
Schubertstraße 6, 99867 Gotha
Tel.: +49 3621 78-1870
www.bag-sucht.de

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. – BVEK

Geschäftsstelle
Hohenzollernstraße 14,
72415 Grosselfingen
Tel.: +49 7476 4491016
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
info@deutscher-frauenbund.de
www.frau-sucht-hilfe.info
www.deutscher-frauenbund.de

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
Postfach 18 67, 59008 Hamm
Tel.: +49 2381 67272-0
info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de

Narcotics Anonymous

NA Service Komitee (NARSK e.V.)
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

Koordinierungsstelle

**Selbsthilfe junger Abhängiger
im Deutschen Caritasverband e.V.**

Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-221
junge-suchtselbsthilfe@caritas.de
www.caritas.de/sucht-selbsthilfe

Selbsthilfe Sucht in der AWO

Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin
Tel.: +49 30 26309-157
und -0 (Zentrale)
suchthilfe@awo.org
www.awo.org

Suchtselbsthilfe Bundeswehr e.V.

Driesener Straße 13, 10439 Berlin
Tel.: +49 162 2749685
kontakt@suchtselbsthilfe-
bundeswehr.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

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 18441-3673
poststelle@bmg.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@bmg.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
http://www.bmj.de

**Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)**
Maarweg 149-161, 50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-0
poststelle@bzga.de
www.bzga.de
Informationstelefon der BZgA zur
Suchtprävention: +49 221 892031

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
info@gluecksspiel-behoerde.de

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-0
zentrale@rki.de
www.rki.de
Soziale Medien und Newsletter:
www.rki.de/socialmedia

6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung

**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

**Bayerische Akademie für
Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS Unternehmergesellschaft
(haftungsbeschränkt)**
Landwehrstraße 60-62,
80336 München
Tel.: +49 89 530730-0
bas@bas-muenchen.de
www.bas-muenchen.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 Str. 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@t-online.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
hstoeve@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
Tel.: +49 40 7410-57902
www.nsfev.de

**Stiftung Biomedizinische
Alkoholforschung**
Blütenweg 90, 69198 Schriesheim
info@stiftung-alkoholforschung.de
www.stiftung-alkoholforschung.de

**Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit (ZI)**
Klinik für Abhängiges Verhalten
und Suchtmedizin
J 5, 68159 Mannheim
Tel.: +49 621 1703-0
info@zi-mannheim.de
www.zi-mannheim.de

**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 Nichtraucher 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.
DFPS Geschäftsstelle**
C/o Faßbacher Hof gGmbH
Neuenhausgasse 15,
51375 Leverkusen
Tel.: +49 214 53026
dfps.verwaltung@gmail.com
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
(DG-SAS) e.V.**
Geschäftsstelle DG-SAS
Alexandra Vogelsang
C/o LWL-Koordinationsstelle Sucht
Schwelingstraße 11, 48145 Münster
Tel.: +49 251 591-3838
alexandra.vogelsang@lwl.org
www.dg-sas.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin e.V.**

c/o Center for Clinical Innovation
in Addiction Research (CORE) gUG
Wiesbadener Straße 43,
70372 Stuttgart
Tel.: +49 711 25296702
info@dgsuchtmedizin.de
www.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@dgsps.de
www.dgsps.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 oder
+49 2571 582765
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

**Marianne von Weizsäcker Stiftung
Integrationshilfe f. ehemals
Suchtkranke e.V.**

Grünstraße 99, 59063 Hamm
Tel.: +49 2381 21006
info@weizsaecker-stiftung.de
www.weizsaecker-stiftung.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
www.nacoa.de
<https://traudir.nacoa.de/>
(Jugendseite)
www.coakom.de
www.coa-aktionswoche.de

**Nichtraucher-Initiative
Deutschland e.V. (NID)**

Carl-von-Linde-Straße 11
85716 Unterschleißheim
Tel.: +49 89 3171212
nid@nichtraucherschutz.de
www.nichtraucherschutz.de

**Nationale Kontakt- und
Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von
Selbsthilfegruppen (NAKOS)**

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Tel.: +49 30 31018960
selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de
www.schon-mal-an-selbsthilfe
gruppen-gedacht.de
www.selbsthilfe-bestimmt-selbst.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-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart
Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart
Tel.: +49 711 123-0
poststelle@sm.bwl.de
www.sozialministerium-bw.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 und Pflege**
Referat 56 – Psychiatrie, Sucht
Haidenauplatz 1
81667 München
Tel.: +49 89 540233-560
psychiatrie-sucht@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.de

https://pzvs.berlin

**Senatsverwaltung für
Wissenschaft, Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung**

Landessuchtbeauftragte

Heide Mutter

Oranienstraße 106

10969 Berlin

Tel.: +49 30 9028-1710

suchtbeauftragte

@senwpgg.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.

