



Jahrbuch Sucht

26

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DHS Jahrbuch Sucht 2026

DHS Jahrbuch Sucht 2026



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



Lengerich · 2026

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.



© 2026 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: KOPA · Vilnius · Litauen

Print: ISBN 978-3-69217-035-0
eBook: ISBN 978-3-69217-036-7
ISSN: 0940-4910

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	
	<i>Norbert Scherbaum</i>	7
1	Daten, Zahlen und Fakten	
	<i>Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp</i>	9
2	Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen	
2.1	Alkohol	
	<i>Jakob Manthey, Carolin Kilian</i>	41
2.2	Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum	
	<i>Anne Starker, Stephanie Klosterhalfen, Sally Olderbak, Daniel Kotz, Boris Orth</i>	61
2.3	Medikamente – Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial	
	<i>Tom Bschor</i>	87
2.4	Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum	
	<i>Sally Olderbak, Regina Hollweck, Anika Nitzsche, Boris Orth</i>	119
2.5	Glücksspiel – Zahlen und Fakten	
	<i>Gerhard Meyer, Tobias Hayer</i>	129
2.6	Cannabis – Zahlen und Fakten	
	<i>Eva Hoch, Hanna Dauber, Elena Gomes de Matos, Regina Hollweck, Eva-Maria Krowartz, Anne Maiwald, Esther Neumeier, Sally Olderbak, Franziska Schneider, Larissa Schwarzkopf</i>	151
2.7	Aktuelle Entwicklung im Bereich der Internet-nutzungsstörungen	
	<i>Klaus Wölfling, Kai W. Müller</i>	173

2.8	Essstörungen <i>Eva Wunderer, Anna Hofer, Sigrid Borse</i>	185
2.9	Rauschgiftlage 2024 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland <i>Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung</i>	201
2.10	Delikte unter Alkoholeinfluss <i>Martin Rettenberger, Hanna Verzagt</i>	215
2.11	Suchtmittel im Straßenverkehr 2024 – Zahlen und Fakten <i>Nadja Färber, Claudia Mollidor</i>	231
3	Suchtkrankenhilfe in Deutschland	
3.1	Jahresstatistik 2024 der professionellen Suchthilfe <i>Larissa Schwarzkopf, Hanna Dauber, Carlotta Riemerschmid</i>	245
3.2	Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits- erkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung <i>Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Nadine Schmidt, Hannah Haacke, Johannes Falk</i>	271
4	Aktuelle Themen	
4.1	Alkoholbezogene Störungen: körperliche Folge- und Begleiterkrankungen <i>Francesca Borlak, Helmut K. Seitz, Falk Kiefer</i>	289
5	Autoren- und Autorinnenverzeichnis	307
6	Anschriften aus dem Suchtbereich	
6.1	Bundesweit tätige Organisationen	315
6.2	Anschriften in den Bundesländern	326
6.3	Europäisches Ausland	336

Vorwort

Seit vielen Jahren wird das DHS Jahrbuch Sucht von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegeben. Es bietet jährlich aktualisierte Informationen zur Epidemiologie des Konsums von verschiedenen Suchtmitteln in Deutschland. Die Folgen des Suchtmittelkonsums sind bekanntermaßen vielfältig. Im DHS Jahrbuch Sucht geht es insbesondere um die Epidemiologie substanzbezogener Störungen, aber auch um die Folgen von Suchtmittelkonsum in der Gesellschaft, z. B. Delikte unter Alkoholeinfluss oder auch Suchtmittelkonsum und Probleme im Straßenverkehr.

Ausdrücklich hervorheben möchte ich zwei Beiträge: Bei Borlak et al. stehen die körperlichen Folge- und Begleiterkrankungen des Alkoholkonsums im Fokus – und nicht die Alkoholabhängigkeit. Der Konsum des Zellgiftes Alkohol ist – über verschiedene im Beitrag erläuterte Mechanismen – die Ursache zahlreicher und auch häufiger körperlicher Erkrankungen, z. B. von Erkrankungen der Leber und des Pankreas oder auch von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Etwa 6 % der Krebserkrankungen in Europa sind durch Alkohol mitverursacht. Hierbei müssen die Betroffenen nicht alkoholabhängig sein. In Hinblick auf die körperliche Gesundheit räumt das Autorenteam mit dem Vorurteil auf, dass es einen gesundheitsförderlichen Alkoholkonsum gibt. Das Autorenteam empfiehlt ein Routinescreening auf die Intensität des Alkoholkonsums in der hausärztlichen Praxis (oder bei anderen Patientinnen- und Patientenkontakten in der somatischen Medizin) und die Berücksichtigung körperlicher Erkrankungen in Psychiatrie und Suchtmedizin. Dieser Beitrag ist auch ein Argument für die gesundheitspolitischen Forderungen der DHS nach einer verstärkten Verhältnisprävention des Alkoholkonsums in Deutschland, z. B. durch eine höhere Besteuerung von Alkohol oder eine Einschränkung der Verkaufszeiten. Solche Maßnahmen senken erwiesenermaßen den Alkoholkonsum und fördern damit auch die körperliche Gesundheit.

Über viele Jahre hat Prof. Gerd Glaeske im DHS Jahrbuch Sucht Entwicklungen bei Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten dargestellt und kritisch kommentiert. Nach dem Tod von Herrn Glaeske war dieses wichtige Thema zunächst verwaist. Umso mehr freue ich mich, dass Prof. Tom Bschor für das DHS Jahrbuch Sucht 2026 einen entsprechenden Beitrag verfasst hat.

Die Abhängigkeit von Medikamenten gilt als stille Sucht, da die Betroffenen weniger auffällig sind als bei anderen Abhängigkeiten: Tabletten sind klein und geruchlos und können auf Rezept bezogen werden. Epidemiologisch steigt die Einnahme entsprechender Medikamente, v. a. von Sedativa, mit dem Alter, obwohl gerade mit dem Alter auch die Risiken, z. B. Sturzgefahr, größer werden. Problematisch erscheint insbesondere die verbreitete Verschreibung bei Schlafstörungen, obwohl hier nicht-medikamentöse Therapieansätze in ihrer Wirkung gut belegt und primär einer medikamentösen Behandlung vorzuziehen sind.

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

Essen, im Februar 2026

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

1 Daten, Zahlen und Fakten

Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp

Alkohol

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

Jahr	Bier	Wein ¹	Spirituosen	Andere ²	Registrierter PKA ³	Gesamter PKA ⁴
2012	5,8	3,4	2,5	0,02	11,7	12,3
2013	5,7	3,5	2,4	0,02	11,7	12,2
2014	5,7	3,4	2,5	0,02	11,6	12,1
2015	5,6	3,3	2,5	0,02	11,4	11,9
2016	5,6	3,3	2,5	0,03	11,4	11,9
2017	5,4	3,3	2,5	0,03	11,3	11,8
2018	5,4	3,3	2,6	0,03	11,3	11,9
2019	5,3	3,2	2,4	0,03	10,9	11,5
2020	5,0	3,3	2,3	0,04	10,7	11,2
2021	4,9	3,3	2,4	0,04	10,6	11,1
2022	5,1	3,2	2,5	0,05	10,8	11,3
2023	4,9	3,1	2,4	0,05	10,3	10,8
2024	4,7	3,1	2,7	0,07	10,5	11,0

Mehr Details zur Berechnung einschließlich der Datengrundlagen können unter OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>) eingesehen werden.

¹ Wein einschließlich Sekt.

² Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops.

³ Rundungsbedingte entspricht die Spalte „Registrierter PKA“ nicht zwangsläufig der Summe der anderen Spalten.

⁴ Gesamter PKA = registrierter PKA + Konsum unregistrierter Alkohol + Adjustierung für Konsum durch Tourismus.

Bevölkerungsumfang 15 Jahre oder älter nach DESTATIS (GENESIS Tabelle 12411-0041).

Quellen: Manthey, J.; Kilian, C. (2026): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

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

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

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

Quelle: OECD, European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>, Zugriff: 16.01.2026.

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

Jahr	Bier	Wein	Schaumwein	Spirituosen
2005	115,3	19,9	3,8	5,7
2010	107,4	20,5	3,9	5,4
2015	102,9	20,5	3,7	5,4
2020	92,4	20,7	3,3	5,2
2022	91,9	19,9	3,2	5,2
2023	89,3	19,3	3,2	5,1
2024 ¹	88,0	19,0	3,1	5,0

¹ vorläufige Angaben.

Quellen: Berechnungen des ifo-Instituts. In: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2025): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2025. Bonn.

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2012): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst (verschiedene Jahrgänge).

Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken sank im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr (2023: 116,9 l) um 1,5 % (1,8 Liter) auf 115,1 Liter Fertigware pro Kopf der Bevölkerung. Auf den gesamten Alkoholkonsum, gemessen in Reinalkohol pro Kopf, entfallen 4,2 Liter auf Bier, 2,1 Liter auf Wein, 1,7 Liter auf Spirituosen und 0,3 Liter auf Schaumwein.

Quelle: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2025): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2025. Bonn.

Umsatz der Alkoholindustrie in Deutschland im Jahr 2023 und 2024 (in Tausend Euro)

	Umsatz	Inlandsumsatz	Auslandsumsatz
Herstellung von Spirituosen			
2023	2.539.238	1.997.667	541.570
2024	2.482.018	1.949.148	532.869
Herstellung von Wein			
2023	2.396.599	2.121.599	275.000
2024	2.397.983	2.088.486	309.497
Herstellung von Bier			
2023	8.931.435	7.885.715	1.045.720
2024	9.008.250	8.003.064	1.005.186

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Beschäftigte und Umsatz der Betriebe im Verarbeitenden Gewerbe: Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/data-tbank/online/table/42271-0003/search/s/NDIyNzEtMDAwMw%3D%3D>, Zugriff: 16.01.2026.

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

Jahr	Biersteuer	Schaumwein- steuer	Alkohol¹- und Zwischenerzeugnis- steuer²	Insgesamt²
2005	777	424	2.179	3.380
2010	713	422	2.014	3.149
2015	676	429	2.087	3.192
2020	566	405	2.271	3.243
2022	600	352	2.220	3.173
2023	580	361	2.184	3.125
2024	558	352	2.006	2.917
2025	540 (-3,3) ³	365 (+3,6) ³	2.073 (+3,3) ³	2.978 (+2,1) 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.

Quellen: Bundesministerium der Finanzen (2026): Steuereinnahmen (ohne Gemeindesteuern) nach Steuerarten im gesamten Bundesgebiet – in Tsd. Euro. Berlin. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/1-kassenmaesige-steuereinnahmen-nach-steuerarten-und-gebietskoerperschaften.html, Zugriff: 02.02.2026.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2025): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

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

Für die Umrechnung der Branntweinsteuer 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
2005	87,6	82,0	83,3	83,9	81,5
2010	95,3	89,6	89,2	90,7	88,1
2015	99,4	97,7	95,2	97,1	94,5
2020	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2022	105,1	106,4	106,2	106,0	110,2
2024	115,9	117,8	122,4	119,0	119,3
2025	116,6	117,8	125,1	120,1	121,9

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

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

Für einen langfristigen Trend von 2000 bis 2022 in Deutschland (Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke und Veränderungen) siehe Tab. 3 im DHS Jahrbuch Sucht 2025, Beitrag „Alkohol“.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre, Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/61111-0001/search/s/NjExMTETMDAwMQ%3D%3D>, Zugriff: 16.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre, Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualkonsums. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/61111-0003/table-toolbar/search/s/NjExMTETMDAwMw%3D%3D>, Zugriff: 16.01.2026.

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

Jahr	Bier	Wein	Schaumwein	Spirituosen	Insgesamt
2005	410	21	47	87	565
2010	377	19	51	105	552
2015	368	15	70	95	548
2020	298	36	54	94	482
2022	284	61	61	186	592
2023	271	23	45	165	504
2024	272	14	40	139	465

¹ Werbeausgaben für alkoholhaltige Getränke beziehen sich auf folgende Werbearten: Internet, Print, Fernsehen/Bewegtbild, postalische Direktwerbung, Außenwerbung, Radio/Audio, Kino.

Quelle: Nielsen Media Research zitiert nach: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (Hrsg.) (2025): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2025. Bonn.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2025): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

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

Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch: 16,2 Jahre.

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Ergebnisse zum Alkoholkonsum. Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_DAS_Alkoholkonsum_final.pdf, Zugriff: 16.01.2026.

Konsumierende, Missbrauchende, Abhängige

30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums (Hochrechnung auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung)

Alkohol	Gesamt ¹			Männer			Frauen			Hochrechnung auf die gesamte Wohnbevölkerung ²	
	% ³	[95%-KI]	r ⁴	%	[95%-KI]	n	%	[95%-KI]	n	N	[95%-KI]
	Konsumprävalenz	68,6	[66,9; 70,3]	5,336	73,2	[70,6; 75,6]	2.415	64,0	[61,9; 66,1]	2.902	35,32 Mio.
Episodisches Rauschtrinken ⁵ (nur Konsumierende)	27,0	[24,8; 29,2]	1,340	35,5	[32,3; 38,9]	842	16,9	[14,8; 19,3]	493	9,54 Mio.	[8,76; 10,31]
Konsum riskanter Mengen ⁶ (nur Konsumierende)	24,4	[22,6; 26,3]	1,177	24,9	[22,2; 27,8]	536	23,8	[21,6; 26,2]	641	8,62 Mio.	[7,98; 9,29]

¹ beinhaltet Männer, Frauen und Divers.

² basierend auf 51.480.168 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2023, Statistisches Bundesamt).

³ gewichtete Prävalenz [95%-KI].

⁴ ungewichtete Anzahl.

⁵ episodisches Rauschtrinken lt. ESA definiert: Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken an mindestens einem der letzten 30 Tage.

⁶ riskanter Konsum lt. ESA definiert: durchschnittlicher Konsum von mehr als 12 g (Frauen) bzw. 24 g (Männer) Reinalkohol pro Tag.

KI = Konfidenzintervall: Das Konfidenzintervall ist ein Maß, in der medizinischen Statistik. Es gibt einen Vertrauensbereich an, in dem der wahre Mittelwert mit einer 95 %igen Wahrscheinlichkeit liegt.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Sucht-surveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0117.

Laut einer aktuellen Untersuchung (ESA 2024) berichteten 8,6 Mio. Personen von einem riskanten Alkoholkonsum¹ in den letzten 30 Tagen. 9,5 Mio. der Konsumierenden berichteten von mindestens einer Episode des Rauschtrinkens².

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

² episodisches Rauschtrinken lt. ESA definiert: Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken an mindestens einem der letzten 30 Tage.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

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

Alkohol	Gesamt ¹			Männer			Frauen			Hochrechnung auf die gesamte Wohnbevölkerung ²	
	% ³	[95 %-KI]	n ⁴	%	[95 %-KI]	n	%	[95 %-KI]	n	N	[95 %-KI]
Missbrauch	3,3	[2,8; 3,9]	291	5,1	[4,2; 6,2]	185	1,5	[1,1; 2,1]	105	1,70 Mio.	[1,44; 2,01]
Abhängigkeit	4,2	[3,5; 5,0]	329	5,2	[4,2; 6,4]	177	3,1	[2,4; 4,1]	151	2,16 Mio.	[1,80; 2,57]

¹ beinhaltet Männer, Frauen und Divers.

² basierend auf 51.480.168 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2023, Statistisches Bundesamt).

³ gewichtete Prävalenz [95 %-KI].

⁴ ungewichtete Anzahl.

KI = Konfidenzintervall: Das Konfidenzintervall ist ein Maß in der medizinischen Statistik. Es gibt einen Vertrauensbereich an, in dem der wahre Mittelwert mit einer 95 %igen Wahrscheinlichkeit liegt.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Morbidität

Eine Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol wurde im Jahr 2024 als achthäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern mit 229.853 Behandlungsfällen diagnostiziert, davon waren 168.077 Behandlungsfälle männliche Patienten und 61.776 Frauen.

Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10)“ lag bei den Männern auf dem dritten Platz der Hauptdiagnosen für 2024.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Diagnosen der Krankenhauspatienten. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=statistikTabellen&selectionname=23131>, Zugriff: 27.01.2026.

Vollstationäre Krankenhauseinweisungen wegen akuter Alkoholvergiftung

Im Jahr 2024 wurden 59.688 Patientinnen und Patienten wegen akuter Alkoholvergiftung stationär behandelt. Das waren 49,7 % weniger als im Jahr 2014 (Behandlungsfälle: 118.562). Damit sind die Fallzahlen seit 2012 kontinuierlich gesunken.

Obwohl immer weniger junge Menschen aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt werden, werden in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen immer noch die meisten stationären Behandlungsfälle (8.781) verzeichnet. Jedoch bewegen sich die stationären Behandlungsfälle (zwischen 5.225 und 6.366 Fällen) aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen ebenfalls auf einem hohen Niveau.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Diagnosen der Krankenhauspatienten. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/details>, Zugriff: 27.01.2026.

Volkswirtschaftliche Kosten

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

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

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

	2000	2002	2004	2005	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024	Veränderung 2000 zu 2024 in %
Insgesamt ¹	54 041	63 124	81 212	87 535	109 283	115 436	121 595	118 562	115 456	103 024	76 245	68 695	59 688	+ 10,4
u. 1	15	23	1	2	5	4	24	14	5	9	10	3	7	- 53,3
1-5	29	10	10	10	9	9	11	6	1	3	6	1	3	- 89,7
5-10	18	12	12	6	7	8	21	2	1	4	1	2	2	- 88,9
Zusammen	9 514	12 807	16 423	19 423	25 709	25 995	26 673	22 391	22 309	20 635	12 233	11 538	8 781	- 7,7
10-15	2 194	2 732	3 039	3 298	4 512	4 088	3 999	2 947	2 630	2 984	2 304	1 881	1 419	- 35,3
15-20	7 320	10 075	13 384	16 125	21 197	21 907	22 674	19 444	19 679	17 651	9 929	9 657	7 352	+ 0,6
20-25	3 824	4 992	6 651	7 784	10 354	11 715	12 712	11 424	11 124	9 494	5 171	5 362	4 143	+ 8,3
25-30	3 082	3 324	4 389	4 984	6 622	7 399	8 131	8 424	8 484	6 935	4 244	4 277	3 833	+ 24,4
30-35	5 056	4 969	5 112	4 844	5 903	6 589	7 549	7 942	8 250	7 388	5 473	4 947	4 410	- 12,8
35-40	7 164	7 387	8 332	7 439	7 902	7 292	7 200	8 226	8 275	7 690	6 556	6 322	5 854	- 18,3
40-45	7 400	8 449	10 610	10 472	11 751	11 289	10 714	9 585	8 420	7 792	6 859	6 464	6 366	- 14,0
45-50	5 675	6 760	9 381	10 258	12 617	13 473	13 294	12 912	11 344	8 779	6 920	5 856	5 561	- 2,0
50-55	3 891	4 955	7 197	7 850	10 279	11 611	12 671	13 134	12 276	10 534	8 448	6 471	5 225	+ 34,3
55-60	3 098	3 040	4 039	5 110	6 818	7 772	8 833	9 494	9 748	9 278	7 823	6 406	5 355	+ 73,4
60-65	2 611	3 063	3 769	3 344	3 904	4 396	5 718	6 424	6 376	6 188	5 471	4 927	4 436	+ 69,9
65-70	1 328	1 737	2 797	3 103	3 533	3 333	3 115	3 376	3 645	3 599	3 252	2 640	2 636	+ 98,5
70-75	726	857	1 271	1 581	2 232	2 681	2 734	2 576	2 245	1 971	1 639	1 533	1 538	+ 111,8
75-80	371	446	720	809	977	1 176	1 403	1 695	1 878	1 511	1 194	870	765	+ 106,2
80-85	131	218	344	364	432	516	542	660	766	747	707	647	519	+ 296,2
85-90	90	60	98	114	188	207	191	224	250	207	210	192	204	+ 126,7
90=>	28	20	34	38	41	46	59	49	59	69	57	37	50	+ 78,6
Unbekannt		2	2							51				

¹ Einschl. der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Wiesbaden.

Straftaten unter Alkoholeinfluss

Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2023 und 2024

Ausgewählte Straftatengruppen mit besonders hohen Anteilen; Bundesgebiet insgesamt

Straftaten(gruppen)	2023			2024		
	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %
Widerstand gegen die Staatsgewalt	37.574	18.628	49,6	37.552	17.830	47,5
Gewaltkriminalität	190.605	37.444	19,6	197.347	35.522	18,0
Mord	824	110	13,3	869	110	12,7
Totschlag und Tötung auf Verlangen	1.972	500	25,4	2.023	439	21,7
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im bes. schweren Fall einschl. mit Todesfolge	10.295	1.763	17,1	11.329	1.840	16,2
Raubdelikte	32.337	3.672	11,4	32.676	3.458	10,6
Körperverletzung mit Todesfolge	96	15	15,6	128	21	16,4
Gefährliche und schwere Körperverletzung, Verstümmelung weibl. Genitalien	153.475	32.118	20,9	158.432	30.323	19,1
Sachbeschädigung	118.144	21.189	17,9	116.843	19.377	16,6
(Vorsätzliche) Brandstiftung und Herbeiführen einer Brandgefahr	4.342	482	11,1	3.843	436	11,3
<i>Alle Tatverdächtigen</i>	<i>2.246.767</i>	<i>203.261</i>	<i>9,0</i>	<i>2.184.834</i>	<i>190.276</i>	<i>8,7</i>

Quellen: Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2025): Polizeiliche Kriminalstatistik – Berichtsjahr 2024. PKS 2024 Bund – Tatverdächtigentabellen – (TV insgesamt). T22 Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen. (V1.0). Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2024/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 19.01.2026.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Polizeiliche Kriminalstatistik – Berichtsjahr 2023. PKS 2023 Bund – Tatverdächtigentabellen - Tatverdächtige insgesamt. T22 Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen. (V1.1). Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2023/Bund/Tatverdaechtige/BU-TV-09-T22-Sonst-Angaben_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 19.01.2026.

Alkohol im Straßenverkehr

Alkoholunfälle¹ mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024
Alkoholunfälle	22.004	15.070	13.239	13.003	16.807	15.652	14.787
dabei Getötete	603	342	256	156	242	198	198
alkoholisierte Beteiligte	22.345	15.221	13.361	13.098	16.947	15.806	14.920

¹ Alkoholunfälle sind Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war.

Quellen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2025): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Statistisches Bundesamt (2026): Unfallbeteiligte: Deutschland, Jahre, Art der Verkehrsbeteiligung, Fehlverhalten der Fahrzeugführer und Fußgänger bei Unfällen mit Personenschaden. Code: 46241-0009. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/46241-0009/search/s/NDYyNDEtMDAwOQ%3D%3D>, Zugriff: 28.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2025): Statistischer Bericht. Verkehrsunfälle Zeitreihen 2015–2024. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/statistischer-bericht-verkehrsunfaelle-zeitreihen-5462403.xlsx?__blob=publicationFile&v=11, Zugriff: 19.01.2026.

Tabak

Pro-Kopf-Verbrauch (Stück/Jahr)¹

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024	2025 ²
Zigaretten	1.162	1.022	995	888	785	769	793	795 (+0,3) ³

¹ Berechnet mit den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

² Vorläufige Zahlen (Stand: 23. Januar 2026).

³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0001/search/s/NzM0MTtMDAwMQ%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

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

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024	2025 ¹
Zigaretten (Mio.)	95.827	83.565	81.267	73.809	65.784	64.030	66.247	66.375 (+0,2) ²
Zigarren/Zigarillos (Mio.)	4.028	3.967	2.956	2.743	2.535	2.288	2.291	2.141 (-6,5) ²
Feinschnitt (t)	33.232	25.487	25.471	26.328	25.080	23.582	25.152	24.864 (-1,1) ²
Pfeifentabak (t)	804	756	1.732	5.989	325 ³	398	314	323 (+2,9) ²

¹ Vorläufige Zahlen (Stand: 23. Januar 2026).

² Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

³ Ab 2022 nur klassischer Pfeifentabak, ohne Wasserpfeifentabak und erhitzten Tabak. Ein Vergleich mit früheren Jahren ist daher nicht möglich.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0001/search/s/NzM0MTtMDAwMQ%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0002/search/s/NzM0MTtMDAwMg%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

Ausgaben für Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak² und Substitute) (Kleinverkaufswerte¹) in Mio. Euro (netto)

2005	2010	2015	2020	2022²	2023	2024	2025³
23.990	22.523	26.223	28.794	27.132	27.887	30.078	31.380 (+4,3) ⁴

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

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

³ Vorläufige Zahlen (Stand: 23. Januar 2026).

⁴ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/ Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0001/search/s/NzM0MTtMDAwMQ%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0002/search/s/NzM0MTtMDAwMg%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

Tabaksteuereinnahmen (ohne Wasserpfeifentabak¹ und Substitute) in Mio. Euro (netto)

2005	2010	2015	2020	2022¹	2023	2024	2025²
14.248	13.479	14.907	14.637	13.939	14.215	14.894	15.770 (+5,9) ³

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

² Vorläufige Zahlen (Stand: 23. Januar 2026).

³ Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren/ Zigarillos): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0001/search/s/NzM0MTtMDAwMQ%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Versteuerung von Tabakwaren (Feinschnitt/Pfeifentabak): Deutschland, Jahre, Steuerzeichen. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/73411-0002/search/s/NzM0MTtMDAwMg%3D%3D>, Zugriff: 23.01.2026.

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 nikotinhaltigen E-Zigaretten auf nikotinfreie.
- 2022:** Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für herkömmliche Tabakprodukte.
- 2023:** Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für Tabakerhitzer.
- 2024:** Werbeverbot auf Außenflächen (Plakatwände und Haltestellen) für E-Zigaretten und Nachfüllbehälter.

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

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

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

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

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

Überblick über gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention in Deutschland seit 2002

Inkraft-treten	Maßnahme	Wesentliche Ziele
2002/2004	Änderung der Arbeitsstättenverordnung	Verbesserung des Nichtrauchererschutzes am Arbeitsplatz
2002	Tabakprodukt-Verordnung	Größere Warnhinweise/ Regeln für Packungsaufdruck
2003–2005 2011–2015 2022–2026	Änderungen des Tabaksteuergesetzes	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife und damit Preisanstieg bei Tabakwaren, der jedoch unterschiedlich stark ausfiel (2003–2005: deutlich, 2011–2015: geringfügig, 2022–2026: moderat)
2007	Bundesnichtraucherschutzgesetz	Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen
2007–2008	Nichtraucherschutzgesetze der Länder	Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und der Gastronomie
2003, 2007, 2009	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre; ab 2009 auch für Zigarettensautomaten
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung zur Umsetzung der europäischen Tabakprodukttrichtlinie	Große kombinierte Text-Bild-Warnhinweise, Regelung von Inhaltsstoffen, Emissionswerten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Ausdehnung des Abgabe- und Konsumverbots auf E-Zigaretten und E-Shishas Verbot des Angebots und der Abgabe von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche im Versandhandel
2019	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbarkeit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Schrittweises Verbot der Außenwerbung für Tabakerzeugnisse (2022), Tabakerhitzer (2023) und E-Zigaretten und Nachfüllbehälter (2024) Einbeziehung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht
2022	Tabaksteuermodernisierungsgesetz	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife bis 2026 Steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn-Produkten Einführung der Besteuerung von nikotin-haltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für erhitzte Tabakprodukte

Quelle: Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Konsumierende, Abhängige, Passivrauchende und Nichtrauchernde

Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

Datenquelle	Jahr	Alter	Stich- proben (n)	Prävalenz (%)		
				Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2025	18–64	7.058	38,5	28,8	33,7
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage- Prävalenz (IFT Institut für Therapieforchung)	2024	18–64	7.396	23,7	19,7	21,8
GEDA-Studie: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch- Institut)	2022/2023	18+	22.708	32,2	24,1	28,1
Mikrozensus: Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2021	15+	709.920	22,3	15,7	18,9
Jugendliche und junge Erwachsene						
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2025	14–17	431	11,7	7,2	9,5
		18–24	831	38,2	26,1	32,4
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforchung)	2024	18–20	753	12,7	15,0	13,7
		21–24	702	23,6	15,0	19,5
Präventionsradar: Monatsprävalenz (Institut für Therapie und Gesundheitsforchung (IFT-Nord))	2023/2024	9–13	11.507	1,5	1,7	1,7
		14–17	9.633	8,9	8,8	9,1
Drogenaffinitätsstudie: 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2023	12–17	3.407	7,2	6,4	6,8
		18–25	3.594	33,6	18,4	26,3

GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell

Quelle: Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Aktuelle Daten zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung liegen für das Jahr 2025 aus der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) vor. Danach beträgt der Anteil Rauchender bei Männern 38,5 % und bei Frauen 28,8 %.

Laut DEBRA-Studie liegt der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher im Jahr 2025 bei den 14- bis 17-Jährigen bei 9,5 % und bei den 18- bis 24-Jährigen bei 32,4 %.

Quellen: Kotz, D., Klosterhalfen, S. (2025). Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA), 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>.

Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Anhand der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2024 kann davon ausgegangen werden, dass bei 4,3 Millionen der Gesamtbevölkerung (18 bis 64 Jahre) eine Abhängigkeit von konventionellen Tabakprodukten (Zigaretten, Zigarren, Zigarillo, Pfeife) besteht.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Anteil der Rauchenden in verschiedenen Altersgruppen

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

Quellen: Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

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

Anteile der Passivrauchenden

Nach Daten der GEDA-Studie (Zeitraum 02/2022 bis 03/2023) sind weiterhin 6,9 % der nichtrauchenden Erwachsenen regelmäßig, das heißt mindestens einmal pro Woche, Tabakrauch ausgesetzt. Dabei zeigt sich eine deutliche Ungleichverteilung: Männer sind häufiger betroffen als Frauen (9,6 % vs. 4,6 %). Zudem nimmt die Tabakrauchbelastung mit zunehmendem Alter deutlich ab, von 16,7 % bei den 18- bis 29-Jährigen auf 3,4 % bei Personen ab 65 Jahren.

Quelle: Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

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

Quellen: Starker, A. et al. (2026): Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. 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 betragen 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

Missbrauchende, Abhängige

Laut einer aktuellen Studie (ESA 2024) wurde bei 5,6 % (2,9 Mio. Personen) im Alter von 18 bis 64 Jahren ein Analgetikamissbrauch festgestellt, während 2,8 % (1,4 Mio.) die DSM-IV-Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllten.

Bei 1,1 % (566.000 Personen) traten Missbrauchssymptome bei der Einnahme von Hypnotika/Sedativa auf und 1,5 % (772.000 Personen) wiesen Abhängigkeitssymptome auf.

Da Medikamentenverordnungen nur unvollständig erfasst werden, die Suchtmittel auch über den Schwarzmarkt bezogen werden können und Schätzungen auf Selbstberichten und Hochrechnungen beruhen, sind die Zahlen zu Arzneimittelabhängigkeit in Deutschland ungenau. Extrapolationen gehen von 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Bschor, T. (2026): Medikamente - Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Cannabis

Konsum bei Erwachsenen

Cannabis ist nach Alkohol die mit Abstand am häufigsten gebrauchte psychoaktive Substanz in Deutschland. In einem längerfristigen Trend ist ein Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs.

Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung unter Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2024 vor.

5,1 Mio. (9,8 %) Erwachsene in Deutschland haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert.

Die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllten 515.000 Personen (1,0 %) der Gesamtbevölkerung und 257.000 Personen (0,5 %) erfüllten die Kriterien eines Cannabismissbrauchs.

Quelle: Hoch, E. et al. (2026): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024. Dt. Arzteblatt International, Jg. 122(2025), S. 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Konsum bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Cannabis ist bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt die Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahr 2025 vor.

Bei den 12- bis 17-Jährigen haben 8,5 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen zumindest einmal im Leben Cannabis ausprobiert. Im letzten Jahr konsumierten 7,2 % der Jungen und 4,6 % der Mädchen Cannabis. Unter den 18- bis 25-Jährigen haben junge Männer mit 54,5 % mindestens einmal im Leben Cannabis ausprobiert, bei jungen Frauen liegt der Anteil bei 40,6 %. Im letzten Jahr konsumierten 31,6 % der Männer und 18,8 % der Frauen Cannabis.

Quellen: Hoch, E. et al. (2026): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Orth, B.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025: Cannabis – aktuelle Entwicklungen und Trends (BiÖG-Forschungsbericht). Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit.

Missbrauchende, Abhängige

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

Cannabis	Gesamt ¹		Männer		Frauen		Hochrechnung auf die gesamte Wohnbevölkerung ²	
	% ³	[95 %-KI]	%	[95 %-KI]	%	[95 %-KI]	<i>n</i>	[95 %-KI]
Missbrauch	0,5	[0,3; 0,8]	0,6	[0,3; 1,2]	0,4	[0,2; 0,9]	2	[0,15; 0,41]
Abhängigkeit	1,0	[0,6; 1,5]	1,2	[0,7; 2,1]	0,7	[0,4; 1,3]	7	[0,31; 0,77]

¹ beinhaltet Männer, Frauen und Divers.

² basierend auf 51.480.168 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2023, Statistisches Bundesamt).

³ gewichtete Prävalenz [95 %-KI].

⁴ ungewichtete Anzahl.

KI = Konfidenzintervall: Das Konfidenzintervall ist ein Maß in der medizinischen Statistik. Es gibt einen Vertrauensbereich an, in dem der wahre Mittelwert mit einer 95 %igen Wahrscheinlichkeit liegt.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(23), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Behandlung

Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach alkoholbezogenen Störungen immer noch zweithäufigster Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2024: ambulant: 15,8 %, stationär: 10,6 %). Allerdings zeigt sich nach einem fortgesetzten Anstieg der Fallzahlen seit der Jahrtausendwende im am-

bulanten Bereich erstmals ein merklicher Rückgang (2023: 26.633 Fälle; 2024: 22.231 Fälle). Im stationären Sektor steigen die Fallzahlen hingegen weiter.

Im Dezember 2025 wurde die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ veröffentlicht. 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. Angebote zur Prävention des problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden

Quelle: Hoch, E. et al. (2026): Cannabis – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Andere Drogen

Konsum illegaler Drogen

Jugendliche

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

	DAS 2023		
	(12 bis 17 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich
Mindestens eine dieser Drogen	1,2	1,1	1,3
Amphetamine	0,4	0,3	0,5
Methamphetamine	0,1	0,1	0,0
MDMA („Ecstasy“)	0,3	0,2	0,5
LSD	0,2	0,3	0,2
Heroin/andere Opioide	0,1	0,0	0,1
Kokain/Crack	0,3	0,4	0,1
Schnüffelstoffe	0,2	0,1	0,3
Halluzinogene Pilze	0,3	0,4	0,1
Neue psychoaktive Substanzen (NpS)	0,3	0,4	0,2

Werte auf eine Nachkommastelle gerundet. 0,0 ist als weniger als 0,05 % zu lesen.

Quelle: Orth, B. et al. (2026): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten im Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Erwachsene

12-Monats-Prävalenz des Drogenkonsums (incl. Cannabis) und Hochrechnung auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung

Drogen (inkl. Cannabis)	Gesamt ¹			Männer			Frauen			Hochrechnung auf die gesamte Wohnbevölkerung ²		
	% ³	[95 %-KI]	n ⁴	%	[95 %-KI]	n	%	[95 %-KI]	n	N	[95 %-KI]	
Cannabis	9,8	[8,6; 11,0]	896	12,3	[10,7; 14,2]	485	7,1	[6,0; 8,4]	399	5,05 Mio.	[4,43; 5,66]	
Amphetamin/Methamphetamin	0,7	[0,5; 1,1]	87	0,9	[0,6; 1,4]	45	0,5	[0,3; 0,8]	39	0,36 Mio.	[0,26; 0,57]	
Amphetamin	0,7	[0,5; 1,1]	86	0,9	[0,6; 1,4]	45	0,5	[0,3; 0,8]	38	0,36 Mio.	[0,26; 0,57]	
Methamphetamin	0,0	[0,0; 0,2]	3	0,0	[0,0; 0,1]	1	0,0	[0,0; 0,1]	1	0,02 Mio.	[0,0; 0,10]	
MDMA („Ecstasy“)	1,0	[0,7; 1,5]	125	1,3	[0,9; 2,0]	68	0,7	[0,5; 1,2]	56	0,51 Mio.	[0,36; 0,77]	
LSD	0,7	[0,5; 1,0]	77	1,0	[0,6; 1,4]	50	0,4	[0,2; 0,7]	25	0,36 Mio.	[0,26; 0,57]	
Heroin/andere Opiode	0,8	[0,5; 1,1]	55	0,6	[0,4; 1,0]	22	0,9	[0,5; 1,4]	32	0,41 Mio.	[0,26; 0,88]	
Kokain/Crack	1,1	[0,7; 1,7]	133	1,4	[0,9; 2,2]	71	0,7	[0,4; 1,3]	61	0,57 Mio.	[0,36; 0,88]	
Halluzinogene Pilze	0,5	[0,3; 0,7]	62	0,6	[0,4; 1,0]	31	0,3	[0,2; 0,6]	30	0,26 Mio.	[0,15; 0,36]	
Neue psychoaktive Substanzen (NPS)	0,8	[0,6; 1,1]	91	1,0	[0,7; 1,5]	54	0,6	[0,3; 0,9]	36	0,41 Mio.	[0,31; 0,57]	
Mindestens eine dieser Drogen (mit Cannabis) ⁵	11,2	[9,9; 12,6]	1.201	13,8	[12,0; 15,7]	543	8,4	[7,1; 9,8]	464	5,77 Mio.	[5,10; 6,49]	
Mindestens eine dieser Drogen (ohne Cannabis) ⁶	3,7	[3,0; 4,7]	390	4,6	[3,7; 5,8]	209	2,7	[2,0; 3,7]	178	1,90 Mio.	[1,54; 2,42]	

¹ beinhaltet Männer, Frauen und Divers.

² basierend auf 51.480.168 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2023, Statistisches Bundesamt).

³ gewichtete Prävalenz [95 %-KI].

⁴ ungewichtete Anzahl.

⁵ Cannabis, Amphetamine, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, halluzinogene Pilze und neue psychoaktive Substanzen (NPS).

⁶ Amphetamine, Methamphetamin, Ecstasy, LSD, Heroin/andere Opiate, Kokain/Crack, halluzinogene Pilze und neue psychoaktive Substanzen.

KI = Konfidenzintervall: Das Konfidenzintervall ist ein Maß in der medizinischen Statistik. Es gibt einen Vertrauensbereich an, in dem der wahre Mittelwert mit einer 95 %igen Wahrscheinlichkeit liegt.

Quelle: Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt, 122(2/3), 625-631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.

Todesfälle

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

Alkohol

Aufgrund des hohen Alkoholkonsums sterben jährlich rund 44.000 Menschen in Deutschland, davon sind ca. 13.000 auf Alkoholkonsumstörungen (F10) und alkoholische Leberzirrhose (K70) zurückzuführen.

Quelle: Manthey, J.; Kilian, C. (2026): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Tabak

Nach den Daten der Global Burden of Disease (GBD) Studie ist Tabakrauchen in Deutschland der Risikofaktor, der über die letzten Jahre stabil mit der größten Zahl an Sterbefällen assoziiert ist. Nach Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums waren im Jahr 2023 in Deutschland rund 131.000 Todesfälle auf das Rauchen zurückzuführen.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum; Deutsche Krebshilfe (2025): Tabakatlas Deutschland 2025. Lengerich: Pabst.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2025): GBD Results. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff 19.11.2025.

Starker, A. et al. (2026): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Drogen

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland polizeilich insgesamt 2.137 drogenbedingte Todesfälle registriert. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Rückgang von ca. 4,0%. Dies ist weiterhin der zweithöchste je gemessene Wert, aber zum ersten Mal seit mehreren Jahren kein weiterer Anstieg. Es ist festzustellen, dass die Zahl der Rauschgifttoten unter 30 Jahren um 14% gestiegen, während die Zahl der Rauschgifttoten ab 30 Jahren um etwa 8,6% gesunken ist.

Die Anzahl der Mischintoxikationen ist erneut angestiegen. Im Jahr 2024 wurden bei 1.707 Personen zwei oder mehr beteiligte Substanzen festgestellt, das sind über 15% mehr als im Vorjahr (2023: 1.479). Bei 378 Personen wurde ein monovalenter Konsum im Zusammenhang mit dem Tod registriert, was einen Rückgang um über 27% im Vergleich zum Jahr 2023 (522 Personen) darstellt. Bei 28% der Rauschgifttoten wurden Langzeitschäden festgestellt, die auf Rauschgiftkonsum zurückzuführen sind.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2025): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2024. Wiesbaden.

Drogenbedingte Todesfälle

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024
Deutschland gesamt	1.326	1.237	1.226	1.581	1.990	2.227	2.137

Quellen: Bundeskriminalamt (BKA) (2025): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2024. Wiesbaden.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2025): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst.

Glücksspiel

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

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	2010	2015	2020	2022	2023	2024	Veränderung in 2024 gegenüber Vorjahr in % ²
Gesamt	31.511	42.519	38.325	65.262,5	63.470,4	69.125,7	+ 8,9
Spielbanken	6.187	6.189	6.293	12.233	14.684	15.556	+ 5,9
Spielhalle/Gaststätte – Geldspielautomaten	17.210	27.511	17.904	20.961	20.961	21.397	+ 2,1
Deutscher Lotto- und Toto-Block	6.501	7.273	7.915	7.966,8	8.199,5	8.565,3	+ 4,5

¹ Zur Berechnung der Umsätze wird hier auf Bruttospielerträge (= Kasseninhalt nach Gewinnausschüttungen) zurückgegriffen und die Werte anhand der jeweiligen Auszahlungsquote pro Marktsegment ermittelt. Dieses Vorgehen dient der Vergleichbarkeit sowohl zwischen einzelnen Marktsegmenten als auch im Jahresverlauf innerhalb eines Marktsegmentes. Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten, Fernsehlotterien und die Postcode-Lotterie ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. Beim Fußballtoto liegt die Quote für die „13er Ergebnissette“ bei 60 % und die Quote für die „6 aus 45 Auswahlwette“ bei 50 %. Etwaige Abweichungen in der Darstellung des Marktvolumens lassen sich u. a. durch die Heranziehung alternativer Auszahlungsquoten erklären. Beispielsweise geht die Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025) im Durchschnitt sowohl bei Sportwetten (76 %) als auch beim virtuellen Automaten spiel (88,5 %) von niedrigeren Auszahlungsquoten aus.

² Marginale Rundungsfehler sind aufgrund der Darstellungsweise möglich.

Quelle: : Meyer, G.; Hayer, T. (2026): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt (in Mio. Euro) (Gesamtsumme 2024: 14,4 Mrd. Euro)

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024
Geldspielautomaten	2.350	3.940	5.300	4.100	4.800	4.800	4.900
Glücksspiele in Spielbanken	952	557	557	566	1.101	1.322	1.393

Quelle: Meyer, G.; Hayer, T. (2026): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

Geleistete Steuerzahlungen der Unterhaltungsautomatenwirtschaft (in Mio. Euro)

	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2024
Vergnügungssteuer	212	357	837	709	829	830	855
Umsatzsteuer ¹	–	–	429	422	564	– ²	– ²

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

² Umsatzsteuer für die gewerbliche Automatenaufstellung liegen für die Jahre 2023 und 2024 nicht vor.

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

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

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGL) (Hrsg.) (2025): Tätigkeitsbericht 2024, persönliche Mitteilung. Halle (Saale). https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberichte/GGL_Taetigkeitsbericht_2024.pdf, Zugriff: 20.02.2026.

Pathologisches und problematisches Spielverhalten

Auf Grundlage eines Screenings glücksspielbezogener Probleme weisen 2,2 % (rund 1,23 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall: 1,9 % bis 2,5 %) der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 70 Jahren (Männer: 3,2 %, Frauen: 1,0 %) nach den Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ eine „Glücksspielerkrankung“ auf (2023: 2,4 %).

Bei 0,9 % ist eine leichte Störung (4 oder 5 erfüllte DSM-5-Kriterien), bei 0,6 % eine mittlere Störung (6 oder 7 erfüllte Kriterien) und bei weiteren 0,6 % eine schwere Störung (8 oder 9 erfüllte Kriterien) feststellbar.

Weitere 5,5 % zeigen ein riskantes (mit ein, zwei oder drei erfüllten Kriterien) Glücksspielverhalten.

Unter den Personen der Stichprobe, die sich in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt haben, befindet sich ein Anteil mit einer glücksspielbezogenen Störung von 5,8 %. Bei weiteren 14,9 % dieser Subgruppe ist ein riskantes Glücksspielverhalten erkennbar.

Quelle: Meyer, G.; Hayer, T. (2026): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.

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“ (Diedenhofen et al., 2025).

Ausgewählte Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe

	Einrichtungen/Angebote	Behandelte/Plätze
Ambulante Einrichtungen ¹	1.186 ²	k. A.
Ärztliche Praxis/Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung) ³	2.373 substituierende Ärztinnen und Ärzte ⁴	78.000 Substituierte ⁴
Psychosoziale Begleitung Substituierter	In ca. 60 % der Einrichtungen wird die Psychosoziale Begleitung wahrgenommen. ⁵	Etwas 50 % der Substituierten erhalten Leistungen im Rahmen der PSB. ⁵
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	300 ⁶	13.986 ⁷
Einrichtungen der Sozialen Teilhabe	739 ⁶	k. A.
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen	208 ⁶	98.782 ⁸
Maßregelvollzug	k. A. ⁹	k. A.
Einrichtung im Strafvollzug (intern und extern)	k. A. ⁹	k. A.
Selbsthilfegruppen	ca. 7.100 ¹⁰	k. A.

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

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

³ Aktuell gibt es weder Daten zur Anzahl der Arzt- oder Psychotherapiepraxen, die Suchtkranke behandeln, noch zur Zahl der Behandelten. Die dargestellten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf substituierende Ärztinnen und Ärzte sowie Substitutionspatientinnen und -patienten zum Stichtag, 01. Juli 2025. Da Arztpraxen oft die erste Anlaufstelle sind, ist von deutlich höheren Fallzahlen auszugehen (Bundesopiumstelle, 2026).

⁴ Bundesopiumstelle (2026): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2026. Bonn.

⁵ Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Deutsche Suchthilfestatistik – 2024. Jahresbericht. München: IFT Institut für Therapieforchung.

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

⁷ Es handelt sich hierbei um die Summe der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die bei der DRV aufgrund einer Abhängigkeit von Drogen datiert wurden. Sie setzt sich wie folgt zusammen: stationäre medizinische Rehabilitation 9.655, ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation 495, ambulante medizinische Rehabilitation 1.304, Mischfälle 2.532, Datenjahr ist 2024 (DRV, 2025).

⁸ Datenjahr 2023.

⁹ Die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug wurde 2019 geändert, wodurch sich der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten änderte. Dadurch fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2025 (Schneider et al., 2025).

¹⁰ DHS-Umfrage 2017/2019.

Quellen: Bundesopiumstelle (2026): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2026. Bonn.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2026): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS 3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2026_01_01_Manual_Deutscher_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 12.02.2026.

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: 12.02.2026.

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2025): Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2024, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (online). https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/medizinische_rehabilitation/. Zugriff: 19.08.2025.

Diedenhofen, J. et al. (2025): Workbook Behandlung, Deutschland. Bericht 2025 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2024/2025). München (u.a.). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17541675>.

Schneider, F.; Karachaliou, K.; Neumeier, E. (2025): Workbook Gefängnis. Deutschland. Bericht 2025 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2024/2025). München (u.a.). <https://doi.org/10.5281/zenodo.17549389>.

Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Deutsche Suchthilfestatistik – 2024. Jahresbericht. München: IFT Institut für Therapieforchung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publikationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2024.pdf, Zugriff: 12.02.2026.

Registrierte Substitutionspatienten/-patientinnen und substituierende 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
01.07.2022	81.200	2.444
01.07.2023	81.600	2.436
01.07.2024	80.400	2.434
01.07.2025	78.800	2.373

Quelle: Bundesopiumstelle (2026): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2026. Bonn.

Insgesamt ist die Anzahl der Substitutionspatientinnen und -patienten seit 2015 leicht angestiegen. Die erhöhten Zahlen in den Jahren 2020 bis 2023 dürften durch den besonderen Bedarf während der COVID-19-Pandemie begrün-

det sein. Danach ist die Anzahl wieder gesunken und lag am 1. Juli 2025 bei 78.800 Patientinnen und Patienten.

In den Jahren 2016 bis 2019 lag die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte stabil bei etwa 2.600. Seit dem Beginn der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 ist die Anzahl deutlich gefallen und lag im Jahr 2025 bei 2.373 Ärztinnen und Ärzten. Ursache dürfte auch das altersbedingte Ausscheiden zahlreicher substituierender Ärztinnen und Ärzte sein.

Quelle: Bundesopiumstelle (2026): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2026. Bonn.

2 Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

2.1 Alkohol

Jakob Manthey, Carolin Kilian

Zusammenfassung

Da der Alkoholkonsum in Deutschland in den letzten fünf Jahren stagniert, werden die international vereinbarten Ziele zur Reduktion des Konsums voraussichtlich verfehlt. Etwa 44.000 Todesfälle pro Jahr sind in Deutschland auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Neben denjenigen, die Alkohol trinken, sind auch Kinder, Familienangehörige und unbeteiligte Dritte vom Alkoholkonsum anderer Personen betroffen. Auf der Grundlage aktueller Forschungserkenntnisse wird seit einigen Jahren davon ausgegangen, dass es keinen risikofreien oder gar gesundheitsförderlichen Alkoholkonsum gibt. Um die hohen gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums zu reduzieren, müssten vor allem die Verbrauchssteuern auf Alkohol stark angehoben und Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit gestärkt werden. Da diese Maßnahmen jedoch unzureichend umgesetzt sind, belegt Deutschland im europäischen Vergleich zusammen mit Österreich den vorletzten Platz in Sachen Alkoholpolitik.

Abstract

As alcohol consumption levels in Germany have been stagnating over the past five years, the internationally agreed targets for reducing consumption are likely to be missed. Approximately 44,000 deaths per year are attributable to alcohol use in Germany. In addition to those who drink alcohol, children, family members and uninvolved third parties are also affected by the alcohol consumption of others. Based on the latest evidence, it can be assumed that there is no safe level of alcohol consumption or even health benefits from drinking. To lower the high health and social costs of alcohol consumption, it would be required to significantly increase excise duties on alcohol and to strengthen measures to restrict availability. However, as these measures have not been adequately implemented, Germany ranks second to last in Europe in terms of alcohol policy, together with Austria.

1 Alkoholkonsum in der Bevölkerung

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

1.1 Alkoholkonsum in bevölkerungsbasierten Befragungen

Dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zufolge gaben im Jahr 2024 etwa 69 % der 18- bis 64-Jährigen an, Alkohol in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben (Olderbak et al., 2025). Die Konsumprävalenz ist dabei bei Männern (73 %) höher als bei Frauen (64 %). Auch episodisches Rauschtrinken, d. h. der Konsum von mehr als 5 alkoholischen Getränken (60 Gramm Reinalkohol) zu einer Gelegenheit in den vergangenen 30 Tagen, zeigt sich bei Männern (36 %) deutlich häufiger als bei Frauen (17 %). Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass das selbstberichtete Rauschtrinken unter Männern gegenüber 1995 deutlich zurückgegangen ist (48 % vs. 34 % in 2021), während die Verbreitung dieses besonders risikoreichen Konsummusters unter Frauen weitgehend stabil blieb (1995: 20 %; 2021: 17 %) (Möckl et al., 2023). Unter Frauen im Alter von 18 bis 24 Jahren stieg episodisches Rauschtrinken in diesem Zeitraum sogar deutlich an (1995: 23 %; 2021: 31 %).

Der ESA 2024 stellt zudem Schätzungen zur 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV zur Verfügung (Olderbak et al., 2025). Demnach leben in Deutschland 1,7 Millionen Menschen (3 %) im Alter von 18 bis 64 Jahren, bei denen ein Alkoholmissbrauch vorliegt, sowie weitere 2,16 Millionen (4 %) mit Abhängigkeit.

Aufgrund methodischer Einschränkungen, wie mangelnde Repräsentativität von Personen mit aktiver Alkoholproblematik und der Erfassung von Diagnosekriterien im Selbstbericht, ist davon auszugehen, dass die genannten Zahlen eine Unterschätzung darstellen. Im Gesundheitssystem ist dagegen nur ein kleiner Teil der Betroffenen erfasst. Daten aus Hamburg zeigen, dass lediglich 1,5 % der Versicherten aus zwei gesetzlichen Krankenversicherungen mit einer Alkoholabhängigkeit diagnostiziert werden (Manthey et al., 2025).

1.2 Pro-Kopf-Alkoholkonsum

Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum (PKA; englisch: alcohol per capita, APC) beschreibt das Volumen von Reinalkohol in Liter (L), welches im Durchschnitt von einer in Deutschland lebenden Person im Alter von 15 Jahren oder älter

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

Jahr	Bier	Wein ¹	Spirituosen	Andere ²	Registrierter PKA	Gesamter PKA ³
2010	5,9	3,2	2,4	0,03	11,6	12,2
2011	6,0	3,4	2,4	0,03	11,8	12,4
2012	5,8	3,4	2,5	0,02	11,7	12,3
2013	5,7	3,5	2,4	0,02	11,7	12,2
2014	5,7	3,4	2,5	0,02	11,6	12,1
2015	5,6	3,3	2,5	0,02	11,4	11,9
2016	5,6	3,3	2,5	0,03	11,4	11,9
2017	5,4	3,3	2,5	0,03	11,3	11,8
2018	5,4	3,3	2,6	0,03	11,3	11,9
2019	5,3	3,2	2,4	0,03	10,9	11,5
2020	5,0	3,3	2,3	0,04	10,7	11,2
2021	4,9	3,3	2,4	0,04	10,6	11,1
2022	5,1	3,2	2,5	0,05	10,8	11,3
2023	4,9	3,1	2,4	0,05	10,3	10,8
2024	4,7	3,1	2,7	0,07	10,5	11,0

Mehr Details zur Berechnung einschließlich der Datengrundlagen können unter OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/XKV4H>) eingesehen werden.

¹ Wein einschließlich Sekt; ² Andere = Zwischenerzeugnisse und Alkopops

Bevölkerungsumfang 15 Jahre oder älter nach DESTATIS (GENESIS Tabelle 12411-0041)

³ Gesamter PKA = registrierter PKA + Konsum unregistrierter Alkohol + Adjustierung für Konsum durch Tourismus

in einem Jahr getrunken wird. Der PKA ist demnach ein Durchschnittswert für die gesamte Bevölkerung und schließt sowohl Personen ein, die Alkohol trinken, als auch solche, die keinen Alkohol konsumieren. Indem der PKA aus Daten der Verkaufs- und Steuerstatistik berechnet wird, unterliegt dieser keinen Verzerrungen durch mangelnde Bevölkerungsrepräsentativität sowie ungenauen Angaben im Selbstbericht.

Konsistente Zeitreihen auf Basis derselben Berechnungsmethodik vom PKA liegen seit dem Jahr 2010 vor und sind in Tab. 1 dargestellt.

Die dargestellte Zeitreihe des PKA basiert auf einer neuen Berechnungsgrundlage, die für das DHS Jahrbuch Sucht 2026 in Zusammenarbeit mit DESTATIS harmonisiert wurde. Im Vergleich zu den im DHS Jahrbuch Sucht 2025 dargestellten Zahlen wurden in diesem Jahr die Verbrauchsschätzungen verschiedener Getränke und die Bevölkerungszahlen von DESTATIS übernommen, sowie die Schätzungen zum nicht-registrierten und touristischen Konsum durch die WHO aktualisiert. Durch diese Korrekturen ist der registrierte PKA leicht gestiegen und der Gesamt PKA leicht gesunken.

Nach einer Dekade graduellen Rückgangs liegt der registrierte PKA auf Basis der Verkaufs- und Steuerstatistiken seit dem Jahr 2019 konsistent unter 11 Litern. Zwischen 2019 und 2024 lag der Durchschnitt bei 10,6 Litern. Unter Berücksichtigung des Konsums nicht-registriertem Alkohols (z. B. nicht versteuerter Wein) und des Konsums von Alkohol während Auslandsreisen ergibt sich ein Gesamt-PKA für das Jahr 2024 in Höhe von 11,0 Litern. Europäische Vergleichsdaten liegen seitens der WHO als 3-Jahresdurchschnitt für das Jahr 2022 vor (World Health Organization, 2025). Der 3-Jahresdurchschnitt des PKA im Jahr 2022 lag in Deutschland bei 11,1 Litern und damit höher als der Durchschnitt in Westeuropa¹ (10,8), Nordeuropa² (10,5), Osteuropa³ (10,9) und Südeuropa⁴ (9,3).

Deutschland hat sich als Mitgliedsstaat der WHO dazu verpflichtet den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um mindestens 10 % zu verringern (World Health Organization, 2024a). Der Gesamt-PKA zwischen 2010 und 2024 ist um 9,8 % zurückgegangen (registrierter PKA: -9,5 %), daher könnte das selbstgesteckte Ziel möglicherweise verfehlt werden.

2 Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland

In diesem Kapitel stellen wir aktuelle Zahlen und Hintergründe zu den gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums für Konsumierende und Dritte vor. Wir gehen dabei insbesondere darauf ein, wie der Umfang der Todesfälle, die auf Alkohol zurückgehen, in international vergleichenden Studien geschätzt werden.

2.1 Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol steht im Zusammenhang mit mehr als 200 Erkrankungen und Verletzungen. Dabei lassen sich gesundheitliche Folgen unter-

¹ Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Niederlande, Schweiz

² Ålandinseln, Dänemark, Estland, Färöer-Inseln, Finnland, Guernsey, Island, Irland, Isle of Man, Jersey, Lettland, Litauen, Norwegen, Svalbard und Jan Mayen, Schweden, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

³ Belarus, Bulgarien, Tschechien, Ungarn, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Slowakei, Ukraine

⁴ Albanien, Andorra, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Gibraltar, Griechenland, Heiliger Stuhl, Italien, Malta, Montenegro, Nordmazedonien, Portugal, San Marino, Serbien, Slowenien, Spanien

scheiden, die auf den akuten bzw. den chronischen Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

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

Durch den chronischen Konsum insbesondere größerer Mengen Alkohol steigt das Risiko einer Vielzahl von Erkrankungen, einschließlich Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. Leberzirrhose), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck), neuropsychiatrischen und psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz, Alkoholabhängigkeit), Diabetes Typ 2 und Krebs.