Nora Bruckmann

Behlertstraße 3 A, Haus H1

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 581380-22

suchtpraevention@blsev.de

www.blsev.de

**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

www.spielsucht-brandenburg.de

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration und
Verbraucherschutz des Landes
Brandenburg**
Abteilung 4 – Gesundheit
Ref. 41: Grundsatzfragen der
Gesundheitspolitik, Gesundheits-
ziele, Gesundheitsberichterstattung,
Psychiatrie
Henning-von-Tresckow-Straße 2–13,
Haus S
14467 Potsdam
Tel.: +49 331 866-0
poststelle@msgiv.brandenburg.de
[https://msgiv.brandenburg.de/
msgiv/de/](https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/)

6.2.5 Bremen

**Bremische Landesstelle
für Suchtfragen (BreLS) e.V.**
C/o Ambulante Suchthilfe Bremen
Bürgermeister-Smidt-Straße 35
28195 Bremen
Tel.: +49 421 9897917
info@brels.de
www.brels.de

**Fachstellen Glücksspielsucht
im Land Bremen:**
www.gluecksspielsucht-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 und
Verbraucherschutz
Referat 24 Psychiatrie und Sucht
Faulenstraße 9–15
28195 Bremen
Tel.: +49 421 361-9326
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
Fachabteilung Drogen und Sucht
Besucheradresse:
Billstraße 80a
20539 Hamburg
Postadresse:
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg
Tel.: +49 40 42837-2060
drogenundsucht@
soziales.hamburg.de
www.hamburg.de/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 Soziales und Integration
Abteilung V Gesundheit, Referat V 4
(Prävention, Suchthilfe)
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden
Postfach 31 40
65021 Wiesbaden
Tel.: +49 611 3219-0
poststelle@hsm.hessen.de
www.hsm.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.sozial-mv.de

**Landeskoordinierungsstelle
für Suchtthemen (LAKOST)
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24 a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 7851560
info@lakost-mv.de
www.lakost-mv.de
Standort Demmin
Meisengrund 13
17109 Demmin
Tel.: +49 3998 253919

**Landesfachstelle Glücksspielsucht
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 7851560
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-gluecksspielsucht.de

**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 Diakonisches Werk
Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. –
Diakonie RWL
Geschäftsfeld Krankenhaus und
Gesundheit
Arbeitsfeld Suchthilfe und Aids
Lenastraße 41
40470 Düsseldorf
Tel.: +49 211 6398-273
sucht@diakonie-rwl.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**
Langenohlgrasse 2
33098 Paderborn
Tel.: +49 5251 889-1340
lfi@lfi.nrw
www.lf-integrationundsucht.nrw

**Landesfachstelle Glücksspielsucht
der Suchtkooperation NRW**
Niederwall 51
33602 Bielefeld
Tel.: +49 521 3995589-0
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluecksspielsucht-nrw.de

**Landesfachstelle Familie, Ge-
schlechtervielfalt und Sucht BELLA
DONNA der Suchtkooperation NRW**
Kopstadtplatz 24–25
45127 Essen
Tel.: +49 201 24 84 17-1
info@belladonna-essen.de
www.landesfachstelle-
belladonna.de

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit
und Soziales des Landes NRW**
Abteilung V –
Gesundheitsversorgung,
Pflege- und Gesundheitsberufe,
Krankenversicherung
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Tel.: +49 211 855-5
praevention@mags.nrw.de
www.mags.nrw/suchterkrankungen

6.2.11 Rheinland-Pfalz

Landesstelle für Suchtfragen

Rheinland-Pfalz

Karmeliterstraße 20

67346 Speyer

Tel.: +49 6232 664-254

www.liga-rlp.de/sucht/

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz

Suchtprävention

Rheinallee 97-101

55118 Mainz

Tel.: +49 6131 967-701

[sozialraum.suchtpraevention@](mailto:sozialraum.suchtpraevention@lsjv.rlp.de)