Um den Zusammenhang von chronischem Alkoholkonsum mit unterschiedlichen Erkrankungen zu verstehen, ist es notwendig, sich die Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge näher anzuschauen. Dabei unterscheidet sich der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungsrisiko je nach Erkrankung. Das heißt erstens, dass es keine Menge Alkohol gibt, die bei allen Erkrankungen zu einem vergleichbar erhöhten Erkrankungsrisiko für Männer und Frauen führt; und zweitens steigt das Risiko für verschiedene Krankheiten mit zunehmender Konsummenge in unterschiedlichem Maße an. So steigt beispielsweise das Risiko für Leberzirrhose erst, wenn im Durchschnitt täglich mehr als zwei kleine Bier (≥ 30 g Reinalkohol) getrunken werden. Für Krebserkrankungen hingegen steigt das Erkrankungsrisiko bereits mit geringen täglichen Trinkmengen. Schätzungsweise geht jede vierte Brustkrebserkrankung, die durch Alkoholkonsum bei Frauen verursacht wird, auf den sogenannten moderaten Konsum zurück, also auf den durchschnittlichen Gebrauch von weniger als 0,5 Liter Bier (≤ 20 g Reinalkohol) pro Tag (World Health Organization, 2020).

2.2 Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität

Wie im vorherigen Kapitel umrissen, steht der Konsum von Alkohol, insbesondere höherer Mengen, in einem kausalen Zusammenhang mit dem Risiko unterschiedlicher Erkrankungen sowie Unfällen. Falls der Konsum von Alkohol

über eine Erkrankung schließlich zu einem Todesfall führt, so ist der Todesfall ursprünglich auf Alkohol zurückzuführen, also alkohol-attributabel. Um den Umfang der alkohol-attributablen Mortalität zu bestimmen, wird geschätzt welcher Anteil der Todesfälle einer bestimmten Erkrankung in einer Population (z. B. in Deutschland) auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Diese Schätzungen der Anteile (d. h. Prozente), werden alkohol-attributable Fraktionen (AAF) genannt und sie werden für jede Erkrankung separat bestimmt, da der Einfluss von Alkohol sich über verschiedene Erkrankungen hinweg unterscheidet (zur Berechnung s. Kraus et al., 2023).

Am einfachsten ist die Bestimmung der AAF für Diagnosen im ICD-10, die per Definition nur auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Hierzu gehören Alkoholkonsumstörungen (Diagnose: F10) und alkoholische Leberzirrhose (K70), aber auch weniger häufige Erkrankungen wie alkoholische Gastritis (K29.2) oder alkoholische Kardiomyopathie (I42.6). Für diese Erkrankungen liegt die AAF bei jeweils 100 %, d. h. sie sind durch Abstinenz von Alkohol vollständig vermeidbar.

Die Bestimmung der AAF für Erkrankungen und Verletzungen, bei denen Alkohol nur einer von vielen Ursachen ist, beruht dagegen auf statistischen Schätzmodellen. Diese kombinieren kurz zusammengefasst zwei Komponenten:

- 1) die Menge des konsumierten Alkohols und
- 2) das Erkrankungs- oder Sterberisiko bei bestimmten Mengen des Alkoholkonsums (beschrieben in sogenannten Risikofunktionen).

Details zur Methodik werden an anderer Stelle genau beschrieben (Kehoe et al., 2012).

Zwei unterschiedliche Arbeitsgruppen haben in den letzten Jahren wiederholt Schätzungen für die alkohol-attributable Mortalität in Deutschland angefertigt. Da sich die Methoden zwischen den Arbeitsgruppen leicht unterscheiden, ergeben sich für bestimmte Erkrankungen unterschiedliche Ergebnisse – wie in Tab. 2 dargestellt.

Die Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basieren auf den Arbeiten der Forschenden am Centre for Addiction and Mental Health in Toronto. Aus einer im Jahr 2025 veröffentlichten Studie kann die Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität für alle Länder weltweit für das Jahr 2019 entnommen werden (Shield et al., 2025). Durch die Anwendung der gleichen Methodik wurde in einer separaten Studie geschätzt, dass in Deutschland 21.700 Erwachsene im Alter von 15 bis 69 Jahren im Jahr 2021 an den Folgen von Alkoholkonsum gestorben sind (Kraus et al., 2024).

Die Schätzungen der Global Burden of Disease (GBD) Studie basieren auf den Arbeiten der Forschenden am Institute for Health Metrics in Seattle. Die

Tab. 2: Anzahl alkohol-attributabler Todesfälle in unterschiedlichen Schätzungen

Erkrankung	WHO ¹		GBD ²	
	N	%	N	%
Übertragbare Erkrankungen	1.851	4,0	1.756	4,2
Tuberkulose	106	0,2	105	0,2
Infektionen der unteren Atemwege	1.719	3,7	1.651	3,9
Sexuell übertragbare Krankheiten ohne HIV/AIDS	0	0,0	/	/
HIV/AIDS	24	0,1	/	/
Nichtübertragbare Erkrankungen	35.959	77,8	38.031	90,3
Krebserkrankungen (z. B. Darm- und Brustkrebs)	13.480	29,1	14.848	35,2
Gastrointestinale Erkrankungen (z. B. Leberzirrhose und Pankreatitis)	11.569	25,0	11.089	26,3
Alkoholkonsumstörungen	6.257	13,5	6.851	16,3
CVD (z. B. Schlaganfall)	4.197	9,1	4.083	9,7
Neurologische Erkrankungen ^a	676	1,5	331	0,8
Diabetes Mellitus	-219	-0,5	829	2,0
Verletzungen	8.434	18,2	2.339	5,6
Nicht-intentionale Verletzungen ^b	5.915	12,8	1.505	3,6
Intentionale Verletzungen ^c	2.519	5,4	834	2,0
Gesamt	46.244	100	42.127	100

Dargestellt sind die Anzahl der alkohol-attributablen Todesfälle für unterschiedliche Erkrankungen und Verletzungen. Die Fallzahlen für übertragbare Erkrankungen, nichtübertragbare Erkrankungen und Verletzungen ergeben Gesamt. Die unter diesen drei großen Kategorien eingerückten Erkrankungen und Verletzungen sind jeweils untergeordnete Kategorien von Todesursachen (z. B. Krebserkrankungen als Teil von nichtübertragbaren Erkrankungen). Die Prozentangaben sollten entsprechender dieser Hierarchien interpretiert werden und beziehen sich immer auf die Gesamtzahl der alkohol-attributablen Todesfälle. Theoretisch protektive Effekte von Alkohol werden als negative, also vermiedene, Todesfälle angegeben.

¹ Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2019, aus Shield et al., 2025: doi:10.1016/S2468-2667(25)00174-4

² Schätzungen der Global Burden of Disease (GBD) Studie 2023 für das Jahr 2023, aus: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

^a umfasst Epilepsie bei der WHO und Epilepsie & Alzheimer bei GBD

^b einschließlich Transportunfälle

^c einschließlich Suizide und Homizide

Schätzungen der alkohol-attributablen Mortalität für unterschiedliche Jahre und Länder können in einem Datenbrowser abgerufen werden (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2025).

Die Methodik von WHO und GBD unterscheiden sich in zahlreichen Aspekten (s. Chrystoja et al., 2021, für einen umfassenden Vergleich). Im Folgenden sollen drei maßgebliche Unterschiede kurz erläutert werden:

- 1) Schätzung des Einflusses jeglichen Alkoholkonsums (WHO) vs. Schätzung des Einflusses hohen Alkoholkonsums;
- 2) Berücksichtigung unterschiedlicher Erkrankungen;
- 3) unterschiedliche Annahmen in den Risikofunktionen.

Erstens unterscheiden sich die beiden Schätzmethode in der Definition des geringsten Risikos in Bezug auf Alkoholkonsum. In der WHO-Methodik wird angenommen, dass Lebenszeitabstinenz das geringste Risiko birgt, womit die Schätzungen den Einfluss jeglichen Alkoholkonsums berücksichtigt. Dies schließt mögliche protektive Effekte mit ein. In der GBD-Studie wird hingegen nicht der gesamte Einfluss von Alkoholkonsum auf die Sterblichkeit erfasst, sondern seit GBD 2021 nur noch der Einfluss von „high alcohol use“. Dabei wird eine Menge Alkoholkonsum bestimmt, die aufgrund angenommener protektiver Effekte geringer Trinkmengen Alkohol für ausgewählte Erkrankungen theoretisch das geringste Gesundheitsrisiko aufweist: das sogenannte „theoretical minimum risk exposure level“ (TMREL).

Das TMREL wird pro Region, Jahr, Geschlecht und Altersgruppe geschätzt und maßgeblich über die Verteilung der alkohol-attributablen Disability-Adjusted Life Years (DALYs; deutsch: krankheitsbedingte Verlustjahre) bestimmt (s. Seite 193 ff. in Supplement 2 von Hay et al., 2025). Ein TMREL von 0 Getränken bedeutet, dass eine komplette Abstinenz mit dem geringsten Gesundheitsrisiko einhergeht. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um ein theoretisches Maß handelt und keinen Grenzwert für einen weniger riskanten Alkoholkonsum oder gar eine Empfehlung für moderaten Konsum darstellt.

Ein TMREL nahe 0 ist vor allem bei jüngeren Altersgruppen zu beobachten, unter denen alkohol-attributable Sterbefälle vor allem durch Unfälle, Krebs- und Lebererkrankungen charakterisiert sind. Mit steigendem Alter erkranken jedoch mehr Personen an Herz-Kreislaufkrankungen. Bei koronarer Herzkrankheit, einer bestimmten Herz-Kreislaufkrankung, wird in beiden Studien derzeit davon ausgegangen, dass ein geringer Alkoholkonsum – ohne Rauschtrinken – das Erkrankungsrisiko nicht steigert, sondern reduziert. Allerdings wird dieser mögliche protektive Effekt durch neuere Studien infrage gestellt (z. B. (Millwood et al., 2019); Meta-Analyse: (Carr et al., 2024); für eine Diskussion der Studienlage: (Piano et al., 2025); siehe auch Beitrag „Alkoholbezogene Störungen: körperliche Folge- und Begleiterkrankungen“ in diesem Jahrbuch für eine tiefergehende Diskussion der schädlichen Auswirkungen von Alkoholkonsum). Ungeachtet von möglichen protektiven Effekten für einzelne Erkrankungen, erhöht ein moderater Alkoholkonsum das Risiko für andere Gesundheitsprobleme (z. B. Krebserkrankungen sowie andere Herzerkrankungen), weshalb nur durch Abstinenz das Risiko auf 0 gesenkt werden kann.

Durch die angenommenen protektiven Effekte liegt das TMREL in der GBD-Studie nicht in jedem Alter bei 0, sondern steigt mit zunehmendem Alter an. Im Jahr 2020 lag in Westeuropa das TMREL unter 15- bis 19-Jährigen bei vollständiger Abstinenz (0 Gramm Reinalkohol), bei 30- bis 34-Jährigen bereits zwischen 1,2 und 1,6 Gramm Reinalkohol täglich. Bei 65- bis 69-Jährigen geht die GBD-Studie davon aus, dass das geringste Gesundheitsrisiko beim täglichen Konsum von 4,2 bis 4,9 Gramm Reinalkohol liegt, also durchschnittlich etwa 150 ml Bier täglich (s. Tab. 3 in Supplement 2 von Hay et al., 2025).

Auf Basis der verfügbaren Informationen lässt sich nicht genau bestimmen, wie sich die Berücksichtigung des TMREL auf die Schätzung der alkohol-attributablen Mortalität auswirkt. Es ist jedoch anzunehmen, dass mit steigendem Alter der negative Einfluss geringer Konsummengen auf bestimmte Erkrankungen, z. B. Krebs, nicht in den Schätzungen berücksichtigt wird.

Zweitens unterscheiden sich die beiden Schätzmethode in der Berücksichtigung verschiedener Erkrankungen und Unfallarten. Wie in Tab. 2 dargestellt, wird in der GBD-Studie der Einfluss von hohem Alkoholkonsum auf sexuell übertragbare Erkrankungen sowie HIV/AIDS nicht berücksichtigt (zu den kausalen Zusammenhängen, s. Rehm et al., 2017; Scott-Sheldon et al., 2016). Andererseits geht der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Demenz nicht in die WHO-Schätzung ein (für den kausalen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Demenz, s. Kilian et al., 2023a). Diese Erkrankungskategorien machen jedoch nur einen sehr kleinen Teil der alkohol-attributablen Mortalität aus und sind daher für die methodischen Unterschiede nur wenig bedeutsam.

Drittens wird in der GBD-Studie der Einfluss von episodischem Rauschtrinken nicht berücksichtigt, obwohl dieses ein maßgebliches Gesundheitsrisiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Unfälle darstellt. Da der mögliche protektive Effekt moderaten Alkoholkonsums für koronare Herzkrankheit durch Rauschtrinken ausgeglichen wird (Roerecke, Rehm, 2014), adjustieren die WHO-Schätzungen für diesen Einfluss.

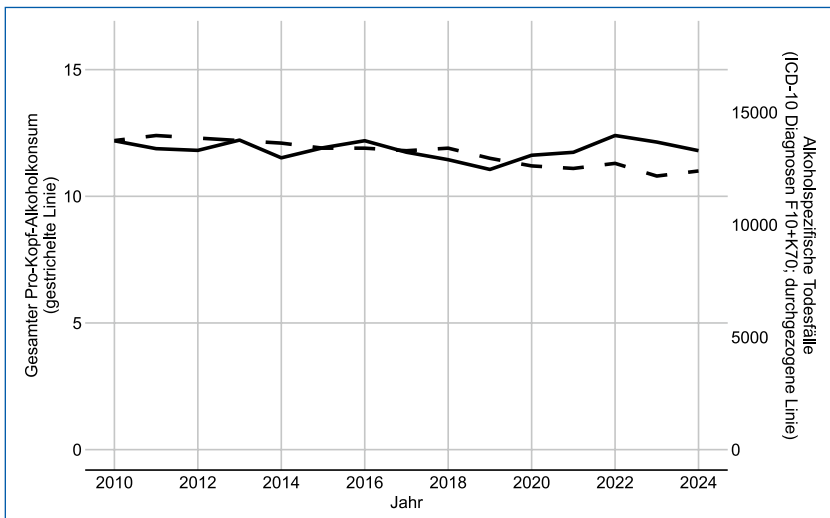
Ungeachtet dieser methodischen Unterschiede kommen beide Arbeitsgruppen zu ähnlichen Schätzungen hinsichtlich des Umfangs der alkohol-attributablen Todesfälle. Aus dem Mittelwert der beiden Schätzungen (42.127 bzw. 46.244 Todesfälle) lässt sich ableiten, dass derzeit jährlich rund 44.000 Todesfälle in Deutschland auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind.

2.3 Trends alkoholspezifischer Todesfälle

Unter den ca. 44.000 alkohol-attributablen Todesfällen (s. Tab. 2) sind ca. 13.000 auf Alkoholkonsumstörungen (F10) und alkoholische Leberzirrhose (K70) zurückzuführen. Beide Diagnosegruppen zusammen machen also einen relevanten Teil der alkohol-attributablen Mortalität aus. Wenn Diagnosen wie diese ausschließlich auf Alkoholkonsum und keine anderen Faktoren zurückzuführen sind, nennt man sie auch alkoholspezifische Diagnosen. Da diese Todesursachen auf sehr starken Alkoholkonsum über viele Jahre zurückzuführen sind, können sie als Indikator für eine unzureichend behandelte Alkoholabhängigkeit interpretiert werden.

Der Verlauf der alkoholspezifischen Sterbefälle zwischen 2010 und 2024 ist in Abbildung 1 dargestellt. Parallel zum sehr leichten Rückgang des PKA ist seit 2010 auch die Anzahl der Todesfälle minimal zurückgegangen. Dieser Trend wurde im Jahr 2020 unterbrochen: der PKA ist weiter leicht zurückgegangen, aber die Anzahl alkoholspezifischer Todesfälle ist leicht angestiegen. Während in den Jahren 2017 bis 2019 noch im Jahresmittel 12.861 Personen an einer Alkoholkonsumstörung oder alkoholischer Leberzirrhose gestorben sind, waren das 13.429 Personen in den Jahren 2020 bis 2022 (+4 %). Dieser gegenläufige

Abb. 1: Verlauf von Pro-Kopf-Alkoholkonsum (gestrichelte Linie) und alkoholspezifischer Todesfälle (durchgezogene Linie; Summe der Fälle mit Todesursache F10 und K70) zwischen 2012 und 2024; Mortalitätsdaten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025)



Trend von PKA und alkoholspezifischer Mortalität wurde in mehreren europäischen Ländern beobachtet (Kilian et al., 2023b). Daten aus Deutschland deuten darauf hin, dass die beobachteten Trendumbrüche während der COVID-19-Pandemie einerseits durch Verschiebungen im Alkoholkonsumverhalten (Manthey et al., 2020) und andererseits durch eine Unterversorgung von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit zu erklären ist (Manthey et al., 2023). Seit 2022 ist die alkoholspezifische Mortalität wieder leicht rückläufig, allerdings weiterhin auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2024 sind 71.892 Erwachsene im Alter von 30 bis 59 Jahren gestorben – 4.734 davon durch eine Alkoholkonsumstörung oder alkoholische Leberzirrhose (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2025). Diese beiden alkoholspezifischen Erkrankungen bleiben also eine der häufigsten Todesursachen vor dem Renteneintrittsalter und nehmen damit weiterhin negativen Einfluss auf die Lebenserwartung in Deutschland, welche seit 2023 erstmals unter dem europäischen Mittelwert liegt (Eurostat, 2025).

2.4 Soziale und Gesundheitsfolgen des Alkoholkonsums gegenüber Dritten

Die dargestellten Trends zu den alkoholspezifischen Todesfällen beziehen sich auf die Gesundheitsfolgen der Konsumierenden und lassen Schäden gegenüber Dritten, z. B. durch Verkehrsunfälle oder Gewalt unter Alkoholeinfluss, außen vor. Im Jahr 2024 wurden rund 14.340 (4 % aller) Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss und rund 96.960 (19 % aller) Tatverdächtige bei Körperverletzungsdelikten unter Alkoholeinfluss registriert (Bundeskriminalamt, 2025; Statistisches Bundesamt, 2025). Alkoholeinfluss impliziert hier jedoch nicht, dass der Vorfall kausal auf Alkoholkonsum zurückzuführen wäre. Die Zahl alkohol-attributabler Vorfälle, d. h. solche, zu denen es ohne Alkoholkonsum nicht gekommen wäre, wurden für das Jahr 2014 einmalig geschätzt. Demnach gab es in Deutschland ca. 1.200 tödliche Unfälle im Straßenverkehr (45 % aller Unfälle) und 55 tödliche Gewaltdelikte (15 % aller tödlichen Gewaltdelikte), die auf den Alkoholkonsum einer dritten Person zurückzuführen war (Kraus et al., 2019). Berücksichtigt man ferner Vorfälle ohne tödlichen Ausgang sowie Vandalismus, ist davon auszugehen, dass der physische, psychische und materielle Schaden deutlich höher ausfällt.

Von den sozialen Folgen des Alkoholkonsums ist insbesondere das unmittelbare Umfeld von Personen mit schwerem Alkoholkonsum, d. h. Partnerinnen und Partner sowie Kinder, betroffen. Basierend auf Daten des ESA wird geschätzt, dass bis zu 1,25 Millionen Kinder in Deutschland mit einem El-

ternteil aufwachsen, welches die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt (Kraus et al., 2021). Werden die Unterschätzung von Alkoholabhängigkeit im ESA und weitere riskante Konsummuster (z. B. wiederholte Rauschtrinkepisoden oder anhaltender, schwerer Konsum) berücksichtigt, fällt diese Zahl sehr wahrscheinlich deutlich höher aus. Kinder, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, haben ein erhöhtes Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen (z. B. Depression oder Angststörungen) und fangen häufiger selbst an, frühzeitig Alkohol zu trinken.

3 Revision der Leitlinie Alkohol

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

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

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

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

Unter Berücksichtigung dieser neuen Grenzwerte liegt ein moderates Risiko bei 14 % und ein hohes Risiko bei 18 % der Erwachsenen vor (Richter et al., 2025). Nur ca. ein Fünftel der Erwachsenen ist risikofrei, da sie keinen Alkohol konsumieren.

4 Alkoholpolitik in Deutschland und im europäischen Vergleich

Die WHO empfiehlt drei Public Health Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Krankheitslast (World Health Organization, 2024b):

- 1) Einschränkungen der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke,
- 2) eine Anhebung von Verkaufspreisen alkoholischer Getränke sowie
- 3) ein umfassendes Verbot von Alkoholmarketing.

Die drei Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Alkoholkonsum in der breiten Bevölkerung bzw. in besonderen Risikogruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) besonders kosten-effektiv reduzieren können (Babor et al., 2023; Gapstur et al., 2025). Inwieweit Deutschland diese Empfehlungen der WHO umsetzt, stellen wir im Folgenden anhand einer neuen Metrik zur Implementierung alkoholpolitischer Maßnahmen vor. Der ausführliche Bericht zum Stand der gesundheitspolitischen Regulation von Alkoholkonsum (sowie den Bereichen Ernährung, Tabak und körperliche Aktivität) in Deutschland sowie 17 weiteren europäischen Ländern wurde im Dezember des vergangenen Jahres im Bericht „Public Health Index: Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich“ vom AOK-Bundesverband und dem Deutschen Krebsforschungszentrum veröffentlicht (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025).

4.1 Zum Stand der Alkoholpolitik in Deutschland

Zum Vergleich der gegenwärtigen Alkoholpolitik in Deutschland mit anderen europäischen Ländern wurde die von Forschenden des Karolinska Institut in Stockholm (Schweden) entwickelte Skala „Bridging the Gap-Modified“ (BtG-M) herangezogen (Karlsson, Österberg, 2007; Månsson et al., 2024). Diese bewertet alkoholpolitische Maßnahmen in sieben Bereichen: Regelungen zur Produktion, Regelungen zu Verkauf und Ausschank, Mindestverkaufsalter, Regelungen zu Werbung und Marketing, Regeln im Straßenverkehr, öffentliche Politik und Alkoholbesteuerung. Grundlage für die Bewertung sind die entsprechenden Gesetzestexte (für Deutschland: <https://www.gesetze-im-internet.de>), die durch ein Team von Fachleuten ausgewertet wurden. Beim Maximum von 40 Punkten werden alle empfohlenen Maßnahmen umfassend umgesetzt. Die Bereiche „Regelungen zu Verkauf und Ausschank“ (10 Punkte) und „Alkoholbesteuerung“ (16 Punkte) erhalten anteilig die höchsten Punkte

Tab. 3: Alkoholpolitik in Deutschland gegenüber dem Spitzenreiter Norwegen anhand der Bewertungskriterien der Bridging the Gap-Modified (BtG-M) (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025)

Politikfeld	Deutschland	Norwegen
Regelungen zur Produktion	Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. <i>0 von 0 Punkten</i>	Produktion von Alkohol ist ein privatwirtschaftlicher Markt. <i>0 von 0 Punkten</i>
Regelungen zum Verkauf/Ausschank	Alkoholische Getränke sind zu jeder Tages- und Nachtzeit nahezu flächendeckend verfügbar. Ausnahme: Verkauf über Automaten nicht gestattet. <i>1 von 10 Punkten</i>	Alkoholische Getränke ab 4,7 % Vol. werden nur in lizenzierten Geschäften zu deren Öffnungszeiten verkauft. Es gelten zeitliche Beschränkungen für Verkauf und Ausschank. <i>8,5 von 10 Punkten</i>
Mindestverfälscher	„Begleitete Trinken“ ab 14 Jahren, Bier und Wein ab 16 Jahren verfügbar. <i>2 von 4 Punkten</i>	Alkoholische Getränke ab 4,7 % Vol. sind erst ab 20 Jahren verfügbar. <i>4 von 4 Punkten</i>
Regelungen zur Werbung und Marketing	Werbung für alkoholische Getränke ist grundsätzlich erlaubt. Ausnahmen: Alkoholwerbung, die sich explizit an Kinder und Jugendliche richtet, ist nicht erlaubt. Alkoholwerbung darf im Kino erst ab 18 Uhr laufen. <i>1 von 3 Punkten</i>	Alkoholische Getränke dürfen bundesweit nicht beworben werden. <i>3 von 3 Punkten</i>
Regeln im Straßenverkehr	Regelverstoß ab 0,5 Promille am Steuer. <i>2 von 4 Punkten</i>	Regelverstoß ab 0,2 Promille am Steuer. <i>4 von 4 Punkten</i>
Öffentliche Politik	Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme. <i>1 von 1 Punkten</i>	Es gibt eine nationale Suchtpräventionsstrategie einschl. entsprechender Präventionsprogramme. <i>1 von 1 Punkten</i>
Alkoholbesteuerung	Die Besteuerung von alkoholischen Getränken gehört einkommensbereinigt zu den niedrigsten in Europa. <i>2 von 16 Punkten</i>	Durch eine gesundheitsorientierte Besteuerung sind alkoholische Getränke weniger erschwinglich für preissensible Zielgruppen wie Jugendliche. <i>12,5 von 16 Punkten</i>

(d. h. eine hohe Gewichtung), da diese Maßnahmen besonders effektiv sind, um Alkoholkonsum zu reduzieren (Guindon et al., 2022, 2025).

Deutschland belegte Stand 2025 mit nur 9 von 40 Punkten den vorletzten Platz. Im Länderranking liegt Österreich mit Deutschland gleich auf und nur Luxemburg (7 Punkte) schneidet noch schlechter ab. Spitzenreiter sind hingegen die skandinavischen Länder (mit Ausnahme von Dänemark), Litauen und Irland (AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum, 2025).

Deutschlands schlechtes Abschneiden liegt insbesondere an einer fehlenden Regulation von Verkauf und Ausschank alkoholischer Getränke (1 von max. 10 Punkten), wodurch diese nahezu überall und zu jeder Tages- und Nachtzeit erhältlich sind, sowie an den hierzulande sehr niedrigen Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke (2 von max. 16 Punkten). Die unzureichende Besteuerung spiegelt sich auch in EU-weit sehr niedrigen Verkaufspreisen für alkoholische Getränke wider (Statistisches Bundesamt, 2026).

Auch in fast allen anderen Bereichen zeigen sich Defizite. Tab. 3 fasst den Stand der Alkoholpolitik in Deutschland in den jeweiligen Bereichen zusammen und stellt diese dem Spitzenreiter Norwegen (33 von max. 40 Punkten) gegenüber.

4.2 Gesundheitsorientierte Alkoholpolitik im europäischen Ausland

Neben Norwegen haben viele europäische Länder bereits kosten-effektive Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums umgesetzt. So ist beispielsweise der Verkauf alkoholischer Getränke in verschiedenen Ländern (Frankreich, Lettland, Litauen, Irland, Niederlande, Polen, Schweiz, Tschechien und Großbritannien) über ein Lizenzsystem geregelt. In Finnland, Norwegen und Schweden gibt es darüber hinaus ein staatliches Alkoholverkaufsmonopol. Solche regulativen Systeme können sowohl Verkaufstage und Öffnungszeiten als auch die Anzahl der Verkaufsstellen begrenzen. Eine entsprechende Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke hat dabei unmittelbare, positive Auswirkungen auf die Gesundheit: In Litauen führte eine Begrenzung der Verkaufszeiten (Montag bis Samstag: 10 bis 20 Uhr, Sonntag: 10 bis 15 Uhr) zu einem deutlichen Rückgang (-12 %) von Notaufnahmen aufgrund von Alkoholvergiftungen unter Männern (Jiang et al., 2022).

Litauen und Norwegen erlauben zusätzlich den Verkauf und Ausschank von Alkohol erst ab einem Alter von 20 Jahren. In Finnland (ab 22 % Vol.) und Schweden beträgt die Altersgrenze für den Verkauf ebenfalls 20 Jahre, während der Ausschank hier bereits ab 18 Jahren zulässig ist. Eine Anhebung des

Mindesterswerbsalter für alkoholische Getränke ist insbesondere vor dem Hintergrund des Kinder- und Jugendschutzes relevant. Ein später Konsumbeginn aufgrund eines höheren Mindesterswerbsalters hat dabei wahrscheinlich Auswirkungen auf das Konsumverhalten über die gesamte Lebensspanne (Luukkonen et al., 2023).

In Litauen und Norwegen besteht zudem ein umfassendes, bundesweites Werbeverbot für Alkohol. In Schweden gibt es ein entsprechendes Verbot für Produkte mit einem Alkoholgehalt von $\geq 15\%$, in Polen für Wein und Spirituosen, und in Finnland, Lettland, Österreich und der Schweiz für Spirituosen.

Schließlich erheben die meisten europäischen Länder auch höhere Verbrauchssteuern beim Kauf alkoholischer Getränke als in Deutschland. Die unzureichende Besteuerung führt nicht nur dazu, dass Alkohol nirgendwo so erschwinglich ist wie in Deutschland (Kilian et al., 2023b). Indem die Verbrauchssteuern auf alkoholische Getränke seit 1992 nicht mehr erhöht wurden, gehen dem Bundeshaushalt jährlich mehrere Milliarden Euro an Steuereinnahmen verloren (Rehm et al., 2025).

5 Fazit

Der Gesamt-PKA in Deutschland ging in den letzten Jahren graduell zurück, jedoch ist unklar, ob das international vereinbarte Ziel zur Konsumreduktion von mindestens 10 % zwischen 2010 und 2025 erreicht wird. Alkoholkonsum in Deutschland führt jährlich zum Tod von etwa 44.000 Personen. Darüber hinaus sind auch Kinder und andere nicht am Konsum beteiligte Personen von den Folgen des weit verbreiteten Alkoholkonsums betroffen. Eine systematische Bewertung der Alkoholpolitik in Deutschland und 17 weiteren europäischen Ländern offenbart ein erhebliches Defizit: Deutschland liegt zusammen mit Österreich auf dem vorletzten Platz. Durch die Umsetzung kosteneffektiver Public Health Maßnahmen zur Alkoholregulierung könnte der Alkoholkonsum und seine Folgeprobleme hierzulande deutlich reduziert werden.

Literatur

- AOK-Bundesverband; Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025): Public Health Index: Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich 2025. Berlin; Heidelberg. <https://www.aok.de/pp/public-health/index>, Zugriff: 19.01.2026.
- Babor, T. F. et al. (2023): Alkohol. Kein gewöhnliches Konsumgut. Eine Zusammenfassung der dritten Auflage. *Sucht*, 69(4), 147–162. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000822>.

- Bundeskriminalamt (2025): Polizeiliche Kriminalstatistik. PKS 2024 Bund-Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/PKSTabellen/BundTV/bundTV_node.html, Zugriff: 19.01.2026.
- Carr, S. et al. (2024): A burden of proof study on alcohol consumption and ischemic heart disease. *Nature Communications*, 15(1), 4082. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-47632-7>.
- Chrystoja, B. R. et al. (2021): A systematic comparison of the global comparative risk assessments for alcohol. *Addiction*, 116(8), 2026–2038. <https://doi.org/10.1111/add.15413>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Wie sollten Menschen mit Alkohol umgehen, um Gesundheitsrisiken zu verringern? Stellungnahme. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Stellungnahme_Umgang_mit_Alkohol.pdf, Zugriff: 20.01.2026.
- Eurostat (2025): Life expectancy by age and sex. Luxembourg. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/DEMO_MLEXPEC, Zugriff: 19.01.2026.
- Gapstur, S. M. et al. (2025): The IARC Perspective on the Effects of Policies on Reducing Alcohol Consumption. *The New England Journal of Medicine*, 392(17), 1752–1759. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2413289>.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025): Sterbefälle. Wiesbaden. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 19.01.2026.
- Guindon, G. E. et al. (2025): The effectiveness and cost-effectiveness of population-level policies to reduce alcohol use. A systematic umbrella review. *Canadian Journal of Public Health*, 116, 951–984. Open Access. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01013-9>.
- Guindon, G. E. et al. (2022): Prices, taxes and alcohol use. A systematic umbrella review. *Addiction*, 117(12), 3004–3023. Open Access. <https://doi.org/10.1111/add.15966>.
- Hay, S. I. et al. (2025): Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990–2023. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10513), 1873–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01637-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01637-X).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2025): GBD Results Tool. Seattle. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff: 19.01.2026.
- Jiang, H. et al. (2022): Are restrictions in sales hours of alcohol associated with fewer emergency room visits in Lithuania? An interrupted time-series analysis. *Drug and Alcohol Review*, 42(2), 487–494. <https://doi.org/10.1111/dar.13584>.

- Karlsson, T.; Österberg, E. (2007): Scaling alcohol control policies across Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(6), 499–511. <https://doi.org/10.1080/09687630701392032>.
- Kehoe, T. et al. (2012): Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Population Health Metrics*, 10(6). <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-6>.
- Kilian, C. et al. (2023a): Alcohol use, dementia risk, and sex. A systematic review and assessment of alcohol-attributable dementia cases in Europe. *BMC Geriatrics*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03972-5>.
- Kilian, C. et al. (2023b): Affordability of alcoholic beverages in the European Union. *European Addiction Research*, 29(1), 63-66. <https://doi.org/10.1159/000527096>.
- Kilian, C. et al. (2023c): Changes in Alcohol-Specific Mortality During the COVID-19 Pandemic in 14 European Countries. *Sucht*, 69(6), 261–307. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000841>.
- Kraus, L. et al. (2024): Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021. A modelling study. *Drug and Alcohol Review*, 43(7). <https://doi.org/10.1111/dar.13928>.
- Kraus, L. et al. (2023): Schätzung alkohol-attribuierbarer Mortalität und Morbidität. Trends 2006–2021. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/schaetzung-alkohol-attribuierbarer-mortalitaet-und-morbiditaet-trends-2006-2021>, Zugriff: 20.01.2026.
- Kraus, L. et al. (2021): Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(63). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0>.
- Kraus, L. et al. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany. A register-based study. *BMC Medicine*, 17(59). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0>.
- Luukkonen, J. et al. (2023): Minimum legal drinking age and alcohol-attributable morbidity and mortality by age 63 years. A register-based cohort study based on alcohol reform. *The Lancet Public Health*, 8(5), e339–e346. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00049-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00049-X).
- Månsson, A. et al. (2024): Alcohol control policy and alcohol-attributable disease burden in Finland and the Baltic countries. A longitudinal study 1995–2019. *Drug and Alcohol Review*, 43(6), 1338–1348. <https://doi.org/10.1111/dar.13901>.
- Manthey, J. et al. (2025): Identifying levels of alcohol use disorder severity in electronic health records. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 20(36). <https://doi.org/10.1186/s13011-025-00670-w>.
- Manthey, J. et al. (2023): Changes in the alcohol-specific disease burden during the COVID-19 pandemic in Germany. Interrupted time series analyses. *Euro-*

- pean Journal of Public Health, 33(4), 645–652. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad103>.
- Manthey, J. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66(5), 247–258. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000686>.
- Millwood, I. Y. et al. (2019): Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology. A prospective study of 500 000 men and women in China. *The Lancet*, 393(10183), 1831–1842. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31772-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31772-0).
- Möckl, J. et al. (2023): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Alkoholkonsums und episodischen Rauschtrinkens nach Geschlecht und Alter 1995–2021. München: IFT Institut für Therapieforchung. https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2021_Trends_Alkohol.pdf, Zugriff: 20.01.2026.
- Olderbak, S. et al. (2025): Psychoactive substance use in Germany. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>.
- Piano, M. R. et al. (2025): Alcohol Use and Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 152(1). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001341>.
- Rehm, J. et al. (2025): Alcohol Excise Taxation, Tax Share and Revenue in the European Union and the United Kingdom in 2022. An Overview and Modelling Analysis. *Drug and Alcohol Review*, 44(7), 2003–2012. <https://doi.org/10.1111/dar.70028>.
- Rehm, J. et al. (2017): Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Population Health Metrics*, 15(4). <https://doi.org/10.1186/s12963-017-0121-9>.
- Richter, A.; Starker, A.; Schienkiewitz, A. (2025): Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko? *Journal of Health Monitoring*, 10(3). <https://doi.org/10.25646/13396>.
- Richter, M. et al. (2024): Alkohol – Zufuhr in Deutschland, gesundheitliche sowie soziale Folgen und Ableitung von Handlungsempfehlungen. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). *Ernährungs Umschau*, 71(10). <https://doi.org/10.4455/eu.2024.033>.
- Roerecke, M.; Rehm, J. (2014): Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease. A narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*, 12(182). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0182-6>.

- Rumpf, H.-J. et al. (2024): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Positionspapier erarbeitet durch das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). *Sucht*, 70(2), 113–117, <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000868>.
- Scott-Sheldon, L. A. J. et al. (2016): Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS and Behavior*, 20(S1), 19–39. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1108-9>.
- Seitz, H. K.; 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.
- Shield, K. et al. (2025): National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burdens of disease 2000–20. A modelling study and comparative risk assessment. *The Lancet Public Health*, 10(9), e751–e761. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00174-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00174-4).
- Statistisches Bundesamt (2026): Dry January: Alkoholische Getränke in Deutschland so billig wie in fast keinem anderen EU-Land. Pressemitteilung Nr. 1 vom 06. Januar 2026. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/01/PD26_N001_61.html?templateQueryString=alkohol, Zugriff: 20.01.2026.
- Statistisches Bundesamt (2025): Verkehrsunfälle 2024. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/_inhalt.html#238554, Zugriff: 20.01.2025.
- World Health Organization (2025): Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2) three-year average (WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)). Geneva. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization (2024a): Global alcohol action plan 2022-2030. Geneva. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization (2024b): Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>, Zugriff: 20.01.2026.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2020): Alcohol and cancer in the WHO European Region. An appeal for better prevention. Copenhagen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Zugriff: 20.01.2026.

2.2 Tabak- und Nikotinprodukte – Zahlen und Fakten zum Konsum

*Anne Starker, Stephanie Klosterhalfen,
Sally Olderbak, Daniel Kotz, Boris Orth*

Zusammenfassung

Tabakrauchen ist unter Erwachsenen nach wie vor verbreitet. Nach aktuellen Ergebnissen der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA-Studie) beträgt der Anteil im Jahr 2025 33,7%. Bei Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) ist dieser Anteil nach Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 mit 6,8% deutlich geringer, bei jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) mit 26,3% aber schon deutlich höher. Seit Anfang der 2000er Jahre sinkt der Anteil von Jugendlichen und Erwachsenen, die Tabakprodukte rauchen. Jedoch stagniert diese Entwicklung in den letzten Jahren. Der Konsum von verwandten und neuartigen Nikotinprodukten nimmt jedoch seit 2018 zu, insbesondere bei jungen Erwachsenen. Laut DEBRA-Studie nutzen 2025 3,0% der Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren aktuell E-Zigaretten und 0,8% Tabakerhitzer. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ermittelte für 2024 eine 30-Tage-Prävalenz für die Nutzung von E-Zigaretten von 8,3% und von Tabakerhitzern von 1,9%. Ein Großteil der Personen, die konventionelle Tabakprodukte konsumieren, nutzen auch andere Nikotinprodukte, wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer oder Wasserpfeifen. Laut der GEDA-Studie 2022/2023 sind 6,9% der nichtrauchenden Erwachsenen mindestens einmal pro Woche Passivrauch ausgesetzt. Männer sind häufiger betroffen als Frauen und die Belastung nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab. Rauchen und Passivrauchbelastung sind nach wie vor in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am häufigsten verbreitet.

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten ist 2025 gegenüber dem Vorjahr um 0,2% gestiegen und der Pro-Kopf-Verbrauch liegt damit aktuell bei 795 Zigaretten. Der Absatz von Feinschnitt und Zigarren/Zigarillos verringerte sich. Der Absatz von Wasserpfeifentabak sank ebenfalls um 8,8% auf 1.162 Tonnen. Dagegen stieg der Absatz von Pfeifentabak um 2,9% auf 323 Tonnen. Der Absatz von Liquids z. B. für E-Zigaretten lag 18,2% über dem Vorjahreswert. Der Anteil der in Deutschland konsumierten, aber nicht

hier versteuerten Zigaretten wird auf etwa 0,7 % bis 7,7 % aller gerauchten Zigaretten geschätzt.

Eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums, der Passivrauchbelastung und vor allem des Konsums verwandter und neuartiger Nikotinprodukte lässt sich durch die Kombination aus individueller Unterstützung und strukturellen Maßnahmen erreichen. Ein konsequenter Policy-Mix aus Verhaltens- und Verhältnisprävention senkt nicht nur den Konsum, sondern trägt auch dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und die Bevölkerung langfristige vor den Folgen des Tabakkonsums zu schützen.

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 33.7 % in 2025. According to data from the 2023 Drug Affinity Study, this proportion is significantly lower among adolescents (aged 12 to 17), at 6.8 %, but significantly higher among young adults (aged 18 to 25), at 26.3 %. Since the early 2000s, the proportion of adolescents and adults who smoke tobacco products has been decreased. However, this trend has stagnated in recent years. The consumption of related and novel nicotine products has been increasing since 2018, particularly among young adults. According to the DEBRA study, 3.0 % of people aged between 14 and 64 years currently use e-cigarettes and 0.8 % use heated tobacco products in 2024. The Epidemiological Addiction Survey (ESA) determined a 30-day prevalence for the use of e-cigarettes of 8.3 % and for heated tobacco products of 1.9 % for 2024. A large proportion of people who consume conventional tobacco products also use other nicotine products, such as e-cigarettes, heated tobacco products or water pipes. According to the GEDA study 2022/223, 6.9 % of non-smoking adults are exposed to second hand smoke at least once a week. Men are affected more often than women, and exposure decreases noticeably with age. Smoking and second-hand smoke exposure remain most prevalent in socially disadvantaged population groups.

In 2025, sales of manufactured cigarettes taxed in Germany rose by 0.2% compared to the previous year, the per capita consumption is currently at 795 cigarettes. Sales of fine-cut cigarettes and cigars/cigarillos declined. Sales of water pipe tobacco also fell by 8.8 % to 1,162 tonnes, while pipe tobacco sales rose by 2.9 % to 323 tonnes. Sales of liquids, e.g. for e-cigarettes, were 18.2 % higher than in the previous year. It is estimated that the proportion of cigarettes consumed in Germany but not taxed here accounts for between 0.7 % and 7.7 % of all cigarettes smoked.

A sustainable reduction in tobacco consumption, exposure to second-hand smoke, and especially the use of related and novel nicotine products can be achieved

through a combination of individual support and structural measures. A consistent policy mix of behavioural and structural prevention not only reduces consumption, but also helps to reduce health inequalities and protects the population from the long-term consequences of tobacco consumption.

1 Einleitung

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Raucherinnen und Rauchern 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. Nach den Daten der Global Burden of Disease (GBD) Studie ist Tabakrauchen in Deutschland der Risikofaktor, der über die letzten Jahre stabil mit der größten Zahl an Sterbefällen assoziiert ist. Nach den modellierten GBD-Schätzungen waren in Deutschland 2023 rund 100.000 Todesfälle auf den Risikofaktor Tabakrauchen zurückzuführen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025). Nach Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums liegt die Zahl der tabakattributablen Todesfälle für Deutschland etwas höher, ca. 131.000 Todesfälle (Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe, 2025). Knapp ein Fünftel (19 %) aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland waren zum Stand 2018 auf Tabakkonsum zurückzuführen (Mons et al., 2018). Nach Berechnungen aus dem Jahr 2018 betragen die jährlichen direkten Kosten im Gesundheitssystem für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, 30,3 Milliarden 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 Milliarden Euro pro Jahr auszugehen (Effertz, 2020).

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

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

Inkrafttreten	Gesetz/Verordnung	Wesentliche Ziele
2002/2004	Änderung der Arbeitsstättenverordnung	Verbesserung des Nichtraucher-schutzes am Arbeitsplatz
2002	Tabakprodukt-Verordnung	Größere Warnhinweise/Regeln für Packungsaufdruck
2002–2005 2011–2015 2022–2026	Änderungen des Tabaksteuergesetzes	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife und damit Preisanstieg bei Tabakwaren
2007	Bundesnichtraucherschutzgesetz	Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen
2007–2008	Nichtraucherschutzgesetz der Länder	Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und der Gastronomie
2003, 2007, 2009	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Anhebung der Altersgrenze für den Erwerb und den Konsum von Tabakprodukten in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre; ab 2009 auch für Zigarettensautomaten
2016	Tabakerzeugnisgesetz und Tabakerzeugnisverordnung zur Umsetzung der europäischen Tabakprodukt-richtlinie	Regelung von Inhaltsstoffen, Emissionswerten und Informationspflichten zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen
	Änderung des Jugendschutzgesetzes	Ausdehnung des Abgabe- und Konsumverbots auf E-Zigaretten und E-Shishas Verbot des Angebots und der Abgabe von Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas an Kinder und Jugendliche im Versandhandel
2019	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Einführung eines Systems zur Rückverfolgbarkeit von Tabakerzeugnissen, um den illegalen Handel zu unterbinden
2021	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Schrittweises Verbot der Außenwerbung für Tabakerzeugnisse (2022), Tabakerhitzer (2023) und E-Zigaretten und Nachfüllbehälter (2024) Einbeziehung von nikotinfreien E-Zigaretten in das Tabakrecht
2022	Tabaksteuermodernisierungsgesetz	Stufenweise Anpassung der Tabaksteuertarife bis 2026 Steuerliche Gleichbehandlung von Heat-not-Burn-Produkten Einführung der Besteuerung von nikotin-haltigen Substanzen zur Verwendung in E-Zigaretten
2023	Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes	Verbot von Aroma-Tabak für erhitzte Tabakprodukte

Der vorliegende Beitrag beschreibt gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention und Stärkung des Nichtraucher-schutzes in Deutschland und berichtet über die Verbreitung des Rauchens und der Passivrauchbelastung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anhand von Daten repräsentativer Bevölkerungsbefragungen. Auch wird auf Tabakabhängigkeit und Rauchstoppversuche eingegangen. Auf Grundlage der Tabaksteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes wird über den Absatz und die Preise der verschiedenen Tabakprodukte sowie die Umsätze und Steuereinnahmen informiert. Zudem enthält der Beitrag einen Abschnitt zum Gebrauch von verwandten und neuartigen Nikotinprodukten, wie E-Zigaretten und Tabakerhitzern sowie des Konsums mehrerer Produkte.

2 Tabakkontrollpolitik und Nichtraucher-schutz in Deutschland

Zur Verringerung des Tabakkonsums in der Bevölkerung und zum Schutz Nichtraucher-der vor den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen stehen präventive Maßnahmen zur Verfügung. Diese setzen sowohl auf individueller Ebene an oder zielen auf strukturelle Veränderungen im Sinne der Verhältnisprävention. Mit der Unterzeichnung des Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) im Jahr 2004 hat sich Deutschland verpflichtet, die darin beschriebenen Maßnahmen umzusetzen. Dazu gehören regelmäßige Erhöhungen von Tabaksteuern, ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring, Warnungen vor den Gefahren des Tabakkonsums, Schutz vor Passivrauchen sowie Unterstützung beim Rauchstopp (World Health Organization, 2003). In Deutschland wurden verschiedene tabakkontrollpolitische Maßnahmen umgesetzt (Tab. 1).

Im internationalen Vergleich zeigt sich jedoch, dass diese bislang nicht in ausreichendem Umfang realisiert wurden. Das spiegelt sich auch in der europäischen Tabakkontrollskala wider, für die insgesamt 37 Länder hinsichtlich ihrer Bemühungen um effektive Tabakprävention und Tabakkontrolle miteinander verglichen wurden. Zugleich ist eine konsequente Umsetzung von Tabakkontrollmaßnahmen in Europa mit einer niedrigeren Rauchprävalenz verbunden (Starker, Mößnang, Kuhnert, 2025). Deutschland weist in der Tabakkontrollskala 2021 eine der niedrigsten Gesamtpunktzahlen in Europa auf und liegt in diesem Ranking auf dem viertletzten Platz, Spitzenreiter sind Großbritannien und Irland (Joossens et al., 2022). Demnach besteht in allen Bereichen der Tabakkontrolle in Deutschland Handlungsbedarf, was die Be-

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

Datenquelle	Jahr	Alter	Stichproben (n)	Prävalenz (%)		
				Männer	Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2025	18–64	7.058	38,5	28,8	33,7
Epidemiologischer Suchtsurvey ^{b)} : 30-Tage-Prävalenz (IFT Institut für Therapiefor- schung)	2024	18–64	7.396	23,7	19,7	21,8
GEDA Studie ^{c)} : Aktueller Rauchstatus (Robert-Koch-Institut)	2022/ 2023	18+	22.708	32,2	24,1	28,1
Mikrozensus ^{d)} : Aktueller Rauchstatus	2021	15+	709.920	22,3	15,7	18,9

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

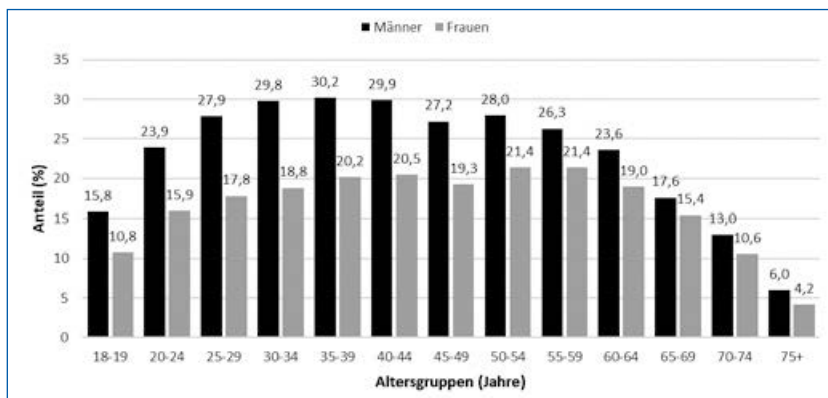
deutung umfassender Tabakkontrollstrategien zur Reduktion des Tabakkonsums unterstreicht.

3 Verbreitung des Tabakrauchens in der Bevölkerung

Aussagen zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung sind anhand bundesweit repräsentativer Studien möglich (Tab. 2). Aktuelle Daten für das Jahr 2025 liegen aus der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) vor. Danach beträgt der Anteil Rauchender bei Männern 38,5 % und bei Frauen 28,8 % (Kotz, Klosterhalfen, 2025). Weitere bevölkerungsrepräsentative Surveys aus früheren Jahren zeigen für Erwachsene folgendes Bild: Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, haben 23,7 % der Männer und 19,7 % der Frauen geraucht (Olderbak et al., 2025). Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) ermittelte für den Zeitraum 2022/2023 einen Anteil Rauchender von 32,2 % bei Männern und 24,1 % bei Frauen (Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe, 2025). Nach den Daten des Mikrozensus 2021 betrug der Anteil unter den Befragten ab 15 Jahren bei Männern 22,3 % und bei Frauen 15,7 % (Statistisches Bundesamt, 2023).

Hinsichtlich möglicher Altersunterschiede zeigen die Daten des Mikrozensus 2021 exemplarisch und für fein gegliederte Altersgruppen, dass das Rauchen bei Männern zwischen 30 und 45 Jahre und bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren am weitesten verbreitet ist (Abb. 1). Bei beiden Geschlechtern sinkt der Anteil der Rauchenden deutlich erst ab einem Alter von 65 Jahren.

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



Quelle: Mikrozensus 2021, Statistisches Bundesamt, 2023

Zum Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen ebenfalls Ergebnisse mehrerer bundesweit repräsentativer Studien vor (Tab. 3). In der DEBRA-Studie beträgt der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher im Jahr 2025 bei den 14- bis 17-Jährigen 9,5 % und bei den 18- bis 24-Jährigen

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

Datenquelle	Jahr	Alter	Stichprobe (n)	Prävalenz (%)		
				Jungen/Männer	Mädchen/Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^{a)} : Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2025	14–17	431	11,7	7,2	9,5
		18–24	831	38,2	26,1	32,4
Epidemiologischer Suchtsurvey ^{b)} : 30-Tage-Prävalenz (IFT Institut für Therapieforschung)	2024	18–20	753	12,7	15,0	13,7
		21–24	702	23,6	15,0	19,5
Präventionsradar ^{c)} : Monatsprävalenz (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung [IFT-Nord])	2023/ 2024	9–13	11.507	1,5	1,7	1,7
		14–17	9.633	8,9	8,8	9,1
Drogenaffinitätsstudie ^{d)} : 30-Tage-Prävalenz (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit)	2023	12–17	3.407	7,2	6,4	6,8
		18–25	3.594	33,6	18,4	26,3

Quellen: ^{a)} Kotz, Klosterhalfen, 2025b; ^{b)} Hollweck et al. (in Vorb.); ^{c)} Hanewinkel, Hansen, 2024; ^{d)} Orth et al. 2025a

gen 32,4 % (Kotz, Klosterhalfen, 2025). Laut ESA 2024 rauchten 13,7 % der 18- bis 20-Jährigen und 19,5 % der 21- bis 24-Jährigen (Hollweck, Krowartz, Olderbak, in Vorb.). Nach den Daten des Präventionsradars, einer sich jährlich wiederholenden Befragung von Schülerinnen und Schülern der Klassenstufen 5 bis 10 an allgemeinbildenden Schulen in 14 Bundesländern, rauchten im Schuljahr 2023/2024 bei den 9- bis 13-Jährigen 1,7 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 9,1 % (Hanewinkel, Hansen, 2024). Die Drogenaffinitätsstudie 2023 des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zeigt, dass 7,2 % der 12- bis 17-jährigen Jungen und rund 6,4 % der gleichaltrigen Mädchen rauchen. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren lagen die Werte bei 18,4 % bei den Frauen und bei 33,6 % bei den Männern (Orth et al., 2025a).

Die Studien zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung unterscheiden sich methodisch hinsichtlich der Stichprobenziehung, der Form der Datenerhebung sowie in der Formulierung der Fragen und der Antwortoptionen zum Rauchverhalten, was zu abweichenden Ergebnissen in der Rauchprävalenz führen kann. Die Betrachtung verschiedener Studien ermöglicht jedoch ein umfassendes Gesamtbild und eine gute Einschätzung des Rauchverhaltens Erwachsener in Deutschland. Damit liegt eine solide Grundlage für Schlussfolgerungen vor, die für politische Entscheidungen wichtig ist (Kotz et al., 2025).

3.1 Gruppenspezifische Unterschiede in der Bevölkerung

Für eine zielgerichtete Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik ist wichtig zu wissen, ob es Unterschiede im Rauchverhalten innerhalb der Bevölkerung gibt, etwa zwischen Frauen und Männern oder zwischen sozialen Gruppen.

Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen. Laut Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2023) liegt der Anteil bei 22,3 % bei Männern gegenüber 15,7 % bei Frauen. Auch die anderen genannten bevölkerungsbezogenen Studien in Deutschland bestätigen diesen Unterschied (s. Tab. 2).

Rauchen ist ein gesundheitliches Risikoverhalten, das stark sozial geprägt ist. Studien haben gezeigt, dass Bildung dabei der wichtigste sozioökonomische Prädiktor für das Rauchverhalten Erwachsener ist (Huisman et al., 2005). In Deutschland sowie in den meisten anderen europäischen Ländern ist das Tabakrauchen bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau stärker verbreitet (World Health Organization, 2019). Das belegen auch die Daten der GEDA-Studie (Starker et al., 2025) und die der DEBRA-Studie (Kotz et al., 2018; Kastaun et al., 2020).

Auch bei Jugendlichen zeigen sich Unterschiede im Rauchverhalten nach besuchter Schulform. Nach der Drogenaffinitätsstudie 2023 war Rauchen un-

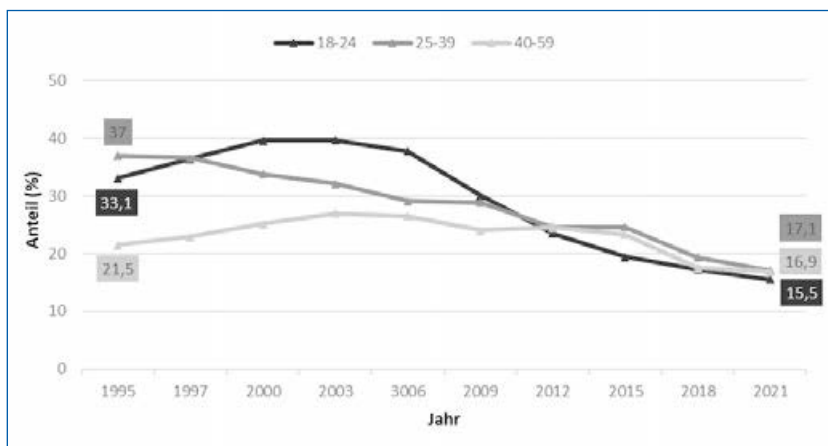
ter 12- bis 17-jährigen Gymnasiastinnen und Gymnasiasten weniger verbreitet als bei Jugendlichen, die eine Haupt-, Real-, Gesamt- oder andere Schule besuchten oder sich in Ausbildung befanden. Bei den 18- bis 25-Jährigen zeigt sich ein ähnliches Bild: Je höher der Bildungsabschluss, desto geringer war der Anteil der Rauchenden (Orth et al, 2025a). Das deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien (Moor et al., 2020; Seitz et al., 2020).

3.2 Trends

Erkenntnisse über zeitliche Entwicklungen und Trends im Rauchverhalten sind eine wichtige Grundlage für die zielgerichtete Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen der Tabakprävention und -kontrolle. Hierzu können Ergebnisse bundesweiter Studien mit unterschiedlich langen Erhebungszeiträumen herangezogen werden.

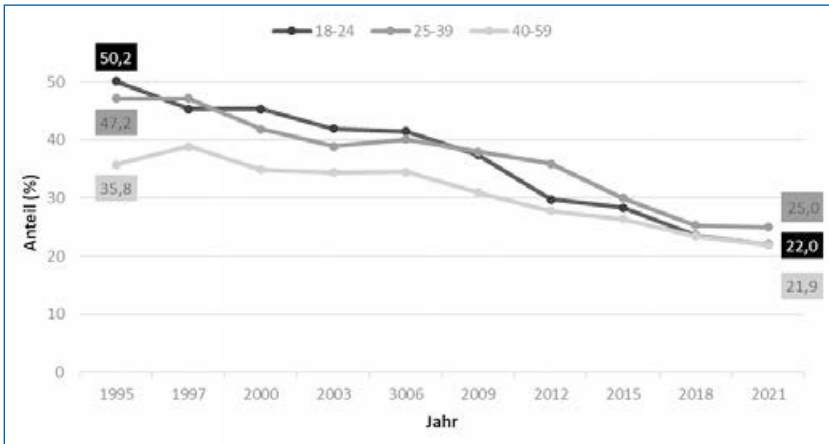
Für Erwachsene belegen die Trendauswertungen des ESA zur 30-Tage-Prävalenz des Konsums konventioneller Tabakprodukte bei 18- bis 59-Jährigen von 1995 bis 2021 (Kraus et al., 2022) einen Rückgang des Konsums von 35,8 % auf 20,1 %. Bei Männern zeigt sich eine Abnahme in allen Altersgruppen. Bei Frauen im Alter von 18 bis 34 sowie 40 bis 59 Jahren stieg der Konsum zunächst von 1995 bis 2003, fiel danach jedoch ebenfalls deutlich, sodass sich die Rauchquoten der Geschlechter im Zeitverlauf annäherten (Abb. 2a und 2b).

Abb. 2a: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote konventioneller Tabakprodukte bei 18- bis 59-jährigen Frauen



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

Abb. 2b: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote konventioneller Tabakprodukte bei 18- bis 59-jährigen Männern



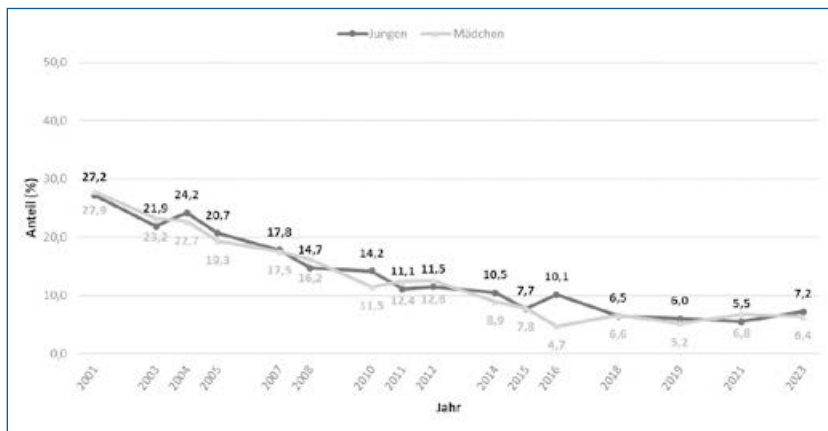
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2021 (Kraus et al., 2022)

Aktuelle ESA-Daten zeigen, dass sich der abnehmende Trend fortsetzt: Die Prävalenz des täglichen Tabakkonsums ist von 13,7 % im Jahr 2021 (Rauschert et al., 2022) auf 9,3 % im Jahr 2024 gesunken (Olderbak et al., 2025). Auch der Anteil starker Tabakkonsumentinnen und -konsumenten (20 oder mehr Zigaretten täglich) ist von 21,0 % im Jahr 2021 (Rauschert et al., 2022) auf 14,8 % im Jahr 2024 (Olderbak et al., 2025) deutlich zurückgegangen.

Auch der Vergleich des Mikrozensus von 2003 und 2021 zeigt einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung: Der Anteil Rauchender sank von 27,4 % auf 18,9 % insgesamt, bei Männern von 33,2 % auf 22,3 %, bei Frauen von 22,1 % auf 15,7 % (Statistisches Bundesamt, 2004; Statistisches Bundesamt, 2023).

Die GEDA- und die DEBRA-Studie bestätigen diesen Trend ebenfalls. Die GEDA-Studie zeigt über den Zeitraum 2003 bis 2022/2023 eine Abnahme von 32,1 % auf 28,8 % (Starker et al., 2025). Die DEBRA-Studie kann einen Zeitraum von 2016 bis 2025 abbilden. In den ersten Jahren lag der Anteil aktueller Tabakraucherinnen und -raucher zwischen 14 und 64 Jahren bei etwa 34 %, stieg zwischenzeitlich in den Jahren 2022 und 2023 auf etwa 40 % und lag im Jahr 2025 bei 32 % (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA], 2025).

Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Studienergebnisse zeigt jedoch, dass der Rückgang des Rauchens vor allem auf Verhaltensänderungen bei jungen Erwachsenen zurückzuführen ist. Im mittleren und höheren Lebensalter

Abb. 3: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen

Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 1979–2023 (Orth et al., 2025a)

fällt der Rückgang schwächer aus (Statistisches Bundesamt, 2023; Kraus et al., 2022).

Für Jugendliche kann die langfristige Entwicklung der Rauchprävalenz anhand der Repräsentativerhebungen des BIÖG beschrieben werden (Abb. 3). Für den Zeitraum von 2001 bis 2023 ist ein deutlicher Rückgang des Rauchens zu beobachten. Dieser Rückgang erfolgte allerdings vor allem bis Mitte der 2010er Jahre. Seitdem liegt der Anteil männlicher und weiblicher rauchender Jugendlicher in der Regel in einem Bereich von rund 6 bis 9 Prozent (Orth et al., 2025a). Auch anhand der Daten des ESA ist bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, vor allem bis 2012 (Kraus et al., 2022).

In Deutschland zeigen sich seit Jahren stabile Bildungsunterschiede in der Rauchprävalenz. Menschen mit hoher Bildung rauchen deutlich seltener als Personen mit mittlerer oder niedriger Bildung (Hoebel et al., 2018; Kuntz et al., 2018; Starker et al., 2025).

3.3 Tabakabhängigkeit, Rauchstoppversuche und genutzte Entwöhnungsmethoden

Tabakabhängigkeit ist durch ein starkes Verlangen nach Tabakkonsum sowie eine physische und psychische Abhängigkeit von Nikotin gekennzeichnet,

weshalb es den meisten Betroffenen nicht ohne gezielte Unterstützung gelingt, mit dem Rauchen aufzuhören (Schmidt et al. 2018; Hughes et al., 2004). Entsprechend kommt evidenzbasierten Entwöhnungsprogrammen und der Pharmakotherapie zentrale Bedeutung zu (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2021).

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2021 wurde eine rechtliche Grundlage geschaffen, die unter bestimmten Voraussetzungen die Kostenübernahme von Pharmakotherapie durch gesetzliche Krankenkassen ermöglicht. Für Nikotinersatz und Vareniclin, einem verschreibungspflichtigen Medikament, liegt eine positive Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor (Selbach et al., 2025). Schwer tabakabhängige Versicherte haben nun einmalig Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel im Rahmen evidenzbasierter Entwöhnungsprogramme. Der entsprechende Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist am 20. August 2025 in Kraft getreten (G-BA, 2025).

Da die G-BA Regelung ausschließlich für schwer tabakabhängige Versicherte gilt, ist die Verteilung der Abhängigkeitsgrade unter Raucherinnen und Rauchern von besonderer Bedeutung. Zur Einschätzung der Schwere der Tabakabhängigkeit werden verschiedene standardisierte Instrumente eingesetzt, etwa die Kriterien für Nikotinabhängigkeit im „Diagnostischen und Statistischen Manual“ (DSM) oder der Heaviness of Smoking Index (HSI).

Nach DSM-IV liegt eine Nikotinabhängigkeit vor, wenn im Zusammenhang mit Tabakkonsum mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind: Toleranz, Entzugssymptome, längerer oder höherer Konsum als beabsichtigt, verminderte Kontrolle, hoher Zeitaufwand, Einschränkung wichtiger Aktivitäten oder fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Schäden. Laut ESA 2024 konsumieren 9,3 % der Bevölkerung täglich konventionelle Tabakprodukte und 8,3 % erfüllen DSM-IV-Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit (Olderbak et al., 2025).

Die Stärke der Zigarettenabhängigkeit wird in der DEBRA-Studie anhand des HSI gemessen (Heatherton, 1989). Der Index ist eine Kurzform des Fagerström Tests für Zigarettenabhängigkeit und basiert auf der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten sowie der Zeitspanne bis zur ersten Zigarette nach dem Aufwachen. Abhängigkeitsgrade werden in drei Stufen unterteilt: gering (0–1 Punkt), mittel (2–4 Punkte) und hoch (5–6 Punkte) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2021). Für das Jahr 2025 zeigen die DEBRA-Daten, dass rund 38,2 % der Rauchenden eine geringe, 57,4 % eine mittlere und 4,4 % eine hohe Tabakabhängigkeit aufweisen.

Ein hoher Grad an Tabakabhängigkeit erschwert den Rauchstopp und verringert die Erfolgsaussichten eigenständiger Aufhörversuche. Entsprechend sind die Häufigkeit von Rauchstoppversuchen und die Nutzung evidenzbasierter Unterstützungsmethoden zentrale Indikatoren für die Einschätzung der Bemühungen um Tabakentwöhnung in der Bevölkerung. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher, die einen Rauchstoppversuch unternehmen, ist in den letzten Jahren allerdings kontinuierlich zurückgegangen.

Laut der DEBRA-Studie unternahmen 2025 nur 8,4 % der Personen, die in den letzten 12 Monaten geraucht hatten, mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in diesem Zeitraum; 2016 waren es noch 31,1 % (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten [DEBRA], 2025). Zudem zeigen die Ergebnisse, dass evidenzbasierte Methoden bei der Unterstützung von Rauchstoppversuchen nur selten genutzt werden (Kotz et al., 2020). 2025 griffen nur 13,2 % der Personen mit Rauchstoppversuch auf mindestens eine evidenzbasierte Methode zurück, am häufigsten auf die ärztliche Kurzberatung (5,7 %) und Nikotinersatz (6,2 %). E-Zigaretten, die in medizinischen Leitlinien keine Empfehlung zum Rauchstopp haben (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2021), nutzten 10,6 %.

3.4 Ausmaß der Passivrauchbelastung

Die Belastung durch Tabakrauch ist für Erwachsene infolge der gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen (Zeiber et al., 2018; Starker et al., 2022). Dennoch sind nach Daten der GEDA-Studie (Zeitraum 02/2022 bis 03/2023) weiterhin 6,9 % der nichtrauchenden Erwachsenen regelmäßig, das heißt mindestens einmal pro Woche, Tabakrauch ausgesetzt. Dabei zeigt sich eine deutliche Ungleichverteilung: Männer sind häufiger betroffen als Frauen (9,6 % vs. 4,6 %). Zudem nimmt die Tabakrauchbelastung mit zunehmendem Alter deutlich ab, von 16,7 % bei den 18- bis 29-Jährigen auf 3,4 % bei Personen ab 65 Jahren (Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe, 2025). Auch bei der Passivrauchbelastung zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede: Personen in der niedrigen oder mittleren Bildungsgruppe sind weitaus häufiger regelmäßig Tabakrauch ausgesetzt als Personen in der hohen Bildungsgruppe (8,3 % bzw. 7,9 % vs. 3,1 %).

Im Trend zeigt sich anhand der Daten der Drogenaffinitätsstudie auch für Jugendliche ein Rückgang der Passivrauchbelastung: Der Anteil nichtrauchender Jugendlicher, die sich mindestens einmal in der Woche in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, ist von 39,0 % im Jahr 2008 auf 16,2 % im Jahr 2023 zurückgegangen (Orth, 2025b). Bei den 12- bis 17-Jährigen gibt es

kaum Geschlechterunterschiede: 15,5 % der männlichen und 16,9 % der weiblichen Jugendlichen, die selbst nicht rauchten, haben sich mindestens einmal in der Woche in Räumen aufgehalten, in denen geraucht wurde. Bei den 18- bis 25-Jährigen waren dagegen männliche Nichtraucher mit 22,9 % deutlich häufiger einer Passivrauchbelastung ausgesetzt als Nichtraucherinnen in dieser Altersgruppe (13,2 %).

4 Verwandte und neuartige Nikotinprodukte

Epidemiologische Studien erheben neben Daten zu konventionellen Tabakprodukten, wie Zigarette, Zigarre, Zigarillo und Pfeife auch die Nutzung von verwandten und neuartigen Nikotinprodukten. So haben im Jahr 2024 laut ESA 8,3 % der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal ein E-Produkt (E-Zigaretten, E-Shisha, E-Zigarre), 1,7 % Wasserpfeife und 1,9 % Tabakerhitzer benutzt (Olderbak et al., 2025). Im Jahr 2025 nutzten laut DEBRA-Studie 3,0 % der Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren eine E-Zigarette, 0,8 % einen Tabakerhitzer und 0,1 % Nikotinbeutel (Kotz, Klosterhalfen, 2025).

Tab. 4: Daten zur Nutzung verwandter Nikotin- und Tabakprodukte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Datenquelle	Jahr	Alter (Jahre)	Stichprobe (n)	Prävalenz(%)		
				E-Zigarette	Tabakerhitzer	Wasserpfeife
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ^a : aktuelle Nutzung (Universität Düsseldorf)	2025	14–17	431	4,0	0,0	1,8
		18–24	834	4,1	1,0	3,8
Epidemiologischer Suchtsurvey ^b): 30-Tage-Prävalenz (IFT Institut für Therapie-forschung)	2024	18–20	750–758*	16,8**	2,8	4,5
		21–24	702–707*	16,4**	2,5	5,2
Drogenaffinitätsstudie ^c): 30-Tage-Prävalenz (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit)	2023	12-17	3.393–3.400*	3,9 (Mehrweg) 6,7 (Einweg)	0,3	3,9
		18–25	3.559–3.582*	7,8 (Mehrweg) 12,0 (Einweg)	3,4	10,2

* Die Stichprobengrößen variieren, da die Prävalenzschätzungen auf unterschiedlichen Fragen basieren.

** umfasst folgende Produkte: E-Zigarette, E-Shisha, E-Pfeife, E-Zigarre

Quellen: ^a) Kotz, Klosterhalfen, 2025d, ^b) Hollweck et al., in Vorb., ^c) Orth et al., 2025a

Der Konsum von verwandten und neuartigen Nikotinprodukten ist vor allem bei jungen Erwachsenen verbreitet (Tab. 4). Im Jahr 2025 nutzten nach Daten der DEBRA-Studie 4,1 % der 18- bis 24-Jährigen E-Zigaretten (Kotz, Klosterhalfen, 2025). Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2023 waren es bei den 18- bis 25-Jährigen 12,0 %, die Einweg- und 7,8 % die Mehrweg-E-Zigaretten nutzten (Orth et al., 2025a). Im ESA 2024 haben 16,8 % der 18- bis 20-Jährigen und 16,4 % der 21- bis 24-Jährigen in den letzten 30 Tagen ein E-Produkt genutzt. Den Konsum von Wasserpfeifen gaben 4,5 % der 18- bis 20-Jährigen und 5,2 % der 21- bis 24-Jährigen an (Hollweck et al., in Vorb.).

4.1 Trends

Die DEBRA-Daten zeigen, dass der E-Zigarettenkonsum in der deutschen Bevölkerung im Alter von 14 bis 64 Jahren von 2,2 % (2016) auf 3,0 % (2025) zugenommen hat (Kotz, Klosterhalfen, 2025). Einweg E-Zigaretten waren Ende 2024 die am häufigsten genutzten Modelle (Klosterhalfen et al., 2024). Gleichzeitig ging der Wasserpfeifenkonsum nach einem Anstieg bis 2020 zurück und lag Mitte 2024 bei 0,9 %, wobei der Rückgang vor allem 25- bis 39-Jährige betraf, während die Anteile bei Jugendlichen und älteren Personen durchgehend niedrig blieben (Klosterhalfen et al., 2025).

Dieses Muster wird auch durch die ESA-Daten bestätigt, die über einen längeren Zeitraum erhoben wurden: Während der Konsum konventioneller Tabakprodukte zwischen 1995 und 2021 in allen Altersgruppen rückläufig war, nahm die Nutzung verwandter und neuartiger Nikotinprodukte seit 2018 zu, insbesondere bei jungen Erwachsenen (Kraus et al., 2022). Aktuelle ESA-Daten zeigen, dass die Prävalenz der Nutzung von E-Produkten in den letzten 30 Tagen bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren seit 2021 weiter deutlich gestiegen ist. Im Jahr 2024 lag die Nutzungsrate fast doppelt so hoch wie 2021 (8,3 % vs. 4,3 %) (Olderbak et al., 2025; Rauschert et al., 2022).

4.2 Dualer und multipler Konsum

Die gleichzeitige Nutzung mehrerer Produkte im gleichen Beobachtungszeitraum bezeichnet man auch als multiplen Konsum, werden dabei nur zwei Produkte genutzt, spricht man von dualem Konsum („dual use“).

Aktuelle DEBRA-Daten für 2025 zeigen, dass 68,9 % der Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren, die E-Zigaretten konsumieren, gleichzeitig auch konventionelle Tabakprodukte nutzen (Kotz, Klosterhalfen, 2025). Bei Wasserpfeifen-

rauchenden ist der ausschließliche Konsum von 41,8 % im Jahr 2019 auf 26,3 % im Jahr 2023 zurückgegangen, während der duale Konsum auf 62,3 % und der multiple Konsum auf 11,2 % gestiegen ist (Klosterhalfen, Freedman, Kotz, 2025).

Laut ESA 2021 haben über die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer von E-Zigaretten und Tabakerhitzern in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren gleichzeitig konventionelle Tabakprodukte konsumiert, bei Nutzerinnen und Nutzern von Wasserpfeifen lag der Anteil bei mehr als einem Drittel (Kraus et al., 2022). Zwischen 2018 und 2021 ging vor allem der alleinige Konsum von konventionellen Tabakprodukten zurück, während die gleichzeitige Nutzung verwandter und neuartiger Nikotinprodukten mit konventionellen Tabakprodukten teilweise zunahm (Kraus et al., 2022).

Außerdem ist der kombinierte Konsum von Cannabis und Tabak weit verbreitet: Die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden in Deutschland raucht Cannabis zusammen mit Tabak (Hoch et al., 2025a; Kotz et al., 2024). Der Konsum von Cannabis zusammen mit Tabak tritt vermehrt bei Personen auf, die in den letzten 30 Tagen konventionelle Tabakprodukte genutzt haben und an 20 oder mehr Tagen Cannabis konsumiert haben (Hoch et al., 2025b).

5 Ergebnisse der Tabaksteuerstatistik

5.1 Verbrauch von Tabakprodukten und Substituten für Tabakwaren

Der Absatz von in Deutschland versteuerten Fertizigaretten ist 2025 gegenüber dem Vorjahr um rund 0,2 % gestiegen (Tab. 5). Das entspricht einem Pro-Kopf-Verbrauch von 795 Zigaretten (Statistisches Bundesamt, 2026).

Basierend auf Berechnungen der DEBRA-Studie wird der Anteil der in Deutschland konsumierten, aber nicht in Deutschland versteuerten Zigaretten auf etwa 0,7 %–7,7 % aller Zigaretten geschätzt (Klosterhalfen, 2025). Eine Differenzierung nach legalem und illegalem Konsum wird hierbei jedoch nicht getroffen. Somit beinhaltete dies Zigaretten, die legal aus dem Urlaub mitgebracht wurden als auch Zigaretten die auf dem Schwarzmarkt bezogen wurden sind.

Der Absatz von Feinschnitt ist 2025 gegenüber dem Vorjahr um 1,1 % gesunken und betrug 24.864 Tonnen (Statistisches Bundesamt, 2026). Das entspricht schätzungsweise einer Menge von ca. 37,3 Milliarden Zigaretten (Annahme: 1 kg Feinschnitt ergibt 1.500 selbstgedrehte Zigaretten; vgl. (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2014). Der Absatz von Zigarren und Zigarillos ist im Jahr

Tab. 5: Tabakwarenverbrauch 2015 bis 2025 in Millionen Stück bzw. Tonnen (entsprechend Nettobezug von Steuerzeichen^{a)})

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^{b)}
Zigaretten	Mio. 81.267	75.016	75.838	74.360	74.596	73.809	71.767	65.784	64.030	66.247	66.375
Zigarren/Zigarillos	Mio. 2.956	3.049	2.823	3.007	2.645	2.743	2.780	2.533	2.288	2.291	2.141
Feinschnitt	t 25.470	25.188	24.258	24.298	23.813	26.328	24.854	25.080	23.582	25.152	254.664
Pfeifentabak	t 1.732	2.521	3.245	3.333	4.150	5.989	8.387	325*	398	314	323

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^{b)}
Zigaretten	+2,2	-7,7	+1,1	-1,9	+0,3	-1,1	-2,8	-8,3	-2,7	+3,5	+0,2
Zigarren/Zigarillos	-23,4	+3,1	-7,4	+6,5	-12,1	+3,7	+1,3	-8,9	-9,7	+0,1	-6,5
Feinschnitt	-0,9	-1,1	-3,7	+0,2	-2,0	+10,6	-5,6	+0,9	-6,0	+6,7	-1,1
Pfeifentabak	+27,4	+45,6	+28,7	+2,7	+24,5	+44,3	+40,0	-*	+22,5	-21,1	+2,9

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

^{b)} Vorläufige Zahlen (Stand 23. Januar 2026).

* 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), 2026

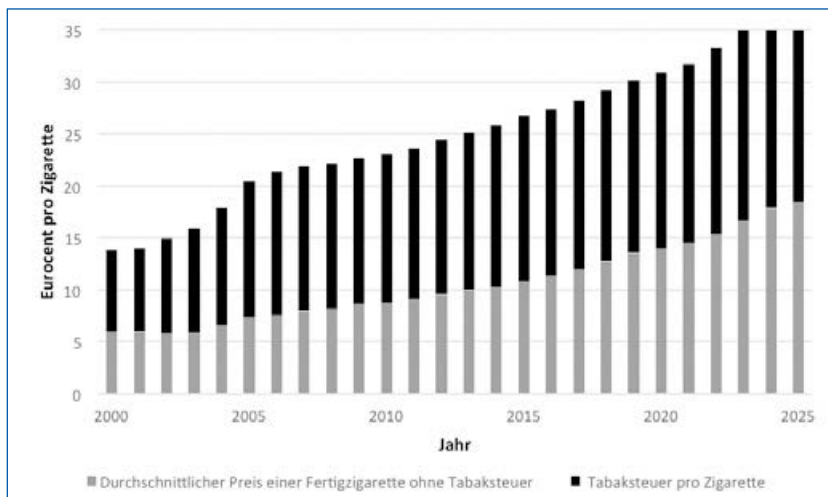
2025 im Vergleich zum Vorjahr auf 2,1 Milliarden Stück gesunken (-6,5%). Seit dem Inkrafttreten der geänderten Tabaksteuerverordnung zum 1. Juli 2024 sind für Wasserpfeifentabak wieder alle Packungsgrößen zulässig; die zum 1. Juli 2022 eingeführte Höchstmenge von 25 Gramm pro Packung wurde aufgehoben. Im zweiten Halbjahr 2024 nahm der Absatz von Wasserpfeifentabak deutlich zu: Während im ersten Halbjahr 2024 260 Tonnen versteuert wurden, belief sich die versteuerte Menge im zweiten Halbjahr 2024 auf 1.015 Tonnen. Im Jahr 2025 betrug der Absatz von Wasserpfeifentabak insgesamt 1.162 Tonnen. Damit blieb der Absatz auch 2025 auf einem erhöhten Niveau, lag jedoch unter dem Vorjahreswert und ging gegenüber 2024 insgesamt um 8,8% zurück. Der Verbrauch von Pfeifentabak lag im Jahr 2025 bei 323 Tonnen und ist gegenüber 2024 um 2,9% gestiegen. Die Angaben zu erhitztem Tabak werden aus datenschutzrechtlichen Gründen derzeit nicht ausgewiesen. Die Menge der im Jahr 2025 versteuerten Substitute für Tabakwaren (z. B. Liquids für E-Zigaretten bzw. Verdampfer) betrug 1,5 Millionen Liter, 18,2% mehr als im Vorjahr.

5.2 Preisentwicklung

Im Jahr 2025 kostete eine Fertizigarette durchschnittlich 38,10 Eurocent (Statistisches Bundesamt, 2026). Seit Anfang der 2000er Jahre hat sich der Preis für Zigaretten damit mehr als verdoppelt (Abb. 4). Die mehrstufigen Tabaksteuererhöhungen der Jahre 2002 bis 2005 und 2011 bis 2015 sowie die im Jahr 2007 umgesetzte Mehrwertsteuererhöhung von 16% auf 19% haben zur Verteuerung von Fertizigaretten beigetragen. Zudem sind in dem seit 2022 geltenden Tabaksteuermodernisierungsgesetz über den Zeitraum von fünf Jahren schrittweise Erhöhungen der Tarife für Zigaretten und Feinschnitt, und auch für Zigarren/Zigarillos, Pfeifentabak sowie Tabakerhitzer und nikotinhalige Liquids für E-Zigaretten vorgesehen. Der Anteil der Tabaksteuer am durchschnittlichen Verkaufspreis von Fertizigaretten betrug 2025 51,8% und liegt aktuell etwas höher als im Vorjahr (51,4%), aber deutlich niedriger als noch in den Jahren 2003–2008, wo es ca. 63% waren (Abb. 4). Inklusive der Mehrwertsteuer ergibt sich damit insgesamt ein Steueranteil von mehr als zwei Drittel (70,8%) des Verkaufspreises.

5.3 Umsätze

Die Umsätze mit Tabakwaren (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind im Jahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 4,3% auf ca. 31,4 Milliarden Euro gestiegen (Tab. 6). Bei Zigaretten und Feinschnitt kam es zu einem Anstieg, bei

Abb. 4: Durchschnittlicher Verkaufspreis von Zigaretten pro Stück 2000-2025

Quelle: Tabaksteuerstatistik 2025 (Statistisches Bundesamt, 2026)

Zigarren/Zigarillos zu einer leichten und bei Pfeifentabak zu einer deutlichen Abnahme (Statistisches Bundesamt, 2026). Bei Wasserpfeifentabak lag der Umsatz im Jahr 2025 mit 157 Millionen Euro etwas unter dem Vorjahr (-10,3 %). Für Substitute liegen keine Angaben dazu vor.

5.4 Tabaksteuereinnahmen

Auch die Nettoeinnahmen aus der Tabaksteuer (ohne Wasserpfeifentabak und Substitute) sind 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 5,9 % auf 15,8 Milliarden Euro gestiegen (Tab. 7). Dabei entfiel der Großteil der Tabaksteuereinnahmen auf Fertizigaretten, gefolgt von Feinschnitt. Die Nettoeinnahmen für Wasserpfeifentabak lagen bei 63 Millionen Euro und damit etwas unter dem Vorjahr (67 Millionen Euro). Die Netto-Tabaksteuereinnahmen aus Substituten (Bezug von Steuerzeichen) stiegen im Jahr 2025 im Vergleich zu 2024 deutlich an und erhöhten sich von 266 auf 404 Millionen Euro (+51,9 %). Der deutliche Anstieg im Jahr 2025 erklärt sich aus einer größeren versteuerten Menge von Tabaksubstituten (insbesondere E-Zigaretten-Liquids, +18,2%) und den schrittweise erhöhten Steuersätzen je Milliliter. Zusätzlich könnten Vorzieheffekte eine Rolle spielen, weil Hersteller und Händler vor Steuererhöhungen verstärkt Steuerzeichen orderten.

Tab. 6: Entwicklung der Umsätze für Tabakwaren (ohne Wasserpipeintabak und Substitute) 2015 bis 2025 (Kleinverkaufswerte^a); in Mio. €

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^b
Zigaretten	21.697	20.521	21.377	21.659	22.490	22.807	22.718	21.885	22.525	24.279	25.291
Zigarren/Zigarillos	691	705	673	738	661	737	775	794	776	802	791
Feinschnitt	3.670	3.655	3.515	3.539	3.627	4.198	4.094	4.436	4.507	4.929	5.239
Pfeifentabak	165	235	347	426	635	1.052	1.796	17*	79	68	59
Summe	26.223	25.116	25.912	26.362	27.413	28.794	29.383	27.132	27.887	30.078	31.380

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^b
Zigaretten	+6,0	-5,4	+4,2	+1,3	+3,8	+1,4	-0,4	-3,7	+2,9	+7,8	+4,2
Zigarren/Zigarillos	-10,6	+2,0	-4,5	+9,7	-10,4	+11,5	+5,2	+2,5	-2,3	+3,4	-1,4
Feinschnitt	+4,4	-0,4	-3,8	+0,7	+2,5	+15,7	-2,5	+8,4	+1,6	+9,4	+6,3
Pfeifentabak	+26,0	+42,4	+47,7	+22,8	+49,1	+65,7	+70,7	-*	+364,7	-13,9	-13,2
Summe	+5,4	-4,2	+3,2	+1,7	+4,0	+5,0	+2,0	-*	+2,8	+7,9	+4,3

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

^b Vorläufige Zahlen (Stand 23. Januar 2026).

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

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Tab. 7: Entwicklung der Netto-Tabaksteuereinnahmen (ohne Wasserpipeintabak und Substitute) 2015 bis 2025 in Mio. €

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^a
Zigaretten	12.871	12.125	12.362	12.294	12.251	12.349	12.303	11.819	11.963	12.477	13.197
Zigarren/Zigarillos	95	97	93	93	87	84	86	93	97	93	79
Feinschnitt	1.893	1.889	1.832	1.840	1.760	1.976	1.955	2.017	2.139	2.309	2.481
Pfeifentabak	48	71	95	106	149	228	370	10*	16	15	13
Summe	14.907	14.182	14.381	14.334	14.247	14.637	14.714	13.939	14.215	14.894	15.770

Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Zigaretten	+5,0	-5,8	+2,0	-0,6	-0,3	+0,8	-0,4	-3,9	+1,2	+4,3	+5,8
Zigarren/Zigarillos	-26,9	+2,1	-4,1	0,0	-6,5	-3,4	+2,4	+8,1	+4,3	-4,1	-15,1
Feinschnitt	+3,2	-0,2	-3,0	+0,4	-4,3	+12,3	-1,1	+3,2	+6,0	+7,9	+7,4
Pfeifentabak	+23,1	+47,9	+33,8	+11,6	+40,6	+53,0	+62,3	-*	+60,0	-6,3	-13,3
Summe	+4,5	-4,9	+1,4	-0,3	-0,6	+2,7	+0,5	-*	+2,0	+4,8	+5,9

^a Vorläufige Zahlen (Stand 23. Januar 2026).

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

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

6 Fazit

Das Rauchen von Tabakprodukten ist nach wie vor verbreitet, und es bestehen deutliche soziale Unterschiede. In den letzten zwei Jahrzehnten ist bei Erwachsenen ein Rückgang des Anteils Rauchender sowie des täglichen und starken Konsums zu beobachten, und immer weniger Jugendliche beginnen mit dem Tabakrauchen. Im Gegensatz dazu ist seit 2018 ein Anstieg des Konsums verwandter und neuartiger Nikotinprodukten zu verzeichnen, insbesondere von E-Zigaretten bei jungen Erwachsenen. Insgesamt zeigt sich für Jugendliche und Erwachsene ein Rückgang der Passivrauchbelastung.

Zur nachhaltigen Reduzierung des Nikotin- und Tabakkonsums ist die konsequente Fortführung umfassender Tabakkontrollmaßnahmen erforderlich. Der Konsum von Tabak und Nikotin ist nicht allein Ausdruck individueller Entscheidungen, sondern wird maßgeblich durch soziale, ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst. Entsprechend verpflichtet die, von Deutschland ratifizierte, WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) zur Umsetzung evidenzbasierter verhältnispräventiver Maßnahmen wie Steuererhöhungen, Werbeverbote, standardisierte Verpackungen, Reduktion der Verfügbarkeit sowie wirksamen Schutz vor Passivrauchen, ergänzt durch Unterstützung beim Rauchausstieg. Ein konsequenter Policy-Mix aus Verhaltens- und Verhältnisprävention trägt dazu bei, den Nikotin- und Tabakkonsum in der Bevölkerung zu senken, sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen und damit gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen (Tabuchi et al., 2018).

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2021): S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“. AWMF-Register Nr. 076-006. Berlin. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-006.html>, Zugriff: 12.02.2026.

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg. https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/AdWfdP/AdWfdP_2014_Tabaksteuererhoehungen-und-Rauchverhalten-in-Deutschland.pdf, Zugriff: 12.02.2026.

Deutsches Krebsforschungszentrum; Deutsche Krebshilfe (2025): Tabakatlas Deutschland 2025. Lengerich: Pabst.

- 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.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2025): Arzneimittel-Richtlinie: § 14a und Anlage IIa – Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. <https://www.g-ba.de/beschluesse/7210/>, Zugriff: 11.11.2025.
- Hanewinkel, R.; Hansen, J. (2024): Trends und Risikofaktoren des Nikotinkonsums im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2024. Dt. Ärzteblatt International, 121, 779–780.
- Heatherton, T. F. et al. (1989): Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 84(7), 791–800.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2025): GBD Results. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, Zugriff 19.11.2025.
- Hoch, E. et al. (2025a): Cannabiskonsum vor und nach der Teillegalisierung. Erste Trends, Konsummuster und Motive. Dt. Ärzteblatt International, 122, 632–637.
- Hoch, E. et al. (2025b): Cannabis: Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2025. Lengerich: Pabst. 115–136.
- Hoebel, J. et al. (2018): Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s. The Case of Germany. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(3), 295–302.
- Hughes, J. R.; Keely, J.; Naud, S. (2004): Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1), 29–38.
- 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
- Hollweck, R.; Krowartz, E.-M.; Olderbak, S. (in Vorbereitung): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2024. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf Konsumabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2024. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Joossens, L. et al. (Eds.) (2022): The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>, Zugriff: 12.02.2026.
- Klosterhalfen, S. (2025): Expenditures on nicotine and tobacco products in Germany: a focus on proportionate share of income and on cigarettes that were not subject to the usual taxes and duties. Vortrag auf der Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europe. Cluj Napoca, Rumänien, 11. September 2025.

- Klosterhalfen, S.; Freedman, N. D.; Kotz, D. (2025): Waterpipe and Co-Use of Inhaled Nicotine and Tobacco Products: Findings from a Population-Based Cross-Sectional Household Survey in Germany. *Nicotine & Tobacco Research*, 28(1), 46–53. DOI: 10.1093/ntr/ntaf192.
- Klosterhalfen, S.; Viechtbauer, W.; Kotz, D. (2025): Wasserpfeifenkonsum in Deutschland (2018–2024): Prävalenz und soziodemografische Unterschiede beim Einstiegsalter. *Journal of Health Monitoring*, 10(3), e 13355. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JFocus/JHealthMonit_2025_3_Wasserpfeifenkonsum.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 12.02.2026.
- Klosterhalfen, S.; Viechtbauer, W.; Kotz, D. (2024): Disposable e-cigarettes: Prevalence of use in Germany from 2016 to 2023 and associated user characteristics. *Addiction* 120(3), 557–567.
- Kotz D. et al. (2025): Rauchverhalten in Deutschland. Ein Vergleich verschiedener bundesweiter Studien. *Sucht*, 71(4), 209–221.
- Kotz, D. et al. (2024): Cannabisgebrauch in Deutschland: Häufigkeit, Administrationswege und gemeinsame Nutzung von inhalierten Nikotin- und Tabakprodukten. *Dt. Ärzteblatt International*, 121, 52–57.
- Kotz, D.; Batra, A.; Kastaun, S. (2020): Rauchstoppversuche und genutzte Entwöhnungsmethoden. Eine deutschlandweite repräsentative Befragung anhand sozioökonomischer Merkmale in 19 Wellen von 2016–2019 (DEBRA-Studie). *Dt. Ärzteblatt International*, 117, 7–13.
- Kotz, D.; Böckmann, M.; Kastaun, S. (2018): Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Dt. Ärzteblatt International*, 115, 235–242.
- Kotz, D.; Klosterhalfen, S. (2025): Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA), persönliche Mitteilung. Düsseldorf: Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. <https://www.debra-study.info>.
- Kraus, L. et al. (2022): Entwicklung des Konsums von Tabak, alternativen Tabakprodukten und Tabakalternativen in Deutschland. *Dt. Ärzteblatt International*, 119(31-32), 535–541.
- Kuntz, B. et al. (2018): Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61, 7–19.

- Mons, U. et al. (2018): Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. *Dt. 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. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDDownloads/JFocus/JoHM_03_2020_HBSC_Substanzkonsum.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 12.02.2026.
- Olderbak S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631.
- Orth, B.; Spille-Merkel, C.; Nitzsche, A. (2025a): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/DAS_2023_Forschungsbericht_final.pdf, Zugriff: 12.02.2026.
- Orth, B. (2025b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023: Passivrauchbelastung, persönliche Mitteilung. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).
- Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Dt. Ärzteblatt International*, 119(32-32), 527–534.
- Schmidt, H. D.; Rupperecht, L. E.; Addy, N. A. (2018): Neurobiological and Neurophysiological Mechanisms Underlying Nicotine Seeking and Smoking Relapse. *Complex Psychiatry*, 4(4), 169–189.
- 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; Bd. 191). München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Selbach, C. et al. (2025): Tabakentwöhnung durch Nikotin oder Vareniclin bei schwerer und leichter Tabakabhängigkeit. Ergebnisse einer Metaanalyse. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 7–11.
- Starker, A.; Mößnang, D.; Kuhnert, R. (2025): Einordnung der Rauchprävalenz im Kontext der Tabakkontrollmaßnahmen in Europa. *Journal of Health Monitoring*, 10(3). https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDDownloads/JFocus/JHealthMonit_2025_03_Tabakkontrollmassnahmen.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 12.02.2026.
- Starker A. et al. (2025): Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. *Journal of Health Monitoring*, 10(1). <https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Mo>

- onitoring/GBEDDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2025_01_Adipositas_Rauchen.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 12.02.2026.
- Starker, A. et al. (2022): Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 7(3), 7–22. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2022_03_Rauchen_Passivrauch_GEDA_2019_2020.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff: 12.02.2026.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026): Tabaksteuerstatistik. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73411/details>, Zugriff: 12.02.2026.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Gesundheitszustand und -relevantes Verhalten: Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen und Geschlecht. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-rauchverhalten.html#119174>, Zugriff: 26.11.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2004): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit-Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden.
- Tabuchi, T.; Iso, H.; Brunner, E. (2018): Tobacco Control Measures to Reduce Socio-economic Inequality in Smoking. The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. *Journal of Epidemiology*, 28(4), 170–175.
- World Health Organization (Ed.) (2003): WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2019): European tobacco use: trends report 2019. Geneva. <https://iris.who.int/bitstreams/f84c429e-0e0a-478c-aaa4-33f6537b5f8d/download>, Zugriff: 12.02.2026.
- Zeiber, J. et al. (2018): Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 72–80. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDDownloadsJ/FactSheets/JoHM_02_2018_Passivrauchbelastung_Erwachsene.html?nn=16913914, Zugriff: 12.02.2026.

2.3 Medikamente – Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Tom Bschor

*Prof. Dr. Gerd Glaeske (1945–2022) gewidmet,
dessen kritische und unabhängige Stimme sehr fehlt.¹*

Zusammenfassung

Medikamente, die eine kurzfristige positiv erlebte psychische Wirkung erzeugen, können ein Abhängigkeitspotenzial haben. Dies trifft auf circa 4 % bis 5 % der häufig verordneten Arzneimittel zu. Zahlen zu Arzneimittelabhängigkeit in Deutschland sind ungenau, da Medikamentenverordnungen nur unvollständig erfasst werden, die Suchtmittel auch über den Schwarzmarkt bezogen werden können und Schätzungen auf Selbstberichten und Hochrechnungen beruhen. Extrapolationen gehen von 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus.

Die häufigste Medikamentenabhängigkeit betrifft Benzodiazepine und die mit ihnen verwandten sogenannten Z-Substanzen. Die Verordnungszahlen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sinken kontinuierlich, jedoch werden diese Medikamente in großem Umfang auch für gesetzlich krankenversicherte Personen auf Privatrezepten verordnet. Diese beruhigenden und schlaffördernden Medikamente werden entgegen den Empfehlungen zu häufig langfristig und insbesondere betagten Menschen verordnet. Ältere Personen sind aber in besonderer Weise durch Risiken bedroht, wie Verlangsamung der kognitiven Funktionen, Erhöhung des Demenz- und Sturzrisikos sowie Verminderung von Sport und Bewegung.

Die zweitwichtigste Medikamentengruppe mit Abhängigkeitspotenzial sind Opioide, deren Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich ansteigt. Fentanyl, auch in Form von Pflastern, spielt eine

¹ Gerd Glaeske, Professor für Pharmazie am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen und Mitbegründer der Versorgungsforschung in Deutschland, war Autor dieses Beitrags bis zum DHS-Jahrbuch Sucht 2021.

wichtige Rolle. Eine zweifelsfreie Indikation für Opioide besteht für tumorbedingte Schmerzen und für starke Schmerzen mit vorübergehender Dauer, etwa nach Verletzungen und Operationen. Bei Schmerzen unklarer oder psychogener Ursache sind Opioide kontraindiziert. Eine längerfristige Verordnung bei nicht-tumorbedingten Schmerzen führt aufgrund der Gegenregulation des Körpers nicht nur zu einem Wirkverlust mit der Folge von Dosissteigerung, sondern zu einer Erhöhung der Schmerzempfindlichkeit.

Eine sichere Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial beinhaltet einen Gesamtbehandlungsplan, eine sorgfältige vorherige Abklärung der Suchtanamnese und Aufklärung über das Abhängigkeitsrisiko, eine präzise Definition und Überprüfung des Behandlungsziels und eine von Beginn an festgelegte kurze Behandlungsdauer. Eine Verordnung „bei Bedarf“ als Versuch, die eingenommene Menge möglichst gering zu halten, bedeutet zugleich, die Betroffenen anzuleiten, das eigene aktuelle Befinden zu bewerten und hierauf mit der oralen Einnahme einer psychotropen Substanz zu reagieren, was ein Einstieg in ein suchttypisches Verhaltensmuster sein kann. Bei bestehendem Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit bietet das differenzierte Suchthilfesystem vielfältige Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Ein Benzodiazepinentzug birgt relevante medizinische Risiken, sodass die Indikation für eine stationäre Behandlung geprüft werden muss.

Abstract

Medications that produce a short-term positively experienced psychological effect may have addictive potential. This applies to approximately 4% to 5% of commonly prescribed drugs. Data on prescription drug dependence in Germany are imprecise, as medication prescribing is only incompletely recorded, substances can also be obtained via the black market, and estimates are based on self-reports and projections. Extrapolations assume that between 1.5 and 1.9 million people in Germany are dependent on medications.

The most common drug dependence involves benzodiazepines and the related so-called Z-drugs. Prescription volumes reimbursed by the statutory health insurance system (GKV) declined steadily; however, these medications continue to be prescribed to a considerable extent on private prescriptions, including for patients with statutory health insurance. Contrary to clinical recommendations, these sedative and hypnotic agents are frequently prescribed on a long-term basis, particularly to older adults. Elderly individuals are especially vulnerable to associated risks, including cognitive slowing, an increased risk of dementia, reduced physical activity, and an elevated risk of falls.

The second most important class of medications with addictive potential comprises opioids, whose prescriptions reimbursed by statutory health insurance have been steadily increasing. Fentanyl, including transdermal formulations, plays a significant role. Clear indications for opioid therapy exist for cancer-related pain and for severe pain of limited duration, such as following injuries or surgical procedures. Opioids are contraindicated in pain of unclear or psychogenic origin. Long-term opioid prescribing for non-cancer pain leads not only to loss of efficacy due to physiological counter-regulation with subsequent dose escalation, but also to increased pain sensitivity.

Safe prescribing of medications with addictive potential requires a comprehensive treatment plan, careful prior assessment of substance use history, and patient education regarding the risk of dependence. It also involves a precise definition and ongoing evaluation of treatment goals, as well as a clearly defined, short treatment duration from the outset. Prescribing medication “as needed” in an attempt to minimize intake simultaneously instructs patients to assess their current subjective state and to respond by orally ingesting a psychotropic substance, which may constitute an entry point into addictive behavioral patterns. In cases of existing medication misuse or dependence, the differentiated addiction treatment system offers a wide range of counseling and treatment options. Withdrawal from benzodiazepines entails relevant medical risks, making it necessary to consider the indication for inpatient treatment.

Arzneimittel in Deutschland

Im Jahr 2023 veranlassten die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 740 Millionen Arzneimittelverordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, was 8,7 Verordnungen pro Einwohner entspricht. Diese Verordnungen umfassten 48 Milliarden standardisierte Tagesdosierungen (DDD – defined daily dose). Für Medikamente werden derartige standardisierte Tagesdosierungen festgelegt, damit ungefähr abgeschätzt werden kann, für welche Einnahmedauer eine Verordnung durchschnittlich ausreicht.

Diese Zahlen beschreiben nur ein Teilbereich der in Deutschland verkauften oder eingenommenen Medikamente. Verordnungen auf Privatrezepten (etwa 10 % der Bevölkerung sind privat krankenversichert), während einer Krankenhausbehandlung ausgegebenen Medikamente und insbesondere der große Anteil der rezeptfrei oder im Internet erhältlichen Medikamente werden nicht systematisch erfasst. Die Daten zu Arzneimittelverordnungen und -konsum sind in Deutschland besonders lückenhaft, etwa im Vergleich zu europäischen Nachbarländern. Dies betrifft auch, dass mit den Arzneimittelverordnungen keine Indikationen oder Diagnosen verknüpft werden, sodass bei

den vielen Medikamenten, die für verschiedene Symptome oder Erkrankungen eingesetzt werden, keine differenzierte Analyse möglich ist.

Diese Defizite erschweren auch stark die Abschätzung des Umfangs und der Entwicklung von Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten. So wurde in den letzten Jahren für Benzodiazepine gezeigt, dass sie auch bei gesetzlich krankenversicherten Menschen im großen Stil auf Privatrezepten verordnet werden und sich damit der Erfassung entziehen (s. Abschnitt Benzodiazepine). Bei Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial kommt noch der Schwarzmarkt hinzu, dessen Umfang – seinem Wesen entsprechend – nur sehr grob abgeschätzt werden kann. Die deutschlandweite Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) könnte ein erster Schritt in Richtung einer systematischeren Erfassung der Verordnung von Arzneimitteln sein, wenn die Verordnungsdaten anonymisiert und aggregiert systematisch ausgewertet werden können. Allerdings ist die Nutzung bislang freiwillig, und Privatversicherte sowie Privatrezepte, Krankenhausmedikamente und rezeptfrei verkäufliche Arzneimittel werden nicht erfasst.

Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Bei den Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Psychopharmaka auf Platz fünf, wenn die standardisierten Tagesdosierungen (DDD) zugrunde gelegt werden. Noch häufiger werden Antihypertensiva (Blutdruckmittel), Lipidsenker, Medikamente gegen Magengeschwüre und -übersäuerung sowie Diabetesmedikamente verordnet.

Die Gruppe der Psychopharmaka ist nicht gleichzusetzen mit der Gruppe von Medikamenten mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial. Psychopharmaka sind Medikamente, die (auch) im Gehirn wirken und psychische Effekte entfalten. Ein Abhängigkeitspotenzial haben Arzneimittel, die ein starkes psychisches Verlangen nach der Einnahme des Medikaments (Craving) auslösen können. Beispiele für derartige Medikamente sind Benzodiazepine oder Opiate. Darüber hinaus gibt es Arzneimittel, die zwar kein direktes psychisches Bedürfnis, die Substanz fortgesetzt einnehmen zu wollen, auslösen, die aber dennoch dazu führen können, dass sie trotz fehlender medizinischer Indikation chronisch eingenommen werden und die Betroffenen schlecht hierauf verzichten können. In diesen Fällen wird von Missbrauchspotenzial gesprochen. Typische Beispiele wären Abführmittel oder abschwellende Nasentropfen. Bei beiden führt ein zu langer Gebrauch zu einer Gegenregulation des Körpers, sodass es beim Absetzen zu einer besonders starken Ausprägung der ursprünglichen Symptome (z. B. Obstipation oder verstopfte Nase) kommt. Die

Angst vor diesen Absetzreaktionen kann indirekt auch zu einer psychischen Abhängigkeitskomponente führen.

Ein Abhängigkeitspotenzial im engeren Sinne können Arzneimittel haben, die im Gehirn eine psychische Wirkung entfalten. Ein Abhängigkeitspotenzial besteht nur dann, wenn diese Wirkung positiv erlebt wird und relativ rasch nach der Einnahme auftritt. Neuroleptika (Antipsychotika) sind zum Beispiel eine wichtige Psychopharmakagruppe, deren Wirkung (abgesehen von einer möglichen Besserung der Erkrankung) von den meisten Betroffenen als eher unangenehm erlebt wird. Sie haben kein Abhängigkeitspotenzial. Antidepressiva wiederum können zwar mit Stimmungsverbesserung und Antriebssteigerung positive psychische Effekte verursachen. Diese treten aber erst nach mehrwöchiger Einnahme auf, was vermutlich der Grund ist, dass auch diese Psychopharmaka keine psychische Abhängigkeit verursachen. Sie können allerdings beim Absetzen Probleme bereiten. Hierauf und auf die Frage des Abhängigkeitspotenzials von Antidepressiva wird in diesem Beitrag weiter unten eingegangen.

Eine vergleichsweise kurze Wirkdauer (Halbwertszeit) erhöht das Abhängigkeitsrisiko, weil das rasche Nachlassen der initialen positiven Wirkung das Bedürfnis nach erneuter Substanzeinnahme fördert. Insbesondere Medikamente, die den Effekt der neuronalen Botenstoffe GABA, Dopamin, Endorphine oder Endocannabinoide verstärken oder imitieren, können die genannten kurzfristigen positiven psychischen Effekte verursachen und haben daher ein Abhängigkeitspotenzial. Weitere Erläuterungen gibt Tab. 1. Circa 4 % bis 5 % der häufig verordneten Arzneimittel haben ein Abhängigkeitspotenzial. Der nachfolgende Beitrag geht auf die genannten Arzneigruppen ein; die Bedeutung von medizinisch verordneten Cannabispräparaten für Missbrauch und Abhängigkeit wird im Beitrag „Cannabis“ behandelt.

Tab. 1: Neuronale Botenstoffe, deren Wirkverstärkung zu kurzfristigen angenehmen psychischen Effekten und zum Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung führt (Auswahl)

Neuronaler Botenstoff	Kurzfristige positive psychische Effekte (Beispiele)	Medikamentengruppen, die die Effekte des Botenstoffs verstärken oder imitieren und ein Abhängigkeitspotenzial haben (Beispiele)
GABA	Angstminderung und Beruhigung	Benzodiazepine
Dopamin	Antriebs- und Motivationssteigerung	Amphetamine
Endorphine	Euphorie	Opiate/Opiode
Endocannabinoide	Entspannung	cannabis- und cannabinoidhaltige Arzneimittel und Wirkstoffe

Quelle: Eigene Darstellung

Die Einnahme entsprechender Medikamente wird durch den unmittelbaren positiven Effekt belohnt, und in einem lerntheoretischen (verhaltenstherapeutischen) Sinne wird das Verhalten der Medikamenteneinnahme verstärkt. Hinzu kommt bei derartigen Medikamenten zumeist eine rasche Toleranzentwicklung, da der Körper auf die wiederholte Einnahme mit einer Gegenregulation reagiert, etwa dadurch, dass die Anzahl oder die Sensitivität von GABA- oder Endorphinrezeptoren verringert wird. Hierdurch lässt die ursprüngliche Medikamentenwirkung nach, worauf Betroffene häufig mit einer Dosissteigerung reagieren, die in der Folge zu einer noch stärkeren Gegenregulation des Körpers und einer sich weiterdrehenden Abhängigkeitsspirale führt.

Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit

Die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit sollte in gleicher Weise gestellt werden, wie auch bei anderen Substanzabhängigkeiten, etwa von Alkohol. Eine Abhängigkeit besteht, wenn mehrere der typischen Abhängigkeitskriterien für einen längeren Zeitraum vorliegen. Die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation, 10. Auflage) nennt sechs Kriterien, von denen mindestens drei für mindestens einen Monat (oder wiederholt innerhalb von zwölf Monaten) vorliegen müssen (Dilling et al., 2015). Der Cut-off von 3 ist letztlich eine etwas willkürliche Festlegung, operationalisiert aber das Grundkonzept, dass nicht ein einziges Abhängigkeitskriterium für die Diagnose genügt, aber auch nicht alle Kriterien erfüllt sein müssen. Die sechs Kriterien der ICD-10 sind:

- Unfähigkeit zur Abstinenz, Zwang zum Konsumieren,
- Kontrollverlust,
- Entzugssymptome,
- Dosissteigerung und Toleranzentwicklung,
- Einengung der Interessen auf den Suchstoff,
- fortgesetzter Konsum trotz erkennbarer Folgeschäden.

In der 11. Auflage der ICD (ICD-11) bleiben diese sechs Kriterien erhalten, werden aber zu drei Kriterienpaaren zusammengefasst. Es gibt weitere typische Suchtkriterien, die nicht in der ICD genannt werden. Das Kriterium „Einnahme um der Wirkung willen“ passt für Medikamente, die grundsätzlich mit dem Ziel einer Wirkung eingenommen werden, nicht gut. Bei der Alkoholabhängigkeit zum Beispiel beschreibt das Kriterium, dass Alkohol nicht mehr aufgrund sozialer Konvention oder Geschmack getrunken wird, sondern zum Beispiel um abschalten zu können, schlafen zu können oder sich unter Menschen zu trauen.

Ein weiteres in der ICD fehlendes Kriterium ist heimliches Konsumieren, was gerade bei der Medikamentenabhängigkeit bedeutsam ist. Medikamente sind klein und können entweder unbemerkt oder als vermeintlich medizinisch notwendig und damit sozial akzeptiert eingenommen werden. Sie führen anders als Alkohol zumeist nicht unmittelbar zu Verhaltensauffälligkeiten. Dies resultiert darin, dass eine Medikamentenabhängigkeit selbst im engen Familienkreis oder in einer Partnerschaft mitunter Jahrzehnte unbemerkt bleibt. Medikamentenabhängigkeit wird daher auch als die heimliche Sucht oder die stille Sucht bezeichnet.

Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit

Da die Abhängigkeit vielfach weder ärztlicherseits noch von den Betroffenen erkannt wird, liegen nur Schätzungen zur Anzahl der medikamentenabhängigen Menschen in Deutschland vor. Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) befragte gut 7.500 Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren und stellte bei 1,5 % eine Abhängigkeit von Hypnotika/Sedativa und bei 2,8 % eine Abhängigkeit von Opioid- oder Nicht-Opioid-Analgetika fest. Ausgehend von 51,5 Mio. Einwohnern in der genannten Altersgruppe kamen die Forschenden zu einer Hochrechnung von 770.000 bzw. 1,44 Mio. Abhängigen deutschlandweit (Olderbak et al., 2025).

Obwohl medikamentenabhängige Menschen zumeist in engem Kontakt mit dem medizinischem Versorgungssystem sind, befindet sich nur ein winziger Teil in spezifischer Suchtbehandlung. So betreffen laut Daten der Deutschen Rentenversicherung nur etwa 1 %–2 % der Rehabilitationsbehandlungen aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen eine Medikamentenabhängigkeit (Simon et al., 2026).

Der Jahresbericht 2024 der Deutschen Suchthilfestatistik (Schwarzkopf et al., 2025) berichtet von 1,1 % ambulanten Behandlungen/Betreuungen aufgrund von Sedativa/Hypnotika und 8,4 % aufgrund von Opioiden unter den 323.478 Behandlungen in 878 Einrichtungen. Das entspricht zusammen 30.730 Behandlungen, wobei sich insbesondere die Behandlungen aufgrund von Opioidabhängigkeit nicht nur auf medikamentenabhängige Personen beziehen. Die 38.045 Behandlungen in 158 stationären Einrichtungen betrafen in 3,5 % Opioide und in 1,0 % Sedativa/Hypnotika (zusammen 1.712 Behandlungen entsprechend). Hinzu kommen 5,6 % bzw. 10,1 % Behandlungen aufgrund von Poltoxikomanie, bei denen Medikamente auch eine Rolle spielen können.

Eine Medikamentenabhängigkeit hat viele Gemeinsamkeiten mit anderen Substanzabhängigkeiten, etwa das starke Verlangen nach Einnahme der Substanz, Gegenregulation des Körpers mit der Folge von Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und Entzugssymptomen oder Veränderung von Erleben und Verhalten mit einer zunehmenden Einengung auf den Suchtstoff. Es gibt aber auch relevante Unterschiede. Neben dem bereits erwähnten häufig jahrzehntelang unbemerkten Bestehen ist eine Medikamentenabhängigkeit weniger stigmatisiert als eine Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen. Der Großteil der Medikamentenabhängigen bezieht den Suchtstoff über ärztliche Verordnung und Apotheken, sodass dem Gesundheitssystem für diese Abhängigkeitserkrankung eine ganz besondere Bedeutung zukommt. Eine zu leichtfertige Verordnung kann eine Medikamentenabhängigkeit erst auslösen. Ein charakteristisches Verhalten medikamentenabhängiger Menschen ist, sich den Suchtstoff von einer Vielzahl verschiedener Ärztinnen und Ärzte verschreiben zu lassen und ihn über wechselnde Apotheken zu beziehen. Die Medikamentenabhängigkeit ist damit auch die einzige Sucht, bei der der Konsum zu einem relevanten Teil von den Krankenversicherungen finanziert wird. Die fehlende zentrale Dokumentation im deutschen Gesundheitssystem ermöglicht es erst, dass die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte und Apotheken nicht voneinander wissen. Eine verpflichtende elektronische Patientenakte für alle und ein verpflichtendes Primärarztsystem könnten diesem Problem entgegenwirken.

Eine bessere Erfassung und eine höhere Hürde für die Verordnung besteht bei Medikamenten, die nur auf speziellen Betäubungsmittelrezepten (BtM-Rezpte) verordnet werden dürfen (s. Abb. 1). Diese Rezepte sind durchnummeriert und abgezählt und haben mehrere Durchschläge, die zur Dokumentation beim verordnenden Arzt, in der Apotheke und bei der zentralen Bundesopiumstelle verbleiben. Auch müssen sich Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesopiumstelle registrieren lassen, wenn sie derartige Medikamente verordnen wollen. Allerdings unterliegt gerade die am häufigsten in abhängiger Weise konsumierte Medikamentengruppe der Benzodiazepine weitgehend nicht der Betäubungsmittelrezeptpflicht. Bei den Opiaten können Tramadol- und Tilidin-Präparate auf normalen Rezepten verordnet werden, was vermutlich der Grund ist, dass sie die am häufigsten verordneten Opiate sind.