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

sabine.may@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

www.liga-saar.de/ausschuesse/

landesstelle-fuer-suchtfragen/

Landesfachstelle

Glücksspielsucht Saarland

C/o Haus der Caritas

Johannisstraße 2

66111 Saarbrücken

Tel.: +49 681 30906-90

info@gluecksspielsucht-saar.de

www.gluecksspielsucht-saar.de

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit

Referat E7 – Psychiatrie, Drogen-
politik, Suchtkrankenhilfe

Franz-Josef-Röder-Straße 23

66119 Saarbrücken

<https://www.saarland.de/Shared>

[Docs/Organisationseinheit/DE/](https://www.saarland.de/Shared)

[masfg/Organisationseinheit_E.html](https://www.saarland.de/Shared)

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 und Gesellschaftlichen**

Zusammenhalt

Abteilung 5, Referat 53
Psychiatrische Versorgung,
Suchtfragen
Albertstraße 10
01097 Dresden
Tel.: +49 351 564-56532
referat53@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 | Universelle Suchtprävention**

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.: +49 391 567-01
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
für Glücksspielsuchthilfe
und Medienabhängigkeit
in Schleswig-Holstein
LSSH e.V.**

Schreberweg 10
24119 Kronshagen
Tel.: +49 431 657394-50
sucht@lssh.de
<https://lssh.de/gluecksspiel/>

**Ministerium für Justiz
und Gesundheit**

Abteilung
Gesundheitsvorsorge II 5
Lorentzendamm 35, 24103 Kiel
Dienstgebäude:
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
Tel.: +49 431 988-0
poststelle@jumi.landsh.de
www.schleswig-holstein.de

**Institut für Qualitätsentwicklung
an Schulen Schleswig-Holstein**
Zentrum für Prävention – Gesunde
Schule, Sucht- und Gewaltprävention
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
www.gluecksspielsucht-thueringen.de
www.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>

**Thüringer Lotsennetzwerk
fdr Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V.**
Dubliner Straße 12
99091 Erfurt
Tel.: +49 361 3462024
Mobil: +49 176 87415073
info@lotsennetzwerk.de
www.lotsennetzwerk.de
www.fdr-online.info
www.gib-mir-einen-lotsen.de
App Lotsennetzwerk Thüringen

**Thüringer Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit, Frauen und
Familie**
Referat 4B 6
Gesundheitsförderung,
Gesundheitsberichterstattung,
Suchthilfe, ÖGD-Pakt
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt
Postfach 90 03 54, 99106 Erfurt
Tel.: +49 361 573811460
poststelle@tmasgff.thueringen.de
www.tmasgff.de

6.3 Europäisches Ausland

6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX

**Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht
European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction
(EMCDDA)**

Praça Europa 1, Cais do Sodré
1249-289 Lisbon

Portugal

Tel.: +351 211 210200

info@emcdda.europa.eu

www.emcdda.europa.eu

**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),
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)

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: <https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox>

6.3.2 Sonstige Organisationen

**Bundesministerium
für Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
z.H. Abteilung VI/A/5
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 5915481
www.euronetprev.org

**European Centre for Monitoring
Alcohol Marketing (EUCAM)**
Postbus 9769
3506 GT Utrecht
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.euro-tc.org

**Global Alcohol Policy Alliance
(GAPA)**
Secretary's office
Torgata 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)

Alliance House, 12 Caxton Street
London SW1H 0QS
Vereinigtes Königreich/
United Kingdom
Tel.: +44 207 222 4001
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

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 2024

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Tabak sowie zu Glücksspiel, Essstörungen, Delikten unter Alkoholeinfluss, Suchtmitteln im Straßenverkehr und zur Rauschgiftlage zusammen
- informiert über Zahlen und Fakten zum Cannabiskonsum und über Varianten internetbezogener Störungen
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder
- informiert über die Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die DRV
- präsentiert die aktuellen Themen „Neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol – Vorzüge und Herausforderungen für die Gesundheit in einem Hochkonsumland“, „Substitutionsgestützte Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit“ und „Wie die Tabakindustrie der Umwelt und dem Klima schadet“
- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich



ISBN: 978-3-95853-910-5
eBook: ISBN 978-3-95853-911-2
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com