Die Analyse von Patientenmerkmalen hat ein Risikoprofil für Menschen, die vermehrt gefährdet sind, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, ergeben. Hierzu gehören Patientinnen und Patienten, die sich mit unspezifischen psychischen oder körperlichen Beschwerden vorstellen, wie der Klage über Überforderung, Schlafstörungen, Erschöpfung, Unruhe, Nervosität und Ängste, Konzentrationsstörungen, Grübeln, Schwindel und Herzrasen. Men-

Abb. 1: Muster eines BtM-Rezepts

Krankenkasse bzw. Kostenträger			TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung		
<input type="checkbox"/> Gebiete	AOK Rheinland-Pfalz		St-G	St-G	Apotheken-Nr./IK
<input checked="" type="checkbox"/> Gek	Name, Vorname des Versicherten		5	9	
<input type="checkbox"/> noch	Mustermann	geb. am	Zustimmung		
<input type="checkbox"/> sonst	Erika	12.08.1964	Gesamt-BtM:		
	Heidestraße 17		Pharmazone-Nr.		
	51147 Köln	10/14	Faktor		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Tage		
<input type="checkbox"/> Unfall	106415300	A123456789	Status		
		1000 1			
<input type="checkbox"/> Arbeits-	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
<input type="checkbox"/> unfäh	271111100	654321151	10.07.2012		
	Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)		Arztstempel		
<input checked="" type="checkbox"/> Gek	Amphetamin-Tabletten Muster Pharma GmbH		Unterschrift des Arztes		
<input type="checkbox"/> auf dem	10 mg, 50 Stck.		Dr. med. Markus Mustermann		
<input type="checkbox"/> auf dem	gemäß schriftlicher Anweisung		27/111100 LANR 654321151		
	*****		Arzt für Neurologie und Psychiatrie		
			Dorfallee 1		
			51069 Köln		
			Tel. 02 21 97 87 85 43		
			<i>Markus Mustermann</i>		
	555H	5907673J	31497	053917346H	7 Untertag/Untertag/Untertag
			Muster (2006)		

Quelle: Lumu (talk) – gestaltet nach einem Muster des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): FAQ's BtMVV, gemeinfrei, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=20211268>

schen mit Suchterkrankungen in der Vorgeschichte sind stärker gefährdet, so dass eine sorgfältige Suchtanamnese (einschließlich Nikotin) vor der Verordnung von Medikamenten mit Suchtpotenzial erfolgen muss. Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität – insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen – sowie ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko. Im Unterschied zu den meisten anderen Substanzabhängigkeiten sind von Medikamentenabhängigkeit mehr Frauen als Männer betroffen. Auch Angehörige medizinischer Berufe tragen aufgrund ihrer Vertrautheit mit Medikamenten und des vereinfachten Zugangs ein erhöhtes Risiko.

Benzodiazepine und Benzodiazepinanaloga (Z-Substanzen)

Benzodiazepine verstärken die Wirkung des natürlichen Neurotransmitters GABA und haben eine angstlösende, schlaffördernde, antiepileptische und muskelentspannende Wirkung. Aus diesen Effekten erklären sich auch die

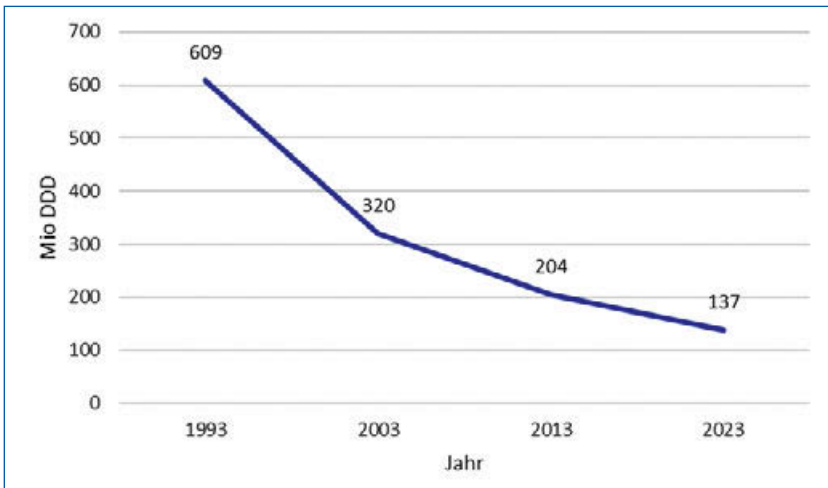
hauptsächlichen Nebenwirkungen: Schläfrigkeit, Schwindel und Gangunsicherheit, Verlangsamung von Denken und Reaktionen und eben das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Benzodiazepinanaloga verstärken ebenfalls die GABA-Wirkung und sind auch ansonsten den Benzodiazepinen sehr ähnlich. Sie werden auch Benzodiazepinrezeptoragonisten oder Z-Substanzen genannt, da die drei früher zu dieser Gruppe gehörenden Medikamente alle mit dem Buchstaben Z anfangen: Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon. Inzwischen ist Zaleplon nicht mehr in Deutschland verfügbar, stattdessen ist Eszopiclon (eigentlich: S-Zopiclon) hinzugekommen. Z-Substanzen werden fast ausschließlich als Schlafmittel verordnet. Während Z-Substanzen bei ihrer Einführung mit einem deutlich geringeren Abhängigkeitspotenzial beworben wurden, ist inzwischen erkannt, dass sie in fast gleicher Weise abhängig machen können wie Benzodiazepine (Guerlais et al., 2015).

Benzodiazepine und Z-Substanzen sind die führende Substanzgruppe bei der Medikamentenabhängigkeit: Man schätzt, dass von den 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland bis zu 1,6 Millionen von Benzodiazepinen abhängig sind (Seifert et al., 2025; Olderbak et al., 2025).

Im Jahr 2023 wurden ca. 134 Millionen (Mio.) definierte Tagesdosierungen (DDD) von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben (Krause, Seifert, 2025; Seifert et al., 2025). Diese verteilen sich auf circa 30 verschiedene Benzodiazepine und die drei Z-Substanzen. Spitzenreiter ist die Z-Substanz Zopiclon mit 34,5 Mio. DDD im Jahr 2023, gefolgt vom Benzodiazepin Lorazepam (33,3 Mio. DDD), der Z-Substanz Zolpidem (18,7 Mio. DDD) und dem Benzodiazepin Diazepam (15,8 Mio. DDD).

Der entscheidende Unterschied zwischen den verschiedenen Medikamenten ist lediglich ihre Wirkdauer, weshalb für eine gute medizinische Versorgung keinesfalls ca. 30 verschiedene Benzodiazepine benötigt werden. Sehr kurz wirksame Benzodiazepine wie Midazolam können bei medizinischen Eingriffen angewendet werden, wenn eine kurzzeitige Anxiolyse (Angstlinderung) oder Sedierung (Beruhigung) erforderlich ist, etwa vor Endoskopien oder vor MRT-Untersuchungen von Menschen mit Platzangst. Mittellang wirksame Substanzen wie die Z-Substanzen werden als Schlafmittel (Hypnotika) verwendet, wenngleich Schlafstörungen nur ausnahmsweise oder in letzter Konsequenz hiermit behandelt werden sollten (s. u.). Die mittellange Wirkdauer verhindert ein Erwachen mitten in der Nacht (mit der möglichen Einnahme einer weiteren Tablette) und reduziert das Risiko eines Überhangs am nächsten Morgen. Lang wirksame Benzodiazepine wie Diazepam sind geeignet, wenn zum Beispiel im Rahmen einer Exazerbation (Verschlechterung) einer schweren psychischen Erkrankung für einige Tage eine durchgehende Anxi-

Abb. 2: Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen (Tranquillantien + Hypnotika) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierten Tagesdosierungen (DDD)



Quellen: Lohse et al., 2004, 2008; Lohse, Müller-Oerlinghausen, 2004, 2008; Krause, Seifert, 2025; Seifert et al., 2025)

lyse oder Sedierung erforderlich ist. Zu denken wäre hier zum Beispiel an die stationär-psychiatrische Behandlung einer manischen oder schizophrener Psychose.

Die Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung sinkt kontinuierlich, wie in Abb. 2 dargestellt.

Dies ist nur teilweise eine erfreuliche Entwicklung, die auf eine zunehmende Beachtung des Abhängigkeitsrisikos dieser Medikamentengruppe zurückgeht. Die Zahlen trügen, da Benzodiazepine und Z-Substanzen in großem Umfang auch für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten auf Privatrezepten verordnet werden. Hierdurch wird die Erfassung umgangen und die Tatsache, dass die Krankenkassen die Verordnung nur für wenige Wochen übernehmen, da für Langzeitverordnungen fast nie eine medizinische Indikation besteht. Die Patientinnen und Patienten bezahlen die Medikation dann aus eigener Tasche; die Preise sind in der Regel nicht sehr hoch, da Benzodiazepine und Z-Substanzen keinem Patentschutz mehr unterliegen.

Aufgrund der fehlenden systematischen Erfassung von Privatrezepten liegt kein vollständiger Überblick über den Umfang des Ausweichens auf Privatrezepte vor. Eine Analyse ausgewählter Praxisdaten ergab für den Zeit-

raum 2014 bis 2020 einen Rückgang an Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung um 10 % bei einem gleichzeitigen Anstieg von Privatverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen um 5 %, ohne dass es in diesem Zeitraum zu einem nennenswerten Anstieg des Anteils privatversicherter Menschen in Deutschland gekommen wäre. Besonders bedrückend war die Entwicklung bei der Verordnung von Z-Substanzen. Der Anteil von Verordnungen auf Privatrezepten stieg von 45 % aller Verordnungen im Jahr 2014 auf 53 % im Jahr 2020 (Grimmsmann et al., 2022). Da nur circa 10 % der Bevölkerung privatversichert sind, wird deutlich, dass die Verordnung auf Privatrezepten ein weit verbreitetes Vorgehen ist.

Die Verordnungen verteilen sich dabei nicht gleich auf die Bevölkerung. Die ProMeKa-Studie analysierte Verordnungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und fand, dass Frauen 1,67-mal so häufig Benzodiazepine oder Z-Substanzen verordnet werden wie Männern. Noch beunruhigender ist ein steiler Anstieg der Verordnungen mit dem Alter. Die Verordnungen sind in der Gruppe der über 74-Jährigen am häufigsten und 13-mal so häufig wie bei den unter 30-Jährigen (Verthein et al., 2020). Dabei sollten gerade ältere Menschen vor den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen geschützt werden. Die häufig ohnehin beeinträchtigten kognitiven Funktionen verlangsamten sich unter dem Dauereinfluss von Benzodiazepinen weiter, und inzwischen wurde wiederholt gezeigt, dass längerfristige Benzodiazepin-Einnahme vermutlich das Demenzrisiko erhöht (Penninkilampi, Eslick, 2018). Das Reaktionsvermögen ist beeinträchtigt, was das Unfallrisiko erhöht. Antrieb und Motivation für Bewegung und Sport, denen im Alter eine besondere gesundheitsprotektive Bedeutung zukommt, werden reduziert. In höheren Dosierungen können Benzodiazepine atemdepressiv wirken. Schließlich steigt die Sturzneigung, und Stürze führen im Alter aufgrund der fortgeschrittenen Osteoporose häufig zu Frakturen mit komplikationsbehafteten Verläufen.

Wie oben berichtet, führt die Z-Substanz Zopiclon die Verordnungszahlen an, was ein indirekter Hinweis darauf ist, dass Schlafstörungen die häufigste Indikation für die Verordnung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen sind. Schlafstörungen sind in der Bevölkerung ausgesprochen häufig. Ein aktuelles systematisches Review errechnete eine globale Prävalenz von 16,2 % und für schwere Schlafstörungen von 7,9 % (Benjafield et al., 2025). Schlafstörungen sind häufig chronisch. Eine Behandlung mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen ist dann riskant, da eine längerfristige Einnahme zu Toleranzentwicklung und Nachlassen des Effekts führt und ein bedeutsames Abhängigkeitsrisiko birgt.

Schlafstörungen sollten vorrangig nicht-medikamentös behandelt werden. Hiermit können sehr gute Effekte erzielt werden. Ein 6-Stufen-Vorgehen sieht

erst in der letzten Stufe den möglichen Einsatz von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen vor, und dies nur unter eng umgrenzten Rahmenbedingungen (s. Tab. 2).

Eine Besonderheit der Benzodiazepin-Abhängigkeit ist die sogenannte low dose dependence (Niedrigdosisabhängigkeit). Bei dieser Form der Abhängig-

Tab. 2: 6-Stufen-Vorgehen zur Behandlung von Schlafstörungen unter Vermeidung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen

Stufe	Maßnahme	Erläuterungen
Stufe 1	Klärung der Tagesbefindlichkeit	Ein kurzer oder unterbrochener Nachtschlaf allein ist noch keine Behandlungsindikation, da es keine Mindestschlafdauer gibt. Erst wenn die Tagesbefindlichkeit durch Einschlafneigung oder Konzentrationsstörungen beeinträchtigt ist, ergibt sich eine Therapienotwendigkeit.
Stufe 2	Ursachenabklärung	Ziel ist eine möglichst ursächliche Behandlung anstelle einer lediglichen Symptombeeinflussung. Häufige Ursachen sind falsches Schlafverhalten (s. Schritt 3), Suchterkrankungen – etwa von Alkohol –, psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen, Schmerzen, Schlafapnoe, Restless-Legs oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen.
Stufe 3	Schlafhygiene	Hochwirksame Behandlung, die am zumeist ungünstigen Schlafverhalten der Betroffenen ansetzt mit dem Ziel, dieses durch Aufklärung, Anleitung und Übung zu verbessern. Die beiden typischen Hauptfehler sind eine zu frühe Schlafensgeheiz bzw. eine zu lange nächtliche Bettzeit in der Absicht „dem Schlaf eine Chance zu geben“ sowie kompensatorisches Hinlegen tagsüber. Beides mindert den nächtlichen Schlafdruck. Die Hauptprinzipien der Schlafhygiene zielen entsprechend auf eine Verkürzung der Bettzeit ab, auf das strikte Vermeiden von Hinlegen tagsüber (selbst wenn dabei nicht geschlafen wird) und auf das konsequente nächtliche Verlassen des Schlafzimmers, wenn der Schlaf nicht rasch eintritt. Die Betroffenen sollen sich in einem anderen Raum aufhalten, bis sie Müdigkeit verspüren. Gegebenenfalls ist dieser Schritt zu wiederholen. Während das morgendliche Aufstehen stets zu einer festen, nicht zu späten Zeit erfolgen sollte, sollte das abendliche Hinlegen erst bei subjektiver Müdigkeit erfolgen. Das eigene Bett soll im Sinne einer Konditionierung ausschließlich für das Schlafen benutzt werden, und Menschen mit Schlafstörungen sollten im Bett nicht arbeiten, Filme schauen, lesen, telefonieren oder Ähnliches.
Stufe 4	Schlaf-Audios	Können bei Einschlafstörungen sehr potente Hilfen sein. Sie arbeiten meist mit drei Elementen: einer beruhigenden Musik, vordergründigen beruhigenden Stimmen, die Schlafanweisungen geben, und kaum wahrnehmbaren leisen Hintergrundstimmen, die in Form eines hypnotischen Vorgehens auf unbewusste psychische Anteile abzielen.
Stufe 5	Schlaffördernde Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial	Hier kommen pflanzliche Sedativa (z. B. Baldrian- oder Hopfenpräparate ohne Alkohol), Antidepressiva mit sedierender Komponente (zum Beispiel Trimipramin oder Mirtazapin, zumeist in sehr niedriger Dosierung; beide sind für die isolierte Indikation Schlafstörungen allerdings nicht zugelassen) und niedrigpotente Neuroleptika (zum Beispiel Pipamperon oder Melperon; beide haben eine Zulassung für Schlafstörungen), in Betracht.
Stufe 6	Benzodiazepine oder Z-Substanzen	Möglicherweise indiziert bei akuter Belastung und akuten Schlafstörungen; von Beginn an einen kurzen Verordnungszeitraum von 8 bis 14 Tagen (maximal 28 T.) vereinbaren und die allgemeinen Regeln zur Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial (s. letzter Abschnitt dieses Beitrags) beachten.

Quelle: Eigene Darstellung

keit fehlt das Suchtkriterium Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Wie eingangs besprochen, ist für die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit aber nicht das Vorliegen aller Suchtkriterien Voraussetzung. Menschen mit dieser Abhängigkeitsform nehmen oft über lange Zeiträume weitgehend gleiche Dosierungen ein. Die Abhängigkeit zeigt sich am Auftreten von Entzugssymptomen beim Weglassen der Substanz, an einer Einengung von Gedanken und Verhalten auf die subjektiv erlebte Notwendigkeit, den Konsum fortzusetzen, oder an fortgeführter Einnahme trotz erkennbarer negativer Folgen wie zum Beispiel Konzentrationsstörungen.

Behandlung einer Benzodiazepin- oder Z-Substanz-Abhängigkeit

Die Behandlung einer Benzodiazepin- oder Z-Substanz-Abhängigkeit ist nicht grundsätzlich verschieden von der Behandlung anderer Substanzabhängigkeiten, etwa der Alkoholabhängigkeit. Eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild, eine gemeinsame Erarbeitung von Motivation zu Entzugsbehandlung und langfristiger Abstinenz und die psychotherapeutische Arbeit an suchtbedingten Fehlüberzeugungen und Verhaltensweisen mit dem Ziel, neue und gesundheitsförderlichere Kognitionen und Verhalten zu erwerben, stehen im Vordergrund. Ein Entzug von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen muss langsam schrittweise und unter ärztlicher Anleitung erfolgen, da er erhebliche Risiken birgt. Neben ausgeprägten Entzugssymptomen wie Unruhe und Schlafstörungen, die dazu führen können, dass die Betroffenen den Entzug nicht durchhalten, besteht die relevante Gefahr von epileptischen Entzugskrampfanfällen und Delirien. Aus diesem Grund kann es häufig angezeigt sein, den Entzug in Form einer qualifizierten Entzugsbehandlung stationär durchzuführen, um die Behandlung dann in weniger intensive Behandlungssettings zu überführen.

Seit 2022 ist in Deutschland und der EU mit *Daridorexant* ein neuartiges Hypnotikum (Schlafmittel) zugelassen. Es ist das erste Medikament, das die sogenannten Orexinrezeptoren blockt. Dadurch wird die wachheitsfördernde Wirkung der im Körper vorkommenden Orexine unterdrückt. Da es bislang keine Hinweise auf ein Abhängigkeitspotenzial gibt, ist das rezeptpflichtige Medikament auch für eine längerfristige Verordnung zugelassen. Weil es erheblich teurer ist als die etablierten Hypnotika (s. Stufen 5 und 6 im oben ausgeführten Schema), ist es als Reservearzneistoff zu bezeichnen (Krause, Seifert, 2025). Aufgrund der Erfahrungen mit anderen Hypnotika sollte nach der nun erfolgten Markteinführung aber sorgfältig beobachtet werden, ob es doch zu Fällen von Gewöhnung, Missbrauch oder Abhängigkeit kommt.

Opioidanalgetika

Opioide sind Substanzen, die an den Opioidrezeptoren wirken und dort morphinartige Effekte entfalten. Als Medikamente werden sie vorrangig zur Schmerzbehandlung eingesetzt (Opioidanalgetika). „Opioid“ bezeichnet im strengen Wortsinn eine synthetisch oder halbsynthetisch hergestellte Substanz, während „Opiat“ natürlich vorkommende Inhaltsstoffe aus dem Schlafmohn (*Papaver somniferum*) bezeichnet, zum Beispiel Morphin. „Opium“ ist der eingetrocknete Milchsaft aus der unreifen Samenkapsel einer Schlafmohn-Pflanze. „Opioide“ wird häufig aber auch als Sammelbezeichnung für alle Opioide und Opiate verwendet, und so wird der Begriff auch im Weiteren verwendet. Die vom Körper selbst produzierten Morphine, die an den Opioidrezeptoren wirken, werden als Endorphine (endogene Morphine) bezeichnet. Opioide Arzneimittel ahmen deren Wirkung nach.

Opioide haben nicht nur eine starke schmerzlindernde Wirkung. Sie können auch die Stimmung positiv oder negativ beeinflussen (Euphorie oder Dysphorie), sedierend wirken und den Hustenreiz unterdrücken. Typische Nebenwirkungen sind unter anderem eine Reduktion des Atemantriebs, Verstopfung, enge Pupillen (Miosis) und die Entwicklung einer Abhängigkeit. Über 30 verschiedene Opioide werden pharmakologisch verwendet.

Die Verordnung von Opioiden steigt kontinuierlich an. Während im Jahr 2008 noch 360 Mio. definierte Tagesdosierungen (DDD) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet wurden, waren es 2013 394 Mio. DDD, 2018 436 Mio. und im Jahr 2023 503 Mio. DDD (Maas, Böger, 2025), was einer 40-prozentigen Verordnungszunahme in 15 Jahren entspricht. Die 2023 verordnete Opioidmenge reicht aus, um knapp 1,4 Millionen Menschen in Deutschland ganzjährig zu versorgen.

Die deutliche Verordnungszunahme wird zum einen auf einen konsequenteren Einsatz von Opioiden bei starken, insbesondere tumorbedingten Schmerzen zurückgeführt. Das 1986 publizierte WHO-Stufenschema zur Schmerzbehandlung hat dazu beigetragen, eine frühere nicht begründete Zurückhaltung beim Einsatz von Opioiden bei Menschen mit Krebserkrankungen zu überwinden. Das einfache Schema sieht drei Stufen vor, die in der ersten Stufe die Behandlung mit Nicht-Opioidanalgetika wie Ibuprofen, Diclofenac oder ASS, in der zweiten Stufe schwächere Opioide wie Tramadol oder Tilidin und in der dritten Stufe starke Opioide wie Morphin vorsehen. Die Anwendung des ursprünglich ausschließlich für krebsbedingte Schmerzen konzipierten Schemas weitete sich in der Folge aber mit der Konsequenz aus, dass die Opioidbehandlung auch von nicht-tumorbedingten Schmerzen zunahm. Das WHO-Stufenschema birgt auch das Risiko der Fehlinterpretation.

tion dahingehend, dass bei fortgesetzter Angabe von Schmerzen reflexartig zum nächstpotenteren Analgetikum gegriffen wird und die vielfältigen nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung vernachlässigt werden. Exakte Zahlen über Opioidverordnungen bei nicht-tumorbedingten Schmerzen liegen für Deutschland nicht vor, da die Verordnungen nicht mit einer Diagnose verknüpft erfasst werden. Ein weiterer möglicher Grund für den kontinuierlichen Anstieg der Opioidverordnung kann die Entwicklung einer Opioidabhängigkeit bei einem relevanten Teil der Rezeptempfangenden sein.

Die S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. et al., 2020) stellt fest, dass opioidhaltige Schmerzmittel in der Behandlung chronischer, nicht durch Krebs bedingter Schmerzen nicht wirksamer sind als andere Schmerzmittel. Opioidhaltige Schmerzmittel sollten nicht bei Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz), chronischen Unterbauchschmerzen von Frauen, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie und bei psychischen Erkrankungen, die mit Schmerzen einhergehen, eingesetzt werden. Uneinheitlich sind die Empfehlungen zum Einsatz von Opioiden bei chronischen Schmerzen im Lendenwirbel- oder Halswirbelsäulenbereich und bei Arthrose. Während die S3-LONTS-Leitlinie eine vier- bis zwölfwöchige Behandlung als Option bezeichnet und auch eine noch längere Anwendung für möglich erachtet, wenn der oder die Betroffene bei guter Verträglichkeit einen bedeutsamen positiven Effekt hat, raten neuere Studien vom Einsatz von Opioiden bei chronischen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich ab (Jones et al., 2023).

Ein Hauptproblem bei der Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht krebsbedingten Schmerzen ist die Gegenregulation des Körpers, die die Wirkung der körpereigenen Endorphine und der pharmakologischen Opioide an den Opioidrezeptoren abschwächt. Dies führt nicht nur dazu, dass zunehmend höhere Opioiddosierungen für den gleichen analgetischen Effekt benötigt werden, was das Abhängigkeitsrisiko erhöht, sondern auch zu dem paradoxen Effekt einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opioiden (Streltzer, Linden, 2008). Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei Menschen, die unter längerfristiger Opioideinnahme weiter chronische Schmerzen haben, ein konsequenter Opiatentzug häufig erstmals wieder eine Schmerzlinderung zur Folge hat. Aufgrund von Erfahrungen mit Entzugssymptomatik beim eigenständigen Versuch, die Opiate zu reduzieren, fürchten Betroffene häufig einen derartigen Opiatentzug und müssen entsprechend intensiv und empathisch aufgeklärt und beraten werden.

Eine zweifelsfreie Indikation für eine Opioidanalgesie besteht daher bei tumorbedingten Schmerzen, insbesondere bei Betroffenen mit schlechter Prognose, und bei starken Schmerzen, die aufgrund ihrer Ursache von vorü-

bergehender Dauer sind, also nach Verletzungen oder Operationen. In diesen Situationen sind Opioide segensreich und können Leid erheblich mindern. Bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen hingegen besteht die Sorge, dass die Nebenwirkungen, das Abhängigkeitsrisiko und die zweifelhafte Wirksamkeit in der Langzeitanwendung die positiven Effekte überwiegen. Bei Schmerzen unklarer oder psychogener Ursache sind Opioide kontraindiziert.

Den beiden Opioiden Tramadol und Tilidin kommt eine besondere Bedeutung zu. Mit 52,6 bzw. 183,4 Mio. DDD im Jahr 2023 zulasten der GKV stellen sie die mit Abstand am häufigsten verordneten Opioide dar (47% aller Opioid-DDD) (Maas, Böger, 2025). Während alle übrigen Opioide nur auf den eingangs erläuterten speziellen BtM-Rezepten verordnet werden können, sind Tramadol und Tilidin in den gängigen Verkaufsformen auf normalen Rezepten oder Privatrezepten verordnungsfähig und tragen deswegen möglicherweise besonders zur Zunahme der Opioidverordnung bei. Ein weiterer Einfluss auf die Zunahme der Opioidverordnungen dürfte die zunehmende Verwendung von Opioid-Pflastern, insbesondere Fentanyl-Pflastern sein (Fentanyl: 48,5 Mio. DDD im Jahr 2023). Hier besteht die Gefahr, die Risiken des hochpotenten Opioids aufgrund seiner Applikationsform („Trostpflasterchen“) zu unterschätzen. Dies betrifft Gewöhnung und Abhängigkeit, aber auch ein erhöhtes Risiko für Überdosierungen mit Bewusstseinsstörungen und Atemdepression, da sich die Wirkung des Pflasters langsam aufbaut und erst nach circa 12 Stunden ihren Höhepunkt erreicht. Fentanyl ist auch der zentrale Wirkstoff der Opioidkrise in den USA und dort für über 70.000 Todesfälle jährlich verantwortlich. Opioidpflaster sollten Menschen mit Schluckschwierigkeiten oder krankheitsbedingten Schwierigkeiten mit einer regelmäßigen Tabletteneinnahme vorbehalten bleiben (Maas, Böger, 2025). Vor einer Verharmlosung von Tramadol, Tilidin und Opioidpflastern ist zu warnen.

Behandlung einer Opioidabhängigkeit

Die Behandlung einer Opioidabhängigkeit folgt den Grundprinzipien der Behandlung einer Substanzabhängigkeit. Zunächst sind häufig Maßnahmen der Motivationsförderung angezeigt, dann eine qualifizierte Entzugsbehandlung gefolgt von einer langfristigen Suchtbehandlung. Opioide können starke Entzugssymptomatik hervorrufen, die ausgesprochen quälend sein kann und sich unter anderem durch Schwitzen, Frösteln, Herzrasen, Tränenfluss und laufende Nase, innere Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und einen starken Suchtdruck äußern kann. Dies kann dazu führen, dass Betroffene den Entzug nicht durchhalten, weshalb eine stationäre Entzugsbehandlung sinnvoll sein

kann, wenngleich ein Opiatenzug medizinisch weit weniger riskant ist als zum Beispiel ein Alkohol- oder ein Benzodiazepinentzug.

Weitere GABAerge Substanzen

Weitere Medikamente verstärken die Wirkung des Neurotransmitters GABA, entfalten hierdurch eine entspannende, angstlösende und sedierende Wirkung und haben ein Abhängigkeitspotenzial.

Die sehr stark wirksamen *Barbiturate* wurden in den 1950er und 1960er Jahren großzügig und oft langfristig verordnet und lösten eine Abhängigkeitswelle aus. Heute spielen sie als Suchtmittel eine untergeordnete Rolle und werden medizinisch fast nur noch für Narkosen und seltene Fälle von Epilepsien eingesetzt (Verordnungen zulasten der GKV 2023: 6,1 Mio. DDD) (Ludwig et al., 2025).

Clomethiazol ist ein zur Behandlung des Alkoholentzugs eingesetztes Medikament, das sehr effektiv die belastenden und auch gefährlichen Symptome eines Alkoholentzugs reduziert, indem es beruhigt, den Schlaf verbessert, Blutdruck und Puls senkt und das Risiko von Alkoholentzugskrampfanfällen und Delirien verringert. Eine wichtige Nebenwirkung ist die Verschleimung der Bronchien, weswegen bei Menschen mit Lungenerkrankungen Vorsicht geboten ist. Es hat eine kurze Halbwertszeit und lässt sich dadurch in der Alkoholentzugsbehandlung gut steuern, wenn der oder die Betroffene engmaschig überwacht und die Symptomatik zum Beispiel mit einem Scoresystem systematisch monitoriert wird. Eine weitverbreitete Alternative im Alkoholentzug sind Benzodiazepine, die aber keine ausgeprägte Wirkung auf die vegetative Symptomatik eines Alkoholentzugs (Blutdruck- und Pulserhöhung) haben. Clomethiazol hat ein starkes Abhängigkeitspotenzial, weshalb es ausschließlich während einer Krankenhausbehandlung angewendet und rechtzeitig vor der Entlassung abgesetzt werden sollte. Leider ist die ambulante Verordnung in Deutschland immer noch möglich. Diese führt häufig dazu, dass die Betroffenen weiterhin Alkohol konsumieren und zusätzlich eine Clomethiazol-Abhängigkeit entwickeln. Insgesamt spielt die Clomethiazol-Abhängigkeit aber eine untergeordnete Rolle; genaue Zahlen liegen nicht vor.

GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure oder 4-Hydroxybutansäure) wird illegal als Partydroge verwendet, unter anderem unter dem Namen Liquid Ecstasy (obwohl es keine Verwandtschaft zu MDMA/Ecstasy hat). Es ist in Deutschland aber auch als Pharmakon verfügbar, so als Lösung zum Einnehmen zur Behandlung der seltenen Erkrankung Narkolepsie (BtM-Rezeptpflicht). Daneben ist es in Ampullen zur Injektion für Narkosen verfügbar. In dieser Form unter-

liegt es nur der einfachen Rezeptpflicht, was auch deswegen potenziell problematisch ist, da die Injektionslösung eine starke Wirkung auch dann entfaltet, wenn sie oral eingenommen wird. Als Medikament spielt GHB für Missbrauch und Abhängigkeit allerdings eine geringe Rolle; der weit überwiegende Teil beruht auf illegalen Präparaten. Exakte Zahlen liegen nicht vor.

Propofol ist ein GABAerges (GABA-verstärkendes) Narkotikum, das als Suchtmittel spätestens durch den Tod des Popstars Michael Jackson an einer Überdosis bekannt wurde. Es ist in Deutschland als Lösung für Injektionen oder Infusionen verfügbar und unterliegt der Rezept- aber nicht der BtM-Rezeptpflicht. Ambulant wird Propofol aber fast ausschließlich an medizinische Einrichtungen abgegeben. Missbräuchlich oder abhängig wird es am ehesten von Angehörigen medizinischer Berufe verwendet; genauere Zahlen sind nicht verfügbar, sie dürften aber niedrig liegen.

Zahlreiche als Tropfen oder Lösungen angebotene Arzneimittel enthalten *Alkohol*, häufig hochprozentig. Auch Alkohol (Ethanol) hat eine GABA-verstärkende Wirkung. Dies betrifft insbesondere pflanzliche Arzneimittel. Die den pflanzlichen Inhaltsstoffen zugeschriebenen Wirkungen sind zu einem großen Teil tatsächlich Alkoholeffekte. So wird das bekannte Präparat Klosterfrau Melisengeist® dahingehend beworben, dass die enthaltenen 13 Heilpflanzen „natürlich“ gegen innere Unruhe, Schlafstörungen und Nervosität wirken würden (Klosterfrau Healthcare Group 2026). Mit 79 % (v/v) besteht das Präparat aber hauptsächlich aus Alkohol (zum Vergleich: Bier circa 5 %, Wein circa 12 %, starker Schnaps circa 40 %). Von diesen „Arzneimitteln“ geht eine besondere Abhängigkeitsgefahr aus, da die Einnahme medizinisch verbrämt und durch die Bezeichnung als „natürlich“ verharmlost wird. Sie sind nicht rezept- und noch nicht einmal apothekenpflichtig. Zahlen über das Ausmaß der Abhängigkeit von alkoholhaltigen Arzneimitteln liegen nicht vor.

Stimulanzen (Amphetamine)

Amphetamine („Speed“) spielen eine große Rolle als illegale Drogen (s. entsprechender Beitrag in diesem Buch), sind aber auch als Medikamente zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der seltenen Narkolepsie verfügbar. Während sie bei ADHS zu einer Förderung von Konzentration und einem Rückgang von Hyperaktivität führen, haben sie außerhalb dieser Anwendung einen stimulierenden Effekt mit einer Steigerung von Antrieb, Aktivität, Motorik, Durchhaltevermögen und Stimmung. Auch Blutdruck und Puls können steigen. Sie wirken über eine verstärkte Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin.

Zur Behandlung von ADHS sind in Deutschland verfügbar Methylphenidat (z. B. Ritalin®, Methylphenidat-Verordnungen 2023: 72,8 Mio. DDD zulasten der GKV), Lisdexamfetamin (30,3 Mio. DDD) und Dexamfetamin (1,2 Mio. DDD). Alle Präparate unterliegen der BtM-Rezeptpflicht. Sie weisen einen starken Verordnungsanstieg auf mit +14,4 %, +31,2 % bzw. +13,5 % im Vergleich zum Vorjahr 2022 (Seifert et al., 2025). Allein die Verordnung von Methylphenidat nahm von 3,9 Mio. DDD im Jahr 1997 über 39,3 Mio. DDD im Jahr 2006 auf die genannten 72,8 Mio. DDD 2023 zu (Lohse et al., 2008). Während als illegale Droge eingenommene Amphetaminpräparate ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial haben, führt eine lege artis durchgeführte ADHS-Behandlung selten zu einer Amphetaminabhängigkeit. Dennoch ist in der ADHS-Behandlung erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der möglichen Entwicklung von Missbrauch oder Abhängigkeit angezeigt, verstärkt beim häufigen Fall einer Komorbidität von ADHS und Substanzabhängigkeit.

Pregabalin

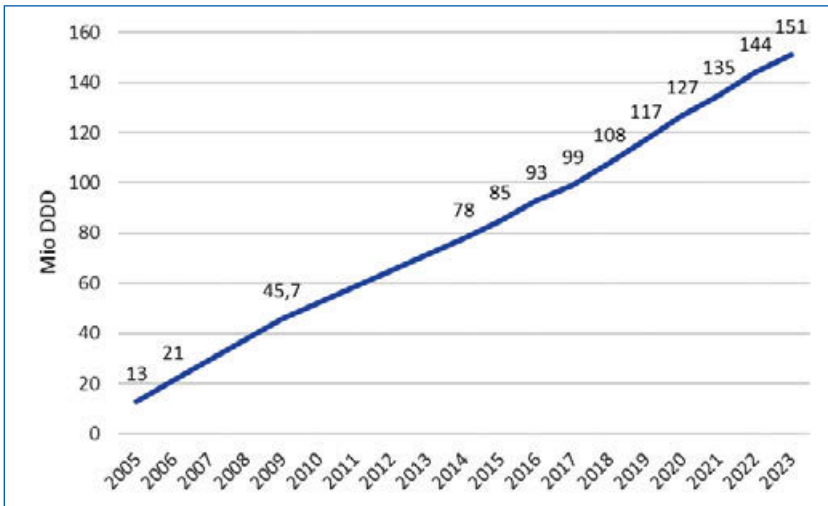
Das ursprünglich als Antiepileptikum (Zusatztherapie bei fokalen epileptischen Anfällen) entwickelte Pharmakon erhielt nachfolgend auch die Zulassung für die Behandlung neuropathischer Schmerzen und von generalisierter Angsterkrankungen. Es ist das am häufigsten verschriebene Medikament aus der Gruppe der Antiepileptika, dabei überwiegen mit fast 90 % aber die Verordnungen zur Behandlung neuropathischer Schmerzen (Brandt, Seifert, 2025). Es ist zwar ein Abkömmling des Neurotransmitters GABA, wirkt aber nicht an GABA-Rezeptoren, sondern an Calciumkanälen.

Seit der Zulassung in Deutschland 2004 steigen die Verordnungszahlen stark (s. Abb. 3), was einen kritischen Blick auf das Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin nahelegt.

Inzwischen kann ein Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin als gesichert angesehen werden. Es ist aber deutlich geringer als bei anderen Medikamenten mit einem derartigen Potenzial, etwa Benzodiazepinen oder Opioiden (Bonnet, Scherbaum, 2017). Ein Risiko besteht insbesondere bei Menschen mit Substanzabhängigkeit in der Vorgeschichte oder bei der Verwendung sehr hoher Dosierungen, wobei beide Risiken häufig zusammentreffen, da Personen mit Suchterkrankungen dazu neigen können, die Wirkung überhöhter Dosierungen auszuprobieren (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2011).

Die Analyse von Krankenkassendaten (AOK) ergab bei 2 % der Pregabalin-Verordnungen ein potenziell missbräuchliches Muster mit Tagesdosierungen

Abb. 3: Verordnungen von Pregabalin zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierter Tagesdosierungen (DDD)



Quelle: Brandt, Seifert, 2025

oberhalb der empfohlenen Grenze von 600 mg. Bei 42 % der Patientinnen und Patienten mit solchen überhöhten Dosierungen gab es in der Anamnese eine Substanzabhängigkeit oder einen Substanzmissbrauch (Flemming, 2022). In einer Querschnittsstudie in einer Abteilung für Entzugsbehandlungen von illegalen Drogen in Baden-Württemberg gaben 56 % der Patientinnen und Patienten an, schon mindestens einmal Pregabalin ausprobiert zu haben. 92 % dieser Gruppe hatten es (auch) auf dem Schwarzmarkt bezogen. Bei 11 % der Befragten diagnostizierten die Untersucher eine Pregabalinabhängigkeit (DSM-IV-Kriterien) (Snellgrove et al., 2017). Abruptes Absetzen kann zu Entzugssymptomatik mit Unruhe, Schlaflosigkeit und in Einzelfällen epileptischen Krampfanfällen führen.

Bei Personen mit Suchterkrankungen in der Vorgeschichte sollte auf die Verordnung von Pregabalin verzichtet werden, zumal es für alle Pregabalinindikationen alternative Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial gibt. Bei Menschen ohne Abhängigkeitserkrankungen ist in der Regel eine Pregabalinbehandlung ohne Suchtentwicklung möglich; allerdings sollte aufmerken lassen, wenn (eingeforderte) Dosierungen kontinuierlich steigen, Rezepte von verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten besorgt werden oder wiederholt die Neuausstellung eines Rezeptes aufgrund angeblichen Verlusts des alten Rezeptes erbeten wird.

Ketamin/Esketamin

Ketamin wurde bereits 1962 erstmals synthetisiert und als Narkotikum, zum Beispiel für Operationen, eingeführt. Es ist ein Antagonist (Blocker) der NMDA-Rezeptoren des Neurotransmitters Glutamat. Es erzeugt eine besondere Form der Narkose, eine sogenannte dissoziative Anästhesie, bei der kein komaartiger Tiefschlaf erreicht wird, sondern vor allem eine starke Veränderung des sogenannten qualitativen Bewusstseins. In einer Ketamin-Narkose schlafen die Patientinnen oder Patienten zwar, befinden sich aber vor allem in einer Art ausgeprägtem Tagtraum mit zum Teil sehr lebhaften Erlebnissen. Diese sogenannten dissoziativen Eigenschaften werden von einigen Menschen offensichtlich als angenehm oder anregend erlebt, weshalb Ketamin in der Partyszene unter Szenenamen wie „K“, „Kate“, „Kitty“ oder „Vitamin K“ auch als Droge verwendet wird. Ketamin erzeugt zwar kaum körperliche Abhängigkeit oder körperliche Entzugssymptomatik, kann aber eine Abhängigkeit verursachen, die sich durch starkes Verlangen (Craving) nach Ketamin (Wang et al., 2021), eskalierende Dosierungen, fortgesetzten Konsum trotz schädlicher Konsequenzen und psychischen Entzugssymptomen wie Dysphorie, Angst, Schlafstörungen und Anhedonie äußern kann.

Nachdem beobachtet wurde, dass Ketamindosierungen, die geringer sind, als sie typischerweise für eine Narkose benötigt werden, einen akuten antidepressiven Effekt haben können, kam 2020 das sogenannte S-Enantiomer von Ketamin, Esketamin, in Deutschland auf den Markt. Chemisch und pharmakologisch ist es Ketamin sehr ähnlich. Es ist zur Behandlung von Depressionen, die zuvor auf zwei andere pharmakologische Behandlungsversuche nicht angesprochen hatten, sowie zur Behandlung von Depressionen, die einem „psychiatrischen Notfall“ entsprechen, zugelassen, jeweils in Kombination mit einem Antidepressivum. Ein Anwendungsvorteil ist, dass Esketamin zur Depressionsbehandlung als Nasenspray zur Verfügung steht und nicht wie Ketamin intravenös gegeben werden muss. Auch durch die intranasale Gabe kann das Problem einer unzuverlässigen Wirkung bei oraler Einnahme umgangen werden. Zwischen dem mit über 4.000 € pro Monat sehr teurem Esketamin und dem maximal einen zweistelligen Eurobetrag pro Monat kostenden Ketamin besteht ein großer Preisunterschied.

Aufgrund der unkomplizierteren Anwendung des Nasensprays bestand bereits vor der Markteinführung die Sorge einer möglichen Ausbreitung von Esketamin-Missbrauch. Aus diesem Grund wurde Esketamin nur unter der Auflage zugelassen, dass die zweimal in der Woche (im späteren Behandlungsverlauf seltener) erforderlichen Anwendungen als Nasenspray ausschließlich unter medizinischer Aufsicht stattfinden dürfen und die Behandelten das Na-

senspray nicht zu Hause haben oder mit sich führen dürfen. Hierdurch relativiert sich der Vorteil der einfacheren Anwendung.

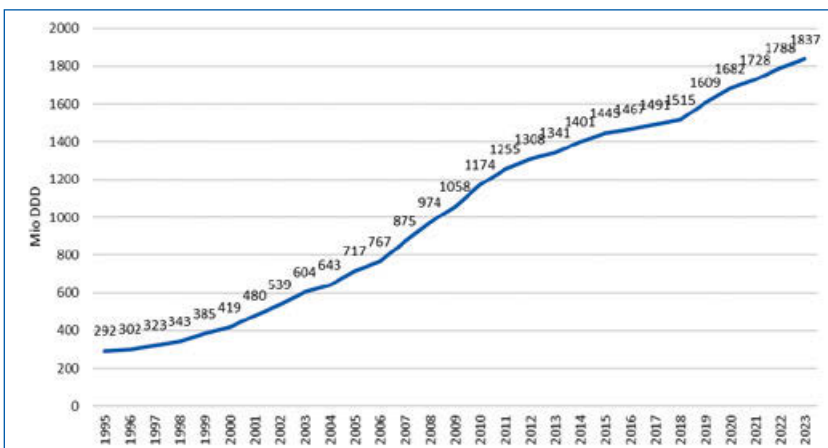
Bislang wurde seit der Einführung von Esketamin-Nasenspray keine starke Zunahme von Fällen von Es-/Ketaminmissbrauch oder -abhängigkeit beobachtet. Missbrauch oder Abhängigkeit von Ketamin entstehen zumeist über die Drogenszene und nicht infolge einer medizinischen Behandlung. Da die Zahl der mit Esketamin-Nasenspray behandelten Patientinnen und Patienten aber noch gering ist, gilt es, die weitere Entwicklung aufmerksam zu beobachten und die Sicherheitsauflagen einzuhalten. Suchterkrankungen in der Vorgeschichte werden nicht explizit als absolute Kontraindikationen für Esketamin genannt, jedoch sollte bei einer derartigen Anamnese besondere Vorsicht walten.

Antidepressiva

Die Verordnung von Antidepressiva steigt seit Jahrzehnten stark an. Die verordneten standardisierten Tagesdosierungen (DDD) haben sich in den letzten 30 Jahren mehr als versechsfacht (Seifert et al., 2025) (Abb. 4).

Die Gründe für den Verordnungsanstieg lassen sich aus den Verordnungszahlen nicht direkt ableiten. Mehrere Ursachen kommen in Betracht, hierunter Entstigmatisierung und besseres Erkennen von Depressionserkrankungen,

Abb. 4: Verordnungen von Antidepressiva zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Zeitverlauf in Millionen standardisierter Tagesdosierungen (DDD)



Quelle: Seifert et al., 2025

Indikationsausweitung – etwa auf Angsterkrankungen und Zwangserkrankungen – oder Abbau irrationaler Vorbehalte gegenüber Antidepressiva. Da die Antidepressiva-Verordnungen trotz des enorm hohen Niveaus von 1,8 Milliarden DDD pro Jahr kontinuierlich weiter steigen, ist zu vermuten, dass der Anstieg auch mit Schwierigkeiten, Antidepressiva wieder abzusetzen, in Verbindung steht.

Antidepressiva können nach mehrwöchiger Einnahme Entzugssymptome verursachen, die sich ausgesprochen vielfältig äußern, etwa durch unspezifische körperliche Symptome wie Schwindelgefühle, Übelkeit, Kopfschmerzen oder grippeähnliche Erscheinungen oder durch psychische Symptome wie innere Unruhe, Stimmungsschwankungen oder Schlafstörungen (Bschor et al., 2022). Ursache ist die Gegenregulation des Körpers nach längerer Einnahme, insbesondere gegen die pharmakologisch bedingte verstärkte Serotonin-Neurotransmission. Die Gegenregulation besteht beim Absetzen zunächst fort, während der medikamentöse Effekt wegfällt (Bschor, 2018). Eine aktuelle große Metaanalyse kam zu dem Ergebnis, dass circa 31 % der Menschen, die nach längerer Einnahme ein Antidepressivum absetzen, mindestens ein Entzugssymptom entwickeln (allerdings auch 17 %, die Placebo absetzen) (Henssler et al., 2024).

Die Debatte um Antidepressiva-Entzugssymptomatik befeuert eine Diskussion um die Frage, ob Antidepressiva abhängig machen. Befürwortende dieser Position argumentieren, dass die Entzugssymptomatik von Antidepressiva derjenigen von anderen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial, etwa Benzodiazepinen, ähnele und dass das bei Antidepressiva typischerweise nicht auftretende Craving kein zwingendes Merkmal einer Abhängigkeit sein muss (Horowitz et al., 2023). Während Abhängigkeit und Sucht zumeist synonym verwendet werden, plädieren die Befürwortenden für eine Unterscheidung dahingehend, dass nur bei Sucht auch das starke Verlangen nach der Einnahme der Suchtsubstanz vorliege. Die Gegenseite dieser Position wiederum wendet sich gegen die Verwendung des Begriffs „Entzugssymptome“ und plädiert für „Absetzsymptome“, da der erste Begriff nur bei Suchtstoffen verwendet werden dürfe.

Am methodisch saubersten lässt sich die Frage, ob Antidepressiva abhängig machen, beantworten, indem die auch für die anderen stofflichen Süchte geltenden Abhängigkeitskriterien angewendet werden. Eingangs dieses Beitrags wurden die sechs Abhängigkeitskriterien der ICD-10 dargestellt. Bezogen auf Antidepressiva ergibt sich: Antidepressiva verursachen (1) kein starkes Verlangen oder einen unwiderstehlichen Drang, die Medikamente einzunehmen. Sie können Schwierigkeiten machen, die Einnahme wieder zu beenden, da die erwähnten Entzugssymptome für einen Teil der Betroffenen so unan-

genehm sind, dass sie die Medikation fortsetzen, obwohl sie sie eigentlich beenden wollen. Dies kann eventuell als eine Art (2) Kontrollverlust bezeichnet werden. Wie bereits ausgeführt, ist die Möglichkeit von (3) Entzugssymptomen bei Antidepressiva eindeutig zu bejahen. Zu einer (4) Toleranzentwicklung in dem Sinne, dass die Wirkung bei längerer Behandlung nachlässt und die Dosis kontinuierlich erhöht werden muss, kommt es bei Antidepressiva typischerweise nicht. Es kommt auch nicht zu einer (5) Einengung der Interessen und des Verhaltens auf die Medikamenteneinnahme und einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen oder Pflichten, und auch nicht zu einem (6) fortgesetztem Konsum, wenn für die Betroffenen negative Folgen der Medikamenteneinnahme überwiegen. Damit sind nur ein bis zwei der Abhängigkeitskriterien zu bejahen aber nicht mindestens drei, wie es die ICD-10 für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit fordert. Zusammengefasst kann also festgehalten werden, dass Antidepressiva Entzugssymptome verursachen können, die erheblich belastend sein können, die dazu führen können, dass die Einnahme fortgesetzt wird, obwohl keine Indikation mehr besteht, und die vermutlich für den kontinuierlichen Verordnungsanstieg mitverantwortlich sind, dass Antidepressiva aber keine Abhängigkeit hervorrufen, wie es zum Beispiel Benzodiazepine oder Opiate tun.

Medikamente ohne psychotrope Wirkungen

Zu den am häufigsten in Apotheken verkauften Medikamenten gehören *abschwellende Nasentropfen oder Nasensprays*, die nicht rezeptpflichtig sind und zum überwiegenden Teil ohne Verordnung abgegeben werden. Sie enthalten zumeist die Wirkstoffe Xylometazolin oder Oxymetazolin, die antagonistisch auf Alpha-Adrenorezeptoren (α -Sympathomimetika) und dadurch an der Nasenschleimhaut gefäßverengend wirken. Sie sollten für maximal sieben Tage am Stück angewendet werden, da es ansonsten zu einem gegenregulatorischen Anschwellen der Nasenschleimhaut mit dem Gefühl einer verstopften Nase kommt, weshalb die Anwendungsabstände verkürzt und die Dosis erhöht werden. Die chronische Schwellung der Nasenschleimhaut aufgrund andauernden Gebrauchs abschwellender Nasentropfen wird als Rhinitis medicamentosa bezeichnet und kann zu Erstickungsängsten führen. Diese führen zum fortgesetzten Gebrauch der Nasentropfen, sodass in einem weiter gefassten Verständnis von einer Abhängigkeit gesprochen werden kann, obwohl psychische Effekte (Erstickungsängste) nur indirekt auftreten. Die chronische Anwendung der Nasentropfen schädigt die Nase durch Schleimhautatrophie und -risse, Borkenbildung und Nasenbluten und führt zu einer erhöhten An-

fälligkeit für Atemwegsinfektionen und dem Risiko einer Besiedlung mit dem Erreger *Klebsiella ozaenae*, was zu einer sehr unangenehmen Geruchsbildung führt („Stinknase“).

Behandlungsmaßnahme der Wahl ist die konsequente Entwöhnung der Nase vom abschwellenden Pharmakon. Hierzu kann erst ein Nasenloch entwöhnt werden, und die Dosisreduktion sollte schrittweise erfolgen. Für niedrige Dosierungen kann auf Nasentropfen für Kinder oder Säuglinge zurückgegriffen werden. Die Nasenschleimhaut sollte durch Meerwassersprays oder Dexpantenol-Nasensalbe gepflegt werden.

Ähnliche paradoxe Effekte entstehen bei der Langzeitanwendung abführender Medikamente (*Laxanzien*). Die Gegenregulation des Darms verstärkt bei Daueranwendung die Obstipation (Verstopfung), was in der Folge eine noch häufigere und höher dosierte Laxanzienanwendung zur Folge haben kann.

Loperamid ist das führende Medikament zur symptomatischen Behandlung von Durchfall und wurde 2023 mit 4,8 Mio. DDD, einem Zuwachs um 6,6 % gegenüber dem Vorjahr, verordnet. Da es nicht rezeptpflichtig ist, kommen ohne Verschreibung abgegebene Packungen hinzu. Missbrauch von Loperamid ist seit längerem beschrieben. Dieser ist zum Teil wahrscheinlich ebenfalls durch Gegenregulation des Darms mit paradoxen Effekten bei längerfristiger Anwendung zu erklären. Vermutlich kann Loperamid aber in höheren Dosierungen auch direkte psychische Wirkungen entfalten, da es ein synthetisches Opioid ist. Es bindet an die auch im Darm vorkommenden Opioidrezeptoren was, wie es auch als Nebenwirkung von anderen Opioiden bekannt ist, zur beabsichtigten Obstipation führt. In üblichen therapeutischen Dosierungen erreicht es aber kaum das Gehirn, weshalb psychische Effekte in der Regel nicht bemerkbar sind. Es sind aber Fälle beschrieben, in denen sich opiatabhängige Menschen Loperamid in deutlich überhöhter Dosierung auf dem Schwarzmarkt besorgt haben (Daniulaityte et al., 2013). In hohen Dosierungen besteht ein relevantes Risiko für lebensbedrohliche Herzarrhythmien. Die Selbstanwendung von Loperamid sollte 48 Stunden nicht überschreiten.

Regeln zur Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial

Medikamente mit starkem Abhängigkeitspotenzial, zum Beispiel Benzodiazepine, Z-Substanzen und Opioide, werden – wie dargelegt – umfangreich verordnet und sind in vielen Indikationen auch unentbehrlich. Umso wichtiger ist es, bestimmte Grundsätze bei der Behandlung zu beachten, um das

Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung zu reduzieren. Zu diesen Grundsätzen gehören:

1. Die Medikamentenverschreibung muss immer Teil eines Gesamtbehandlungsplans sein, nicht eine isolierte Maßnahme. So wäre es zum Beispiel ein Fehler, in der Behandlung von Schlafstörungen, innerer Unruhe und Ängsten oder Schmerzen Entspannungsverfahren, psychotherapeutische oder physiotherapeutische Strategien zu vernachlässigen.
2. Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial dürfen nur in sehr gut begründeten seltenen Ausnahmesituationen an Patientinnen oder Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Anamnese verordnet werden. Eine Suchtanamnese ist daher vor jeder Erstverordnung sorgfältig zu erheben. Auch eine Nikotinabhängigkeit ist ein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer Abhängigkeiten. Es sind viele Fälle dokumentiert, in denen zum Beispiel alkoholranke Menschen nach jahre- oder jahrzehntelanger Abstinenz aufgrund einer unbedachten Benzodiazepingabe einen Rückfall erlitten – entweder mit Benzodiazepinen oder mit Alkohol. Das Rückfallrisiko ist nicht nur auf die gleiche oder eine ähnliche Suchtstoffgruppe begrenzt, da alle stofflichen Süchte ähnliche Verhaltens- und Erlebensmuster teilen (Gefahr der Kreuzabhängigkeit).
3. Die Betroffenen sind vor Behandlungsbeginn und bei längerer Verordnung wiederholt über das Abhängigkeitsrisiko aufzuklären. Es empfiehlt sich, diese Aufklärung explizit zu dokumentieren.
4. Patientin/Patient und Ärztin/Arzt sollten vor Medikationsbeginn das Behandlungsziel gemeinsam definieren und nach einer vorher vereinbarten Zeit überprüfen, ob das Ziel erreicht wurde. Besteht die Symptomatik fort, kann dies ein Argument für eine Dosiserhöhung sein. Es sollte aber bedacht werden, dass unzureichende Wirksamkeit einer Medikation auch der Grund für die Beendigung sein kann.
5. Verordnung „nur bei Bedarf“ ist vermutlich nicht abhängigkeitspräventiv, auch wenn sie in der guten Absicht erfolgt, hierdurch die Gesamtdosis gering zu halten. Die Bedarfsverordnung kann ein erster Schritt in süchtige Verhaltensmuster sein, indem die Patientin oder der Patient angeleitet wird, dass eigene aktuelle Befinden zu bewerten und hierauf durch die orale Einnahme einer psychotropen Substanz zu reagieren. Es ist daher durchaus empfehlenswert, Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial eher nach alter Schule zu „verordnen“ und ärztlicherseits exakt festzulegen, zu welchem Zeitpunkt in welcher Dosis und vor allem für welche Dauer das Medikament einzunehmen ist.
6. Außer in Palliativsituationen sollte eine Verordnung für mehr als 14 (maximal 28) Tage vermieden werden.

7. Im ambulanten Setting sollten Rezepte über Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial persönlich von der Ärztin oder dem Arzt ausgehändigt werden. Dennoch sollte das Praxisteam gut eingebunden sein. In der Regel sollte die kleinste Packungsgröße rezeptiert werden.
8. Die verordnete Menge ist genau zu dokumentieren. Bei Folgerezepten muss überprüft werden, ob bei Einhaltung der vereinbarten Dosierung tatsächlich bereits ein Nachfolgerezept erforderlich ist.
9. Die Patientinnen und Patienten sollten angewiesen werden, das Medikament nicht an Dritte weiterzugeben.
10. Skepsis ist angebracht, wenn Patientinnen oder Patienten (wiederholt) neue Rezepte mit der Begründung, das alte verloren zu haben, erbitten.
11. Das Absetzen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen, die während einer stationären Behandlung begonnen wurden, sollte nicht den ambulant Nachbehandelnden überlassen werden. Ist eine stationäre Beendigung der Medikation in Einzelfällen nicht möglich, sollten die Patientinnen und Patienten sorgfältig über das Erfordernis des ambulanten Absetzens aufgeklärt werden und es sollte persönlicher Kontakt zu den ärztlichen Nachbehandelnden aufgenommen werden.
12. Bei missbräuchlicher oder abhängiger Verwendung von Arzneimitteln oder dem Verdacht hierauf sollte mit den Strategien der motivierenden Gesprächsführung ein Problembewusstsein und eine Veränderungsbereitschaft angestrebt werden. Das differenzierte Suchtbehandlungssystem in Deutschland sollte genutzt werden; Medikamentenabhängigkeit gehört selbstverständlich genauso zu seinen Kompetenzen wie die Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen. Suchtberatungsstellen können eine sinnvolle erste Anlaufstelle sein. Insbesondere bei Benzodiazepinen und Z-Substanzen birgt ein eigenständig (und womöglich abrupt) durch die Patientinnen und Patienten durchgeführter Entzug erhebliche medizinische Risiken, worüber die Betroffenen aufgeklärt werden sollten.
13. Die Seiten www.medikamente-und-sucht.de der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sowie www.stillesucht.org des Universitätsklinikums Tübingen geben wertvolle Hilfe und Unterstützung für Betroffene und für medizinisches Fachpersonal.

Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2011): Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin (Lyrica). Dt. Ärzteblatt, 108(4), A183.

- Benjafield, A. V. et al. (2025): Estimation of the global prevalence and burden of insomnia. A systematic literature review-based analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2025>.
- Bonnet, U.; Scherbaum, N. (2017): How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 27(12), 1185–1215.
- Brandt, C.; Seifert, R. (2025): Epilepsien (Anfallssuppressiva). In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer.
- Bschor, T. (2018): *Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte*. München: Südwest-Verlag.
- Bschor, T. et al. (2022): Absetzen von Antidepressiva – Absetzsymptome und Rebound-Effekte. *Übersicht und praktische Empfehlungen. Nervenarzt*, 93(1), 93–101.
- Bundesverband Suchthilfe (bus) (2024): *Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2023*. Kassel. https://suchthilfe.de/wp-content/uploads/2024/12/2023-basisdokumentation-20241205.pdf?utm_source=chatgpt.com, Zugriff: 09.02.2026.
- Daniulaityte, R. (2013): “I just wanted to tell you that loperamide WILL WORK”. A web-based study of extra-medical use of loperamide. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 241–244. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.003>.
- Deutsche Schmerzgesellschaft et al. (2020): *S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)*. AWMF Registernummer 145-003. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>, Zugriff: 09.02.2026.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien*. WHO – World Health Organization. Göttingen: Hogrefe.
- Flemming, R. (2022): Patterns of pregabalin prescribing in four German federal states. Analysis of routine data to investigate potential misuse of pregabalin. *BMJ Open*, 12(7): e060104. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060104.
- Grimmsmann, T.; Kostev, K.; Himmel, W. (2022): The Role of Private Prescriptions in Benzodiazepine and Z-Drug Use. *Dt. Ärzteblatt International*, 119(21), 380–381.
- Guerlais, M. et al. (2015): Dependence on prescription benzodiazepines and Z-drugs among young to middle-aged patients in France. *Substance Abuse and Misuse*, 50(3), 320–327. DOI: 10.3109/10826084.2014.980952.
- Hensler, J. et al. (2024): Incidence of antidepressant discontinuation symptoms. A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 11(7), 526–535.
- Horowitz, M. A. et al. (2023): Estimating Risk of Antidepressant Withdrawal from a Review of Published Data. *CNS Drugs*, 37(2), 143–157.

- Jones, C. M. P. et al. (2023): Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial). A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 402(10398), 304–312.
- Klosterfrau Healthcare Group (2026): Klosterfrau Melissengeist. <https://www.klosterfrau.de/die-produkte/klosterfrau-melissengeist.html>, Zugriff: 09.02.2026.
- Krause, A.; Seifert, R. (2025): Schlafstörungen. In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 585–596.
- Lohse, J. M.; Lorenzen, A.; Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Psychopharmaka. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2003*. Berlin: Springer. 704–749.
- Lohse, J. M.; Lorenzen, A.; Müller-Oerlinghausen, B. (2008): Psychopharmaka. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2007*. Berlin: Springer. 775–819.
- Lohse, J. M.; Müller-Oerlinghausen, B. (2008): Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2007*. Berlin: Springer. 599–612.
- Lohse, J. M.; Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Hypnotika und Sedativa. In: Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2003*. Berlin: Springer. 513–528.
- Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer.
- Maas, R.; Böger, R. (2025): Symptomatische Behandlung von Schmerz, Fieber und Entzündung. In: Ludwig, W.D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 417–443.
- Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.
- Penninkilampi, R.; Eslick, G.D. (2018): A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. *CNS Drugs*, 32(6), 485–497.
- Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Deutsche Suchthilfestatistik – 2024. Jahresbericht. München: IFT Institut für Therapieforchung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2024.pdf, Zugriff: 09.02.2026.
- Seifert, J.; Bleich, S.; Seifert, R. (2025): Depression, Angststörungen, bipolare Störung, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In: Ludwig, W. D.; Mühlbauer, B.; Seifert, R. (Hrsg.) (2025): *Arzneiverordnungs-Report 2024*. Berlin: Springer. 485–535.

- Simon, R. et al. (2026): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2026. Lengerich: Pabst.
- Snellgrove, B. J.; Steinert, T.; Jaeger, S. (2017): Pregabalin Use Among Users of Illicit Drugs: A Cross-Sectional Survey in Southern Germany. *CNS Drugs*, 31(10): 891–898.
- Streltzer, J.; Linden, M. (2008): Erhöhte Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opiaten. *Nervenarzt*, 79(5), 607–611.
- Verthein, U.; Martens, M.S.; Buth, S. (2020): Ergebnisbericht. ProMeKa – Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Wang, P. W. et al. (2021): Craving for Ketamine and Its Relationship With Clinical Outcome Indicators in Males With Ketamine Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. 476205. DOI: 10.3389/fpsy.2021.476205.

2.4 Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum

Sally Olderbak, Regina Hollweck, Anika Nitzsche,
Boris Orth

Zusammenfassung

Laut aktuellen Schätzungen haben in Deutschland etwa 69.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie 7,3 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Dies entspricht einer Lebenszeitprävalenz von 1,5 % bzw. 14,1 %. Bezogen auf die letzten 12 Monate haben 1,2 % aller Jugendlichen eine illegale Droge konsumiert. Dabei war der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy, Kokain/Crack, Pilzen oder neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) etwas weiter verbreitet als der Konsum anderer illegaler Drogen. Von den Erwachsenen gaben 3,7 % an in den letzten 12 Monaten mindestens eine illegale Droge konsumiert zu haben. Die Prävalenz des Konsums einzelner Substanzen lag bei etwa 1 % oder darunter, wobei die höchsten Werte für Kokain/Crack und MDMA („Ecstasy“) festgestellt wurden. Im Zeitraum von 2011 bis 2023 zeigte sich bei Jugendlichen keine Veränderung der 12-Monats-Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen, während bei Erwachsenen ein Anstieg zu verzeichnen war.

Summary

According to recent estimates, about 69,000 adolescents aged 12 to 17 years and 7.3 million adults aged 18 to 64 years have consumed an illegal drug at least once in their lives. This corresponds to lifetime prevalence rates of 1.5 % and 14.1 %, respectively. In the past 12 months, 1.2 % of all adolescents have used an illegal drug. The use of amphetamines, ecstasy, cocaine/crack, mushrooms or new psychoactive substances was somewhat more widespread than the use of other illegal drugs. In the past 12 months, 3.7 % of adults, used at least one illegal drug. The prevalence of use for individual substances was around 1 % or less, with rates highest for cocaine/crack and MDMA (“Ecstasy”). In the period from 2011 to 2023, there was no change in the

12-month prevalence of illegal drug use among adolescents, while there was an increase among adults.

1 Einleitung

In Deutschland haben etwa 69.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie rund 7,3 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Dies entspricht einer Lebenszeitprävalenz von 1,5 % bei den Jugendlichen und 14,1 % bei den Erwachsenen (Hollweck et al., in Vorb.; Orth et al., 2025). Der Konsum von Drogen kann zahlreiche gesundheitliche Risiken nach sich ziehen, darunter Abhängigkeit bis hin zu Tod. Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 2.227 Todesfälle durch den Konsum illegaler Rauschgiftmittel dokumentiert, 12 % mehr als im Vorjahr (Bundeskriminalamt, 2023). Dies entspricht ungefähr 2,6 Personen pro 100.000 Bewohner Deutschlands und 0,22 % der Gesamtzahl der Sterbefälle (Statistisches Bundesamt, 2024a, 2024b). Europaweit lag die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle im Jahr 2023 bei 7.459, wobei die Todesfälle überwiegend Männer betrafen (78 %) (Drogenagentur der Europäischen Union, 2025).

Um ein Bild über die Verbreitung illegaler Substanzen zu erhalten, werden in Deutschland wiederholt nationale, repräsentative Befragungen zum Drogenkonsum durchgeführt. Die Drogenaffinitätsstudie (DAS) des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)¹ – ist eine langfristig angelegte Untersuchung des Substanzkonsums bei einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren (Orth et al., 2025). Die nachfolgenden Auswertungen der DAS beziehen sich auf die Erhebung im Jahr 2023, in welcher insgesamt 7.001 Jugendliche und junge Erwachsene befragt wurden. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass Cannabis zum Erhebungszeitpunkt der DAS 2023 noch illegal war, in dem vorliegenden Artikel wird Cannabis aber nicht bei den illegalen Drogen berücksichtigt.

Der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) ist eine regelmäßig im Dreijahresrhythmus durchgeführte Querschnittstudie zum Substanzkonsum von Erwachsenen in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (Olderbak et al., 2025). Der ESA wird vom IFT Institut für Therapieforchung München durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Im Jahr 2024 beteiligten sich 7.534 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an der Befragung.

¹ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde am 13. Februar 2025 in Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) umbenannt.

2 Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung wurde von 1,2 % der Jugendlichen und 3,7 % der Erwachsenen mindestens eine illegale Droge außer Cannabis (Tab. 1) konsumiert. Bei den Jugendlichen liegen die 12-Monats-Prävalenzwerte aller Substanzen unter einem Prozent. Amphetamine (0,4 %) sowie Ecstasy, Kokain/Crack, Pilze und neue psychoaktive Stoffe (jeweils 0,3 %) sind die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen in dieser Altersgruppe. Statistisch bedeutsame Geschlechtsunterschiede gibt es innerhalb der Gruppe der Jugendlichen nicht.

Bei Erwachsenen weisen Kokain/Crack (1,1 %) und MDMA („Ecstasy“) (1,0 %) nennenswerte Prävalenzwerte auf. Im Allgemeinen ist der Konsum von illegalen Drogen bei Erwachsenen unter Männern (4,6 %) weiter verbreitet als unter Frauen (2,7 %). Am höchsten ist dieser Geschlechtsunterschied hinsichtlich des Konsums von Kokain/Crack ausgeprägt.

Abbildung 1 zeigt die 12-Monats-Prävalenzen des Drogenkonsums (ohne Cannabis) bei 12- bis 17-Jährigen, aufgeschlüsselt nach den soziodemografischen Merkmalen Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsniveau. Das Bildungsniveau wird dabei dreistufig anhand der besuchten Schulform „Hauptschule“, „Real-/Gesamtschule“ und „Gymnasium“ dargestellt. Wie bereits in Tabelle 1 sichtbar wurde, gibt es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei Jugendlichen im Konsum der hier im Fokus stehenden illegalen Drogen.

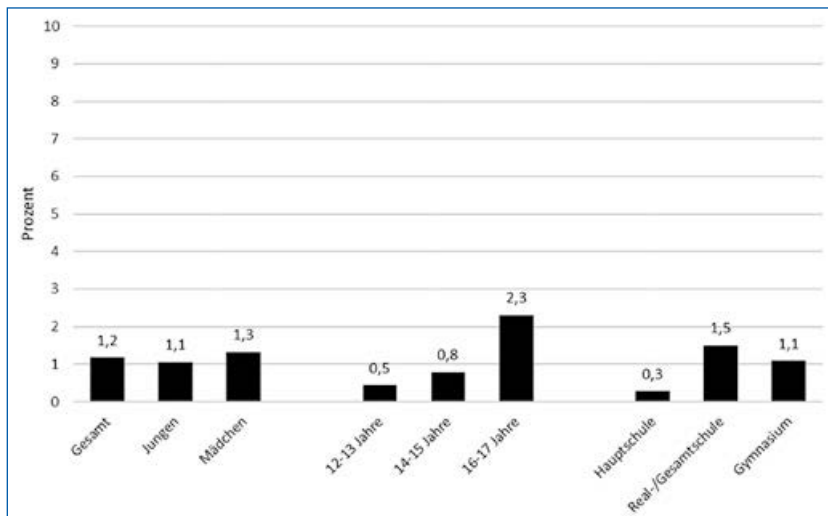
Tab. 1: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen

	DAS 2023 (12 bis 17 Jahre)			ESA 2024 (18 bis 64 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Mindestens eine dieser Drogen	1,2	1,1	1,3	3,7	4,6	2,7
Amphetamine	0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	0,5
Methamphetamin	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA („Ecstasy“)	0,3	0,2	0,5	1,0	1,3	0,7
LSD	0,2	0,3	0,2	0,7	1,0	0,4
Heroin/andere Opiode	0,1	0,0	0,1	0,8	0,6	0,9
Kokain/Crack	0,3	0,4	0,1	1,1	1,4	0,7
Schnüffelstoffe	0,2	0,1	0,3	0,7	0,8	0,5
Halluzinogene Pilze	0,3	0,4	0,1	0,5	0,6	0,3
Neue psychoaktive Substanzen (NpS)	0,3	0,4	0,2	0,8	1,0	0,6

Quellen: Orth et al., 2025; Olderbak et al., 2025

Werte auf eine Nachkommastelle gerundet. 0,0 ist als weniger als 0,05 % zu lesen.

Abb. 1: 12-Monats-Prävalenz des Drogenkonsums ohne Cannabis nach soziodemographischen Merkmalen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen (DAS, 2023)

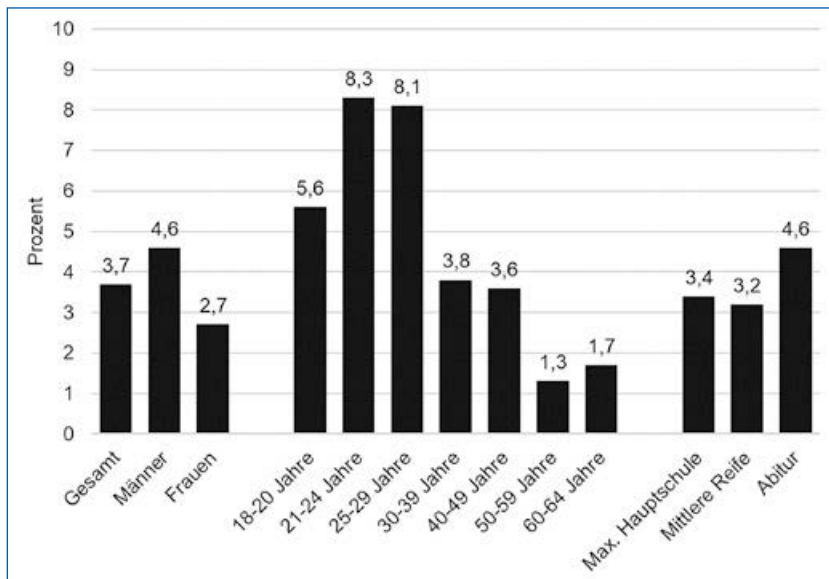


Quelle: Orth et al., 2025

Deutliche Unterschiede gib es beim Alter, so konsumieren signifikant mehr 16- bis 17-Jährige illegale Drogen (2,3 %) als die beiden jüngeren Altersgruppen der 12- bis 13-Jährigen (0,5 %) und 14- bis 15-Jährigen (0,8 %). Schülerinnen und Schüler der Real- und Gesamtschulen weisen die höchsten Konsumprävalenzen (1,5 %) im Vergleich zu den Schulformen Hauptschule (0,3 %) und Gymnasium (1,1 %) auf, die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Abbildung 2 zeigt die 12-Monats-Prävalenzen des Konsums einer illegalen Droge bei Erwachsenen nach den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsniveau. Dabei werden unter dem Begriff „illegale Droge“ die Substanzen MDMA („Ecstasy“), Amphetamine, Methamphetamine, Kokain, Crack, LSD, halluzinogene Pilze, Schnüffelstoffe, Heroin, NPS sowie andere Opioide zusammengefasst. Insgesamt liegt der Wert bei 3,7 %. Männer weisen mit 4,6 % deutlich höhere Werte auf als Frauen (2,7 %). Weiter zeigt sich ein klarer Altersgradient mit Spitzenwerten im jungen Erwachsenenalter. In den Gruppen 21–24 Jahre (5,6 %), 25–29 Jahre (8,3 %) und 30–39 Jahre (8,1 %) können die höchsten 12-Monats-Prävalenzwerte beobachtet werden. Ab dem Alter von 40 Jahren sinken die Werte deutlich und erreichen bei den 50- bis 59-Jährigen 1,3 % und bei den 60- bis 64-Jährigen 1,7 %.

Abb. 2: 12-Monats-Prävalenz des Konsums einer illegalen Droge nach soziodemographischen Merkmalen bei 18- bis 64-jährigen Erwachsenen (ESA, 2024)



Quelle: Olderbak et al., 2025

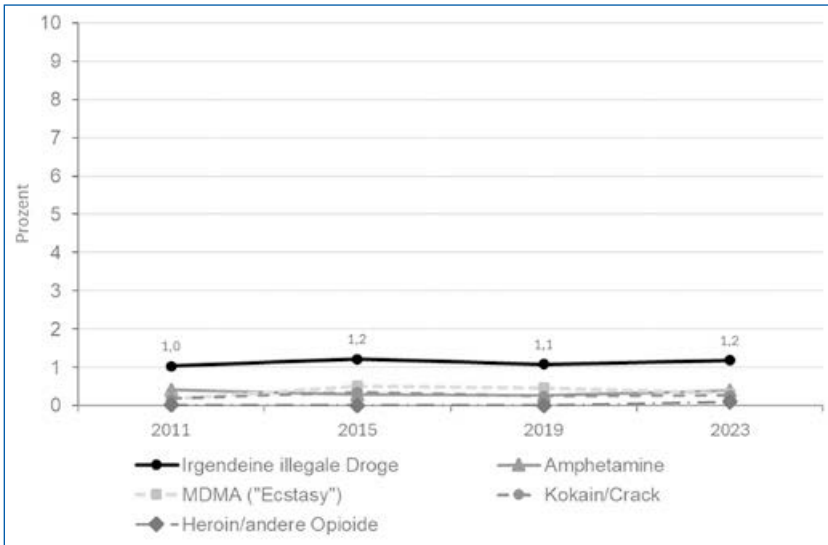
Anmerkung: Eine illegale Droge umfasst MDMA („Ecstasy“), Amphetamine, Methamphetamine, Kokain, Crack, LSD, halluzinogene Pilze, Schnüffelstoffe, Heroin, NPS sowie andere Opioide.

In Bezug auf das Bildungsniveau liegen Personen mit Abitur (4,6 %) leicht über dem Gesamtdurchschnitt, während Personen mit mittlerer Reife (3,2 %) und Hauptschulabschluss (3,4 %) etwas niedrigere Werte aufweisen.

3 Trends des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung

Abbildung 3 zeigt die 12-Monats-Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen (ohne Cannabis) bei Jugendlichen im Trendverlauf der Jahre 2011 bis 2023 insgesamt sowie für die Substanzen MDMA (Ecstasy), Heroin/andere Opioide, Amphetamine und Kokain/Crack. Bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen hat sich im Zeitraum von 2011 bis 2023 die 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge kaum verändert. Sie lag in diesem Zeitraum in einem Bereich von 1,0 bis 1,2 Prozent. Auch bei den anderen aufgeführten Substanzen können im Trendverlauf von 2011 bis 2023 keine nennenswerten Veränderungen festgestellt werden.

Abb. 3: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren (DAS, 2011–2023)



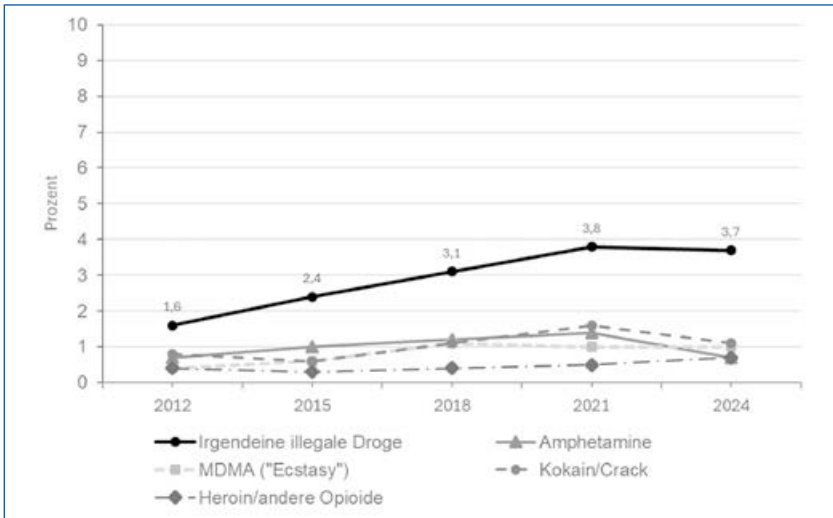
Quelle: Orth et al., 2025

Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge stieg bei Erwachsenen von 1,6 % (2012) auf einen Höchstwert von 3,8 % (2021) und blieb 2024 nahezu unverändert (3,7 %) (Abb. 4). Damit hat sich der Anteil seit 2012 mehr als verdoppelt.

Bei den Amphetaminen zeigt sich ein Anstieg von 0,7 % auf 1,4 % bis 2021, gefolgt von einem deutlichen Rückgang auf 0,7 % im Jahr 2024. Der Konsum von MDMA/Ecstasy nahm von 0,4 % (2012) auf 1,1 % (2018) zu und stabilisierte sich anschließend auf einem Wert von 1,0 % (2021 und 2024). Für Kokain/Crack lässt sich ein deutlicher Anstieg bis 1,6 % im Jahr 2021 beobachten. 2024 fällt der Wert auf 1,1 %, bleibt aber insgesamt über dem Niveau der frühen 2010er Jahre. Der Konsum von Heroin/anderen Opioiden bleibt im Zeitverlauf im Vergleich mit anderen illegalen Substanzen auf niedrigem Niveau, zeigt jedoch einen Anstieg von 0,4 % (2012) auf 0,7 % (2024) in den letzten 12 Jahren.

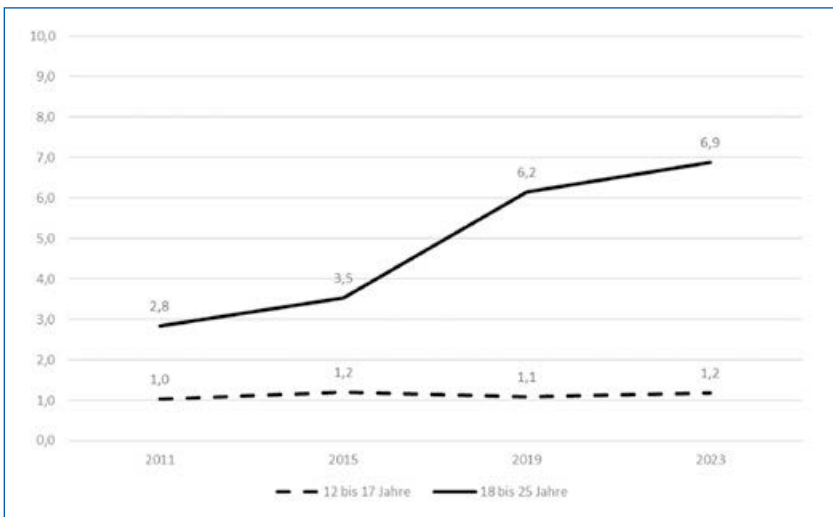
Im zeitlichen Vergleich der 12-Monats-Prävalenz von Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren wird in der Drogenaffinitätsstudie deutlich, dass der Drogenkonsum in der älteren Gruppe wesentlich verbreiteter ist und im Zeitverlauf zunimmt (Abb. 5). Während der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit illegalem Drogenkonsum im Jahr 2011 noch bei 2,8 % lag, stieg er bis 2015 moderat auf 3,5 % an. Zwischen

Abb. 4: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (ESA, 2012–2024)



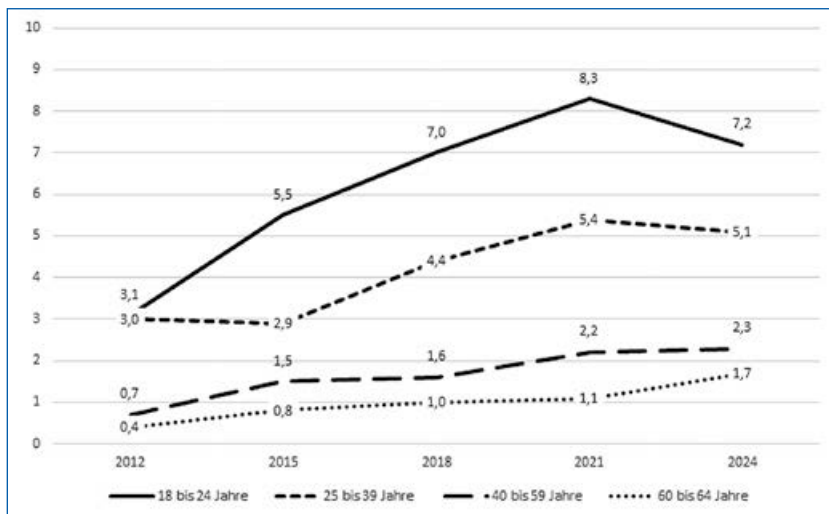
Quelle: Kraus et al., 2013; Gomes de Matos et al., 2016; Atzendorf et al., 2019; Rauschert et al., 2022; Olderbak et al., 2025

Abb. 5: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (DAS, 2011–2023)



Quelle: Orth et al., 2025

Abb. 6: Trends der 12-Monats-Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge bei Erwachsene nach Altersgruppen (ESA, 2012–2024)



Quelle: Kraus et al., 2013; Gomes de Matos et al., 2016; Atzendorf et al., 2019; Rauschert et al., 2022; Olderbak et al., 2025

2015 und 2019 ist ein besonders deutlicher Anstieg auf 6,2 % zu erkennen, der sich bis 2023 weiter fortsetzt und schließlich einen Wert von 6,9 % erreicht. Im Gegensatz dazu bleibt der Anteil der 12- bis 17-Jährigen über die Jahre hinweg auf niedrigem und nahezu konstantem Niveau.

Wie die Abbildung 6 mit Daten des ESA zeigt, ist der Konsum irgendeiner illegalen Droge seit 2012 bei jüngeren Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) durchgehend höher als bei älteren Personen, und die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter ab. In allen Altersgruppen außer bei 60- bis 64-Jährigen lässt sich jedoch ein Anstieg in den Konsumprävalenzen irgendeiner illegalen Droge von 2012 bis 2021 feststellen. Danach kam es bei allen Altersgruppen zu keiner Änderung zwischen 2021 und 2024.

4 Fazit

Während sich bei Jugendlichen in den Jahren 2011 bis 2023 keine Veränderungen im Konsum illegaler Drogen zeigt, zeichnet sich insbesondere bei jungen Erwachsenen ein Anstieg im Konsum ab. Dies lässt sich sowohl mit den Daten der DAS als auch des ESA belegen. Ein besonders ausgeprägter Anstieg ist in

beiden Studien in den Jahren 2015 bis 2019 (DAS) bzw. 2012 bis 2021 (ESA) zu verzeichnen. Danach zeigen Daten des ESA für das Jahr 2024 für alle Altersgruppen keinen weiteren Anstieg im Konsum illegaler Drogen.

5 Literatur

- Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten: Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland [ESA 2018]. Dt. Ärzteblatt, 116(35-36), 577–584. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209388/Gebrauch-von-Alkohol-Tabak-illegalen-Drogen-und-Medikamenten>, Zugriff: 16.01.2026.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2023): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2023. Wiesbaden. <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2023RauschgiftBundeslagebild.html?nn=27972>, Zugriff 17.12.2025.
- Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) (Hrsg.) (2025): Europäischer Drogenbericht 2025: Trends und Entwicklungen. Lissabon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en, Zugriff 18.12.2025.
- Gomes de Matos, E. et al. (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 [ESA 2015]. Sucht, 62(5), 271–281.
- Hollweck, R.; Krowartz, E.-M.; Olderbak, S. (in Vorbereitung): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2024. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 2012–2024. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L. et al. (2013): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 [ESA 2012]. Sucht, 59(6), 309–320.
- Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. Dt. Ärzteblatt International, 122, 625–631; DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.
- Orth, B.; Spille-Merkel, C.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-DAS23-DE-1.0>, Zugriff 18.12.2025.
- Rauschert, C. et al. (2022): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2021 [ESA 2021]. Dt. Ärzteblatt International, 119(31-32), 527–534; DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024a): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland im Jahr 2023: Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011.

Wiesbaden. <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html>, Zugriff 18.12.2025.
Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024b). Todesursachenstatistik 2023. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html, Zugriff 18.12.2025.

2.5 Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer, Tobias Hayer

Zusammenfassung

Die Umsätze (Spieleinsätze) auf dem legalen Glücksspiel-Markt sind in 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 8,9 % auf etwa 69,1 Mrd. Euro gestiegen. Das Marktvolumen liegt damit deutlich höher als etwa vor der Corona-Pandemie (42,6 Mrd. Euro in 2019). Der Anstieg ist im Wesentlichen auf die Legalisierung von Sportwetten im Oktober 2020 und virtuellem Automatenspiel/Online-Poker im Juli 2021 zurückzuführen. Größter Umsatzträger sind nach wie vor die in Spielhallen und gastronomischen Betrieben aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten mit rund 21,4 Mrd. Euro. Die Bruttospielerträge des regulierten Marktes erreichten ein Volumen von 14,4 Mrd. Euro (plus 5,0 %). Auf dem nicht-regulierten Markt wurde ein geschätzter Ertrag von 500 bis 600 Mio. Euro erzielt. Die Glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates stiegen in 2024 mit 7,0 Mrd. Euro auf Rekordhöhe.

Nach der aktuellen, in 2025 durchgeführten Erhebung zur 12-Monats-Prävalenz der Glücksspielteilnahme der Bevölkerung haben sich 36,4 % der 16- bis 70-Jährigen an irgendeinem Glücksspiel beteiligt, was einem nahezu unveränderten Wert im Vergleich zu 2023 (36,5 %) entspricht. Am häufigsten wurde mit 18,3 % Lotto 6 aus 49 gespielt (minus 1,5 %P), gefolgt von Soziallotterien mit 15,0 % (plus 0,5 %P) und Eurojackpot mit 13,8 % (plus 0,8 %P). Die Teilnahmeprävalenz an Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial ist deutlich geringer ausgeprägt: Auf Sportereignisse mit Festquoten wetteten 2,6 % der Bevölkerung (plus 0,1 %P), 2,0 % spielten an Geldspielautomaten (plus 0,1 %P), 1,2 % wetteten live auf Sportereignisse (plus 0,1 %P), 0,7 % beteiligten sich am virtuellen Automatenspiel (plus 0,2 %P) und 1,2 % spielten Roulette/Black Jack/Poker in Spielbanken (Großes Spiel: plus 0,2 %P).

Auf Grundlage eines Screenings glücksspielbezogener Probleme weisen 2,2 % der bundesdeutschen Bevölkerung nach den Kriterien des DSM-5 eine „Glücksspielstörung“ auf (2023: 2,4 %). Eine leichte Störung ist bei 0,9 %, eine mittlere Störung bei 0,6 % und eine schwere Störung bei 0,6 % feststellbar. Weitere 5,5 % zeigen ein riskantes Glücksspielverhalten. Bezogen auf einzelne Spielformen sind Spielerinnen und Spieler an virtuellen Automatenspielen

mit 32,5 % am häufigsten von einer Glücksspielbezogenen Störung betroffen, gefolgt von Glücksspielautomaten mit 28,1 %, Live-Wetten auf Sportereignisse mit 27,0 %, Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten mit 23,4 % sowie Poker mit 22,6 %.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2024 für ambulante Suchthilfeeinrichtungen beziffert die Anzahl der Betreuungszugänge (ohne Einmalkontakte) mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ auf 5.492, diejenigen mit entsprechender Hauptdiagnose auf 4.844 (2023: 5.655 bzw. 4.850). Der Frauenanteil unter den Hauptdiagnosen liegt bei 10,6 %. Ferner betragen die Anteile bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Einzel- bzw. Hauptdiagnose 3,8 % bzw. 3,4 %. Unter Einbeziehung aller Betreuungen mit Einmalkontakten wurden 9.315 Einzel- und 7.933 Hauptdiagnosen registriert. Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Fälle mit Einmalkontakten in 1.182 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen verweist auf rund 12.700 Fälle mit entsprechender Einzeldiagnose (Hauptdiagnose: 11.100). Für Fälle, bei denen die Spielform dokumentiert ist, sind „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit 33,8 % die häufigste Hauptspielform, gefolgt von den beiden Online-Formaten des „Automatenspiels“ und der „Sportwetten“ mit 22,6 % bzw. 12,0 %. Differenzierte Klienteldaten aus dem ambulanten Glücksspiel-suchthilfesystem Niedersachsens verweisen zum einen darauf, dass irgendeine Form des Online-Glücksspiels inzwischen von jeder zweiten ratsuchenden Person als problemverursachende Spielformen benannt wird. Zum anderen hatte Werbung für jede dritte Person aus dem Hilfesystem einen eher starken bis sehr starken Einfluss darauf, mit dem Glücksspiel zu beginnen bzw. weiter daran teilzunehmen. Schließlich umfasst die Deutsche Suchthilfestatistik 2024 für stationäre Einrichtungen 1.045 registrierte Einzel- und 490 Hauptdiagnosen „Pathologisches Spielen“.

In der Datenbank des Spielersperrsystems OASIS, das mit dem Glücksspielstaatsvertrag 2021 (§ 8) zum 1. Juli 2021 als bundesweit zentrales, spielformübergreifendes Sperrsystem eingeführt wurde, waren Ende 2024 insgesamt 303.855 Sperreinträge gespeichert, davon beruhten 294.026 (96,8 %) auf einer Selbstsperre und 9.829 (3,2 %) auf einer Fremdsperre.

Aus der Perspektive der Suchtprävention stellt die weiterhin zu beobachtende Expansion legaler Glücksspielangebote in Deutschland, in Kombination mit ihrer omnipräsenten Vermarktung, eine Fehlentwicklung dar. Um das Gemeinwohl zu stärken und den Gesundheitsschutz vor kommerziellen Einflüssen zu bewahren, bedarf es demzufolge einer Reduktion der Verfügbarkeit von Glücksspielen und eines Verbots bzw. einer deutlichen Einschränkung von Werbung und Sponsoring für legale Glücksspielprodukte. Unabhängig da-

von gilt es, verschiedenartige Instrumente zur Bekämpfung illegaler Glücksspielangebote on- wie offline umzusetzen.

Abstract

The turnover (stakes) of the legal gambling market has increased in 2024 by 8.9 % to about EUR 69.1 billion compared to the previous year. The market volume is thus significantly higher than before the corona pandemic (EUR 42.6 billion in 2019). This increase is mainly due to the legalization of sports betting in October 2020 and virtual slot machines/online poker in July 2021. Private amusement with prizes (AWP) machines in arcades and pubs are still the largest source of turnover at around EUR 21.4 billion. The gross gambling revenue of the regulated market reached a volume of EUR 14.4 billion (plus 5.0 %). An estimated revenue of EUR 500 to 600 million was generated by the non-regulated market. The state gambling revenue rose to a record high of EUR 7.0 billion in 2024.

According to a survey carried out in 2025 that measured the 12-month prevalence of gambling participation, 36.4 % of the population aged 16 to 70 participated in any form of gambling, which corresponds to an almost unchanged value compared to 2023 (36.5 %). The most common form played was Lotto 6 out of 49 with 18.3 % (minus 1.5 %p), followed by social lotteries with 15.0 % (plus 0.5 %p) and Eurojackpot with 13.8 % (plus 0.8 %p). The prevalence of participation in gambling forms with high addiction potential was significantly less common: 2.6 % of the population betted on sporting events with fixed odds (plus 0.1 %p), 2.0 % gambled on AWP machines (plus 0.1 %p), 1.2 % participated in live-action sports betting (plus 0.1 %p), 0.7 % gambled with virtual slot-machines (plus 0.2 %p), and 1.2 % played roulette/black jack/poker in casinos (table games: plus 0.2 %p).

Based on a screening of gambling-related problems, it is estimated that 2.2 % of the German population fulfill the DSM-5-criteria of a “gambling disorder” (2023: 2.4 %). A mild disorder could be found in 0.9 %, a moderate disorder in 0.6 % and a severe disorder in 0.6 %. Further 5.5 % indicate at-risk gambling behavior. In terms of individual forms of gambling, gamblers of virtual slot machines are the most frequently affected by a gambling-related disorder with 32.5 %, followed by slot machines in casinos with 28.1 %, live betting on sporting events with 27.0 %, AWP machines in arcades and pubs with 23.4 %, and poker with 22.6 %.

The German Addiction Treatment Statistics 2024 for outpatient addiction care facilities specifies the number of single diagnoses of “pathological gambling” (entrants without one-time contacts) to 5,492, and of main diagnoses to 4,844 (2023: 5,655 or 4,850, respectively). The proportion of women among main diagnosis was 10.6 %. In addition, the proportion related to the total number of clients was 3.8 %

or 3.4 %, respectively. Including all clients with one-time contacts, 9,315 individual diagnoses and 7,933 main diagnoses were registered. An extrapolation to the total number of gamblers in 1,182 outpatient centres (with one-time contacts) refers to 12,700 cases with single diagnoses (main diagnoses: 11,100 cases). The largest group is represented by AWP machine gamblers in arcades with 33.8 %, followed by online slot machine gamblers and online sports bettors with 22.6 % and 12.0 %. Differentiated client data from the outpatient gambling addiction support system in the federal state of Lower Saxony indicates, on the one hand, that online gambling is being reported by every second individual seeking advice as the gambling form that causes problems. On the other hand, approximately one in three individuals stated that advertising had a strong to very strong influence to start gambling or continue participating in it. Finally, the German Addiction Treatment Statistics 2024 for inpatient treatment centres include 1,045 registered single and 490 main diagnoses of “pathological gambling”.

At the end of 2024, a total of 303.855 exclusion entries were stored in the database of the player exclusion system OASIS, of which 294,026 (96.8 %) were based on self-exclusion and 9.829 (3,2 %) on third-party exclusion. The database was introduced by the State Treaty on Gambling 2021 (Section 8) on July 1, 2021 as a nationwide central system covering nearly all forms of gambling.

From the perspective of addiction prevention, the continued expansion of legal gambling in Germany, combined with their omnipresent marketing, represents an undesirable development. In order to strengthen the common good and protect health from commercial influences, it is therefore necessary to reduce the availability of gambling and to ban or significantly restrict advertising and sponsorship for legal gambling products. Regardless of this, it is important to implement various instruments to combat illegal gambling offerings, both online and offline.

Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt

Auf dem legalen deutschen Glücksspiel-Markt wurde in 2024 ein Umsatz (gleichbedeutend mit Spieleinsätzen) von 69,1 Mrd. Euro erzielt (Tab. 1)¹. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg um 8,9 % zu verzeichnen, vor allem bedingt durch den Zuwachs beim seit Juli 2021 legalen virtuellen Automaten-spiel/Online-Poker (als gemeinsame Kategorie). Die gesamte deutsche Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt) ist in 2024 um 0,2 % gesunken.

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

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

Glücksspiel (Auszahlungsquote in %) ¹	2010	2015	2020	2022	2023	2024	Veränderung in 2024 gegenüber Vorjahr in % ²
Spielbank (91)							
– Glücksspielautomaten, Roulette, Black Jack etc.	6.187	6.189	6.293	12.233	14.684	15.556	+5,9
Spielhalle/Gaststätte (77,1)							
– Geldspielautomaten	17.210	27.511	17.904	20.961	20.961	21.397	+2,1
Virtuelles Automatenspiel, Online-Poker (93)	–	–	–	12.860	5.714	8.571	+50,0
Sportwetten (85)³	–	–	4.457	9.333	11.647	13.087	+12,4
Deutscher Lotto- und Toto-Block							
– Lotto 6 aus 49 (50)	4.017	4.056	3.979	3.844,1	3.791,9	3.487,1	–8,0
– Eurojackpot (50)	–	769	1.475	1.756,8	1.956,3	2.616,8	+33,8
– Fußballtoto (50 bzw. 60)	48	41	35	41,7	40,5	38,8	–4,3
– Oddset (66,7)	174	162	–	–	–	–	–
– Spiel 77 (42,4)	972	1.017	960	857,5	849,0	824,7	–2,9
– Super 6 (44,7)	562	430	406	368,2	366,1	358,0	–2,2
– Glücksspirale (40)	246	239	250	226,2	226,5	229,6	+1,4
– Sofortlotterien (40–60)	243	353	556	621,0	696,6	742,3	+6,6
– Bingo (40)	70	62	73	87,2	108,9	94,1	–13,7
– Keno (49,4)	153	131	146	130,7	129,9	132,5	+2,0
– Plus 5 (48,7)	16	13	12	10,4	10,1	10,1	0,0
– Sieger-Chance (36,7)	–	–	23	23,0	23,7	24,4	+2,8
– Doppelte Sieben (50)	–	–	–	–	–	7,0	k.A.
Gesamt	6.501	7.273	7.915	7.966,8	8.199,5	8.565,3	+4,5
Klassenlotterie							
– Nordwestdeutsche (43,6)	237	172	128	112,4	105,3	99,4	–5,6
– Süddeutsche (45,6)	245	177	185	172,3	157,2	152,0	–3,3
Fernsehtotterie							
– ARD Fernsehtotterie (30)	156	172	188	187,1	176,4	176,9	+0,3
– ZDF Aktion Mensch (30)	441	447	524	585,5	585,9	589,3	+0,6
Sparkasse/Bank							
– PS-Sparen (55)	271	275	285	288,2	289,2	290,3	+0,4
– Gewinnsparen (55)	205	255	294	312,2	312,1	320,7	+2,8
Pferdewetten							
– Rennvereine/Totalisator, Buchmacher (85)	58	48	40	48,0	43,8	45,3	+3,4
Postcode-Lotterie (30)	–	–	112	203,2	241,8	275,5	+13,9
Gesamtumsatz	31.511	42.519	38.325	65.262,5	63.470,4	69.125,7	+8,9

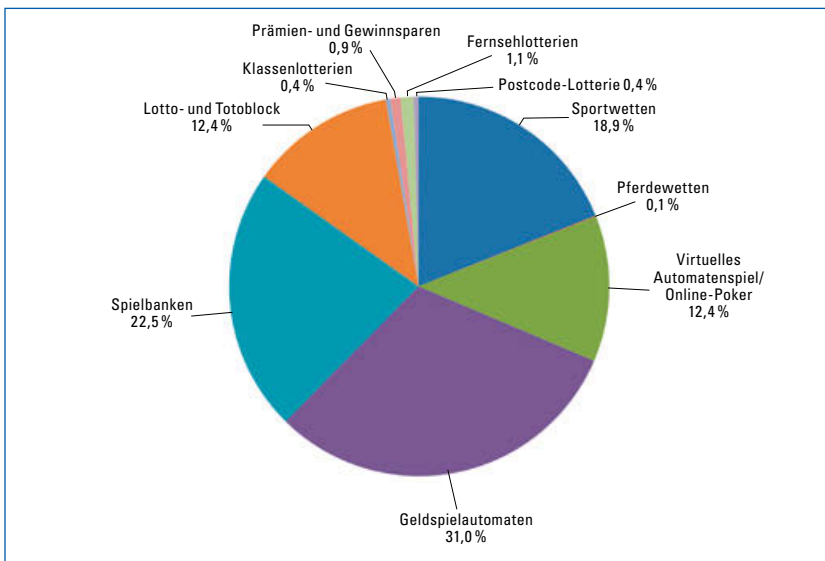
¹ Zur Berechnung der Umsätze wird hier auf Bruttospielerträge (= Kasseninhalt nach Gewinnausschüttungen) zurückgegriffen und die Werte anhand der jeweiligen Auszahlungsquote pro Marktsegment ermittelt. Dieses Vorgehen dient der Vergleichbarkeit sowohl zwischen einzelnen Marktsegmenten als auch im Jahresverlauf innerhalb eines Marktsegmentes. Für Glücksspiele in Spielbanken, Geldspielautomaten, Fernsehtotterien und die Postcode-Lotterie ist die untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten angegeben. Beim Fußballtoto liegt die Quote für die „13er Ergebnissette“ bei 60 % und die Quote für die „6 aus 45 Auswahlwette“ bei 50 %. Für die Berechnung der Spieleinsätze bei Sportwetten wird die vom Deutschen Sportwettenverband berichtete Auszahlungsquote von 85 % zugrunde gelegt. Beim virtuellen Automatenenspiel lassen sich theoretische Auszahlungsquoten zwischen 94 % und 97 % annehmen, die aufgrund der Besteuerung der Einsätze um den Faktor von (maximal) 5,3 % nach unten zu korrigieren sind. Als realistisch erscheint daher eine durchschnittliche Auszahlungsquote von 93 %. Etwaige Abweichungen in der Darstellung des Marktolumens lassen sich u. a. durch die Heranziehung alternativer Auszahlungsquoten erklären. Beispielsweise geht die Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025) im Durchschnitt sowohl bei Sportwetten (76 %) als auch beim virtuellen Automatenenspiel (88,5 %) von niedrigeren Auszahlungsquoten aus.

² Marginale Rundungsfehler sind aufgrund der Darstellungsweise möglich.

³ Seit Oktober 2020 (ohne Pferdewetten im Internet, die mit einem Bruttospielertrag von 18 Mio. Euro nur von marginaler Bedeutung sind).

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

Abb. 1: Anteile am Gesamtumsatz der Glücksspiel-Anbietenden im erlaubten Markt 2024



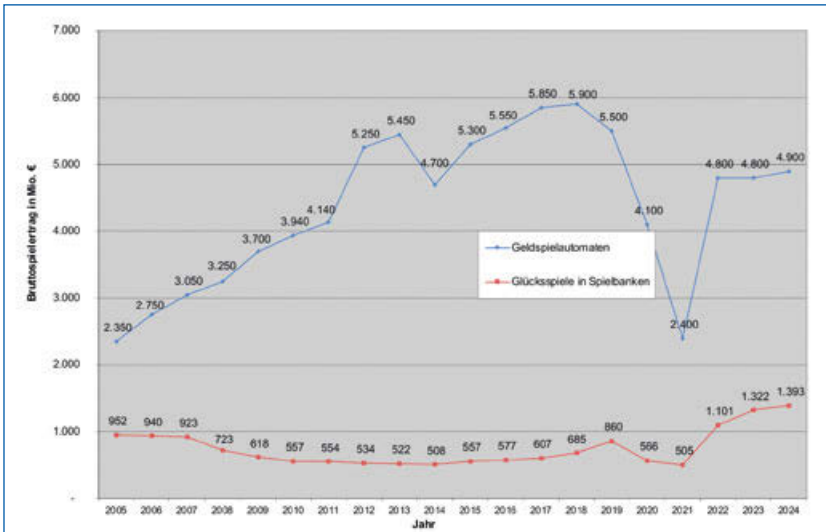
Quelle: Eigene Berechnungen

Der Deutsche Lotto- und Toto-Block (DLTB) realisierte über alle Produkte in Lotto-Annahmestellen und die regionalen Homepages der Gesellschaften einen Umsatzanstieg von 4,5 %. Während die Spieleinsätze beim größten Umsatzträger „Lotto 6 aus 49“ um 8,0 % zurückgingen, erfuhr die europäische Zahlenlotterie „Eurojackpot“ ein Umsatzplus von 33,8 %.

Die gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten verzeichneten einen Umsatz von rund 21,4 Mrd. Euro (+ 2,1 % im Vergleich zum Vorjahr) und sind mit einem Anteil von 31,0 % weiterhin der größte Umsatzträger auf dem deutschen Glücksspiel-Markt (Abb. 1), gefolgt von den Angeboten der Spielbanken (22,5 %) und den Sportwetten (18,9 %). Bei Spielgewinnen von 77,1 % (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten) verblieb den Aufstellenden der Geldspielautomaten im Jahr 2024 ein Bruttospielertrag von 4,9 Mrd. Euro (für die Entwicklung der Bruttospielerträge bei Geldspielautomaten und Glücksspielen in Spielbanken im Zeitverlauf s. Abb. 2).

Die 21 Spielbankgesellschaften mit 71 Standorten (Roulette, Black Jack, Poker und Glücksspielautomaten) erwirtschafteten in 2024 einen Bruttospielertrag von 1.393,1 Mio. Euro, was einem Anstieg um 71,5 Mio. Euro (plus 5,4 %) im Vergleich zum Vorjahr entspricht (Abb. 2). Im Klassischen Spiel wuchs der

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

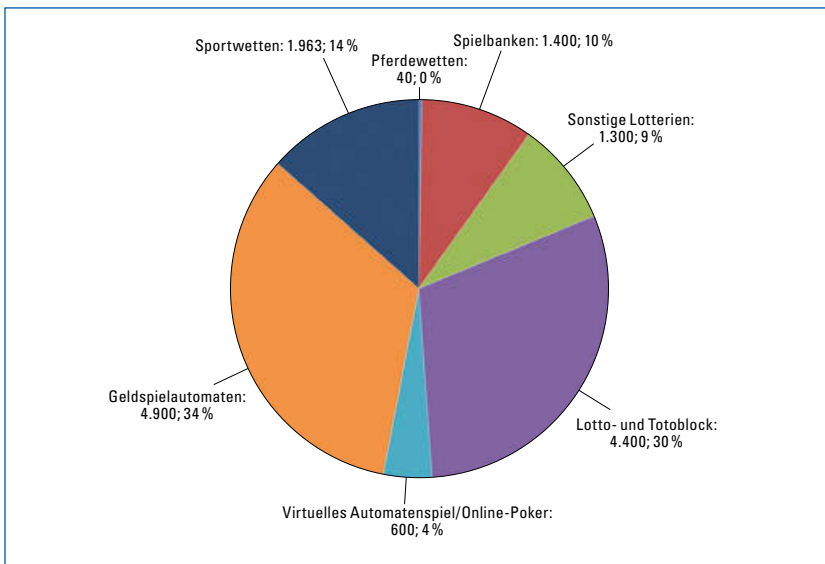


Quellen: Angaben der Bayerischen Spielbanken; Geldspielautomaten: Institut für Wirtschaftsforschung bis 2013, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel ab 2014 bzw. Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder ab 2022

Ertrag um 5,6 %, bezogen auf Glücksspielautomaten um 5,4 %. Der Anteil des Automatenspiels am Gesamtertrag lag hier bei 86,7 %. Einen Betrag von 88,6 Mio. Euro (Klassisches Spiel: 52,5 Mio. Euro; Glücksspielautomaten: 36,1 Mio. Euro) zahlten die Spielerinnen und Spieler nach zwischenzeitlichen Gewinnen in den Tronc, die Trinkgeldkasse der Spielbanken, ein. Unter Einbeziehung des Tronc betrug der Bruttospielertrag insgesamt 1.481,7 Mio. Euro, nach 1.408,7 Mio. Euro im Jahr 2023 (Angaben der Staatlichen Lotterie- und Spielbankverwaltung, München). Die Anzahl der Besuche erhöhte sich auf 7,419 Mio. (2023: 6,810 Mio.; plus 8,9 %).

Die Spieleinsätze auf dem legalen Markt für Sportwetten lagen in 2024 bei 13,1 Mrd. Euro (Bruttospielertrag: 2,0 Mrd. Euro), gleichbedeutend mit einem Anstieg um 12,4 % im Vergleich zum Vorjahr. Zum Jahresende 2024 gab es aktive Angebote von 27 Erlaubnisinhabenden (davon 18 online, 9 hybrid in rund 2.300 Wettvermittlungsstellen bzw. bis 30.06.2024 in rund 12.000 Oddset-Annahmestellen).

Abb. 3: Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt in 2024 (gesamt: 14.400 Mio. Euro)



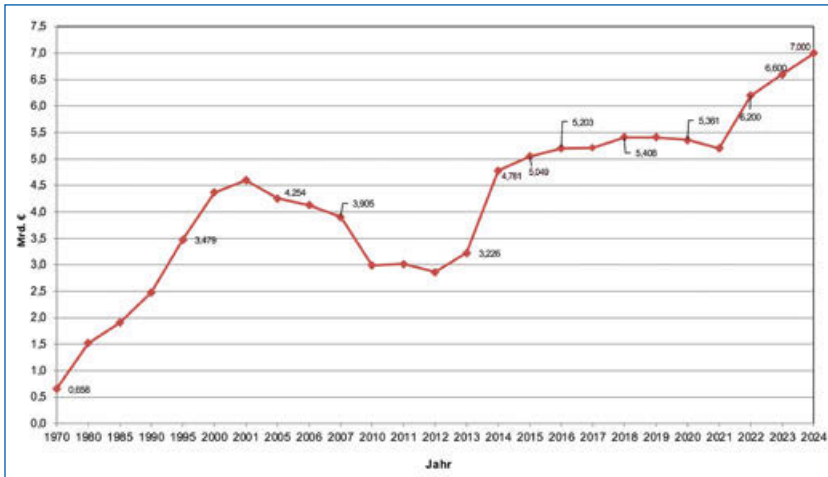
Quelle: Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025)

Virtuelles Automatenspiel bzw. Online-Poker (als gemeinsame Kategorie) verzeichneten Spieleinsätze von rund 8,6 Mrd. Euro sowie einen Bruttospielertrag in Höhe von 600 Mio. Euro (Anstieg um 50,0 %).

Insgesamt erreichten die Bruttospielerträge des erlaubten deutschen Glücksspiel-Marktes ein Volumen von 14,4 Mrd. Euro (Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder, 2025; Abb. 3)². Dies entspricht einem Anstieg von 5,0 % gegenüber dem Vorjahr (13,7 Mrd. Euro). Dabei wurden 75,7 % der Erträge terrestrisch und 24,3 % online erwirtschaftet. Mit 34,0 % erzielten Geldspielautomaten den höchsten Ertragsanteil, gefolgt von den Lotterien des DLTB mit 30,0 % und Sportwetten mit 14,0 % (inkl. Pferdewetten online). Generell verschieben sich die Umsatzanteile sukzessiv in den digitalen Raum.

Außerdem existierte in 2024 ein illegaler Markt von Sportwetten, virtuellen Automatenspielen, Online-Casinospielen, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien, für den die Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025) einen geschätzten Bruttospielertrag von 500 bis 600 Mio. Euro angibt (nach

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

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

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

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

400 bis 600 Mio. in 2023). Zusammengenommen konnten 858 deutschsprachige Internetseiten mit Glücksspielen von 212 Veranstaltenden ohne Erlaubnis von der deutschen Behörde festgestellt werden (Vorjahr: 761 Seiten von 205 Unternehmen).

Die Einnahmen des Staates aus Glücksspielen über verschiedene Steuerarten (Totalisator-, Buchmacher-, Sportwett-, Lotterie-, Vergnügungs- und Umsatzsteuer, Gewinnablieferungen verschiedener Lotterien, Spielbankabgabe) lagen in 2024 bei rund 7,0 Mrd. Euro, nach 6,6 Mrd. Euro in 2023³ (Anstieg um 6,1 %, Abb. 4).

Glücksspiel-Nachfrage in der Bevölkerung

Nach dem aktuellen Glücksspiel-Survey zur 12-Monats-Prävalenz der Glücksspielteilnahme der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung, der von Anfang August bis Ende November 2025 per Telefon- und Online-Befragung (Mixed-Mode-Design, $N = 8.006$ Telefon/4.334 online; Antwortrate Telefon: 24,3%/online:

³ Eine Differenzierung der Einnahmen aus regulierten und nicht-regulierten Glücksspielen ist für 2023 nicht mehr möglich (2022: 6,2 Mrd. Euro bzw. 426 Mio. Euro).

Tab. 2: 12-Monats-Prävalenz der Beteiligung an verschiedenen Glücksspielen in Befragungen der Jahre 2007 bis 2025

Glücksspiel	12-Monats-Prävalenz (%)									
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021 ¹	2023	2025
Irgendein Glücksspiel	55,0	53,8	50,7	40,0	37,3	37,3	37,7	29,7	36,5	36,4
Keno	1,3	0,9	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3	1,1	0,8	0,8
Geldspielautomaten	2,2	2,7	2,9	3,7	2,6	2,6	2,7	2,0	1,9	2,0
Glücksspielautomaten	1,1	1,2	1,0	0,8	0,8	0,9	0,7	0,4	0,5	0,5
Großes Spiel in der Spielbank ²	1,9	1,9	1,6	1,3	1,3	1,1	1,2	0,9	1,0	1,2
Casinospiele im Internet ³	0,7	0,9	0,8	0,6	0,5	0,6	0,7	1,4	0,9	1,2
Virtuelles Automatenspiel	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,5	0,7
Live-Wetten	–	–	0,9	1,0	0,9	1,0	0,8	1,4	1,1	1,2
Sportwetten mit Festquoten	–	–	–	–	–	–	1,7	3,3	2,5	2,6
Pferdewetten	0,7	0,6	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,6
Sofortlotterie, Rubbellose	11,7	10,2	12,9	10,6	9,7	10,0	9,2	7,1	7,6	8,4
Lotto 6 aus 49	35,5	40,0	31,5	25,2	22,7	22,6	21,0	19,3	19,8	18,3
Eurojackpot	–	–	–	5,0	7,1	8,3	10,8	10,7	13,0	13,8
Soziallotterien ⁴	8,4	8,1	7,3	5,2	4,2	4,6	n.v.	6,6	14,5	15,0

¹ Die Vergleichbarkeit der Daten aus 2021 bzw. 2025 mit denen aus den Vorjahren ist nur eingeschränkt möglich

² Tischspiele (Roulette, Black Jack, Poker)

³ Ohne virtuelles Automatenspiel

⁴ Bis 2019: Fernsehlotterien; 2021: Glücksspirale und sonstige Soziallotterien; ab 2023 Glücksspirale, Aktion Mensch, Deutsche Fernsehlotterie, Deutsche Postcode-Lotterie, Gewinnsparen der Sparkassen und Banken und andere Soziallotterien

Quelle: Banz (2019) bis zum Jahr 2019; ab 2021: Buth et al. (2024; 2026)

17,4 %) durchgeführt wurde (Buth et al., 2026), nahmen 36,4 % an irgendeinem Glücksspiel teil (rund 20,35 Mio. Personen). Dies entspricht einem marginalen Rückgang um 0,1 %-Punkte (%P) im Vergleich zu 2023 (Tab. 2). Von den Spielteilnehmenden nutzten 27,0 % der Befragten mehrere Spielformen⁴ (2 bis 3 Spielformen: 18,8 %, mindestens 4 Spielformen: 3,1 %). Am häufigsten wurde von 18,3 % Lotto 6 aus 49 gespielt (minus 1,5 %P), gefolgt von Soziallotterien mit 15,0 % (plus 0,5 %P)⁵ und Eurojackpot mit 13,8 % (plus 0,8 %P). An Glücksspielen mit hohem Suchtpotential (Meyer, Bachmann, 2017) hat nur ein geringer

⁴ Es wurden insgesamt acht zusammengefasste Spielformen abgefragt: Lotterien (ohne Sofortlotterien), Keno, Sofortlotterien, Geldspielautomaten, terrestrisch angebotene Casinospiele (inkl. Glücksspielautomaten), terrestrische Sportwettangebote, riskante Onlineglücksspiele (Automaten- und/oder Casinospiele und/oder Sportwettangebote im Internet) sowie sonstige Glücksspiele.

⁵ Die Teilnahme an Soziallotterien wurde in den Erhebungen 2023 und 2025 (im Vergleich mit 2021) differenzierter erfasst: Gegenstand der Befragung waren Glücksspirale, Lotterie Aktion Mensch, Deutsche Fernsehlotterie, Deutsche Postcode-Lotterie, das Gewinnsparen der Sparkassen und Banken sowie sonstige Soziallotterien.

Anteil teilgenommen: Lediglich 2,6 % der Bevölkerung wetteten auf Sportereignisse mit Festquoten (plus 0,1 %P), 2,0 % spielten an Geldspielautomaten (plus 0,1 %P), 1,2 % wetteten live auf Sportereignisse (plus 0,1 %P), 0,7 % beteiligten sich an virtuellem Automatenspiel (plus 0,2 %P), und 1,2 % nahmen am Großen Spiel in Spielbanken teil (plus 0,2 %P).

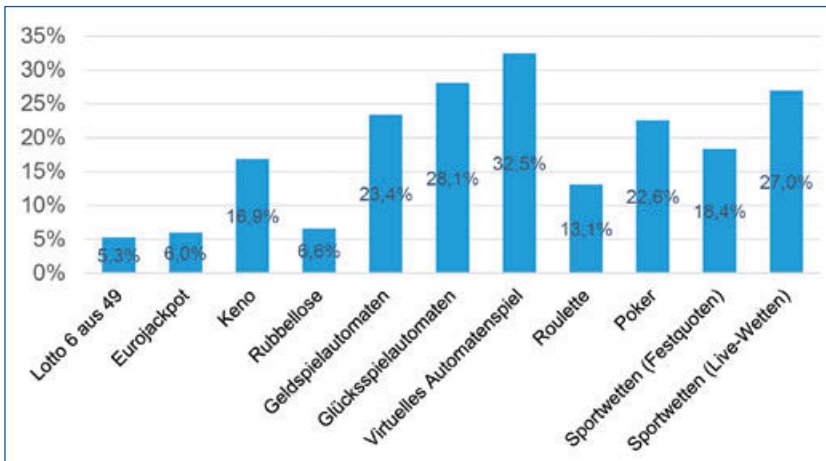
Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der Bevölkerung

Die Befunde dieser aktuellen Bevölkerungsbefragung zur Prävalenz einer „Glücksspielstörung“ (Buth et al., 2026) verweisen anhand der Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ zudem bei 2,2 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren (Männer: 3,2 %, Frauen: 1,0 %) auf eine „Glücksspielstörung“ (entspricht rund 1,23 Mio. Personen; 95 %-Konfidenzintervall: 1,9 % bis 2,5 %). Bei 0,9 % ist eine leichte Störung (4 oder 5 erfüllte DSM-5-Kriterien), bei 0,6 % eine mittlere Störung (6 oder 7 erfüllte Kriterien) und bei weiteren 0,6 % eine schwere Störung (8 oder 9 erfüllte Kriterien) feststellbar⁶. Die Anteile mit ein, zwei oder drei erfüllten Kriterien (= riskantes Verhalten im Zusammenhang mit einer Glücksspielteilnahme) liegen bei 5,5 %. Unter den Personen der Stichprobe, die sich in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt haben, befindet sich ein Anteil mit einer glücksspielbezogenen Störung von 5,8 %. Bei weiteren 14,9 % dieser Subgruppe ist ein riskantes Glücksspielverhalten erkennbar.

Nach der Analyse der Daten in Bezug auf einzelne Glücksspielformen, die allerdings aufgrund der Differenzierung nur auf geringen Fallzahlen beruht, weisen Spielerinnen und Spieler mit der Teilnahme an virtuellen Automaten spielen den höchsten Anteil mit leichten, mittleren und schweren Störungen durch Glücksspielen auf (32,5 %), gefolgt von Glücksspielautomaten (28,1 %), Live-Wetten auf Sportereignisse (27,0 %), Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten (23,4 %) sowie Poker (22,6 %) (Abb. 5). Zwar sind diese Befunde nicht kausal zu interpretieren, da die Teilnahme an einer Spielform nicht zwangsläufig bedeutet, dass diese Spielform allein- oder hauptverantwortlich für die Problemgenese ist. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Personen mit einer „Glücksspielstörung“ diese Spielformen deutlich häufiger nachfragen, was sich als deutlicher empirischer Hinweis für das jeweilige Suchtpotential interpretieren lässt.

⁶ Die angegebenen Einzelwerte sind gerundet. Eine Berechnung mit den exakten Ausgangswerten ergibt einen Gesamtwert von 2,2 %.

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



Basis: Gewichtete Daten der 18- bis 70-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten an Glücksspielen teilgenommen haben.

Quelle: Buth et al., 2026

Mit zunehmendem Schweregrad der „Glücksspielstörung“ steigt der Anteil der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, erfasst durch das „Mental Health Inventory (MHI-5)“, von 34,1 % (leichte Störung) und 58,2 % (mittelschwere Störung) auf 64,7 % (schwere Störung), während 16,0 % der Gesamtstichprobe davon betroffen sind. Ein riskanter Alkoholkonsum, erfasst durch den „Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C)“, zeigt sich bei 24,3 % der Gesamtstichprobe. Bei Spielenden mit einer „Glücksspielstörung“ sind Anteile von 38,0 %, 40,4 % und 49,7 % erkennbar.

Ein Vergleich mit den Befunden der Glücksspiel-Surveys aus 2021 und 2023 ergibt nur geringfügige Differenzen. Die seit 2021 angewandte Methodik wird im Rahmen einer weltweiten Meta-Analyse von 342 Prävalenzstudien mit 366 repräsentativen Stichproben positiv bewertet (Tran et al., 2024, Appendix 11). Alle neun Bewertungskriterien, wie Angemessenheit der Stichprobengröße und -ziehung sowie die eingesetzten statistischen Verfahren, gehen mit einem „low risk bias“ (= geringes Verzerrungsrisiko durch die Untersuchungsmethodik) einher.

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

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) 2024⁷ für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, Tab. 4.17) verweist in 857 Einrichtungen bei 5.492 Fällen (2023: 5.655 Fälle in 876 Einrichtungen) auf die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ nach ICD-10 (ohne Einmalkontakte). Dies entspricht durchschnittlich 6,4 Zugängen mit dieser Einzeldiagnose pro Einrichtung, wobei aufgrund der fallbezogenen Betrachtung dieselbe Person (mit unterschiedlichen Fällen) mehrfach berücksichtigt sein kann. Der Anteil an Fällen mit Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ bezogen auf die Gesamtzahl der Klientel (mit Einzeldiagnose) beläuft sich auf 3,8 %. Unter Einbeziehung aller Betreuungen einschließlich potentieller Übernahmen aus dem Vorjahr sowie der Einmalkontakte (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025b, Tab. 4.17) wurden in 868 Einrichtungen 9.315 Einzeldiagnosen registriert, dies entspricht 10,7 Fälle pro Einrichtung (2023: 9.765 bzw. 11,0 Fälle pro Einrichtung).

Die Anzahl der Zugänge (ohne Einmalkontakte) mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, Tab. 3.01) beträgt 4.844 Fälle in 870 ambulanten Einrichtungen (2023: 4.850 Fälle in 887 Einrichtungen). Dies ist gleichzusetzen mit durchschnittlich 5,6 Fällen pro Einrichtung (2023: 5,5 Fälle). Der Anteil an der Gesamtzahl der Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose liegt bei 3,4 % (2023: 3,3 %). Dabei beläuft sich der Frauenanteil bei der Klientel mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ auf 10,6 %. Werden alle Betreuungen (also auch Übernahmen aus den Vorjahren und Einmalkontakte) berücksichtigt, beträgt die Anzahl der Fälle mit dieser Hauptdiagnose 7.933 Fälle in 848 Einrichtungen (9,4 Fälle pro Einrichtung; 3,1 Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025b, Tab. 3.01).

Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Fälle mit Diagnosen bezüglich Pathologischem Spielen bei bundesweit 1.182 ambulanten Einrichtungen (Stand: 2024) verweist auf rund 7.600 Fälle (Zugänge ohne Einmalkontakte; 2023: 7.700) bzw. 12.700 Fälle (alle Betreuungen mit Einmalkontakten; 2023:

⁷ Für Details zur Methodik der DSHS siehe Schwarzkopf et al. (2023). Abweichend zur Routineberichterstattung werden für diesen Beitrag Fälle mit fehlender Spezifikation der betrachteten Parameterausprägungen („unbekannt“) in die Grundgesamtheit mit einbezogen und separat angeführt. Die präsentierten Fallzahlen und Anteilswerte können damit von den Angaben im Jahresbericht der DSHS 2023 abweichen.

13.000) mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 6.600 bzw. 11.100; 2023: 6.600 bzw. 11.300)⁸.

In den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der DSHS ist für 93,5 % der Fälle mit dokumentierter Spielform eine Hauptspielform erfasst⁹. Ein polyvalentes Spielmuster und damit keine Hauptspielform wird für 6,5 % der Betreuungen dokumentiert, nach 5,8 % in 2023. Als Hauptspielform ist das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ mit insgesamt 33,8 % am weitesten verbreitet (2023: 36,5 %; IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, Tab. 3.01). Es folgen jeweils als Online-Spielform „Automatenspiele“ bzw. Sportwetten mit 22,6 % bzw. 12,0 % (2023: 21,9 % bzw. 10,5 %).

Weiterführende Erkenntnisse zur Klientel ratsuchender Spielerinnen und Spieler bringt eine standardisierte Dokumentation aus Niedersachsen mit sich, die sich auf 24 Standorte des ambulanten Glücksspielsuchthilfesystems und das Erhebungsjahr 2024 bezieht (Brosowski, Hayer, 2025). Unter anderem lässt sich auf Grundlage differenzierter glücksspielspezifischer Angaben zeigen, dass in den letzten Jahren vermehrt Personen mit einer Online-Glücksspielproblematik ambulante Hilfe in Anspruch genommen haben. In 2024 benannten knapp 50 % der Klientel irgendeine Form des Online-Glücksspiels (Automatenspiele, Sportwetten, Poker, Casinospiele) als problemverursachende Spielform. Auch fällt die selbstberichtete Dauer der Problementwicklung, definiert als Differenz von frühestem Störungs- und Erstkontakalter, bei Online-Glücksspielen im Mittel deutlich kürzer aus als bei terrestrischen Glücksspielen (über alle Glücksspielformen etwa 5 Jahre; bei Automatenspielen im Internet 2,5 Jahre). Zudem gab eine deutliche Mehrheit der Klientel ProblemSpielformen aus dem legalen Sektor (vs. illegaler Sektor) an. Schließlich erwähnte etwa jede dritte problematisch spielende Person, dass Werbung einen eher starken bis sehr starken Einfluss darauf hatte, mit dem Glücksspiel zu beginnen bzw. weiter daran teilzunehmen.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2024 für stationäre Einrichtungen (IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025c, Tab. 4.17 und 3.01) berichtet für 158 teilnehmende Einrichtungen 1.045 Fälle mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ und 490 Fälle mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (2023: 999 bzw. 417 Fälle in 156 Einrichtungen). Der Anteil der Männer mit Hauptdiagnose liegt bei 90,2 %. Die

⁸ Hierbei wird angenommen, dass alle Einrichtungen, für die keine entsprechenden Daten vorliegen, in vergleichbarem Ausmaß Klientel mit Haupt- und Einzeldiagnosen bzgl. Pathologischem Spielen betreuen wie der Gesamtdurchschnitt an Einrichtungen mit den entsprechenden Daten.

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

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

Stationäre Einrichtungen	Erhebungsjahr							
	2007	2010	2013	2016	2019	2022	2023	2024
DIAKO Nordfriesland, Breklum (S+P)	87	66	128	124	112	69	k.A.	109
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg (S)	33	50	73	59	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh (S)	62	127	167	130	124	76	78	96
Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal (S)	87	148	196	226	300	184	148	140
MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar (S+P)	253	263	312	347	295	147	140	118
MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf (S+P)	105	138	168	167	142	52	96	53
MEDIAN Kliniken Daun, Daun (S+P)	28	125	162	205	193	38	60	49
salus Klinik Lindow (S+P)	–	77	165	122	98	73	66	74
salus Klinik Hürth (S+P)	–	–	83	201	189	133	100	89
salus Klinik Friedrichsdorf (S+P)	–	–	54	123	88	80	76	76
Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen (S)	–	74	111	98	88	39	16	10
Asklepios Fachklinikum Wiesen, Wildenfels (S)	56	108	113	103	74	26	36	42
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler (S)	–	43	76	96	67	43	32	36
MEDIAN Klinik Wigbertshöhe, Bad Hersfeld (S)	158	257	261	219	141	77	59	77
MEDIAN Klinik Berus, Überherrn-Berus (P)	80	91	121	35	23	k.A.	k.A.	k.A.
Johannesbad Fachklinik Fredeburg, Schmallenberg (S)	39	49	91	71	81	20	26	34
Johannesbad Fachklinik Hochsauerland, Schmallenberg (P)	79	130	151	156	99	52	42	41
Gesamt	1.067	1.746	2.295	2.482	2.114	1.105	975	1.044

S = Suchtfachklinik bzw. -abteilung

P = Psychosomatische Fachklinik bzw. Abteilung

Quelle: Eigene Erhebung

durchschnittliche Anzahl an Fällen mit entsprechender Einzel- und Hauptdiagnose beträgt somit 6,6 bzw. 3,1 Fälle pro Einrichtung. Daneben zeigen die Daten, dass der Anteil an Fällen mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Einzeldiagnose 3,2 % (2023: 3,2 %) und der Anteil der Fälle mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ an der Gesamtheit der Fälle mit Hauptdiagnose 1,5 % ausmacht (2023: 1,3 %). Unter der Klientel mit dokumentierter Spielform ist bei 91,8 % eine eindeutige Hauptspielform erfasst. Für 8,2 % ist ein polyvalentes Spielverhalten (und damit keine eindeutige Hauptspielform) dokumentiert. Unter den Hauptspielformen erweist sich mit insgesamt 37,7 % das Spielen an „Geldspielautomaten in Spielhallen“ am weitesten verbreitet (2023: 41,9 %). Es folgen mit 34,9 % das Online-Automatenspiel und mit 7,3 % Geldspielautomaten in Gaststätten.

Bei einer Auswahl stationärer Einrichtungen, die sowohl Suchtfachkliniken als auch psychosomatische Fachkliniken und entsprechende Abteilungen einbezieht, summiert sich die Anzahl behandelte Spielerinnen und Spieler in

2024 auf 1.044 (Hauptdiagnose: 725; Neben/-Zweit/-Drittdiagnose: 319; Tab. 3). Dieser Wert bedeutet einen Anstieg um 7,1 % im Vergleich zum Vorjahr¹⁰.

In 1982 wurden die ersten Selbsthilfegruppen der „Anonymen Spieler (GA)“ gegründet. In 2002 gab es bereits 110 Gruppen, zum Teil auch unabhängig von GA. Der Datenbestand des Fachverbandes Glücksspielsucht verweist für 2024 auf 137 Selbsthilfegruppen (2023: 138). Darunter befinden sich 98 Freie Gruppen, 12 Gruppen der Suchthilfeverbände und 27 Gruppen der „Anonymen Spieler“.

Anzahl gesperrter Spielerinnen und Spieler

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

Ende des Jahres 2024 enthielt OASIS nach Information des Regierungspräsidiums Darmstadt (Dez. II 24.1) insgesamt 303.855 Sperreinträge (2023: 245.130; Tab. 4), was einem Anstieg um 24,0 % entspricht. Dabei beziehen sich 29,7 % dieser Sperreinträge auf Spielhallen, 23,9 % auf Sportwetten (Veranstalter), 16,8 % auf Spielbanken und 13,2 % auf virtuelle Automatenspiele. Anträge bei der Behörde lassen sich keiner Spielform zuordnen.

¹⁰ Aufgrund der fehlenden Angaben der Fachkliniken Nordfriesland für 2023 wurden sie in den Jahresvergleich nicht einbezogen.

Tab. 4: Anzahl der Sperrungen im Spielersperrsystem OASIS

Glücksspielbereich	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023	2024
Spielbanken								
Selbstsperrungen	k.A.	k.A.	26.837	31.003	35.796	38.782	42.330	45.530
Fremdsperrungen	k.A.	k.A.	4.418	4.935	6.447	6.023	5.798	5.666
Gesamt	24.544	27.674	31.255	35.938	42.243	44.805	48.128	51.196
Online-Casinospiele/-Poker								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	–	2.605	4.278
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	–	43	67
Gesamt	–	–	–	–	–	–	2.648	4.345
Virtuelle Automaten Spiele								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	3.380	25.231	39.795
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	39	314	461
Gesamt	–	–	–	–	–	3.419	25.545	40.256
DTLB								
Selbstsperrungen	370	2.041	1.706	1.818	2.015	2.002	1.931	1.889
Fremdsperrungen	112	165	194	199	285	337	344	393
Gesamt	482	2.453	1.900	2.017	2.300	2.339	2.275	2.282
Sportwetten (Veranstaltung)								
Selbstsperrungen	–	–	–	28	2.059	46.033	58.442	70.795
Fremdsperrungen	–	–	–	–	306	1.636	1.602	1.717
Gesamt	–	–	–	28	2.365	47.669	60.044	72.512
Sportwetten (territisch)								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	408	883	1.368
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	23	41	53
Gesamt	–	–	–	–	–	431	924	1.421
Pferdewetten im Internet/Buchmacher								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	40	72/6	104/9	100/16
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	0/1	0/1	0/2
Gesamt	–	–	–	–	40	72/7	104/10	100/18
Spielhallen								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	45.813	75.080	89.686
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	452	563	630
Gesamt	–	–	–	–	–	46.265	75.643	90.316
Automatenaufsteller								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	460	969	1.372
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	8	16	26
Gesamt	–	–	–	–	–	468	985	1.398
Behörde*								
Selbstsperrungen	–	–	–	–	–	15.057	28.166	39.197
Fremdsperrungen	–	–	–	–	–	227	658	814
Gesamt	–	–	–	–	–	15.284	28.824	40.011
Gesamt								
Selbstsperrungen	–	–	28.543	32.849	39.910	152.013	235.750	294.026
Fremdsperrungen	–	–	4.612	5.134	7.038	8.746	9.380	9.829
Gesamt	25.026	30.127	33.155	37.983	46.948	160.759	245.130	303.855

* 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 294.026 (96,8 %) der Sperrereinträge, auf einer Fremdsperre basieren entsprechend 9.829 (3,2 %). Mit 11,1 % ist der Anteil der Fremdsperren im Spielbankbereich deutlich höher als etwa bei der Veranstaltung von Sportwetten (2,4 %) und im Spielhallenbereich (0,7 %). In 2024 haben die Glücksspielanbietenden, die an OASIS angeschlossen waren, rund 1,124 Mrd. Sperrabfragen gestellt (2023: 969 Mio.).

Verschuldung

Ein Vergleich der ambulant betreuten Klientel in der DSHS (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a; Tab. 3.19) hinsichtlich ihrer finanziellen Lage 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 27,4 % (Schuldenstatus unbekannt: 6,3 %) deutlich geringer als unter den anderen Hauptdiagnosen (von 53,3 % bei Opioidkonsum bis zu 76,7 % bei Alkoholkonsum). Bei 25,1 % der Spielerinnen und Spieler beträgt die Verschuldung mehr als 25.000 Euro, während dies beispielsweise nur auf 2,5 % der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und 5,5 % der Personen mit einer der Kokainabhängigkeit zutrifft.

Unter stationär behandelten Fällen mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ liegt der Anteil der Klientel mit einer problematischen Verschuldung von mehr als 25.000 Euro bei 35,3 % (Schuldenstatus unbekannt: 6,2 %). Die

Tab. 5: Hauptdiagnose und Verschuldung bei der Klientel ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (Zugänge 2024)

Hauptdiagnose – Konsumbereich	Ausmaß der Verschuldung (in Euro)					
	keine Schulden in %	bis 10.000 in %	bis 25.000 in %	bis 50.000 in %	über 50.000 in %	Unbekannt in %
Alkohol	76,7	9,1	2,5	1,4	1,1	9,1
Opioide	53,3	24,0	5,9	2,2	1,6	13,0
Cannabinoide	71,7	13,4	2,9	1,1	0,6	10,2
Kokain	60,7	17,6	6,0	3,1	2,4	10,3
Stimulanzien	58,5	22,0	6,2	2,7	1,6	9,0
Pathologisches Spielen	27,4	25,0	16,3	11,6	13,5	6,3

Quelle: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025a, Tab. 3.19)

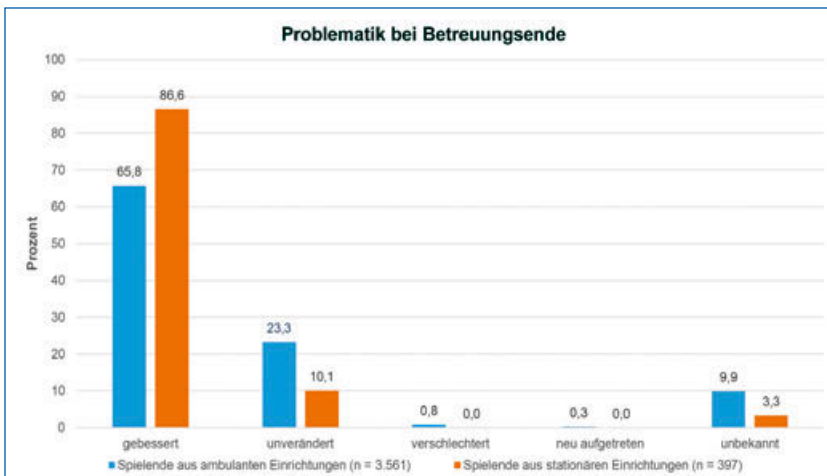
entsprechenden Werte in anderen Konsumbereichen, wie etwa Alkohol mit 8,0% oder Kokain mit 16,7%, fallen auch hier deutlich niedriger aus (IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025c, Tab. 3.19).

Betreuungsverlauf

Am Betreuungsende in ambulanten Einrichtungen der DSHS ($N = 636/813$; IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a; Tab. 7.01 und 6.04) wurde bei 65,8% der Klientel mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ die Problematik als gebessert eingestuft (Abb. 6). Weiterhin zeigten 23,3% eine unveränderte Problembelastung, und bei 0,8% wurde eine Verschlechterung festgestellt (unbekannt: 9,9%). Der Anteil der vorzeitigen Abbrüche der Betreuung lag bei 30,7% (Männer: 30,6%, Frauen: 30,6%).

In stationären Einrichtungen ($N = 129$) betrug die Quote der Besserung 86,6% und die der unveränderten Problematik 10,1% (unbekannt: 3,3%). Die Einrichtungen berichten, dass 13,1% der Klientel die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben (unbekannt: 2,0%; Männer: 13,4%, Frauen: 6,3%; IFT

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



Quelle: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, 2025c, Tab. 7.01

Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025c, Tab. 7.01 und 6.04).

Ausblick

Aus der Perspektive der Suchtprävention stellt die weiterhin zu beobachtende Expansion legaler Glücksspielangebote in Deutschland eine deutliche Fehlentwicklung dar. So besteht nach dem Gesamtkonsummodell (Total Consumption Model) ein enger Zusammenhang zwischen der Nachfrage nach gesundheitsgefährdenden Produkten – etwa gemessen über Indikatoren wie Umsätze oder Konsumprävalenzen – und dem Ausmaß entsprechender Schäden auf Bevölkerungsebene. Erste empirische Hinweise bestätigen die Gültigkeit dieser Public Health-Theorie auch für den Glücksspielbereich (Kesaite et al., 2024). Der Bezug dürfte vor allem für Glücksspielangebote mit hohem Suchtpotenzial bzw. für Marktsegmente Gültigkeit besitzen, in denen Personen mit einem problematischen Glücksspielverhalten einen signifikanten Umsatzanteil ausmachen. Ohnehin mehren sich die Hinweise aus der Forschungsliteratur, dass die Ausbreitung des Glücksspiels mit einer Vielzahl von gesundheitlichen (psychisch wie physisch), sozialen und finanziellen Folgeschäden verknüpft ist. Beispielfür hierfür stehen aktuelle Befunde aus den USA, nach denen es in Bundesstaaten mit legalen Sportwettangeboten zu einer deutlichen Zunahme der Kriminalität kam, vor allem im Hinblick auf Körperverletzungen und Diebstähle (Wang, Gong, 2025). Befeuert wird dieser Expansionstrend durch die omnipräsente Werbung für verschiedenartige Glücksspielangebote im Rundfunk und auf Social Media, die in erster Linie darauf ausgerichtet ist, neue Kundinnen und Kunden anzusprechen sowie Vielspielende dauerhaft zu binden. Forschungserkenntnisse zu den Auswirkungen von Glücksspielwerbung belegen vielfach, dass Werbeexposition mit positiveren Einstellungen zum Glücksspiel, einer größeren Glücksspielbereitschaft und einer gesteigerten Glücksspielaktivität assoziiert ist (McGrane et al., 2023). Offenbar liegt diesem Zusammenhang ein Dosis-Wirkungs-Effekt zugrunde: Je ausgeprägter die Werbeexposition ausfällt, desto wahrscheinlicher erscheint eine Glücksspielteilnahme, was wiederum das Risiko von glücksspielbedingten Schäden erhöht (vgl. für einen aktuellen Forschungsüberblick mit Hayer, 2026). Um das Gemeinwohl zu stärken und den Gesundheitsschutz vor kommerziellen Einflüssen zu bewahren, bedarf es demzufolge primär einer Reduktion der Verfügbarkeit von Glücksspielen und eines Verbots bzw. einer deutlichen Einschränkung von Werbung und Sponsoring für legale Glücksspielprodukte (vgl. Wardle et al., 2024). Derartige Maßnahmen versprechen eine Verringe-

rung der Gesamtnachfrage nach Glücksspielen und damit eine Minimierung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von glücksspielbedingten Schäden in der Gesellschaft. Daneben sind verschiedenartige Instrumente zur Bekämpfung illegaler Glücksspielangebote umzusetzen. Hierzu zählen in erster Linie Maßnahmen wie Financial Blocking (Unterbindung von Finanztransaktionen an illegale Anbieter von Glücksspielen) oder Netzsperrern (Sperrung unerlaubter Glücksspielangebote) im Online-Segment sowie die Stärkung des Vollzugs (z. B. Aufstockung und Qualifizierung von Mitarbeitenden der Ordnungsämter) oder die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften im Offline-Bereich. Hingegen wäre aus Sicht des Spielerschutzes eine (bloße) Steigerung der Attraktivität des regulierten Glücksspiels – wie von der Glücksspielbranche immer wiederkehrend vertreten – der falsche Ansatzpunkt, da hiermit lediglich zusätzliche Spielanreize und damit Suchtgefahren im legalen Raum geschaffen würden (vgl. Marionneau et al., 2026).

Literatur

- Banz, M. (2019): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA-Forschungsbericht_Gluecksspielsurvey_2019.pdf, Zugriff: 13.01.2026.
- Brosowski, T.; Hayer, T. (2025): Klienten*innendokumentation der ambulanten Glücksspielsuchtberatungen in Niedersachsen 2024. Bremen: Universität Bremen. <https://doi.org/10.26092/elib/4444>.
- Buth, S. et al. (2026): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2025. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- 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: 17.02.2026.
- Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (2025): Tätigkeitsbericht 2024. Halle (Saale). https://www.gluecksspiel-behoerde.de/images/pdf/jahresberichte/GGL_Tatigkeitsbericht_2024.pdf, Zugriff: 05.09.2025.
- Hayer, T. (2026, in Druck): Auswirkungen von Glücksspielwerbung im Überblick: Besteht Handlungsbedarf beim Jugend- und Spielerschutz? Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht.

- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025a): Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1. Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. 33 % Lauf. München. <https://suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 05.09.2025.
- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025b): Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1. Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen mit Einmalkontakte. 33 % Lauf. München. <https://suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 05.09.2025.
- IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025c): Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 33 % Lauf. München. <https://suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 05.09.2025.
- Kesaite, V.; Wardle, H.; Rossow, I. (2024): Gambling consumption and harm. A systematic review of the evidence. *Addiction Research & Theory*, 32, 194–203.
- Marionneau, V. et al. (2026): Uncertainties in measuring offshore gambling. A scoping review of Nordic approaches. *PLOS ONE*, 21(1), e0340727. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0340727>.
- McGrane, E. et al. (2023): What is the evidence that advertising policies could have an impact on gambling-related harms? A systematic umbrella review of the literature. *Public Health*, 215, 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.019>.
- 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. <https://www.suchthilfestatistik.de>, Zugriff: 17.02.2026.
- Tran, L.T. et al. (2024): The prevalence of gambling and problematic gambling. A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9).
- Wang, W.; Gong, H. (2025): The impact of legalized sports betting on aggression. *Journal of Sports Economics*, 27(1), 116–146. <https://doi.org/10.1177/15270025251396530>.
- Wardle, H. et al. (2024): The Lancet Public Health Commission on Gambling. *Lancet Public Health*, 9(11), e950–e994.

2.6 Cannabis – Zahlen und Fakten

*Eva Hoch, Hanna Dauber, Elena Gomes de Matos,
Regina Hollweck, Eva-Maria Krowartz, Anne Maiwald,
Esther Neumeier, Sally Olderbak, Franziska Schneider,
Larissa Schwarzkopf*

Zusammenfassung

Am 1. April 2024 wurde die Droge Cannabis in Deutschland teillegalisiert. Das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis (CanG) reguliert den legalen Besitz und Konsum von Cannabis für Erwachsene. Es regelt auch den privaten Eigenanbau, den gemeinschaftlichen nichtgewerblichen Eigenanbau und die kontrollierte Weitergabe von Cannabis durch Anbauvereinigungen. Das von den Deutschen zu Rauschzwecken genutzte Cannabiskraut wurde im vergangenen Jahr überwiegend auf dem Schwarzmarkt erworben und stammt überwiegend aus westeuropäischem illegalem Indoor- und Outdooranbau. Insbesondere der professionalisierte Cannabisanbau durch Gruppierungen aus dem Bereich der Organisierten Kriminalität in Spanien hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im 10-Jahres-Trend ist der THC-Gehalt von Cannabiskraut um 41 % angestiegen. Der Zugang zu Cannabis als Arzneimittel wurde mit der Teillegalisierung vereinfacht, wodurch die Importmengen stark anstiegen. In Deutschland ist der längerfristige Trend eines Anstiegs im Cannabiskonsum zu beobachten, auch des problematischen Gebrauchs. 5,1 Millionen erwachsene Deutsche im Alter von 18 bis 64 Jahren (9,8 %) gaben an, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger als Frauen. Sie zeigen auch deutlich höhere Prävalenzen hinsichtlich Missbrauchs oder Abhängigkeit nach den DSM-IV-Kriterien (1,8 %) als Frauen (1,1 %). Cannabinoidbezogene Störungen sind aktuell nach alkoholbezogenen Störungen immer noch zweithäufigster Anlass für den Zugang zu Suchthilfeangeboten (2024: ambulant: 15,8 %, stationär: 10,6 %). Allerdings zeigt sich nach einem fortgesetzten Anstieg der Fallzahlen seit der Jahrtausendwende im ambulanten Bereich erstmals ein merklicher Rückgang (2023: 26.633 Fälle; 2024: 22.231 Fälle). Im stationären Sektor steigen die Fallzahlen hingegen weiter (2023: 3.056 Fälle; 2024: 3.430 Fälle). Im Dezember 2025 wurde die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Cannabisabhängigkeit“ veröffentlicht. Der derzeit wirksamste Behandlungsansatz für Erwachsene mit Cannabiskon-

sumstörungen 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. Angebote zur Prävention des problematischen Cannabiskonsums liegen vor und müssen noch weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Abstract

On April 1, 2024, the drug cannabis was partially legalized in Germany. The Act on the Controlled Use of Cannabis (CanG) regulates the legal possession and consumption of cannabis for adults. It also governs private personal cultivation, communal non-commercial cultivation, and the controlled distribution of cannabis through cultivation associations. Last year, the cannabis used by Germans for recreational purposes was predominantly obtained from the black market and mainly originates from illegal indoor and outdoor cultivation in Western Europe. Professionalized cannabis cultivation by organized crime groups in Spain has increased significantly in recent years. Over the past ten years, the THC content of cannabis has risen by 41%. Access to cannabis as a medicinal product has been facilitated by partial legalization, leading to a sharp increase in import volumes.

In Germany, a long-term upward trend in cannabis use can be observed, including an increase in problematic use. Approximately 5.1 million adults (9.8%) report having used cannabis in the past 12 months. Men use cannabis slightly more frequently than women and are nearly twice as likely to experience problematic cannabis use (1.8%) compared to women (1.1%). Cannabis-related disorders remain, after alcohol-related disorders, the second most common reason for seeking addiction treatment (2024: outpatient: 15.8%, inpatient: 10.6%). However, after a continued rise in case numbers since the turn of the millennium, the outpatient sector has for the first time shown a noticeable decline (2023: 26,633 cases; 2024: 22,231 cases). In contrast, case numbers in the inpatient sector continue to rise (2023: 3,056 cases; 2024: 3,430 cases).

In December 2025, the interdisciplinary S3 guideline “Cannabis Dependence” was published. The most effective treatment approach for adults with cannabis use disorders currently is a combination of cognitive-behavioral therapy and motivational enhancement. For children and adolescents, family-based therapeutic interventions are also recommended. At present, there is no effective medication for treating withdrawal symptoms, craving, or relapse prevention in cannabis dependence.

Preventive measures against problematic cannabis use exist but need to be further developed and expanded.

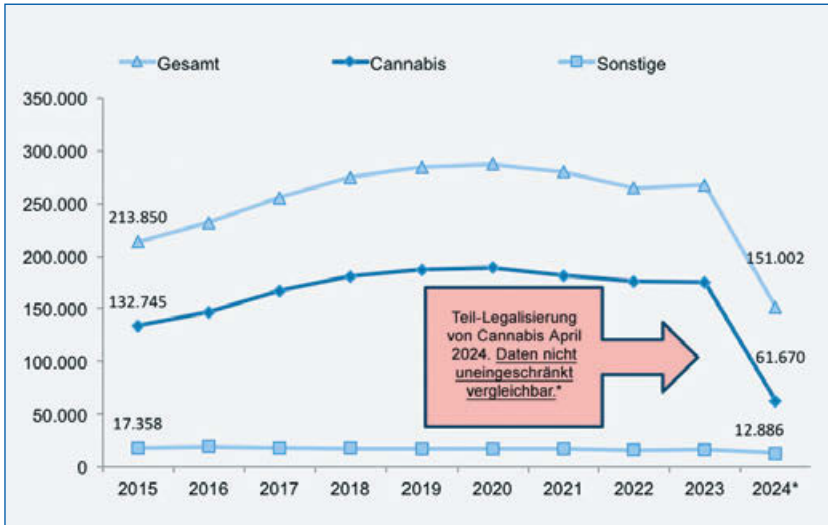
1 Was ist Cannabis?

Die Cannabis-Pflanze gehört zur botanischen Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae). Cannabis wird seit Jahrtausenden als Nutz- und Heilpflanze sowie als Rauschmittel eingesetzt. Bislang wurden circa 500 chemische Substanzen in der Cannabis-Pflanze gefunden, mehr als 100 davon zählen zu der Gruppe der Cannabinoide. Die bekanntesten Cannabinoide sind das THC (δ -9-Tetrahydrocannabinol) und das CBD (Cannabidiol). Beide Substanzen können das Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, sind also psychoaktiv. Jedoch nur THC ist rauschauslösend und hat Suchtpotenzial. Die zwei häufigsten Bestandteile der Cannabispflanze sind die THC-haltigen getrockneten Blüten und Blätter der weiblichen Hanfpflanze (Marihuana, umgangssprachlich: „Gras“) sowie das aus dem THC-haltigen Harz der Blütenstände gewonnene Haschisch. Im Vordergrund dieses Beitrags steht der Konsum von THC-haltigem Cannabis als Rausch- bzw. Suchtmittel. Auch auf die medizinische Nutzung von Cannabis soll eingegangen werden. Für Informationen zu CBD-Produkten mit THC-Gehalt unter 0,2 % („CBD-Cannabis“) oder synthetischen Cannabinoiden wird auf andere Quellen verwiesen (EMCDDA, 2020; EMCDDA, 2024).

2 Drogenmärkte

Das sichergestellte Marihuana in Deutschland stammt überwiegend aus illegalem und professionalisiertem Anbau in Westeuropa, insbesondere aus illegalen Großplantagen in Spanien. 2024 wurden zahlreiche Großtransporte über Frankreich nach Deutschland festgestellt, oft bereits vom französischen Zoll gestoppt. Häufig wurden dabei auch Haschischlieferungen aus Marokko mitgeführt. Zusätzlich gelangte Marihuana per Post, Container und Flugkurier aus Nordamerika (Kanada/USA) sowie aus Thailand nach Deutschland. Insgesamt wurden rund 19,4 Tonnen sichergestellt. Die Zahl der allgemeinen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz liegt im Jahr 2024 bei 151.002 Verstößen. Im Vergleich zu 2023 (267.527 Verstöße) bedeutet dies einen starken Rückgang (s. Abb. 1). Die Aussagekraft der Deliktzahlen für das Jahr 2024 ist im Kontext der Cannabis-Teil-Legalisierung eingeschränkt, da viele zuvor strafbare Handlungen – insbesondere Besitz und Erwerb geringer Mengen zum Eigenkonsum – seit April 2024 nicht mehr als Verstöße gegen das BtMG erfasst werden. Der Rückgang der Fallzahlen spiegelt daher in erster Linie eine gesetzliche Neuregelung und keine unmittelbare Veränderung des Konsumverhaltens wider.

Abb. 1: Entwicklung von Verstößen gegen das BtMG (2014–2024)

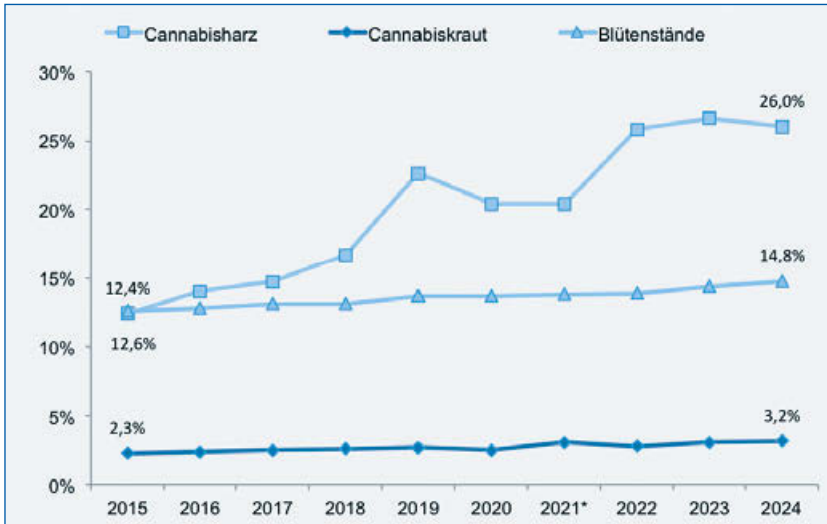


Hinweis: Durch die Teil-Legalisierung von Cannabis im Jahr 2024 kam es zu einer Veränderung der polizeilichen Erfassung. Bestimmte Delikte im Zusammenhang mit Cannabis werden seitdem nicht mehr in der bisherigen Häufigkeit erfasst. Gleichzeitig entstehen neue Deliktformen, die unter das Konsumcannabisgesetz (KCanG) fallen. Ein Vergleich der Daten ab 2025 mit den Vorjahren ist daher – sowohl bei Cannabis-spezifischen als auch bei den Gesamtdelikten – nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA), 2025

Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von Blütenständen ist im 10-Jahres-Trend kontinuierlich angestiegen und ist auch für 2024 im Vergleich zum Vorjahr nochmals auf 14,8 % gestiegen (2023: 14,4 %) (Abb. 2). Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt von sichergestelltem Harz mit einem Höchststand im Jahr 2023 (26,6 %) ist für 2024 wieder leicht auf 26,0 % gesunken. Alle Werte müssen mit dem Vorbehalt betrachtet werden, dass die CBD-reichen Cannabisprodukte getrennt davon betrachtet wurden. Die im Vergleich geringen Wirkstoffgehalte von Cannabiskraut sind nach einem leichten Rückgang im Jahr 2022 (2,8 %) in den Jahren 2023 (3,1 %) und 2024 (3,2 %) wieder auf das Niveau von 2021 angestiegen. Im 10-Jahres-Trend ist der THC-Gehalt von Cannabiskraut um 41 % angestiegen.

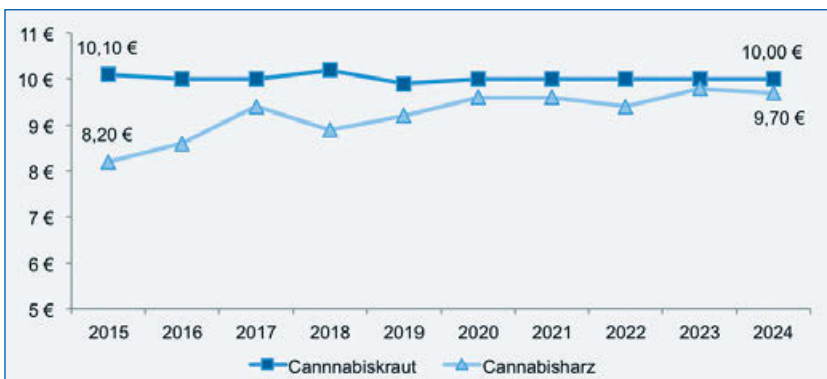
Die Preise für ein Gramm Cannabiskraut und Cannabis harz im Straßenhandel haben sich über die letzten sechs Jahre hinweg mit nur leichten Schwankungen stabilisiert (Abb. 3). Der Preisanstieg für Cannabis harz lag im 10-Jahres-Trend bei +18 %.

Abb. 2: Trends im Wirkstoffgehalt (THC) (2015–2024)

* Ab dem Datenjahr 2021 werden besonders CBD-haltige Produkte bei der Berechnung des Medians herausgenommen, Quelle: Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2025

3 Gesetzeslage

Am 1. April 2024 ist das Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (kurz: Konsumcannabisgesetz, KCanG) in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wird der private

Abb. 3: Entwicklung des Preises pro Gramm (Straßenhandel) in € (2015–2024)

Quelle: Datenlieferung Bundeskriminalamt (BKA), 2025

Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen legalisiert. Jede erwachsene Person darf seitdem außerhalb des eigenen Wohnsitzes bis zu 25 Gramm Cannabis besitzen und mit sich führen; am eigenen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort sind bis zu 50 Gramm im Besitz 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 ist für Minderjährige weiterhin verboten. Die Weitergabe von Cannabis an Kinder und Jugendliche ist strafbar.

Der erste Zwischenbericht der aktuell laufenden Evaluation zu den Auswirkungen des Gesetzes zum Umgang mit Konsumcannabis (KCanG) wurde am 01.10.2025 veröffentlicht und ist online abrufbar¹. Im Mittelpunkt stehen der Kinder- und Jugendschutz, der allgemeine Gesundheitsschutz sowie die cannabisbezogene Kriminalität. Ergänzend werden Effekte des bestehenden Konsumverbots und der Besitz- und Weitergaberegulungen analysiert. Erste, deskriptive Ergebnisse der EKOCAN-Studie zeigen bislang keinen grundlegenden Wandel im Umgang mit Cannabis. Bei der Prävalenz jugendlicher und erwachsener Konsumierender konnte kurzfristig keine signifikante Veränderung beobachtet werden. Rückgänge zeigen sich bei suchtbezogenen Beratungen Jugendlicher, Meldungen an Jugendämter sowie cannabisbezogenen Polizeidelikten. Ein Ausbau der Datenbasis sowie tiefergehende Auswertungen sind erforderlich, um mögliche Langzeiteffekte der Teillegalisierung zu erfassen und valide zu beurteilen.

Mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das am 10. März 2017 in Kraft trat, wurde Cannabis zu medizinischen Zwecken erstmals als verschreibungsfähiges Arzneimittel zugelassen. Infolge der Gesetzesänderung wurde der Einsatz von Cannabisarzneimitteln als Therapiealternative im Einzelfall für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen unter ärztlicher Kontrolle erlaubt (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Zwei Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis waren zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer Spastik bei Multipler

¹ <https://www.fdr.uni-hamburg.de/record/17993> [Letzter Zugriff: 21.01.2026].

Sklerose und chemotherapieinduzierter Übelkeit und Erbrechen zugelassen (Preuss et al., 2018). Darüber hinaus standen zugelassene Cannabisblüten und Cannabis-Vollspektrumextrakte zur Verfügung, die neben THC und CBD weitere pharmakologisch relevante Inhaltsstoffe wie Terpene und Flavonoide enthalten und bei weiteren medizinischen Indikationen verordnet werden können. Seit der Legalisierung von Konsumcannabis am 1. April 2024 gilt Medizinalcannabis nicht mehr als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel, sondern als verschreibungspflichtiges Arzneimittel (Bundesministerium für Gesundheit, 2024), wodurch sich die ärztliche Verschreibung deutlich vereinfachte. In der Folge wurde Medizinalcannabis vermehrt über Privatrezepte bezogen. Nach Angaben der Bundesregierung stiegen die Importe von Medizinalcannabis im ersten Halbjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um über 400 % auf rund 80 Tonnen (Kitt, 2026). Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN) zeigte die Zwischenevaluation des Cannabisgesetzes, dass der nicht-kommerzielle Austausch von Cannabis im sozialen Umfeld („social supply“) eine zentrale Bezugsquelle darstellt (Manthey et al., 2025). Es ist davon auszugehen, dass auf diesem Wege auch Medizinalcannabis außerhalb des regulären Versorgungssystems weitergegeben wurde.

4 Gesundheitliche Risiken und medizinisches Potenzial

Cannabis wird als Droge meist konsumiert, um seine akute belohnende Wirkung zu erfahren. Der akute Konsum hoher THC-Dosen (auch ungewollt) kann zeitlich begrenzte psychische, gastrointestinale und kardiovaskuläre Probleme sowie z. B. Verkehrsunfälle in Folge der Rauschwirkung verursachen (Hoch et al., 2025b). Regelmäßiger Cannabiskonsum (insbesondere von Produkten mit hohem THC-Gehalt) ist mit körperlichen und vor allem psychischen Risiken verbunden. Chronischer Cannabiskonsum wird mit zahlreichen negativen Folgen in Verbindung gebracht, die vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene besorgniserregend sind (z. B. Lernstörungen, Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Fahrtüchtigkeit, geringerer Bildungserfolg, Psychosen/Schizophrenie, Stimmungs- und Angststörungen sowie suizidales Verhalten). Es ist umstritten, inwieweit der Cannabiskonsum eine kausale Ursache für diese nachteiligen Folgen ist. Körperliche Gesundheitsrisiken (z. B. Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit und eingeschränktes fetales Wachstum, Hyperemesis-Syndrom u. a.) wurden ebenfalls mit dem wiederholten Konsum von Cannabis mit hohem THC-Gehalt in Verbindung gebracht. Regelmäßig konsumiert, kann Cannabis

zur Entwicklung eines schädlichen oder abhängigen Gebrauchs führen. In den 1990er Jahren wurde geschätzt, dass etwa eine von zehn Cannabis konsumierenden Personen im Lebenszeitraum eine Cannabisabhängigkeit entwickelt (Anthony et al., 1994). In neueren Studien aus den USA wird geschätzt, dass 30 % der Cannabiskonsumierenden die Kriterien einer Cannabiskonsumstörung erfüllen (Hasin et al., 2015). Dieser Befund könnte auf die zunehmende Stärke von Cannabis, Änderungen des Rechtsstatus und die gesellschaftliche Akzeptanz des Cannabiskonsums im Laufe der Zeit zurückzuführen sein (Connor et al., 2021). Ein frühes Einstiegsalter, intensiver Konsum und Co-Konsum von Tabak wurden als besondere Risikofaktoren identifiziert.

Obwohl die Nutzung von Cannabis zu medizinischen Zwecken eine lange Tradition hat, fehlen bis heute für die effektive Behandlung vieler Symptome und Erkrankungen robuste Wirksamkeitsnachweise. In systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen gilt die Datenlage als am besten für die Indikationen der chronischen-neuropathischen Schmerzen, Muskelspastik sowie Appetitstimulation bei chemotherapieinduzierter Übelkeit und Erbrechen (u. a. Hoch et al., 2025b). Für weitere Indikationen – insbesondere für psychische Erkrankungen – ist die Evidenz bislang sehr begrenzt (u. a. Chou et al., 2025; Häuser et al., 2019). Medizinische Anwendungen von THC-haltigen Cannabinoiden haben auch Nebenwirkungen. Sie können das Denken und die Wahrnehmung verändern sowie Schwindel, Benommenheit und Sedierung hervorrufen. Bei 25 % aller Anwendenden von Cannabisarznei konnte eine Cannabisgebrauchsstörung festgestellt werden (CUD; nach DSM-5, American Psychiatric Association, 2013; Dawson et al., 2024). Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum menschlichen Endocannabinoid-System werden in den nächsten Jahren weiter dazu beigetragen, diese Phänomene besser zu verstehen. Einen Überblick über die Studienlage liefert die Expertise „Cannabis: Potenzial und Risiken“ (Hoch et al., 2025b; 2019).

5 Konsumverbreitung, -muster und -trends in Deutschland

5.1 Bevölkerungsumfragen bei Erwachsenen

Cannabis ist nach Alkohol die mit Abstand am häufigsten gebrauchte psychoaktive Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung unter Erwachsenen in Deutschland liegt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2024 vor (Gesamtstichprobe $n = 7.534$, Alter der Befragten 18–64 Jahre). 5,1 Millionen Personen (9,8 %) geben an, Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert zu haben. Männer tun dies etwas häufiger (12,3 %) als

Tab. 1: Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung (DAS 2025)

	Alter	Gesamt	Männlich	Weiblich
Lebenszeit	12–17	8,5 %	6,2 %	30,2 %
	18–25	54,5 %	40,6 %	7,3 %
12 Monate	12–17	7,2 %	4,6 %	6,8 %
	18–25	31,6 %	18,8 %	6,1 %
30 Tage	12–17	2,6 %	2,2 %	2,9 %
	18–25	16,3 %	7,9 %	2,2 %

Quelle: Orth, Nitzsche, 2025

Frauen (7,1 %) (Olderbak et al., 2025). In den letzten 30 Tagen hatten 5,1 % die Substanz konsumiert (Hoch et al., 2025a).

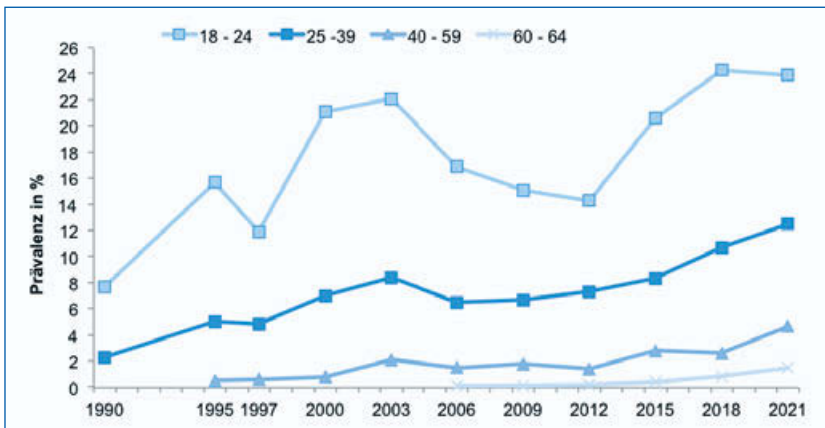
5.2 Bevölkerungsumfragen bei Kindern und Jugendlichen

Cannabis ist auch bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten gebrauchte illegale Substanz in Deutschland. Als Datenbasis für die Häufigkeitsschätzung in Deutschland liegt die Drogenaffinitätsstudie (DAS) aus dem Jahr 2025 vor (s. Tab. 1). Befragt wurden 7.001 junge Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren im Zeitraum April bis Juni 2025. Bei den 12- bis 17-jährigen haben 8,5 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen zumindest einmal im Leben Cannabis ausprobiert. Im letzten Jahr konsumierten 7,2 % der Jungen und 4,6 % der Mädchen Cannabis, während 2,6 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumierten. Unter den 18- bis 25-jährigen haben junge Männer mit 54,5 % mindestens einmal im Leben Cannabis ausprobiert, bei jungen Frauen liegt der Anteil bei 40,6 %. Im letzten Jahr konsumierten 31,6 % der Männer und 18,8 % der Frauen Cannabis, während 16,3 % der Männer und 7,9 % der Frauen in den letzten 30 Tagen regelmäßig konsumierten (Orth, Nitzsche, 2025).

5.3 Trends und Entwicklungen des Cannabisgebrauchs

In den letzten drei Jahrzehnten zeigte sich ein insgesamt steigender Trend im Cannabiskonsum (Abb. 4). In der letzten Dekade verdoppelte sich bei der 18- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands der Anteil an Konsumierenden von 4,5 % (2012) auf 9,8 % (2024) (Hoch et al., 2025a). Die 30-Tages-Prävalenz des Cannabiskonsums ist seit 2012 (2,3 %) kontinuierlich gestiegen

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



* Trends der 12-Monats-Prävalenz von 18- bis 64-Jährigen

Quelle: Karachaliou et al., 2022, S. 12

und erreichte 2024 mit 5,1 % mehr als das Doppelte des Wertes von 2012. Im Vergleich zu 2021 (4,3 %) hat sich die Rate jedoch nicht statistisch signifikant verändert. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums stieg seit 2012 von 4,5 % auf 9,8 % im Jahr 2024, zeigte gegenüber 2021 (8,8 %) ebenfalls keine signifikante Veränderung. Der Anteil der stark Konsumierenden lag 2024 mit 16,2 % in einer ähnlichen Größenordnung wie 2021 (17,3 %) (Hoch et al., 2025a).

Im Jahr 2025 zeigten sich bei der Verbreitung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Orth, Nitzsche, 2025). Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch bei der 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz sowie beim regelmäßigen Konsum lagen die Werte von männlichen und weiblichen Jugendlichen nahe beieinander. Ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich in der 12-Monats-Prävalenz: Hier berichteten 7,2 Prozent der männlichen Jugendlichen von einem Konsum innerhalb der vergangenen zwölf Monate, gegenüber 4,6 Prozent der weiblichen Jugendlichen.

Im Vergleich der Jahre 2023 und 2025 ergaben sich für beide Geschlechter keine statistisch signifikanten Veränderungen. Betrachtet man jedoch den längeren Zeitraum von 2019 bis 2025, so ist bei männlichen Jugendlichen ein signifikanter Rückgang des Cannabiskonsums festzustellen. Dies betrifft die Lebenszeit-, die 12-Monats- sowie die 30-Tage-Prävalenz. Bei weiblichen Jugendlichen hingegen sind seit 2012 keine nennenswerten Veränderungen

mehr zu beobachten. Die höchsten Werte im Cannabiskonsum dieser Gruppe wurden bereits im Jahr 1997 registriert (Orth, Nitzsche, 2025).

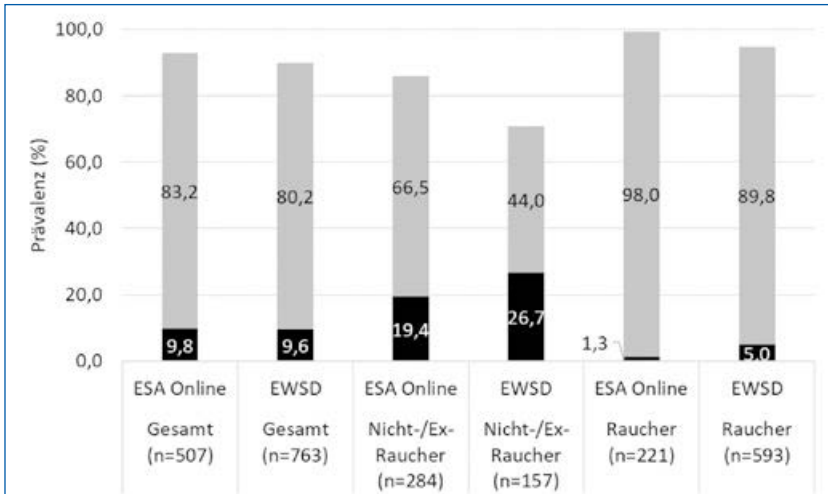
5.4 Problematischer Cannabiskonsum in Deutschland

Im ESA wird problematischer Cannabiskonsum zusätzlich anhand der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Saß et al., 2003) erfasst. Die Operationalisierung erfolgt über standardisierte Selbstauskunftsitems, die zentrale Merkmale von Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit abbilden. Dazu zählen unter anderem anhaltender Konsum trotz negativer sozialer oder gesundheitlicher Konsequenzen, Kontrollverlust über den Konsum, Toleranzentwicklung sowie Entzugssymptome. Auf Basis dieser Angaben können Personen identifiziert werden, die Kriterien einer cannabisbezogenen Störung im Sinne des DSM-IV erfüllen. Es handelt sich hierbei nicht um klinische Diagnosen, sondern um epidemiologische Indikatoren problematischen Cannabiskonsums, die einen international vergleichbaren und zeitlich konsistenten Trendvergleich ermöglichen.

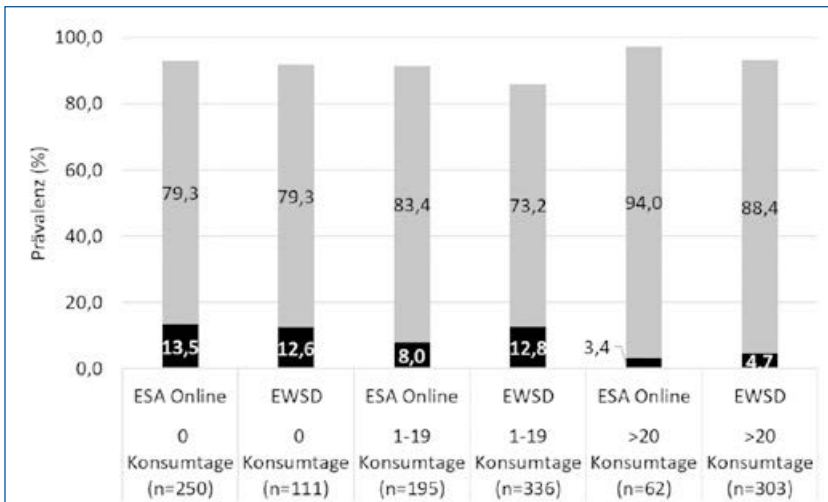
Insgesamt zeigt sich 2024 eine Prävalenz von 0,5 % für Missbrauch und 1,0 % für Abhängigkeit in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren. In der Hochrechnung für die deutsche Wohnbevölkerung ergibt sich eine Zahl von 0,26 Millionen Personen, die die Missbrauchskriterien und 0,51 Millionen, die die Abhängigkeitskriterien erfüllen. Frauen zeigen dabei eine geringere Prävalenz (0,4 % Missbrauch, 0,7 % Abhängigkeit) als Männer (0,6 % Missbrauch und 1,2 % Abhängigkeit) (Olderbak et al., 2025). Für den Indikator Cannabismissbrauch ergeben sich Werte von 0,5 % im Jahr 2024, 0,6 % im Jahr 2018 und von 0,5 % im Jahr 2012. Damit ist im zeitlichen Trend keine wesentliche Veränderung zu erkennen. Für Cannabisabhängigkeit lässt sich im Vergleich zu früheren Erhebungswellen ein Anstieg von 0,5 % (2012) auf 0,6 % im Jahr 2018 und 1,0 % im Jahr 2024 erkennen. Damit hat sich die Anzahl von Personen mit einer Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV innerhalb der letzten 6 Jahre nahezu verdoppelt, während der Anteil der Personen mit Missbrauch nach DSM-IV konstant geblieben ist.

In der DAS 2025 wurde der problematische Cannabiskonsum von jungen Menschen mittels des „Cannabis Abuse Screening Tests (CAST)“ erfasst. Bei 0,6 % der jugendlichen und 3,4 % der jungen erwachsenen Befragten zeigten sich Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum. Von den konsumierenden Jugendlichen waren 10,7 % und von den konsumierenden jungen Erwachsenen waren 13,2 % betroffen (Orth, Nitzsche, 2025).

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



■ Rauchen von Cannabis ohne Tabak ■ Rauchen von Cannabis gemischt mit Tabak



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

5.5 Cannabiskonsum mit Tabak

Die Mehrheit des Cannabiskonsums erfolgt zusammen mit Tabak (s. Abb. 5). Dies wurde sowohl in der 2024 Erhebungswelle der Europäischen Online Drogenstudie (EWSD), im Online-Modul des ESA 2021 (Rauschert et al., 2022) sowie im ESA 2024 (Hoch et al., 2025a) bestätigt. Die ESA-Online-Daten umfassen ausschließlich Cannabiskonsumierende, die den Survey online ausgefüllt haben. Eine methodologische Untersuchung ergab jedoch, dass diese Personen sich qualitativ nicht von jenen unterscheiden, die den ESA per Papierfragebogen oder telefonisch beantwortet haben, abgesehen davon, dass sie im Durchschnitt etwas jünger sind (Olderbak et al., 2025).

Die meisten Tabakkonsumierenden nehmen Cannabis in Kombination mit Tabak zu sich, und auch die Mehrheit der Nicht-Rauchenden konsumiert Cannabis mit Tabak. Darüber hinaus mischen Personen mit täglichem oder nahezu täglichem Cannabiskonsum häufiger Cannabis mit Tabak.

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

Tab. 2: Akute Intoxikations- und Vergiftungsfälle mit Cannabis, Krankenhausdiagnosestatistik (2024)

ICD-10-Diagnose	Gesamt	Alter in Jahren						
		< 15	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65+
akute Intoxikation [akuter Rausch] (F11.0 bis F16.0, F18.0, F19.0)	20.448	670	6.480	4.621	4.325	2.388	1.235	729
durch Cannabinoide (F12.0)	2.454	228	1.211	489	247	136	88	55
Vergiftung durch Betäubungsmittel (BtM) und Psychodysleptika (Halluzinogene) (T40.X)	937	64	173	108	84	102	99	307
durch Cannabis (-derivate) (T40.7)	115	31	41	13	10	9	3	8

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2025

Tab. 3: Trends bei den Notfällen durch Cannabinoide (2012–2024)

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cannabinoide (T40.7)	293	272	308	335	284	234	186	170	116	107	96	91	115
Cannabinoide (F12.0)	1.288	1.340	2.089	2.895	2.623	2.312	2.287	2.176	1.748	1.732	1.634	1.945	2.454

Statistisches Bundesamt, spezielle Berechnungen, zuletzt 2026

behandelten akuten Rauschzuständen (ICD-10-Diagnosen F1x.0) und Vergiftungsfällen (ICD-10-Diagnosen T40.X) aus der Krankenhausdiagnosestatistik zur Verfügung (Tab. 2).

Die Fallzahlen bezüglich akuter Intoxikationen mit Cannabinoiden (inkl. synthetischer Cannabinoide) sind bis 2015 angestiegen und waren seitdem über mehrere Jahre mit Schwankungen rückläufig. In den Jahren 2023 und 2024 war erneut ein Anstieg zu beobachten. Die anteilig meisten Aufnahmen erfolgen in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen.

6.2 **Betreuungen und Behandlungen in der Deutschen Suchthilfestatistik**

Die Deutsche Suchthilfestatistik erhebt routinemäßig soziodemographische und klinische Daten sowie versorgungsbezogene Informationen zu Personen, die mit Substanzkonsumproblemen oder Suchtverhalten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und stationären Rehabilitationseinrichtungen vorstellig werden. Substanzkonsumstörungen umfassen hierbei sowohl den missbräuchlichen Konsum als auch die Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 (Dilling et al, 2015). Bei Cannabinoiden 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). Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig. Die nachfolgenden Auswertungen repräsentieren somit nur einen Ausschnitt des cannabinoidbezogenen Versorgungsgeschehens in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Cannabinoidbezogene Störungen waren 2024 nach alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 51,3%; stationär: 63,0%) der zweithäufigste Anlass für die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten (ambulant: 15,8%, stationär: 10,6%). Allerdings zeigt sich nach einem fortge-

setzten Anstieg der Fallzahlen seit der Jahrtausendwende im ambulanten Bereich erstmals ein merklicher Rückgang (2023: 26.633 Fälle; 2024: 22.231 Fälle). Im stationären Sektor steigen die Fallzahlen hingegen weiter (2023: 3.056 Fälle; 2024: 3.430 Fälle).

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden die im Durchschnitt jüngste Klientelgruppe in der deutschen Suchthilfe (ambulant: 27,8 Jahre; stationär: 30,8 Jahre), wobei knapp zwei Drittel (ambulant: 62,9 %) bzw. die Hälfte (stationär: 50,4 %) der Hilfesuchenden jünger als 30 Jahre sind. Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden ist seit 2017 (ambulant: 24,9 Jahre; stationär: 28,3 Jahre) – insbesondere im ambulanten Setting – merklich gestiegen. Unter den Hilfesuchenden finden sich viermal so viele Männer wie Frauen (Frauenanteil ambulant: 22,5 %; stationär: 20,4 %), wobei sich der Frauenanteil seit 2017 (Frauenanteil ambulant: 16,5 %; stationär: 16,1 %) Schritt für Schritt erhöht hat.

Ambulante Betreuungen dauern im Mittel 6,5 Monate, wobei sich nur im Bereich der Exzessiven Mediennutzung kürzere Durchschnittsdauern zeigen. Demgegenüber ist die mittlere Behandlungsdauer im stationären Bereich mit 3,5 Monaten die zweitlängste (nach stimulanzenbezogenen Störungen). Damit hat sich die mittlere Behandlungsdauer im ambulanten Bereich seit 2017 um gut einen Monat verlängert, im stationären Bereich ist sie gleichgeblieben. Am Ende der Betreuung bzw. Behandlung hat sich das initiale Suchtverhalten bei der Mehrheit der Hilfesuchenden verbessert (ambulant: 60,1 %; stationär: 78,9 %), bei einem weit überwiegenden Anteil liegt ein positives Ergebnis vor (Verbesserung oder Stabilisierung; ambulant: 98 %, stationär: 98 %), ein seit 2017 konstant hoher Wert. Weitere Informationen sind dem Jahresbericht der DSHS zu entnehmen (Schwarzkopf et al., 2025).

6.3 Evidenzbasierte Interventionen für Cannabiskonsumstörungen

Einen Überblick über evidenzbasierte psychosoziale und pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten liefert die neue S3-Leitlinie für cannabisbezogene Störungen. Die S3-Leitlinien basieren auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und der klinischen Expertise unterschiedlicher Fachleute; sie sind das Ergebnis intensiver Beratungs- und Konsensfindungsprozesse in interdisziplinären Gremien. Leitlinien sollen sicherstellen, dass Betroffene fachgerecht und angemessen versorgt werden. Die S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen wurde federführend von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), der Deutschen Gesellschaft

für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) erarbeitet. Insgesamt waren 20 Fachgesellschaften, Berufs-, Betroffenen- und Angehörigenverbände beteiligt. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden die Evidenzberichte der Leitlinie durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Die Leitlinie und alle dazugehörigen Dokumente wurden online im Register der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) publiziert (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005>).

7 Prävention

Ziel der Cannabisprävention ist, den Konsum zu verhindern, hinauszuzögern oder zu reduzieren. Da verhaltensbezogene universelle Präventionsaktivitäten den Grundstein der suchtpreventiven Tätigkeiten in Deutschland darstellen (Schwerfel, 2023), stehen sie im Fokus dieses Beitrags. Dabei handelt es sich um klassische Präventionsprogramme, die in der Allgemeinbevölkerung das Gesundheitsverhalten auf individueller Ebene beeinflussen sollen. Die fundierteste Datenbasis besteht zu schulischen Programmen, verglichen mit anderen Settings (Bühler et al., 2020; Hoch et al., 2017). Besonders hervorzuheben sind dabei Lebenskompetenzprogramme, die den Großteil der modernen evaluierten Programme darstellen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler et al., 2020). Demgegenüber stehen beispielsweise „Abschreckungskampagnen“, alleinstehende Informationsvermittlung oder unstrukturierte Freizeitaktivitäten; solche Ansätze haben sich als generell ineffektiv, in einzelnen Fällen gar schädlich gezeigt (Bühler, Groeger-Roth, 2013). Lebenskompetenzprogramme haben zum Ziel, Fähigkeiten zu stärken, die zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen befähigen (Botwin, Griffin, 2007; Bühler, 2016). Sie sind damit auf Resilienzstärkung ausgerichtet, indem Schutzfaktoren auf- und Risikofaktoren abgemildert werden sollen. Didaktisch sind sie strukturiert und interaktiv gestaltet. Im Kontext der Cannabisprävention enthalten Lebenskompetenzprogramme sowohl allgemeine als auch substanz- oder cannabisspezifische Anteile. Als besonders wirksame Inhalte, cannabisspezifisch sowie substanzübergreifend, haben sich die Stärkung der Selbstkontrollfähigkeit sowie der Problemlöse- und Entscheidungskompetenz erwiesen (Bühler et al., 2020). Zudem sind Alterseffekte zu beachten: Nicht alle Inhalte sind in jedem Alter gleich effektiv, und bei älteren Schülerinnen und Schülern scheint wichtiger zu sein, Risikopopulationen selektiv anzusprechen. Beispiele von evaluierten

cannabisspezifischen Programmen sind Cannabis – Quo vadis? und der Grüne Koffer. Effekte zeigten sich insbesondere auf Prädiktoren des Konsums. In einem Programm fanden sich zudem Effekte auf den Konsum in einer Teilstichprobe. Es ist zu erwähnen, dass verhaltensbezogene Präventionsprogramme in der Regel nur statistisch kleine Effekte erzielen (O’Hara et al., 2024). 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 (FINDER Akademie, 2020).

Im Bereich der strukturellen Prävention enthält das CanG mehrere Elemente, 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 Cannabis aus Anbauvereinigungen, ein Werbe- und Sponsoringverbot für Cannabis und Anbauvereinigungen sowie Konsumverbote in unmittelbarer Nähe Minderjähriger (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Die Wirksamkeit und Zulänglichkeit dieser Maßnahmen werden zu evaluieren sein. Einen Überblick über Informationen zur Cannabisprävention in Deutschland liefert die Webseite <https://cannabispraevention.de> (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, 2024).

Literatur

- American Psychiatric Association (2013): DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2025): S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen. AWMF-Register-Nr. 076-005. Berlin. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005>, Zugriff: 02.03.2026.
- 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.
- Botvin, G.; Griffin, K. (2007): School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607–615. DOI: 10.1080/09540260701797753.

- Bühler, A. (2016): Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme. *Kindheit und Entwicklung*, 25(3), 175–188. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000202>.
- Bühler, A.; Groeger-Roth, F. (2013): Brauchen wir eine “Rote Liste Prävention”? Was empfiehlt sich nicht in der Prävention? In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): *Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages*. Hannover. www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/2361, Zugriff: 25.02.2026.
- Bühler, A.; Thrul, J.; Gomes de Matos, E. (2020): *Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der Expertise zur Suchtprävention 2013. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd 52. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://shop.bioeg.de/pdf/60640052.pdf>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2025): *Polizeiliche Kriminalstatistik. Tabelle 01: Fallentwicklung und Aufklärung der Straftaten/-gruppen*. Wiesbaden. <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/PKSTabellen/BundFalltabellen/bundfalltabellen.html?nn=240862>, Zugriff: 26.02.2026.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): *Fragen und Antworten zum Cannabisgesetz*. Berlin. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/cannabis/faq-cannabisgesetz-entwurf.html>, Zugriff: 26.02.2026.
- 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: 26.02.2026.
- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (2024): *Cannabispraevention.de* (Website). Köln. <https://www.cannabispraevention.de/>
- Chou, R. et al. (2025): *Living systematic review on cannabis and other plant-based treatments for chronic pain. 2025 update. Comparative Effectiveness Review; No. 250*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618045/>, Zugriff: 26.02.2026.
- Connor, J.P. et al. (2021): *Cannabis use and cannabis use disorder*. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), Article number: 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>.
- Dawson, D. et al. (2024): *The prevalence of cannabis use disorders in people who use medicinal cannabis. A systematic review and meta-analysis*. *Drug and Alcohol Dependence*, 257, Article number: 111263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111263>.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 10., überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2024): European Drug Report 2024. New psychoactive substances – the current situation in Europe. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en, Zugriff: 26.02.2026.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2020): Low-THC cannabis products in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/low-thc-cannabis-products-europe_en#download-files, Zugriff: 26.02.2026.
- European Union Drugs Agency (2025): European Web Survey on Drugs 2024. Top-level findings, 24 EU countries and Norway. Lisbon. https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheet/european-web-survey-drugs-2024-top-level-findings_en, Zugriff: 26.02.2026.
- FINDER Akademie (2020): Europäisches Präventionscurriculum. Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Gewalt. Berlin. https://www.wirkt-nds.de/html/download.cms%3Fid%3D6%26datei%3D2020_EUPC-Manual-DE-Edition-Gewalt-2.pdf, Zugriff: 26.02.2026.
- 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.
- Häuser, W. et al. (2019): Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain. A systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *Schmerz*, 33, 424–436. <https://doi.org/10.1007/s00482-019-0373-3>.
- Hoch, E. et al. (2025a): Cannabis consumption before and after partial legalization in Germany: Early trends, consumption patterns, and motives. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122(23), 632–637. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0161>.
- Hoch, E. et al. (2025b): Cannabis, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 275, 281–292. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01880-2>.
- Hoch, E.; Friemel, C.; Schneider, M. (2019): Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse. Heidelberg: Springer.
- Hoch, E. et al. (2017): Cannabisprävention an Schulen – Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. 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: 02.03.2026.
- Karachaliou, K. et al. (2022): Drogen. Deutschland. Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021/2022). München: IFT

- Institut für Therapieforschung, 2022. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_03_Drogen.pdf, Zugriff: 29.01.2026.
- Kitt, K. (2026): Medizinisches Cannabis. Streit um geplante strengere Regeln für Rezeptvergabe. Apotheken Umschau. <https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/medizinisches-cannabis-streit-um-geplante-strengere-regeln-1462449.html>, Zugriff: 26.02.2026.
- Manthey, J. et al. (2025): Evaluation des Konsumcannabisgesetzes (EKOCAN): 1. Zwischenbericht. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. <http://doi.org/10.25592/uhhfdm.17993>.
- O’Hara, S.E.; Paschall, M.J.; Grube, J.W. (2024): A review of meta-analyses of prevention strategies for problematic cannabis use. *Current Addiction Reports*, 11, 886–893. (2024). <https://doi.org/10.1007/s40429-024-00592-w>.
- Olderbak, S. et al. (2025): Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024. *Dt. Ärzteblatt International*, 122, 625–631. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157.
- Orth, B.; Nitzsche, A. (2025): Die Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2025: Cannabis – aktuelle Entwicklungen und Trends. *BIÖG-Forschungsbericht*. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q3-DAS25-CAN-DE-1.0>.
- Preuss, U.W. et al. (2018): Medizinisches Cannabis: Hintergründe, Evidenzen, Praxishinweise. *Suchtmedizin*, 20(6), 349–367.
- Rauschert, C. et al. (2022): The use of psychoactive substances in Germany. *Dt. Ärzteblatt international*, 119(31-32), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>.
- Saß, H- et al. (Hrsg.) (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. *Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Suchthilfe in Deutschland 2024. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 02.03.2026.
- 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. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs_Reitox-Bericht/REITOX_BERICHT_2023/REITOX_Bericht_2023_DE_WB_04_Praevention.pdf, Zugriff: 02.03.2026.

Statistisches Bundesamt (2025): Diagnosen der Krankenhauspatienten – 2024. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/details>, Zugriff: 03.03.2026.

2.7 Aktuelle Entwicklung im Bereich der Internetnutzungsstörungen

Klaus Wölfling, Kai W. Müller

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat gerade die Problematik der exzessiven Nutzung von sozialen Netzwerken und Online-Pornografie stark zugenommen und stellt sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene ein gesellschaftlich und klinisch relevantes Problem dar. Empirische Befunde zeigen, dass exzessive Mediennutzung exekutive Funktionen wie Impulskontrolle, Arbeitsgedächtnis und Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen kann, was sich oft in Erinnerungsproblemen im Alltag äußert. Schlafstörungen und emotionale Belastungen aufgrund der Nutzung verstärken diese Effekte zusätzlich. Ein zunehmendes Problem stellt die Pornografienutzungsstörung (PNS) dar, gekennzeichnet durch suchartige Symptome, wie Kontrollverlust, kognitive Präoccupation und fortgesetzte Nutzung trotz negativer Konsequenzen. Frühkindliche Traumata können das Risiko einer problematischen Mediennutzung erhöhen, wobei die Art des Traumas die spezifische Form der Störung beeinflussen kann. Therapeutisch bestehen noch Versorgungslücken; die multizentrische Studie „PornLoS“ prüft aktuell eine kognitiv-behaviorale Intervention und vergleicht dabei Abstinenz- versus Reduktionsziele. Parallel steigt die Nutzung KI-basierter Chatbots für mentale Unterstützung, die kurzfristig Einsamkeit und Angst reduzieren können, jedoch auch Risiken problematischer Nutzung, emotionaler Abhängigkeit und sozialer Isolation bergen. Klinische Kasuistiken zeigen, dass intensive KI-Interaktion reale soziale Kontakte verdrängen kann. Insgesamt verdeutlichen die Befunde die Notwendigkeit evidenzbasierter Interventionen, klarer Leitlinien und weiterer Forschung zu kognitiven, emotionalen und sozialen Folgen exzessiver digitaler Mediennutzung.

Abstract

In recent times, the problem of excessive use of social media and online pornography has markedly increased, representing a socially and clinically relevant issue for both adolescents and adults. Empirical evidence indicates that excessive media use can

impair executive functions such as impulse control, working memory, and decision-making, often manifesting as everyday memory problems. Sleep disturbances and emotional stress associated with usage further exacerbate these effects. An emerging concern is pornography use disorder (PUD), characterized by addictive-like symptoms including loss of control, cognitive preoccupation, and continued use despite negative consequences. Early childhood trauma can increase the risk of problematic media use, with the type of trauma influencing the specific form of the disorder. Therapeutically, gaps in care remain; the multicenter study “PornLoS” is currently evaluating a cognitive-behavioral intervention, comparing abstinence versus reduction goals. Simultaneously, the use of AI-based chatbots for mental health support is increasing. While these tools can provide short-term reductions in loneliness and anxiety, they also carry risks of problematic use, emotional dependency, and social isolation. Clinical case studies demonstrate that intensive interaction with AI chatbots can displace real-life social contacts. Overall, these findings highlight the need for evidence-based interventions, clear guidelines, and further research on the cognitive, emotional, and social consequences of excessive digital media use.

Einleitung – Problematik der Internetnutzungsstörungen hat zugenommen

Der problematische Gebrauch digitaler Medien, insbesondere von Computerspielen, sozialen Netzwerken und internetbasierter Pornografie, hat sich sowohl für das Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter – gerade in den letzten Monaten – zu einem bedeutenden gesellschaftlichen und klinischen Thema entwickelt. Zugleich hat die öffentliche Wahrnehmung für die Risiken übermäßiger Online-Aktivitäten stark zugenommen. Im Dezember 2025 trat in Australien ein weltweit einmaliges Gesetz in Kraft, das Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren den Zugang zu sozialen Medien gesetzlich untersagt. Diese Regelung basiert auf einer Änderung des Online Safety Amendment (Social Media Minimum Age) Act 2024, einer Novelle des bestehenden Online-Safety-Gesetzes, die 2024 vom Parlament verabschiedet wurde und seit dem 10. Dezember 2025 aktiv ist (eSafety Commissioner, 2025a; 2025b). Nach den neuen Bestimmungen sind große Plattformen wie Instagram, TikTok, Facebook, Snapchat, Twitch, X, YouTube, Reddit und weitere verpflichtet, „angemessene Schritte“ zur Altersverifikation umzusetzen, um sicherzustellen, dass Nutzende im Alter von unter 16 Jahren keine Konten besitzen oder neu anlegen können. Erfolgt dies nicht, drohen den Anbietenden erhebliche Geldstrafen von bis zu etwa 49,5 Mio. AUD (rund 30 Mio. €). Ziel der Maßnahme ist es, Kinder und Jugendliche besser vor Risiken zu schützen, die mit exzessiver Nutzung

digitaler Inhalte in Verbindung gebracht werden, darunter psychische Belastungen, negative Körperbild-Prägungen, Cybermobbing, manipulative Algorithmen oder süchtig machendes Design sozialer Netzwerke. Die australische Regierung argumentierte, dass der Schutz der psychischen Gesundheit und die Förderung eines „unbeschwertem“ Aufwachsens Vorrang haben sollten. Auch in Deutschland wird dieser Ansatz aktuell intensiv diskutiert, etwa im Kontext von Jugendschutz und digitalen Risikofaktoren. Debatten im Bundestag setzen sich mit ähnlichen Fragen auseinander, insbesondere mit Blick auf digitale Medienkompetenz, Altersverifikationspflichten und Präventionsmaßnahmen. Die australische Entwicklung dient hier vielfach als Referenzpunkt für politische Überlegungen zur Regulierung und Stärkung des Schutzes junger Menschen im digitalen Raum.

Folgen von exzessivem Medienkonsum auf kognitive Funktionen

Neuere internationale empirische Forschung zeigt, dass problematischer Medienkonsum – insbesondere Social-Media-Abhängigkeit und Internetnutzungsstörungen – mit deutlichen Beeinträchtigungen zentraler kognitiver Prozesse verbunden ist. Für die klinische Praxis ist besonders relevant, dass die exzessive Nutzung digitaler Medien die exekutive Kontrolle beeinträchtigen kann, zu der Impulskontrolle, Arbeitsgedächtnis, Inhibition und Entscheidungsprozesse gehören. So zeigte ein experimenteller Ansatz von Reed und Kollegen (2022), dass Personen mit höherer Tendenz zu Social-Media-Abhängigkeit signifikant schlechtere Leistungen in Aufgaben zur inhibitorischen Kontrolle und impulsivem Verhalten zeigten, wobei diese Defizite nach einer kurzen Social-Media-Exposition noch verstärkt wurden (Reed et al., 2022). Für Behandlerinnen und Behandler bedeutet dies, dass Patientinnen und Patienten mit süchtigem Mediengebrauch vermehrt impulsives Verhalten, Schwierigkeiten bei der Selbstkontrolle und Schwierigkeiten, Handlungen zu planen oder Aufgaben zu strukturieren, zeigen können. Eine systematische Übersichtsarbeit bestätigte, dass sowohl Internet- als auch exzessiver Smartphonegebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen in der exekutiven Kontrolle und veränderten fronto-parietalen Hirnnetzwerken verbunden sind (Méndez et al., 2024). Besonders betroffen war dabei der dorsolaterale präfrontale Kortex (DLPFC), eine Schlüsselregion für Arbeitsgedächtnis und Entscheidungsprozesse. Für den Praxisalltag heißt das: Betroffene, die exzessiv digitale Medien nutzen, können Probleme haben, komplexe Aufgaben über längere Zeit zu verfolgen, Prioritäten zu setzen oder impulsive Entscheidungen

gen zu unterdrücken. Zudem wirkt sich problematischer Mediengebrauch auf die Gedächtnisleistungen im Alltag aus. Höhere Internet-Sucht-Scores wurden mit erhöhten Alltagserinnerungsproblemen assoziiert, etwa beim Merken von Terminen, Namen oder Gesichtern (Rodrigues et al., 2025). Praktisch kann dies bedeuten, dass Betroffene Aufgaben vergessen, Termine nicht einhalten oder Schwierigkeiten haben, Therapieanweisungen umzusetzen – was bei der Strukturierung von Interventionen, Hausaufgaben oder Compliance-Monitoring berücksichtigt werden sollte. Emotionale Faktoren und Schlafprobleme verstärken diese Effekte (Zhang et al., 2023; Golding et al., 2025), weshalb ein ganzheitlicher Blick auf Medienverhalten, Schlaf, Stimmung und kognitive Leistungsfähigkeit ratsam ist. Insgesamt unterstreichen die Befunde, dass süchtiger Medienkonsum nicht nur subjektiv wahrgenommene Konzentrations- und Gedächtnisprobleme verursacht, sondern auch messbare Defizite in exekutiven Prozessen und Arbeitsgedächtnisleistungen nachweisbar sind. Für Behandelnde bedeutet dies, dass eine gezielte Exploration von Medien-nutzungsverhalten, die Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen in der Therapieplanung und ggf. die Integration von Mediennutzungsinterventionen oder Trainings exekutiver Funktionen sinnvoll sein können (Méndez et al., 2024; Reed et al., 2022).

Zunehmende Zahlen von Behandlungssuchenden mit exzessivem Pornografiekonsum – Wissenswertes zur Pornografienutzungsstörung

Die Pornografie-Nutzungsstörung (PNS, auch Onlinesexsucht) wird überwiegend als spezifische Form der Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten verstanden, die in der ICD-11 definiert ist und für Betroffene mit erheblichen Beeinträchtigungen einhergehen kann. Charakteristisch sind Kontrollverlust, die Priorisierung des Sexualverhaltens trotz negativer Konsequenzen sowie die Fortsetzung des Verhaltens trotz fehlender Befriedigung, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Die Klassifikation der Onlinesexsucht, bzw. der Pornografienutzungsstörung als Impulskontrollstörung wird jedoch wissenschaftlich diskutiert, wobei ebenso Argumente für eine Einordnung als Verhaltenssucht vorgebracht werden. So ist die Einordnung problematischer Pornografienutzung bisher in diagnostische Klassifikationen weiterhin nicht eindeutig definiert. In der ICD-11 wird die Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) als Impulskontrollstörung kodiert (6C72), was nahelegt, dass dysfunktionales Sexualverhalten primär durch eine Unfähigkeit zur Impulskontrolle charakterisiert ist. Typische Merkmale umfassen wiederholtes Versagen,

das Verhalten zu kontrollieren, anhaltende Beschäftigung mit sexuellen Fantasien oder Aktivitäten trotz negativer Konsequenzen sowie die Nutzung des Verhaltens zur Emotionsregulation (Antons, Brand, 2021; Briken, 2024). In der Forschung wird jedoch argumentiert, dass problematische Pornografienutzung zahlreiche Merkmale nicht-substanzgebundener Verhaltenssüchte aufweist, wie sie in der ICD-11 unter „Other specified disorders due to addictive behaviors“ (6C5Y) subsumiert werden. Dazu zählen insbesondere ausgeprägte Salienz, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust sowie die fortgesetzte Nutzung trotz negativer Konsequenzen (Bóthe et al., 2022). Qualitative und quantitative Studien zeigen, dass Kontrollverlust und kognitive Präoccupation bei problematischer Pornografienutzung besonders zentral sind, während klassische Entzugssymptome vergleichsweise schwach ausgeprägt sind. Gleichzeitig korrelieren diese Muster häufig mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und psychosozialen Belastungen, was sowohl die Impulskontroll- als auch die süchtige Perspektive unterstützt (Wizła, Lewczuk, 2024). Eine qualitative Studie von Blinka und Kollegen (2022) zeigte, dass bei behandlingssuchenden Männern mit problematischer Online-Sexnutzung vor allem ein ausgeprägter Kontrollverlust und eine starke kognitive Präoccupation kennzeichnend sind. Die Betroffenen beschrieben wiederholtes Scheitern von Reduktionsversuchen, ein Gefühl des Ausgeliefertseins sowie intrusive sexuelle Gedanken. Das Verhalten diene häufig der Emotionsregulation, etwa zur Bewältigung von Stress, Einsamkeit oder negativen Affekten. Toleranzphänomene wurden in Form längerer Nutzungssitzungen oder der Suche nach intensiveren beziehungsweise extremeren Inhalten berichtet, zeigten sich jedoch insgesamt heterogen. Entzugsähnliche Symptome wie Reizbarkeit oder innere Unruhe traten auf, waren jedoch vergleichsweise mild ausgeprägt. Negative Konsequenzen entwickelten sich meist schleichend über Jahre und umfassten soziale Isolation, Partnerschaftsprobleme, Leistungsabfall sowie ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle. Die Studie von Blinka und Kollegen (2022) basiert auf semi-strukturierten Interviews mit 23 Männern, die sich aufgrund ihrer Online-Sexnutzung in Behandlung befanden. Die Auswertung erfolgte im Rahmen einer thematischen Analyse unter Bezugnahme auf zentrale Kriterien des Verhaltenssuchtmodells. Insgesamt sprechen die Befunde dafür, dass problematische Online-Sexnutzung in dieser klinischen Stichprobe wesentliche Merkmale einer Verhaltenssucht aufweist, insbesondere hinsichtlich Salienz und Kontrollverlust, während Entzugs- und Toleranzaspekte weniger konsistent ausgeprägt erscheinen. International publizierte Prävalenzdaten weisen darauf hin, dass 3 %–11 % der Männer (bspw. Grubbs et al., 2019) und 0 %–3 % der Frauen (bspw. Baranowski et al., 2019) von einer behandlungsbedürftigen PNS betroffen sein könnten, häufig begleitet von affektiven Störungen.

gen, Angststörungen oder substanzgebundenen Abhängigkeiten (für einen Überblick vgl. Markert et al., 2023).

Die AWMF-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Internetnutzungsstörungen (Registernummer 076-011) betont, dass Internetnutzungsstörungen und ihre Subtypen – darunter auch Pornografie-Nutzungsstörung bzw. problematische Online-Sexnutzung – valide und zuverlässig erfasst werden müssen, um eine zutreffende klinische Diagnose zu stellen und geeignete therapeutische Maßnahmen einleiten zu können. Dafür sind standardisierte, psychometrisch geprüfte Instrumente wie Fragebögen besonders wertvoll. Hier werden standardisierte Fragebögen wie die CSBD-19 (Böthe et al., 2020) und die PPCS-6 (Böthe et al., 2021) besonders hervorgehoben. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Verfahren einen ersten Hinweis auf das Vorliegen einer PNS liefern können, wobei eine umfassende klinische Anamnese und ein strukturiertes Interview für die Diagnosestellung erforderlich sind.

Die Genese der problematischen Onlinesexnutzung kann durch spezifische frühe (Kindheits-)Traumata beeinflusst werden. Eine Studie von Wölfling und Kollegen (2025) untersuchte kürzlich den Zusammenhang zwischen erlebtem sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der späteren Schwere der Onlinesexsucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass biografische Faktoren mit sexualbezogenem Trauma eine bedeutsame Rolle spielen. Der Missbrauch könnte frühzeitig dysfunktionale Muster von Emotionsregulation und Beziehungsinteraktion prägen, die spätere Verhaltensweisen der Pornografie-nutzung begünstigen und zur Entwicklung einer suchartigen Problematik beitragen (Wölfling et al., 2025). In der Studie wurden über 200 männliche Patienten mit Onlinesexsucht oder Computerspielsucht miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass traumatische Kindheitserfahrungen spezifisch mit der Symptomschwere der jeweiligen Störung korrelieren: Während sexueller Missbrauch die Schwere der Onlinesexsucht prädiktiv beeinflusste, war emotionale Vernachlässigung stärker mit der Symptomatik der Computerspielsucht assoziiert. Diese Befunde unterstreichen, dass die Ätiologie von Verhaltenssuchten traumaspezifisch codiert sein kann. Für die Onlinesexsucht bedeutet dies, dass frühkindliche sexualisierte Traumata das Risiko erhöhen, dysfunktionale Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die sich in exzessiver Pornografienutzung manifestieren.

Versorgungsforschung: „PornLos“ – eine multizentrische Therapiestudie

Therapeutisch fehlen bislang robuste randomisiert-kontrollierte Studien. Bisher eingesetzte Interventionen konzentrieren sich meist auf kognitiv-be-

haviorale Ansätze, Psychoedukation und Selbstregulationstechniken, deren Wirksamkeit aufgrund fehlender Vergleichsgruppen nur begrenzt gesichert ist. Auch die Definition eines geeigneten Therapieziels (vollständige Abstinenz versus reduzierte Nutzung) ist empirisch bisher noch nicht überprüft. Die G-BA-geförderte multizentrische Studie „PornLoS“ unter der Federführung von Prof. Rudolf Stark (Universität Gießen) zielt darauf ab, diese Versorgungslücke in Deutschland zu schließen, indem sie zwei Intensivtherapien (Abstinenz vs. reduzierte Nutzung) mit der Standardversorgung („treatment as usual“) und einer Wartekontrollgruppe vergleicht. Das strukturierte Programm kombiniert Einzel- und Gruppentherapie, unterstützt durch Selbsthilfeangebote, App-basierte Interventionen und Koordination über Studienzentren. Primäres Outcome ist die Abnahme der PNS-Symptomatik, erfasst mittels eines eigens für die Studie entwickelten klinischen Interviews (vgl. Markert et al., 2025). Ziel ist es, evidenzbasierte Behandlungskonzepte zu entwickeln und die Versorgungssituation für Betroffene in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Ein mögliches Zukunftsszenario: Internetsucht im Zeitalter von KI-Therapie

Die Nutzung digitaler Technologien zur Unterstützung psychischer Gesundheit hat in den letzten Jahren stark zugenommen, und viele junge Menschen – insbesondere in den USA – suchen zunehmend KI-gestützte Chatbots für mentale Unterstützung auf. So zeigte eine aktuelle Erhebung, dass etwa 13 % der US-Jugendlichen im Alter von 12 bis 21 Jahren KI-Chatbots bereits zur mentalen Unterstützung nutzen, wobei diese Nutzung vor allem bei 18- bis 21-Jährigen (22 %) weit verbreitet ist und häufig als hilfreich empfunden wird (McBain et al., 2025). Andere Forschende konnten zeigen, dass KI-Chatbots als Quelle virtueller sozialer Unterstützung wahrgenommen werden und mit einer kurzfristigen Reduktion von Einsamkeit und Angstsymptomen assoziiert sind, wobei zugleich Grenzen hinsichtlich Nachhaltigkeit und klinischer Einordnung der Effekte bestehen (Merrill Jr et al., 2025). Hier wird zudem darauf hingewiesen, dass die Studienlage zu Wirkungen und Risiken in diesem Bereich noch unzureichend ist

Diese Entwicklung führte zu wissenschaftlicher Debatte darüber, ob und in welchen Fällen solche KI-Tools problematisch werden können. Klassische Modelle der Internetsucht beschreiben zwanghafte, unkontrollierbare Nutzung digitaler Angebote mit sozialer und psychosozialer Beeinträchtigung – Kriterien, die zunehmend auch bei intensiver, dysfunktionaler Nutzung von KI-Therapie-Chatbots diskutiert werden. So zeigen experimentelle Daten, dass

höhere tägliche Nutzung von KI-Chatbots mit erhöhter Einsamkeit, emotionaler Abhängigkeit und einem Rückgang realer sozialer Interaktionen korreliert, insbesondere bei intensiver, persönlicher Interaktion mit der KI; dieser Zusammenhang legt nahe, dass problematisches Nutzungsverhalten nicht nur Symptome vorbestehender Einsamkeit widerspiegelt, sondern diese verstärken kann (Fang et al., 2025). Psychologische Mechanismen hinter dieser Entwicklung umfassen die hohe Verfügbarkeit von KI-Tools, die affirmierende, nicht wertende Antworten generieren und als sozial befriedigend erlebt werden können, insbesondere von Personen mit sozialer Ängstlichkeit oder Einsamkeit. Die Forschung zum problematischen Einsatz von Gesprächs-KI zeigt, dass soziale Angst, Einsamkeit und exzessive Grübeleien miteinander interagieren und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Nutzende sich übermäßig auf KI-Interaktionen verlassen, was zu einer Art emotionaler Abhängigkeit beitragen kann. Gleichzeitig weisen Experten darauf hin, dass generative KI-Modelle keine echte klinische Empathie oder therapeutische Beziehung bieten; sie sind nicht an ethische Standards der Psychotherapie gebunden, können Krisensituationen nicht zuverlässig erkennen und mangelnde Regulierung birgt zusätzliche Risiken, wenn Nutzende sie als Ersatz für professionelle Hilfe nutzen (Brown University, 2025). Erste empirische Studien zeigen ein ambivalentes Bild: Einige KIs, die auf evidenzbasierten Ansätzen wie kognitiver Verhaltenstherapie basieren, können kurzfristig Symptome von Depression oder Einsamkeit reduzieren, doch die Wirksamkeit variiert stark, und es fehlen Langzeitdaten und robuste Regulierungsmodelle (Wang et al., 2025).

Eine exemplarische klinische Kasuistik aus der Hamburger Onlinesuchtberatung (www.onlinesucht-hamburg.de) veranschaulicht plastisch diese Dynamiken: Der Betroffene Herr G., ein 21-jähriger, männlicher Student der Psychologie, entwickelte durch intensive nächtliche Interaktion mit einem KI-Therapie-Chatbot ein Muster, in dem seine realen sozialen Kontakte zunehmend vernachlässigt wurden. Er verspürte eine unbändige Faszination sich über seine eigenen Träume, Wünsche, aber auch Probleme und Konflikte aus dem Alltag mit dem KI-Chatbot auszutauschen. Seine Nutzung stieg auf mehrere Stunden täglich, während er sich mehr und mehr emotional an die KI gebunden fühlte als an seine reale Freundin und seine familiären Kontakte. Die klinische Einschätzung ergab ein problematisches (suchtartiges) Nutzungsverhalten mit starkem sozialem Rückzug und überwertigen Gedanken, das durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Psychoedukation und gezielte Förderung realer sozialer Interaktion über einen intensiven Beratungszeitraum von acht Wochen zumindest reduziert werden konnte.

Insgesamt zeigt sich, dass KI-basierte Chatbots zwar kurzfristig Unterstützung oder niedrigschwellige Hilfe bieten können, aber nicht ohne Risiken

sind: Sie können Problemverhalten stabilisieren, reale soziale Interaktion verdrängen und ethische sowie klinische Standards verletzen. Daher betonen Experten, dass KI-Tools nicht als Ersatz für professionelle Therapie dienen sollten und eine stärkere empirische Forschung sowie klarere ethische und regulatorische Leitlinien dringend benötigt werden.

Literatur

- Antons, S.; Brand, M. (2021): Diagnostic and classification considerations related to Compulsive Sexual Behavior Disorder and problematic pornography use. *Current Addiction Reports*, 8, 452–457. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00383-7>.
- Baranowski, A. M.; Vogl, R.; Stark, R. (2019): Prevalence and determinants of problematic online pornography use in a sample of German women. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1274–1282.
- 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>.
- Briken, P. (2024): Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: A sexual medicine perspective. *Sexual Medicine Reviews*, 12(3), 355–370. <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeae014>.
- Bóthe, B.; Koós, M.; Demetrovics, Z. (2022): Contradicting classification, nomenclature, and diagnostic criteria of Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) and future directions. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 204–209. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00030>.
- Bóthe, B. et al. (2021): The short version of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6): A reliable and valid measure in general and treatment-seeking populations. *The Journal of Sex Research*, 58(3), 342–352. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1716205>.
- Bóthe, B. et al. (2020): The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19). An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247–258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>.
- Brown University (2025): New study: AI chatbots systematically violate mental health ethics standards. Providence (USA). <https://www.brown.edu/news/2025-10-21/ai-mental-health-ethics>, Zugriff: 12.02.2026.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (Hrsg.) (2025): S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Internetnutzungsstörungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-011>, Zugriff: 08.02.2026.

- eSafety Commissioner (2025a): Social media age restrictions and your family. Canberra: Australian Government. <https://www.esafety.gov.au/parents/social-media-age-restrictions>, Zugriff: 02.03.2026.
- eSafety Commissioner (2025b): Social Media Minimum Age Regulatory Guidance. Canberra: Australian Government. <https://www.esafety.gov.au/sites/default/files/2025-09/eSafety-SMMA-Regulatory-Guidance.pdf>, Zugriff: 02.03.2026.
- Fang, M. et al. (2025): How AI and human behaviors shape psychosocial effects of chatbot use: a longitudinal randomized controlled study. <https://www.media.mit.edu/publications/how-ai-and-human-behaviors-shape-psychosocial-effects-of-chatbot-use-a-longitudinal-controlled-study/>, Zugriff: 02.03.2026.
- Golding, J. et al. (2025): The Relationship Between TikTok Usage and Executive Function Is Mediated by Problematic Social Media Use. *Behavioral Sciences*, 15(12), 1748. <https://doi.org/10.3390/bs15121748>.
- Grubbs, J.B.; Kraus, S.W.; Perry, S.L. (2019): Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88–93. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.134>.
- Markert, C.; Wehrum-Osinsky, S.; Stark, R. (2025): Die Pornografie-Nutzungsstörung und ihre Behandlung im Rahmen der multizentrischen Studie „PornLoS“. *Suchttherapie*, 26(1), 12–20. <https://doi.org/10.1055/a-2500-8261>
- Markert, C. et al. (2023): On the current psychotherapeutic situation for persons with pornography use disorder in Germany. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(2), 421–434. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00011>.
- McBain, R.K. et al. (2025): Use of generative AI for mental health advice among US adolescents and young adults. *JAMA Network Open*, 8(11). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.42281>.
- Méndez, M. L. et al. (2024): Effects of internet and smartphone addiction on cognitive control in adolescents and young adults. A systematic review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 159, 105572. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105572>.
- Merrill Jr, K.; Mikkilineni, S.D.; Dehnert, M. (2025): Artificial intelligence chatbots as a source of virtual social support. Implications for loneliness and anxiety management. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1549(1), 148–159. <https://doi.org/10.1111/nyas.15400>.
- Reed, P. et al. (2022): Impact of social media use on executive function. *Computers in Human Behavior*, 141, 107598. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107598>.
- Rodrigues, F.; Cassilas-Martin, S.; Pocinho, M. (2025): Digital entanglement: The influence of internet addiction and negative affect on memory functions. A structural approach. *Digital*, 5(3), 37. <https://doi.org/10.3390/digital5030037>.

- Wizła, M.; Lewczuk, K. (2024): The associations between attachment insecurity and Compulsive Sexual Behavior Disorder or problematic pornography use. The mediating role of emotion regulation difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 53, 3419–3436. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02904-7>.
- Wang, Y. et al. (2025): Effect of a cognitive behavioral therapy-based ai chatbot on depression and loneliness in Chinese university students. Randomized controlled trial with financial stress moderation. *JMIR mHealth and uHealth*, 13. DOI: 10.2196/63806.
- Wölfling, K. et al. (2025): Die Beziehung zwischen Symptomschwere und dem Einfluss traumatischer Kindheitserfahrungen bei Patienten mit Onlinesexsucht und Patienten mit Computerspielsucht. *Suchttherapie*, 26(1), 21–28.
- Zhang, K.; Li, P.; Zhao, Y. (2023): Effect of Social Media Addiction on Executive Functioning Among Young Adults. The Mediating Roles of Emotional Disturbance and Sleep Quality. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 193–205.

2.8 Essstörungen

Eva Wunderer, Anna Hofer, Sigrid Borse

Zusammenfassung

Anzeichen für ein gestörtes Essverhalten zeigen in der Welle 2 der KiGGS-Studie 19,8 % der deutschen Jugendlichen, wobei Mädchen deutlich häufiger betroffen sind. Die Zahlen werden von internationalen Studien gestützt, bei denen bis zu 22,4 % der Kinder und Jugendlichen Essstörungssymptome aufweisen, wobei essgestörtes Verhalten bei höherem Gewicht häufiger auftritt. Genaue Prävalenzen klinisch manifester Essstörungen lassen sich jedoch nur schwer bestimmen, da die berichteten Werte stark variieren. Es ist davon auszugehen, dass in westlichen Ländern bis zu 18 % der jungen Frauen und bis zu 2 % der jungen Männer bis zum frühen Erwachsenenalter an einer Essstörung erkrankt sind. Personen aus marginalisierten Gruppen scheinen stärker gefährdet zu sein, eine Essstörung zu entwickeln. Repräsentative Daten aus Deutschland zeigen in den letzten zwei Jahrzehnten einen Anstieg gestörten Essverhaltens bei Frauen, insbesondere bei unter 20-Jährigen und jenen im mittleren Lebensalter. Auch manifeste Essstörungen treten vor allem bei jungen Frauen, aber auch bei jungen Männern offenbar zunehmend auf. Essstörungen sind mit erheblichen Einbußen in der Lebensqualität, einer deutlich erhöhten Mortalitätsrate und hohen Kosten für das Gesundheitswesen verbunden.

Summary

In wave 2 of the KiGGS study, 19.8 % of German adolescents showed signs of disordered eating, with girls being affected considerably more often than boys. These findings are supported by international studies reporting that up to 22.4 % of children and adolescents show symptoms of eating disorders, with disordered eating behaviors occurring more frequently among individuals with higher body weight. However, precise prevalence estimates of clinical eating disorders are difficult to determine, as reported rates vary substantially. It is estimated that in Western countries, up to 18 % of young women and up to 2 % of young men are affected by an eating disorder

by early adulthood. Individuals from marginalized groups appear to be at increased risk of developing an eating disorder. Representative data from Germany indicate an increase in disordered eating behaviors among women over the past two decades, particularly among those under the age of 20 and women in midlife. Clinical eating disorders also appear to be increasingly prevalent, especially among young women, but also among young men. Eating disorders are associated with substantial impairments in quality of life, markedly elevated mortality rates, and considerable costs to the healthcare system.

1 Hintergrund: Veränderte Diagnosekriterien – veränderte Prävalenzen

In Deutschland ist nach wie vor die ICD-10, die 10. Version der International Classification of Diseases, das maßgebliche Klassifikationssystem. In vielen epidemiologischen Studien werden jedoch bereits die Kriterien der ICD-11 und des DSM-5, also der 5. Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen, angewendet. Da die Diagnostik der Essstörungen darin deutlich verändert wurde (vgl. z. B. de Zwaan, 2024), sind epidemiologische Zahlen zwischen verschiedenen Studien und über mehrere Jahrzehnte hinweg schwer vergleichbar. Beispielsweise wurden die Kriterien für die Anorexia nervosa (u. a. Gewichtsgrenze) und die Bulimia nervosa (u. a. Häufigkeit von Essanfällen und gegenregulierenden Maßnahmen) im DSM-5 und der ICD-11 modifiziert. Zudem wurde die Binge-Eating-Störung als eigenständige diagnostische Kategorie aufgenommen, was die Häufigkeit der sogenannten atypischen oder nicht näher bezeichneten Essstörungen beeinflusst, denen sie davor zugerechnet wurde (de Zwaan, 2024).

ARFID: eine neue Diagnose mit hohen Prävalenzraten

Neu im DSM-5 sowie der ICD-11 ist zudem die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ (Avoidant/restrictive food intake disorder ARFID). Betroffene nehmen insgesamt zu wenig oder qualitativ unzureichende Nahrung zu sich, was zu signifikantem Gewichtsverlust bzw. einer nicht angemessenen altersgerechten Gewichtszunahme bei Kindern, klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten und Nährstoffmangel, einer Abhängigkeit von oralen Nahrungsergänzungsmitteln oder Sondenernährung oder zu anderen relevanten Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit führen kann (vgl. z. B. Duffy et al., 2024). Die Diagnose kann in jedem Lebensalter ge-

stellt werden. Andere Erkrankungen oder Nahrungsmangel müssen als Ursache ausgeschlossen werden. Zudem fehlen für die Anorexia nervosa typische Merkmale, wie Angst vor Gewichtszunahme, übermäßige Beschäftigung mit Körpergewicht und -form sowie Körperbildstörungen (Duffy et al., 2024).

Eine Übersichtsstudie ermittelt selbst bei einer konservativen Schätzung eine Prävalenz für ARFID von 4,5 % (Nicholls-Clow et al., 2024). Für das Kindes- und Jugendalter gibt ein systematischer Review Prävalenzraten zwischen 5 % und 22,5 % an, wobei zumeist klinische Populationen aus Einrichtungen und Zentren mit einer Spezialisierung auf Essstörungen einbezogen wurden (Sanchez-Cerezo et al., 2023).

Keine Essstörungen: Muskeldysmorphie und Orthorexia nervosa

Vor allem bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen ist die Muskeldysmorphie verbreitet – in einer Studie von Ganson et al. (2025) in Kanada und den USA wurden 2,8 % als „wahrscheinlich von Muskeldysmorphie betroffen“ eingestuft. Die Erkrankung ist oft mit gestörtem Essverhalten verknüpft, wird jedoch den Körperdysmorphen Störungen und nicht den Essstörungen zugeordnet (Strobel et al., 2020).

Keine diagnostische Einordnung hat bislang die Orthorexia nervosa erfahren, die sich durch ein starkes Streben nach als „richtig“ bzw. „gesund“ wahrgenommener Ernährung auszeichnet. In einer Metaanalyse von López-Gil et al. (2023a) zeigte nahezu ein Drittel (27,5 %) der untersuchten Personen Symptome einer Orthorexia nervosa (gemessen mit dem Fragebogen ORTO-15). Carpita et al. (2024) berichten in der Allgemeinbevölkerung Prävalenzen zwischen 6,9 % und 57,6 %; wobei die Spannweite vor allem auf Unterschiede in den eingesetzten Messinstrumenten und den jeweils verwendeten Cut-off-Werten, also den Grenzwerten für Auffälligkeiten, zurückzuführen ist. Weitere Forschung ist nötig, um valide Diagnoseinstrumente zu entwickeln (Carpita et al., 2024); nicht jedes orthorektische Essverhalten muss zudem als belastend oder gar krankhaft eingestuft werden.

Intersektionalität: mangelnde Diversität in epidemiologischen Studien

Viele epidemiologische Studien zu Essstörungen weisen nach wie vor eine geringe Diversität auf und umfassen häufig überwiegend weiße Studienteilnehmende (Egbert et al., 2022). Gleichzeitig zeigen neuere Arbeiten, dass

insbesondere Personen, die mehrfach marginalisiert und stigmatisiert sind, beispielsweise aufgrund von Herkunft, Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung, ein erhöhtes Risiko für Essstörungen haben (Burke et al., 2022; Forrest et al., 2025). So sind beispielsweise junge Menschen, die sich nicht als heterosexuell identifizieren, häufiger von Essstörungen betroffen als heterosexuelle Gleichaltrige, wie Übersichtsarbeiten von Cao et al. (2022) und Nagata et al. (2024) zeigen. Ähnliches gilt für Personen, die sich als transgender oder divers identifizieren (Keski-Rahkonen, 2023; McGregor et al., 2023; Nagata et al., 2024).

2 Epidemiologie gestörten Essverhaltens bei Kindern und Jugendlichen: Symptome bei knapp 20 % der Jugendlichen

Um die Häufigkeit gestörten Essverhaltens bei jungen Menschen zu bestimmen, sind für Deutschland insbesondere die Ergebnisse der zweiten Erhebungswelle der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS“ und die Ergebnisse der COPSYS-Studie relevant, die bereits im DHS Jahrbuch Sucht 2024 berichtet wurden (Wunderer et al., 2024).

Die KiGGS-Studie basiert auf Daten von 6.599 Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren, die von 2014 bis 2017 vom Robert Koch-Institut befragt wurden (Cohrdes et al., 2019). Für Essstörungssymptome wurde dabei 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 zeigten in der zweiten Erhebungswelle 19,8 % der befragten Kinder und Jugendlichen Symptome einer Essstörung (Mädchen 27,9 %; Jungen 12,1 %).

In der COPSYS-Studie ergaben sich im Vergleich zur KiGGS-Studie etwas niedrigere Prävalenzraten für Essstörungssymptome für weibliche Personen (17,2 %), jedoch höhere für männliche (15,1 %), für die Gesamtstichprobe lag der Anteil bei 16,2 %. In dieser Studie wurden 1.001 deutsche Jugendliche (11–17 Jahre) im Herbst 2021 ebenfalls mit dem SCOFF befragt (Napp et al., 2023).

Ähnliche Prävalenzraten finden sich in anderen Ländern, wie eine Metaanalyse von López-Gil et al. (2023b) zeigt, die Studien aus 16 Ländern mit mehr als 63.000 Probandinnen und Probanden einbezieht. 22,4 % der befragten Kinder und Jugendlichen (6–18 Jahre) wiesen demnach Essstörungssymptome auf; wie bei der KiGGS- und COPSYS-Studie wurde der SCOFF als Screeninginstru-

ment verwendet. Mädchen waren wiederum signifikant häufiger betroffen als Jungen, ebenso stieg der Anteil an Personen mit Essstörungssymptomen mit zunehmendem Alter und Body-Mass-Index (BMI) an. Auch in anderen Untersuchungen mit dem SCOFF trat essgestörtes Verhalten bei höherem BMI bzw. Gewicht im Hochgewichtsbereich häufiger auf (Geerinck et al., 2025; Kaman et al., 2022).

Zeitliche Trends: gestörtes Essverhalten bei weiblichen Personen nimmt zu

Eine Studie von Berger, Wick und Strauß (2025) verglich Daten aus bundesweiten repräsentativen Befragungen in Deutschland von Jugendlichen und Erwachsenen aus den Jahren 2013 und 2024; auffälliges Essverhalten wurde dabei mit dem Eating Attitudes Test (EAT-8) erfasst. Während bei männlichen Personen im Zeitvergleich etwas seltener auffälliges Essverhalten zu beobachten war (26,2 % in 2013 vs. 25,1 % in 2024), stieg der Anteil der weiblichen Personen mit auffälligem Essverhalten von 32,1 % in 2013 auf 35,2 in 2024 % an. Vor allem Frauen unter 20 Jahren (+9,8 %) sowie zwischen 50 und 59 Jahren (+7,0 %) berichteten in der Erhebung 2024 häufiger auffälliges Essverhalten als 2013. Bei Frauen zwischen 20 und 29 Jahren waren die Werte hingegen rückläufig (-4,1 %).

Auch eine repräsentative Querschnitterhebung bei Frauen ab 16 Jahren in Dänemark zeigte 2023 mit 20,6 % eine deutlich höhere Prävalenz von Essstörungssymptomen als im Jahr 2000 (10,0 %), insbesondere in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (11,6 % vs. 27,3 %; Rosendahl Jensen et al., 2025).

Aber: Essstörungssymptome sind nicht gleich Essstörungen

Wie viele der Personen, die in Screeninginstrumenten wie dem SCOFF auffälliges Essverhalten zeigen, eine im klinischen Sinn manifeste Essstörung haben, ist schwer abzuschätzen. Einen Hinweis könnte eine norwegische Studie geben, die mit einem zweistufigen Verfahren arbeitete (Lindvall Dahlgren et al., 2023). In einem ersten Screening erreichten oder übertrafen 19,9 % der befragten 16- bis 19-jährigen Schülerinnen und Schüler den festgelegten EDE-QS-Grenzwert (Cut-Off-Wert des Eating Disorder Examination-Questionnaire short version). Im zweiten Schritt wurden klinische Interviews mit dem Eating Disorder Assessment für DSM-5 (EDA-5) durchgeführt. 9,4 % der Stichprobe erhielten demnach eine Diagnose einer Essstörung. Wiederum waren mit 16,4 %

deutlich mehr Mädchen betroffen – davon 2,7 % Anorexia nervosa, 1,1 % Bulimia nervosa, 1,9 % Binge-Eating-Störung und 10,7 % andere näher bezeichnete Fütter- und Essstörungen (OSFED; dazu zählen atypische Essstörungsformen, aber auch die Purgings-Störung, bei der es zu Kompensationsverhalten ohne Essanfalle kommt, und das Night-Eating-Syndrom mit übermäßigem abendlichen bzw. nächtlichen Essen).

Einschränkend ist hierbei jedoch anzumerken, dass sehr wenige männliche Schüler an den vertiefenden Interviews teilnahmen und insgesamt nur rund ein Drittel der Personen mit positivem Screening interviewt werden konnte; von dieser Teilstichprobe ausgehend wurde die Essstörungsprävalenz für die gesamte Stichprobe geschätzt. Eine Analyse zeigte in vielen Variablen keine Unterschiede zwischen Personen, die am Interview teilnahmen, und solchen, die eine Teilnahme ablehnten. Allerdings hatten diejenigen, die einwilligten, einen niedrigeren BMI; dies könnte zu einer Überschätzung der Häufigkeit von Anorexia nervosa im Vergleich zu anderen Essstörungen geführt haben, wie die Autorinnen selbst anmerken (Lindvall Dahlgren et al., 2023).

3 Epidemiologie der Essstörungen: bis zu 18 % der Frauen und 2 % der Männer betroffen

Was die Prävalenz von Essstörungen angeht, bietet nach wie vor der bereits in Wunderer et al. (2024) berichtete zusammenfassende Überblick von Silén und Keski-Rahkonen (2022) Orientierung, der sich auf die DSM-5-Kriterien bezieht. 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 auch auf Unterschiede im methodischen Vorgehen und in den der Untersuchung zugrunde liegenden Populationen 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) geben die Autorinnen mit 0,6 %–11,5 % (Frauen) bzw. 0,2 %–0,3 % (Männer) an, die nicht näher bezeichneter Fütter- oder Essstörungen (UFED) mit 0,2 %–4,7 % (Frauen) bzw. 0 %–1,6 % (Männer). Auch in nicht-westlichen Ländern zeigen sich hohe Prävalenzraten. Die Autorinnen weisen

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 (Silén, Keski-Rahkonen, 2022).

Eine weitere Übersichtsarbeit von van Eeden, van Hoeken und Hoek aus dem Jahr 2021 ermittelt eine Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa weltweit von bis zu 4 % (Frauen) bzw. 0,3 % (Männer), für Bulimia nervosa bis zu 3 % (Frauen) und 1 % (Männer), wobei nicht alle einbezogenen Studien die DSM-5-Kriterien nutzen. Ein aktueller Rapid Review von Hay et al. (2023) auf Basis von 135 Studien berichtet eine weltweite Lebenszeitprävalenz für alle Arten von Essstörungen von 0,7 %–2,2 % für Männer und 2,6 %–8,4 % für Frauen. Zu berücksichtigen ist, dass ein Großteil der Studien rein weibliche Stichproben umfasst und überwiegend aus westlichen Ländern stammt (Hay et al., 2023).

Verteilung nach Alter und Geschlecht: vor allem Mädchen und junge Frauen sind betroffen – aber nicht nur!

Dass Essstörungen, wie oben berichtet, deutlich häufiger bei Mädchen und Frauen auftreten, kann eine Unterschätzung und Unterversorgung von männlichen Betroffenen begünstigen: „Die Stigmatisierung von Männern mit Essstörungen hindert sowohl die betroffenen Männer als auch professionell Helfende daran, Symptome zu erkennen und Unterstützung zu suchen beziehungsweise eine solche zu veranlassen“ (Halbeisen et al., 2024, S. 86). Auch in der Forschung sind Studien zu Männern mit Essstörung unterrepräsentiert (Hoek, 2025; Lee, Chi, 2025).

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).

Doch auch Kinder sind betroffen: 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 mit einer Lebenszeitprävalenz von 0,8 % stark dominiert. Eine weitere Studie mit 10- bis 11-jährigen Kindern in den USA kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: Es werden vor allem Binge-Eating-Störungen (1,1 %) bzw. subklinische Essstörungen berichtet (Murray et al., 2022). Einer Metaanalyse von Salari et al. (2025) zufolge ist bei Kindern (3–14 Jahre) weltweit von einer Prävalenz von Essstörungen von insgesamt 1 % auszugehen.

Eine weitere kritische Phase im Leben von Frauen ist der Übergang in die Menopause. Essstörungen können sich in dieser Phase verstärken bzw. neu auftreten, oft komorbid mit psychischen, körperlichen und sexuellen Beschwerden. Auch für Männer könnte dieser Zusammenhang zwischen Essstörungssymptomen und einer Phase mit hormoneller Dysregulation bestehen (Mangweth-Matzek, Kummer, Hoek, 2023).

Vorsicht: Restriktive Essstörungen werden bei Personen im Hochgewichtsbereich unterschätzt

In einem Review von Keski-Rahkonen aus dem Jahr 2021 wird die weltweite Lebenszeitprävalenz der Binge-Eating-Störung mit bis zu 6,1 % bei Jugendlichen, bis zu 1,8 % für erwachsene Frauen sowie bis zu 0,7 % für erwachsene Männer angegeben. In klinischen Stichproben, die Therapieangebote zur Gewichtsreduktion – inklusive chirurgischer Maßnahmen – aufsuchen, ist die Prävalenz deutlich höher (Giel, Zipfel, Schag, 2025). Dies zeigt sich beispielsweise in der Metaanalyse von Melville et al. (2025), die sich gezielt auf Personen konzentrierte, die wegen ihres Hochgewichts Behandlung suchten und deren Gewicht entsprechend im Bereich des sogenannten Übergewichts (BMI 25 bis < 30 kg/m²) bzw. der Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) lag. Die Autorinnen und Autoren bezogen 85 Studien mit mehr als 94.000 erwachsenen Probandinnen und Probanden ein. Die Studien stammten vorwiegend aus den USA und Italien, 75,9 % der Teilnehmenden waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren, der durchschnittliche BMI bei 46 kg/m². Je nach diagnostischem Vorgehen fanden sich für die Binge-Eating-Störung Prävalenzen von 26 % (Selbstbericht im Fragebogen) bzw. 14 % (klinisches Interview). Andere Essstörungen wurden deutlich seltener untersucht, die Prävalenz von Bulimia nervosa lag im klinischen Interview bei 1 %, die des Night-Eating-Syndroms bei 5 %, die von anderen, nicht näher bezeichneten Essstörungen bei 11 %.

Den starken Fokus auf die Binge-Eating-Störung in der Forschung mit hochgewichtigen Personen kritisieren auch Byrne, McClelland und Fursland (2025) in ihrem Kommentar zu der Studie von Melville et al. (2025). Sie konstatieren, dass restriktive Essstörungen, wie atypische Anorexia nervosa, bei Menschen im Hochgewichtsbereich übersehen werden; so bezog nur eine der 85 von Melville et al. (2025) ausgewerteten Studien diese Essstörungsform ein. Dabei zeigt ein systematischer Review von Harrop et al. (2021), dass die Prävalenzen von atypischer Anorexia nervosa zwar je nach Studie sehr unterschiedlich ausfallen, aber mit 0,2 % bis 4,9 % Lebenszeitprävalenz durchaus ernst

zu nehmen und in vielen Studien deutlich höher als die von Anorexia nervosa sind.

Byrne, McClelland und Fursland (2025) führen die Unterschätzung restriktiver Essstörungen bei Menschen mit höherem BMI zum einen auf diagnostische Unklarheiten zurück (wann genau ist eine atypische Anorexia nervosa zu diagnostizieren, was z. B. ist ein „signifikanter“ Gewichtsverlust, der für eine Diagnose nötig ist, wenn kein Niedriggewicht vorliegt?). Ein anderer Grund könnte ihrer Ansicht nach sein, dass Essanfälle in Stichproben mit hochgewichtigen Personen erwartet werden, restriktives Essverhalten hingegen nicht, und dass restriktives Essverhalten oft sogar begrüßt wird, da die Betroffenen aufgrund ihres Übergewichts stigmatisiert und auch von Fachpersonal zu Diäten und „Disziplin“ ermutigt werden; dies könnte eine atypische Anorexia nervosa weiter verstärken.

4 Zeitliche Trends in der Epidemiologie der Essstörungen: deutliche Zunahme bei jungen Mädchen

Nach der Darstellung zeitlicher Trends zu gestörtem Essverhalten widmet sich dieser Abschnitt der Entwicklung der Prävalenz manifester, klinisch relevanter Essstörungen.

Dass vor allem das Risiko für junge Mädchen, an einer Anorexia nervosa zu erkranken, im Zeitverlauf stark zugenommen hat, legt eine Studie aus den Niederlanden nahe. Die Inzidenz stieg demnach innerhalb von vier Jahrzehnten (1985 bis 2019) bei 10- bis 14-jährigen Mädchen deutlich an (+56,7 %); für die Bulimia nervosa sanken die Inzidenzen in der Studie hingegen, wobei sich dieser abnehmende Trend im letzten Jahrzehnt nicht weiter fortsetzte (van Eeden et al., 2023). Hoek (2025, S. 3) konstatiert entsprechend: „The incidence of anorexia nervosa in mental healthcare settings has increased in the past century until the 1970s. However, there is little evidence to suggest a significant increase in the overall incidence of EDs in the period 1975–2024, with the notable exception of a significant rise in anorexia nervosa cases among girls aged 10 to 14 years“.

Eine weitere Studie zur weltweiten Prävalenz und Krankheitslast durch Essstörungen auf Basis der „Global Burden of Disease Study (GBD)“ zeigt einen deutlich ansteigenden Trend von 1990 bis 2021 bei 10- bis 24-jährigen jungen Menschen, wobei ein rascherer Anstieg der Prävalenz bei jungen Männern und der höchste Anstieg in asiatischen Regionen zu verzeichnen ist (Liu et al., 2025).

Ähnliche Ergebnisse berichten Chen et al. (2024), ebenfalls auf Basis der Global Burden of Disease Study aus dem Jahr 2019. Sie zeigten einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz für Anorexia und Bulimia nervosa bei Kindern und Jugendlichen (5 bis 19 Jahre) im Zeitraum von 1990 bis 2019 (geschätzte jährliche Zunahme für Anorexia nervosa 0,6 % und für Bulimia nervosa 0,8 %; für Essstörungen insgesamt 0,7 %). Für Zentraleuropa, dem Deutschland in diesem Fall zugerechnet wurde, errechnet die Forschendengruppe eine geschätzte jährliche Zunahme für Essstörungen insgesamt von 0,8 % (Chen et al., 2024).

In Deutschland fanden im Mai 2025 Berichte der KKH Kaufmännische Krankenkasse Beachtung, wonach die Fälle von Anorexia und Bulimia nervosa sowie Binge-Eating-Störung (auf Basis der ICD-10) bei den 12- bis 17-jährigen Mädchen von 2019 auf 2023 von 101 auf 150 Fälle pro 10.000 Versicherte anstiegen; bei den gleichaltrigen Jungen stagnierte die Zahl der Betroffenen im selben Zeitraum hingegen nahezu (+ ca. 4 %) (KKH, 2025). Entsprechend berichtete das Statistische Bundesamt im August 2025, dass sich die Zahl der stationären Behandlungen von 10- bis 17-jährigen Mädchen in den vergangenen 20 Jahren von 3.000 Patientinnen im Jahr 2003 auf 6.000 im Jahr 2023 verdoppelt hat; die Gesamtzahl der Behandlungen wegen Essstörungen veränderte sich hingegen wenig (Statistisches Bundesamt, 2025).

Im letzten Jahrzehnt nahmen, neben der oben bereits benannten Veränderung der Diagnosekriterien, vor allem die COVID-19-Pandemie und die in ihrem Zuge ergriffenen Maßnahmen Einfluss auf die Inzidenz und Prävalenz von Essstörungen; dies ist im DHS Jahrbuch Sucht 2024 beschrieben (Wunderer et al., 2024). Eine dänische Studie zeigt nun, dass dort der vielfach berichtete temporäre Anstieg an diagnostizierten Essstörungen während der Pandemie in den Jahren danach in nahezu allen untersuchten Altersgruppen – mit Ausnahme der 20- bis 24-Jährigen – wieder auf das Niveau vor der Pandemie absank (Sonne et al., 2024). Auch in Norwegen wurde nach einem starken Anstieg der Inzidenz von Essstörungen im Jahr 2021, vor allem für junge Frauen und Anorexia nervosa, ein Rückgang in den Jahren 2022 und 2023 beobachtet – allerdings blieb die Inzidenz in dieser Studie weiterhin erhöht (Reas, Rø, Rø, 2025).

5 Handlungsbedarf: hohe Mortalitätsraten bei Essstörungen

Die anhaltend hohen Prävalenzraten von Essstörungen sind besorgniserregend, da Essstörungen mit hohen Einbußen in der Lebensqualität bei den betroffenen Personen, hoher Krankheitslast (eine Kennzahl abgeleitet aus

gesundheitlichen Einschränkungen und Todesfällen infolge der Essstörungen) und hohen Kosten für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem einhergehen (Hay et al., 2023; Liu et al., 2025). Die Mortalitätsraten sind bei allen Essstörungen substantiell erhöht, wobei für die Anorexia nervosa die höchste Sterblichkeit berichtet wird, die zudem die der meisten anderen Erkrankungen übersteigt (Krug et al., 2025). Die Autorinnen und Autoren errechneten in ihrer Metaanalyse einen standardized mortality ratio (SMR) von 3,39 für alle Essstörungen und von 5,21 für Anorexia nervosa. Dies bedeutet, dass 239 % bzw. 421 % mehr Todesfälle auftraten, als in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten gewesen wären (Krug et al., 2025). Dabei scheint das Mortalitätsrisiko insbesondere auch für männliche Betroffene hoch zu sein, wie eine dänische Studie nahelegt (Tidselbak Larsen et al., 2024).

Die Lancet Psychiatry Commission on Youth Mental Health findet angesichts der weltweiten Abnahme der psychischen Gesundheit junger Menschen in den letzten Jahrzehnten deutliche Worte: „As long as adolescents and emerging adults are undervalued, languishing in precarity, and denied respect and nurture, society itself will become more precarious. The youth mental health crisis is more than a warning; it might be our last chance to take action“ (McGorry et al., 2024, S. 732).

Literatur

- Berger, U.; Wick, K.; Strauß, B. (2025): Ist auffälliges Essverhalten im Zeitraum zwischen 2013 und 2024 bei Jugendlichen und Erwachsenen häufiger geworden? Vergleich der Daten aus zwei Repräsentativ-Erhebungen in Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 75(07), 288–297. DOI: 10.1055/a-2562-8588.
- 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, 4255–4265. DOI: 10.1017/S0033291722001015.
- Byrne, S. M.; McClelland, J.; Fursland, A. (2025): The overlooked burden of atypical anorexia nervosa. Commentary on Melville et al. (2025). *International Journal of Eating Disorders*, 58(10), 1907–1910. Open Access. DOI: 10.1002/eat.24507.
- Cao, Z. et al. (2022): 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. Open Access. DOI: 10.1002/erv.2952.
- Carpita, B. et al. (2024): Prevalence of orthorexia nervosa in clinical and non-clinical populations. A systematic review. *CNS Spectrums*, 29(6), 549–569. DOI: 10.1017/s1092852924002256.

- Chen, Q. et al. (2024): Trends and prevalence of eating disorders in children and adolescents. *World Journal of Psychiatry* 14(12), 1815–1826. DOI: 10.5498/wjp.v14.i12.1815.
- 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.
- de Zwaan, M. (2024): ICD-11: Veränderungen im Bereich der Essstörungen. *Verhaltenstherapie*, 34(3-4), 139–146. Open Access. DOI: 10.1159/000542466.
- Duffy, F. et al. (2024): Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) – Looking beyond the eating disorder lens? *European Eating Disorders Review*, 32(4), 824–827. Open Access. DOI: 10.1002/erv.3093.
- Egbert, A. H. et al. (2022): Reporting racial and ethnic diversity in eating disorder research over the past 20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 55(4), 455–462. DOI: 10.1002/eat.23666.
- Forrest, L. et al. (2025): Prevalence of disordered eating behaviors among sexual and gender minority youth varies at the intersection of gender identity and race/ethnicity. *International Journal of Eating Disorders*, 58(3), 635–646. Open Access. DOI: 10.1002/eat.24352.
- Ganson, K. et al. (2025): Prevalence and correlates of muscle dysmorphia in a sample of boys and men in Canada and the United States. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), Article 47. Open Access. DOI: 10.1186/s40337-025-01233-x.
- Geerinck, F. et al. (2025): Eating disorders across population groups with different weight status in Belgium. Evidence for an integrative preventative approach. *BMC Public Health*, 25(1), Article 2220. Open Access. DOI: 10.1186/s12889-025-23506-5.
- Giel, K.; Zipfel, S.; Schag, K. (2025): Binge-Eating-Störung – state of the art. *Der Nervenarzt*, 96(3), 238–246. Open Access. DOI: 10.1007/s00115-025-01818-6.
- Halbeisen, G. et al. (2024): Essstörungen bei Männern. *Deutsches Ärzteblatt international*, 121(3), 86–91. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0246.
- Harrop, E. et al. (2021): Restrictive eating disorders in higher weight persons. A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1328–1357. DOI: 10.1002/eat.23519.
- Hay, P. et al. (2023): Epidemiology of eating disorders. Population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia – a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), Article 23. Open Access. DOI: 10.1186/s40337-023-00738-7.

- Hoek, H. W. (2025): The incidence and prevalence of eating disorders between 1975 and 2024. A commentary on Lee and Chi (2025). *International Journal of Eating Disorders*, 58(10), 1893–1896. Open Access. DOI: 10.1002/eat.24495.
- 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. (2023): Eating disorders in transgender and gender diverse people. Characteristics, assessment, and management. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 412–418. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000902.
- 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.
- KKH Kaufmännische Krankenkasse (2025): Im Netz der Beauty-Polizei? Starker Anstieg bei Essstörungen. Magersucht & Co.: 12- bis 17-jährige Mädchen besonders betroffen. Pressemeldung vom 05.05.2025. <https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/beautypolizei>, Zugriff: 10.12.2025.
- Krug, I. et al. (2025): A meta-analysis of mortality rates in eating disorders. An update of the literature from 2010 to 2024. *Clinical Psychology Review*, 116, Article 102547. Open Access. DOI: 10.1016/j.cpr.2025.102547.
- Lee, J. J.; Chi, G. (2025): Five Decades of eating disorder research. A bibliometric analysis of publication trends, research themes, and the relationship between public and academic attention (1975–2024). *International Journal of Eating Disorders*. DOI: 10.1002/eat.24436.
- Lindvall Dahlgren, C. 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. Open Access. DOI: 10.1002/eat.24032.
- Liu, K. et al. (2025): Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021. A trend analysis. *Journal of Affective Disorders*, 388, Article 119596. Open Access. DOI: 10.1016/j.jad.2025.119596.
- López-Gil, J. F. et al. (2023a): Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms. A systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries. *Journal of Global Health*, 13. Open Access. DOI: 10.7189/jogh.13.04087.
- López-Gil, J. F. et al. (2023b): Global proportion of disordered eating in children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363–372. Open Access. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2022.5848.
- 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. Open Access. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000893.

- McGregor, K. et al. (2023): Disordered eating and considerations for the transgender community. A review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), Article 75. DOI: 10.1186/s40337-023-00793-0.
- McGorry, P. D. et al. (2024): The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *Lancet Psychiatry*, 11(9), 731–774. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00163-9.
- Melville, H. et al. (2025): The prevalence of eating disorders and disordered eating in adults seeking obesity treatment. A systematic review with meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9), 1644–1661. DOI: 10.1002/eat.24483.
- 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. Open Access. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2021.11.031.
- Nagata, J. et al. (2024): Eating disorders in sexual and gender minority adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 26(7), 340–350. Open Access. DOI: 10.1007/s11920-024-01508-1.
- 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/fpsy.2023.1157402.
- Nicholls-Clow, R.; Simmonds-Buckley, M.; Waller, G. (2024): Avoidant/restrictive food intake disorder. Systematic review and meta-analysis demonstrating the impact of study quality on prevalence rates. *Clinical Psychology Review*, 114, Article 102502. DOI: 10.1016/j.cpr.2024.102502.
- Reas, D. L.; Rø, G.; Rø, Ø. (2025): Trends in the observed versus expected incidence of eating disorders before, during, and after the COVID-19 pandemic. A national patient registry study. *International Journal of Eating Disorders*, 58(8), 1469–1476. Open Access. DOI: 10.1002/eat.24443.
- Rosendahl Jensen, H. et al. (2025): Prevalence and determinants of eating disorder risk behaviours among adult women in Denmark. Findings from nationwide cross-sectional health surveys between 2000 and 2023. *Journal of Eating Disorders*, 13, Article 112. DOI: 10.1186/s40337-025-01318-7.
- Salari, N. et al. (2025): Global prevalence of eating disorders in children. A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 51(1), Article 107. DOI: 10.1186/s13052-025-01958-0.
- Sanchez-Cerezo, J. et al. (2023): What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic

- review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 226–246. DOI: 10.1002/erv.2964.
- 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.
- 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, 281–295. DOI: 10.1038/s41380-021-01161-7.
- Sonne, H. et al. (2024): Eating disorders in children, adolescents, and young adults during and after the COVID-19 pandemic. A Danish nationwide register-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 57(12), 2487–2490. DOI: 10.1002/eat.24295.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Immer mehr junge Mädchen werden wegen Essstörungen stationär behandelt. Pressemitteilung Nr. N041 vom 11. August 2025. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N041_231.html, Zugriff: 11.12.2025.
- Strobel, C. et al. (2020): Muskeldysmorphie. Zwanghaftes Streben nach einem muskulösen Körper. *Ernährungs Umschau international*, (12), 214–221.
- Tidsebak Larsen, J. et al. (2024): Diagnosed eating disorders in Danish registers – incidence, prevalence, mortality, and polygenic risk. *Psychiatry Research*, 337, Article 115927. Open Access. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115927.
- van Eeden, A. E. et al. (2023): Increase in incidence of anorexia nervosa among 10- to 14-year-old girls. A nationwide study in the Netherlands over four decades. *International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2295–2303. DOI: 10.1002/eat.24064.
- 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.
- Wunderer, E. et al. (2024): Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2024*. Lengerich: Pabst. 123–133.

2.9 Rauschgiftlage 2024 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland

Bundeskriminalamt, SO21-Strategische Auswertung

Zusammenfassung

Im Jahr 2024 ist die Zahl der in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) erfassten Rauschgiftdelikte infolge der (Teil-)Legalisierung von Cannabis deutlich zurückgegangen.

Die nachfolgende Lagedarstellung stützt sich auf Auswertungen der PKS für das Jahr 2024 sowie auf Daten des Bundeskriminalamtes (BKA). Da es sich bei der Rauschgiftkriminalität um ein klassisches Kontrolldelikt handelt – also um ein Deliktfeld, dessen Hellfeld maßgeblich von der Intensität polizeilicher Maßnahmen beeinflusst wird –, spiegeln die registrierten Zahlen auch die jeweilige Schwerpunktsetzung der Strafverfolgungsbehörden wider. Die Darstellung der Rauschgiftlage beschränkt sich auf die in Deutschland am meisten gehandelten Drogenarten. Sonstige Drogenarten wie z. B. LSD, Pilze oder Khat spielen in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle.

Am 01.04.2024 traten das Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz – KCanG) sowie das Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken (Medizinalcannabisgesetz – MedCanG) in Kraft. Mit Inkrafttreten des KCanG ist eine (Teil-)Legalisierung des Besitzes und Konsums von Cannabis erfolgt. Infolge der wegen der (Teil-)Legalisierung vorgenommenen Anpassungen in der PKS ist eine Differenzierung der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte nach konsumnahen Delikten¹ und Handelsdelikten² im Berichtsjahr nicht möglich, da ent-

¹ Der Begriff „konsumnahe Delikte“ umschreibt allgemeine Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) umfassen (ohne die unter „sonstige Verstöße“ aufgeführten Delikte, s. Fußnote 4).

² 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 (§ 29 a

sprechend aufgeschlüsselte Daten weitgehend nur für Straftaten gem. BtMG verfügbar sind.

Summary

In 2024, the number of drug offenses recorded in the Police Crime Statistics (PKS = Polizeiliche Kriminalstatistik) has fallen significantly as a result of the (partial) legalization of cannabis.

The following overview is based on evaluations of the PKS for 2024 and data from the Federal Criminal Police Office (BKA = Bundeskriminalamt). Since drug crime is a classic control offense – i.e., an area of crime whose reported incidence is significantly influenced by the intensity of police measures – the recorded figures also reflect the respective priorities of the law enforcement authorities. The presentation of the drug situation is limited to the types of drugs most commonly traded in Germany. Other types of drugs, such as LSD, mushrooms, or khat, play only a minor role in Germany.

On April 1, 2024, the Act on the Use of Cannabis (Konsumcannabisgesetz, KCanG) and the Act on the Supply of Cannabis for Medical and Medical-Scientific Purposes (Medizinal-Cannabisgesetz, MedCanG) came into force. With the entry into force of the KCanG, the possession and consumption of cannabis has been (partially) legalized. As a result of the adjustments made to the PKS due to the (partial) legalization, it is not possible to differentiate between the total number of drug offenses according to consumption-related offenses and trafficking offenses in the reporting year, as correspondingly broken down data is largely only available for offenses under the BtMG.

Deliktsentwicklung

Im Jahr 2024 wurden in der PKS 228.104 Rauschgiftdelikte (2023: 346.877) erfasst, was einen Rückgang von 34,2 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Hauptursächlich dafür ist die mit Inkrafttreten des KCanG am 01.04.2024 erfolgte (Teil-)Legalisierung des Besitzes und Konsums von Cannabis. Gemäß KCanG ist der Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis im öffentlichen Raum für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erlaubt. Bei Überschreiten der Besitzmenge bis zu 30 Gramm Cannabis liegt eine Ordnungswidrigkeit vor. Erst bei Überschreiten der Besitzmenge von 30 Gramm Cannabis liegt eine Straftat vor, welche in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) erfasst wird.

Abs. 1 Nr. 2 BtMG), da die PKS diesbezüglich keine eindeutige Differenzierung der Tatbestände bzw. betroffenen Drogenarten vorsieht.

Trotz der (Teil)Legalisierung machen Cannabisdelikte weiterhin den größten Anteil an allen erfassten Rauschgiftdelikten aus: 96.320 Fälle wurden registriert, was jedoch einen deutlichen Rückgang von 53,6 % bedeutet. Dahinter folgen Delikte im Zusammenhang mit Kokain (30.996 Fälle, +4,5 %) sowie mit Amfetamin³ (30.512 Fälle, -4,9 %). Die Zahl der registrierten Heroindelikte ist im Jahr 2024 erneut gesunken – um 15,2 % auf insgesamt 8.038 Fälle.

Ein Anstieg wurde bei den Delikten im Zusammenhang mit kristallinem Metamfetamin, sog. Crystal, (8.631, +6,3 %) und Ecstasy (8.250, +4,2 %) verzeichnet.

Die oben genannten Zahlen umfassen Delikte nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) (außer „Sonstige Verstöße gegen das BtMG“, da die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) in diesen Fällen nur teilweise eine Differenzierung nach Drogenarten ermöglicht). Zudem wurden Delikte nach dem Konsumcannabisgesetz (KCanG), dem Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) sowie dem Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) berücksichtigt.

Im Jahr 2024 wurde ein deutlicher Anstieg bei den Handelsdelikten mit den in den Anlagen des BtMG aufgeführten Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS) registriert – die Fallzahl stieg um 55 % auf 972. Auch die Handelsdelikte im Zusammenhang mit Kokain nahmen erneut zu und erreichten mit einem Zuwachs von 10,5 % insgesamt 7.098 Fälle. Einen signifikanten Anstieg gab es zudem bei den Handelsdelikten im Zusammenhang mit Ecstasy (2.027 Fälle, +20,9 %) sowie mit Crystal (1.434 Fälle, +11,0 %). Rückläufig war hingegen die Zahl der Handelsdelikte im Zusammenhang mit Heroin (1.629 Fälle, -7,2 %) und Amfetamin (4.388 Fälle, -3,4 %).

Infolge der durch die gesetzlichen Änderungen i. Z. m. Cannabis für das Jahr 2024 vorgenommenen Anpassungen in der PKS können keine Angaben zur Gesamtzahl der Handelsdelikte mit Cannabis gemacht werden⁵.

³ Die Schreibweise Amfetamin (statt Amphetamin) ergibt sich aus Anlage III des BtMG. In dieser wird u. a. wie folgt ausgeführt: „Spalte 1 enthält die International Nonproprietary Names (INN) der Weltgesundheitsorganisation. Bei der Bezeichnung eines Stoffes hat der INN Vorrang vor allen anderen Bezeichnungen.“ Unter diesem INN ist als Schreibweise Amfetamin angegeben. Selbiges gilt für den Begriff Metamfetamin.

⁴ 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 (§ 29 a 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 (§ 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).

⁵ In der PKS 2024 werden unter dem neu eingeführten Straftatenschlüssel 736000 zwar Straftaten gem. § 34 KCanG erfasst, allerdings nicht weitergehend, z. B. nach konsumnahen Delikten und Handelsdelikten, differenziert.

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland erneut Zuwächse bei den konsumnahen Delikten im Zusammenhang mit Metamfetamin (+7,8 %), Crystal (+5,5 %) und Kokain (+2,8 %) verzeichnet. Rückläufig entwickelten sich hingegen die Fallzahlen bei Heroin (-17,0 %) und Amfetamin (-5,9 %).

Die Gesamtzahl der Delikte der direkten Beschaffungskriminalität⁶, die hauptsächlich von Rauschgift- bzw. Medikamentenabhängigen zur Beschaffung von Drogen und Ersatzstoffen begangen werden, sank im Jahr 2024 auf 2.584 Fälle (-0,9 %).

Rauschgifthanbau und Rauschgiftproduktion in Deutschland

Der in Deutschland betriebene illegale Anbau von Cannabispflanzen in Indoor-Plantagen sowie auf Außenflächen setzte sich fort. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 366 Cannabis-Plantagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Pflanzen sichergestellt⁷. Dabei handelte es sich um 231 Kleinplantagen (189 Indoor, 42 Outdoor), 110 Großplantagen (103 Indoor, 7 Outdoor) und 25 Profiplantagen (alle Indoor).⁸ Neben Plantagen wurde eine Vielzahl kleinerer Anpflanzungen von Cannabis aufgefunden.

Im Fünfjahrestrend hat sich die Anzahl der sichergestellten Rauschgiftlabore mehr als verdoppelt. Insgesamt wurden 37 Produktionsstätten für Synthetische Drogen festgestellt. In 25 Laboren wurden Betäubungsmittel synthetisiert und in 12 Produktionsstätten die Kristallisation durchgeführt.

16 Syntheselabore dienten der Amfetamin- und fünf der Metamfetaminproduktion. Darüber hinaus wurden in Deutschland drei synthetische Cathinon-Labore beschlagnahmt und – erstmals seit über 20 Jahren – wieder ein professionelles Großlabor zur Herstellung von MDMA sichergestellt. Im bislang größten sichergestellten Cathinon-Labor wurden über 1.000 l der für die Herstellung von Clophedron (3-CMC) notwendigen Grundstoffe und Chemikalien sichergestellt, die teilweise illegal aus Polen beschafft wurden.

⁶ 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.

⁷ Die Zahlen zu den Sicherstellungsmengen stammen aus dem polizeilichen Informationsaustausch.

⁸ 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).

Insgesamt wurden 2024 elf Großlabore (2023: 2) sichergestellt, welche fast ausschließlich zur illegalen Herstellung von Amfetamin dienten. Alleine acht dieser Labore befanden sich in Nordrhein-Westfalen, in unmittelbarer Nähe zur niederländischen Grenze. Dies impliziert eine (Tat-)Beteiligung niederländischer Täterstrukturen, die insgesamt in Europa im herausragenden Maß für die illegale Herstellung Synthetischer Drogen aller Art verantwortlich sind.

Einen neuen Trend, der europaweit zu beobachten ist, stellt das Betreiben von sog. „Kombi-Laboren“⁹ dar. In Deutschland wurden im Jahr 2024 zwei solcher Labore sichergestellt.

Weitere, im Berichtsjahr in Deutschland sichergestellte Labore verfügten über unterschiedliche Produktionskapazitäten, welche überwiegend lediglich zur Deckung des persönlichen Eigenbedarfs oder der Versorgung eines kleinen Abnehmerkreises im Umfeld der Produzierenden dienten.

Die in den sichergestellten Laboren verwendeten Chemikalien wurden, soweit nachweisbar, aus dem Inland und europäischen Ausland, teilweise in unverdächtigen Kleinmengen von verschiedenen Chemikalienhändlern sowie über Internet anbietende/Online-Shops aus China bezogen.

Trotz des deutlichen Anstiegs der Sicherstellung illegaler, professioneller Großlabore in Deutschland erfolgt die Herstellung Synthetischer Drogen weiterhin vornehmlich in professionellen Großlaboren in den Niederlanden. Im Jahr 2024 wurde in den Niederlanden mit 167 (2023: 151) erneut eine neue Rekordzahl an illegalen Laboren sichergestellt.

Rauschgifthandel über das Internet

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

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 43 Marktplätze (2023: 55) mit Deutschland-Bezug (deutsche Sprache, Versand aus Deutschland) festgestellt. Hiervon haben 14 Marktplätze (2023: 21) im Jahresverlauf aufgrund verschiedener Umstände ihren Betrieb eingestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren sind es nicht mehr einzelne Marktplätze mit monopolartiger Stellung, sondern es ist ein

⁹ Als Kombi-Labore werden illegale Labore bezeichnet, in denen im industriellen Maßstab verschiedene synthetische Drogen wie Amfetamin, MDMA oder synthetische Cathinone parallel oder nacheinander produziert werden.

Diversifizierungstrend zu beobachten, bei welchem vermehrt kleinere und mittlere Marktplätze von Relevanz sind.

Vermehrt wird der Handel von Rauschgift auch über Social-Media und Messenger-Dienste festgestellt, wobei häufig offen zugängliche Chat-Gruppen und Posts zum Bewerben von Betäubungsmitteln genutzt werden. Die tatsächlichen Verkaufsgespräche finden dann zumeist in privaten Chats statt. Durch die große Nutzendenzahl dieser Dienste und die dortige umfangreiche Auswahl an Betäubungsmittelangeboten werden möglicherweise Personenkreise angesprochen, die vorher keine Berührungspunkte zum Drogenkonsum hatten. Die Anbahnung der Drogengeschäfte läuft dabei über zahlreiche offene Accounts und wird der Kundschaft somit sehr leicht gemacht.

Professionell organisierte und transnational ausgerichtete Vendor-Gruppierungen versenden Betäubungsmittel (zehn-)tausendfach an Kunden und Kundinnen weltweit. Obwohl überwiegend Bestellungen in Kleinmengen erfolgen, bewegt sich die feststellbare Gesamtmenge im Tonnenbereich. Umsätze erfolgen in Millionenhöhe.

Cannabisprodukte

Im Jahr 2024 wurden insgesamt ca. 19,4 t Marihuana und 5 t Haschisch sichergestellt.

Marihuana stammt in der Regel überwiegend aus westeuropäischem illegalem Indoor- und Outdooranbau. Insbesondere der professionelle Cannabisanbau durch OK-Gruppierungen (Organisierte Kriminalität) in Spanien hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Jahr 2024 wurden erneut zahlreiche Cannabis-Großtransporte per Lkw und Kleintransporter von Spanien über Frankreich Richtung Deutschland festgestellt. Diese wurden oftmals bereits durch den französischen Zoll angehalten. Bei Großlieferungen aus Spanien wurden häufig sowohl Marihuana als auch Haschisch mit Herkunft Marokko transportiert. Darüber hinaus gelangte Marihuana aus Spanien per Postversand auf den deutschen Markt.

Verstärkt wurde auch der Transport per Container und Postversand aus Nordamerika (Kanada und USA) beobachtet. In Deutschland, aber auch in anderen Nord- und Westeuropäischen Staaten, erfolgten darüber hinaus vermehrt Sicherstellungen von im Fluggepäck geschmuggeltem Marihuana aus Thailand und Nordamerika.

Bei dem in Deutschland sichergestellten Marihuana handelte es sich in erster Linie um Blütenmaterial, dessen Wirkstoffgehalt in den letzten zehn Jahren geringfügig angestiegen ist (2013: 12,3 % median¹⁰; 2024: 14,8 % median).

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

Anders als bei Marihuana hat sich der Wirkstoffgehalt des in Deutschland sichergestellten Haschischs in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt (2014: 9,7 % median; 2024: 26 % median).

Heroin

In Deutschland wurden im Jahr 2024 ca. 144 kg Heroin sichergestellt (2023: ca. 171 kg).

In Einzelfällen wurden in Deutschland und Europa Sicherstellungen von weißem Heroin im ein- bis zweistelligen Kilogramm Bereich von sog. Kofferschmugglern aus Thailand bekannt, bei denen zum Teil ein Wirkstoffgehalt von über 80 % festgestellt wurde.

Der Schmuggel von Heroin nach Westeuropa erfolgt jedoch hauptsächlich in Lkw aus Afghanistan, Pakistan und dem Iran über die Verzweigungen der klassischen Balkanroute¹¹ und der nördlichen Schwarzmeerroute¹². Transporte über die Südroute¹³ und Heroinlieferungen in Seefrachtcontainern werden immer häufiger festgestellt.

Heroin ist weiterhin in ausreichender Menge für einen stabilen Konsumierendenmarkt in Deutschland verfügbar, wobei gestiegene Großhandelspreise und eine Qualitätsminderung des Heroins auf dem Straßenmarkt bereits feststellbar sind.

Nach Informationen des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ist die Anbaufläche für Schlafmohn in Afghanistan im Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 19 % von 10.800 auf 12.800 ha angestiegen, liegt aber noch immer weit unter den Zahlen von 2022 (233.000 ha) (UNODC, 2023a, 2025). Überprüfbare Informationen, welches Produktionspotenzial für Opiate sich aus diesen Anbauflächen ergibt, bzw. wieviel Anbaufläche davon zerstört wurde, liegen nicht vor. Nach Einschätzung des Bundeskriminalamts fiel die

¹⁰ Mittlerer Wert in einer Folge von nach aufsteigender Größe sortierten Werten. Ober- bzw. unterhalb des Median liegt jeweils die Hälfte der Werte.

¹¹ Routenverlauf: Türkei – Griechenland/Bulgarien – Serbien/Rumänien mit Ziel Westeuropa.

¹² Routenverlauf: Türkei – Kaukasusregion – Schwarzes Meer – Moldawien/Rumänien/Bulgarien mit Ziel Westeuropa.

¹³ Routenverlauf: Pakistan–Ostafrika–Europa bzw. Iran–Europa (per Schiff).

tatsächliche Reduktion des Schlafmohnanbaus in Afghanistan deutlich geringer aus.

In Myanmar hingegen stieg die Schlafmohnanbaufläche von 30.200 ha im Jahr 2021 auf 47.100 ha im Jahr 2023. Im Jahr 2024 ist laut UNODC ein moderater Rückgang auf 45.200 ha zu verzeichnen, was auf eine Stabilisierung des Anbaus auf derzeit hohem Niveau hindeutet und die führende Rolle Myanmars als Opiumquelle bestätigt (UNODC, 2023b, 2024).

Kokain

Seit dem Jahr 2017 sind die Sicherstellungsmengen von Kokain in Deutschland signifikant angestiegen. Nachdem im Jahr 2023 mit ca. 43 t in Deutschland eine neue Rekordmenge sichergestellt wurde, belief sich die Sicherstellungsmenge im Jahr 2024 auf ca. 24 t.

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

An den bisherigen europäischen Haupteinfallstoren für Kokain – den Häfen in Antwerpen/Belgien und Rotterdam/Niederlande – sind die Gesamtsicherstellungsmengen im Jahr 2024 drastisch zurückgegangen. Dort wurden insgesamt ca. 69 t Kokain sichergestellt (2023: 175 t). Gleichzeitig ist eine Verlagerung nach Spanien und Frankreich festzustellen, die nunmehr zunehmend als Haupteinfallstore für Kokain genutzt werden.

Der Schmuggel nach Europa erfolgt überwiegend aus Ecuador und Brasilien, die nicht nur über eine Vielzahl von Containerhäfen verfügen, sondern auch an die Koka-Anbaustaaten (Kolumbien, Peru und bei Brasilien zusätzlich an Bolivien) grenzen. Zudem wird Kokain aus Kolumbien, Panama und Peru per Seecontainer, insbesondere unter Nutzung der Modi Operandi Rip-on/Rip-off und vermehrt Drop-off/Drop-on¹⁴, nach Europa geschmuggelt¹⁵.

¹⁴ „Rip-on/Rip-off“ bezeichnet Beiladungen in Containern, meist in Form von mit Kokain gefüllten Taschen hinter der Tür eines Containers. Die Täter gelangen durch Öffnen des Containers schnell an die illegale Fracht, der Container wird nach der Entnahme wieder verschlossen und häufig mit einem Siegel-Duplikat versehen. Somit wird der illegale Transport von den beteiligten (nicht involvierten) Firmen nicht bemerkt. Bei „Drop-off/Drop-on“-Fällen werden meist mit Peilsender oder Bojen versehene wasserdichte Behälter mit Rauschgift auf hoher See durch Mannschaftsangehörige größerer Schiffe über Bord geworfen, um dann von Schnellbooten unbemerkt aufgenommen und an Land verbracht zu werden.

¹⁵ Im Jahr 2024 wurden jeweils größere Einzelmengen von Kokain aus vermutlich misslungenen Drop-offs an verschiedenen Küstenabschnitten der Nordsee (Borkum, Heiligenhafen, Amrum, Föhr, Sylt) angespült.

Weitere typische Handlungsweisen sind der Kokaintransport in Schmuggelverstecken, die sich in Aufbauten/Böden von Containern oder Kühlaggregaten sowie zwischen der legalen Fracht befinden sowie der Schmuggel im Seekasten¹⁶, oder „chemisch verschlüsselt“ in Trägermaterialien¹⁷.

Um den Einfuhrschmuggel zu vereinfachen und teilweise erst zu ermöglichen, nutzen die OK-Gruppierungen oftmals sog. Hafeninnetäterinnen und -täter. Diese Mitarbeitenden nutzen ihre legale Beschäftigung im Zielhafen, um für den Schmuggel relevante Informationen zu erheben und/oder Tätigkeiten auszuführen. Hafeninnetäterinnen und -täter werden für ihre illegale Tätigkeit oftmals finanziell entlohnt, teilweise auch zu den Tätigkeiten durch Bedrohung gezwungen.

Bei der Einfuhr nach Europa und der Weiterverteilung spielen insbesondere Tätergruppierungen aus den Balkanstaaten sowie türkische OK-Gruppierungen eine herausragende Rolle. Daneben treten auch italienische und marokkanische OK-Gruppierungen in Erscheinung.

Die innereuropäische Weiterverteilung des Kokains erfolgt zu einem großen Anteil unter Nutzung von Schmuggelfahrzeugen, die mit professionellen Verstecken ausgestattet sind. Nach Einschätzung des Bundeskriminalamts dürfte die Gesamtzahl der in Europa aktiven Schmuggelfahrzeuge im fünfstelligen Bereich liegen.

Im Jahr 2024 sind in Deutschland insgesamt 188 „professionelle Schmuggelfahrzeuge“ festgestellt worden. In diesen wurden u. a. insgesamt 612 kg Kokain, 82 kg Amfetamin sowie Amfetaminderivate, 145 kg Cannabis und 14 kg Heroin, ferner Zigaretten, Gold sowie Waffen in professionell eingebauten Verstecken aufgefunden und sichergestellt.

Weitergehende, zum Phänomenbereich der Schmuggelfahrzeuge erhobene Daten verdeutlichen, dass sich ein europaweites Logistiknetzwerk in diesem Sektor etabliert hat. Dieses besteht u. a. aus Kfz-Vermietungen und weiteren Unternehmen sowie Privatpersonen, die für OK-Gruppierungen eine Vielzahl von Schmuggelfahrzeugen auf sich zulassen, sowie aus Werkstätten für den Einbau derartiger Verstecke. Für die Tätergruppierungen wird so das Entdeckungsrisiko bei zufälligen Kontrollen auf ein Minimum reduziert, insbesondere auch durch die Absicherung der Verstecke durch komplexe Öffnungsmechanismen.

¹⁶ Der Seekasten (auch Sauger genannt) eines Motorschiffs ist die Stelle, an der während des Schiffsbetriebs aus der umgebenen See Kühlwasser zum Zwecke der Kühlung von Hauptmaschine(n), Hilfsmaschine(n) und größeren abwärmeerzeugenden Anlagen entnommen wird. Es handelt sich um eine kastenförmige Einbuchtung in der Außenhaut unterhalb der Wasserlinie. Die Außenhaut ist im Bereich des Seekastens offen, setzt sich aber in Form eines grobmaschigen gitterförmigen Schmutzfängers fort.

¹⁷ Vermischung des Kokains mit anderen Substanzen wie Kohle, Plastik, etc.

Der Reinheitsgehalt des in Deutschland sichergestellten Kokains ist im Vergleich zum Jahr 2023 im Straßenhandel von 90,1 % auf 86,4 % median und im Großhandel von 90,3 % auf 89,4 % median gefallen. Das Kokain verfügt jedoch immer noch über eine sehr hohe Reinheit.

Amfetamin

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 2.092 kg (2023: 1.934 kg) Amfetamin sichergestellt; dies bedeutet eine Steigerung von 8,2 %. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr 50 l Amfetaminöl (= Amfetaminbase) sichergestellt (2023: 136 l), was einen Rückgang um 63,2 % bedeutet.

In Deutschland sichergestelltes Amfetamin, sowohl als Pulver als auch in flüssiger Form (Amfetaminöl), stammte – wie in der Vergangenheit auch – hauptsächlich aus niederländischer Produktion und ist überwiegend für den deutschen Rauschgiftmarkt bestimmt.

Crystal/Metamfetamin

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 511 kg (2023: 451 kg) Metamfetamin in allen Erscheinungsformen (pulverförmig, kristallin, flüssig) in Deutschland sichergestellt, was einen Anstieg von 13,3 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Das in Deutschland im Jahr 2024 sichergestellte Metamfetamin stammte aus verschiedenen Herkunftsstaaten, z. B. wurden ca. 80 kg aus Mexiko und ca. 26 kg aus den Niederlanden/Belgien nach Deutschland eingeführt.

Metamfetamin-Sicherstellungen erfolgten auch häufig im Transit durch Deutschland, insbesondere an den internationalen Flughäfen. So wurden allein an den Flughäfen Köln/Bonn, Frankfurt am Main und Leipzig insgesamt über 212 kg Metamfetamin sichergestellt, vorrangig im Rahmen von Frachtlieferungen.

Ecstasy

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 1.084.576 (2023: 1.155.305) Ecstasy-Tabletten und 586 kg (2023: 272 kg) Amfetaminderivate (vorrangig wahrscheinlich MDMA) sichergestellt. Auf die Sicherstellungen von Ecstasy-Tabletten bezogen, bedeutet dies einen Rückgang von 6,1 %, für MDMA in Pulver bzw. kristalliner Form hingegen einen deutlichen Anstieg von 115,4 % gegenüber dem

Vorjahr. Darüber hinaus wurden 1,1 l Amfetaminderivate (ebenfalls MDMA) in flüssiger Form sichergestellt (Vorjahr 2,7 l).

In Deutschland sichergestellte Ecstasy-Tabletten sowie die Amfetaminderivate in fester oder flüssiger Form stammen – wie Amfetamin – weiterhin fast ausschließlich aus den Niederlanden.

Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)

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

Die Gesamtsicherstellungsmenge von NPS¹⁸ ist im Berichtsjahr erheblich angestiegen und beläuft sich auf mindestens 1.805 kg bei insgesamt 7.546 Datensätzen mit Untersuchungsergebnissen von sichergestellten NPS und NPS-Produkten (2023: 585 kg; 4.022 Datensätze). Dies bedeutet einen Anstieg von 208,5 % bei der Sicherstellungsmenge und einen Anstieg von 87,6 % bei den NPS-Untersuchungsergebnissen. Der enorme Anstieg der Sicherstellungsmenge ist v. a. auf eine Einzelsicherstellung von 1 t Ketamin zurückzuführen.

Den größten Anteil der untersuchten NPS machten die Synthetischen und Halbsynthetischen Cannabinoide mit 41,2 % der Datensätze aus, gefolgt von Ketamin und Ketamin-Derivaten (23,2 %) sowie Cathinone (17,8 %). Herauszustellen ist auch der hohe Anstieg bei den untersuchten NPS-Opioiden, die zwar nach wie vor auf einem vergleichsweise geringen Niveau liegen, jedoch im Berichtsjahr um 135,3 % angestiegen sind.

Die hohen NPS-Sicherstellungsmengen im Jahr 2024 stehen primär i. Z. m. der synthetischen Droge Ketamin. Ketamin, ein dissoziativ wirkendes Narkosemittel und Antidepressivum, breitet sich auf dem deutschen und europäischen Rauschgiftmarkt in den letzten Jahren zunehmend aus. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass Deutschland eine der Hauptdrehscheiben des weltweiten illegalen Handels mit Ketamin ist. Dieses stammt, im Unterschied zu den klassischen Synthetischen Drogen, wahrscheinlich überwiegend aus pharmazeutisch-industriellen Produktionen.

In Deutschland hat sich die Lage im Bereich der Synthetischen Opioide in den letzten Jahren verschärft. Dieser Trend ist in ganz Europa zu beobachten. Im vergangenen Jahr wurden erneut Mischungen aus Heroin und Fentanyl so-

¹⁸ Statistisches Auswerteprogramm NPS (SAN): Mitte 2024 wurde die Datenerfassung im SAN aktualisiert und der Datenerfassungszeitraum im SAR (Statistisches Auswerteprogramm Rauschgift) von halbjährlich auf jährlich angepasst. Der hohe Anstieg steht ggf. auch im Zusammenhang mit dieser Anpassung.

wie erstmalig auch Mischungen aus Heroin und Nitazenen¹⁹ in Deutschland festgestellt. Es wurden auch verfälschte Medikamente mit Nitazen-Opioiden sichergestellt, in diesem Zusammenhang kam es auch vermehrt zu Todesfällen. Mittlerweile ist in Deutschland ein umfangreicher Handel mit Nitazen-Opioiden und anderen ungeprüften Stoffen im Clearnet entstanden, welche in Onlineshops unter der Betitelung „Forschungschemikalien“ zum Kauf angeboten werden.

Trotz Inkrafttreten der Cannabisgesetze am 01.04.2024 verbreiten sich sowohl Synthetische als auch Halbsynthetische Cannabinoide wie z. B. HHC²⁰ weiterhin auf dem Rauschgiftmarkt. Diese werden insbesondere als Kräuter-/Räuchermischungen, Liquids, Edibles²¹ und als sog. „JVA-Papier“ (auch bekannt als sog. „Knast-Papier“) vertrieben. Dabei handelt es sich um handelsübliches Papier, das üblicherweise mit Synthetischen Cannabinoiden, bestrichen oder getränkt ist und getarnt als Anwaltspost, persönliche Briefe oder gemalte Bilder über den regulären Postweg in JVAen geschmuggelt wird. Dieses Papier wird in der Regel in kleineren Schnipseln durch die inhaftierten Personen geraucht.

Auch im Jahr 2024 gab es Gesetzesänderungen, durch die bestimmte Stoffe und Stoffgruppen neu unter die Regelungen des NpSG fallen oder – nachdem sie dem NpSG bereits unterstanden – in die Anlagen des BtMG aufgenommen wurden. Das NpSG umfasst mittlerweile neun Stoffgruppen. Ergänzend wurden Lachgas sowie K.O.-Tropfen in einer neu geschaffenen Anlage 2, angelehnt an die Systematik des BtMG, geregelt, um gesundheitliche Gefahren und Missbrauchspotenziale einzudämmen.

Drogentote²²

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland polizeilich insgesamt 2.137 drogenbedingte Todesfälle registriert. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem

¹⁹ Als Nitazene werden Synthetische Opioide bezeichnet, deren chemische Strukturen von der 2-Benzyl-Benzimidazol-Grundstruktur ableitbar sind. Sie wurden in den 1950er Jahren für medizinische Forschungszwecke entwickelt, jedoch nie für den medizinischen Gebrauch zugelassen. Die Wirkstärke der bisher aufgetretenen Nitazene kann bis zu 20-mal schwächer, aber auch bis zu 20-mal stärker im Vergleich zu Fentanyl ausfallen.

²⁰ Hexahydrocannabinol (HHC) ist ein halbsynthetisches Cannabinoid und chemisch ähnlich aufgebaut wie Tetrahydrocannabinol (THC), der psychoaktive Hauptbestandteil von Cannabis. HHC unterliegt den Bestimmungen des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG).

²¹ Edibles sind Lebensmittel, die mit Cannabis oder seinen Wirkstoffen, wie THC oder CBD, oder anderen NPS/BtM angereichert sind. Sie können in Form von Keksen, Gummibärchen, Schokolade, Getränken oder anderen essbaren Produkten vorkommen.

²² Die Informationen zu den Rauschgifttoden werden jährlich zum Stichtag 31.01. des darauffolgenden Jahres durch die Landeskriminalämter an das BKA gemeldet. Die Zahlen in den Bundesländern können durch nachträgliche Änderungen, z. B. aufgrund späteren Vorliegens eines toxikologischen Gutachtens, abweichen.

Rückgang von ca. 4,0 % (2023: 2.227 Fälle). Dies ist weiterhin der zweithöchste je gemessene Wert, aber zum ersten Mal seit mehreren Jahren kein weiterer Anstieg.

Unter den Drogentoten des Jahres 2024 waren 1.747 Männer (81,8 %) und 390 Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 41 Jahren und ist somit im Vergleich zu den Vorjahren etwa stabil. Es ist jedoch festzustellen, dass die Zahl der Rauschgifttoten unter 30 Jahren um 14 % gestiegen, während die Zahl der Rauschgifttoten ab 30 Jahren um etwa 8,6 % gesunken ist.

Die Anzahl der Mischintoxikationen ist erneut angestiegen. Im Jahr 2024 wurden bei 1.707 verstorbenen Personen zwei oder mehr beteiligte Substanzen festgestellt, das sind über 15 % mehr als im Jahr 2023 (1.479 Personen). Ein Teil dieses erneuten Anstiegs kann auf eine verbesserte Auswertungsmethodik sowie eine exaktere Dokumentation durch die LKÄ zurückzuführen sein; er passt allerdings auch zum mittlerweile üblichen Konsummuster des multiplen Substanzgebrauchs. Bei 378 Personen wurde ein monovalenter Konsum i. Z. m. dem Tod registriert, was einen Rückgang um über 27 % im Vergleich zum Vorjahr (2023: 522 Personen) darstellt. Bei 28 % der Rauschgifttoten wurden Langzeitschäden festgestellt, die auf Rauschgiftkonsum zurückzuführen sind.

Die Anzahl der Vergiftungsfälle i. Z. m. Opiaten/Opioiden ist im Vergleich zum Jahr 2023 mit 1.286 Fällen nahezu konstant geblieben. In 712 Fällen wurde dabei (auch) Heroin/Morphin sowie in 665 Fällen und/oder Opiat-Substitutionsmittel festgestellt. Allerdings ist die Zahl der Rauschgifttodesfälle in Verbindung mit neuen Synthetischen Opioiden von vier Fällen im Jahr 2023 auf 32 Fälle im Berichtsjahr gestiegen. Darüber hinaus wurden 698 Vergiftungen in Verbindung mit Kokain/Crack sowie 636 Vergiftungen in Verbindung mit Amfetaminen registriert²³.

Auffällig ist der starke Anstieg der Rauschgifttodesfälle i. Z. m. Neuen Psychoaktiven Stoffen (NPS). Im Berichtsjahr sind 154 Personen in Verbindung mit NPS verstorben (2023: 90), was einem Anstieg von über 70 % entspricht. Darunter befinden sich 23 Todesfälle in Verbindung mit Lachgas, das erstmals in dieser Statistik erfasst wurde.

Auch die Vergiftungen mit Fentanyl sind zum ersten Mal wieder gestiegen (+36 %), wobei die tatsächliche Zahl der Vergiftungen durch NPS, Synthetische Opioide und Fentanyl höher liegen könnte. Grund dafür ist, dass die Substanzen nur schwer erkennbar bzw. feststellbar sind und nicht in allen Fällen

²³ Diese Zahlen beinhalten ohne weitere Differenzierung sowohl monovalente als auch polyvalente Fälle und weichen daher wegen einer etwaigen Mehrfachzählung von den absoluten Zahlen ab.

Obduktionen/toxikologische Gutachten durchgeführt werden. Somit ist von einem größeren Dunkelfeld auszugehen.

Literatur

- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2025a): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2024. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2024RauschgiftBundeslagebild.pdf?__blob=publicationFile&v=7, Zugriff: 15.01.2026.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2025b): Polizeiliche Kriminalstatistik – Berichtsjahr 2024. PKS 2024 Bund – Falltabellen. T01 Grundtabelle – Fälle (V1.0). Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2024/Bund/Faelle/BU-F-01-T01-Faelle_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 09.01.2026.
- Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2024): Polizeiliche Kriminalstatistik – Berichtsjahr 2023. PKS 2023 Bund – Falltabellen. T01 Grundtabelle – Fälle (V1.0). Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2023/Bund/Faelle/BU-F-01-T01-Faelle_xls.xlsx?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 09.01.2026.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2025): Afghanistan Opium Survey 2025. Wien. https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_Opium_Survey_2025.pdf, Zugriff: 09.01.2026.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2024): Myanmar Opium Survey 2024. Wien. https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Myanmar/Myanmar_Opium_Survey_2024.pdf, Zugriff: 09.01.2026.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2023a): Afghanistan Opium Survey 2023. Wien. https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2023.pdf, Zugriff: 09.01.2026.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2023b): Myanmar Opium Survey 2022. Wien. https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2023/Myanmar_Opium_Survey_2022.pdf, Zugriff: 09.01.2026.

Detaillierte Informationen zur aktuellen Rauschgiftsituation in Deutschland finden sich auf der Homepage des Bundeskriminalamtes <https://www.bka.de> (s. insbesondere Bundeslagebild Rauschgift 2024 und Polizeiliche Kriminalstatistik 2024).

2.10 Delikte unter Alkoholeinfluss

Martin Rettenberger, Hanna Verzagt

Zusammenfassung

Alkoholkonsum ist bei einem signifikanten Anteil strafbarer Handlungen ein relevanter Einflussfaktor. Der vorliegende Beitrag stellt zunächst zentrale empirische Befunde dar, die die Bedeutung von Alkohol als erklärende Variable für kriminelles Verhalten verdeutlichen. Anschließend werden unterschiedliche theoretische Erklärungsansätze zu diesem empirisch gut belegten Zusammenhang systematisch dargestellt und diskutiert. Aktuelle Forschung zeigt, dass problematischer Alkoholkonsum mit einem erhöhten Risiko delinquenten Verhaltens zusammenhängt. Entsprechend lassen sich bestimmte Merkmale und Risikofaktoren kriminellen Verhaltens auch zur Einschätzung eines erhöhten Risikos problematischen Alkoholkonsums heranziehen und präventive Strategien ableiten. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die überwiegende Mehrheit alkoholkonsumierender Personen nicht straffällig wird, sodass Alkohol nicht als alleinige oder hinreichende Ursache kriminellen Handelns verstanden werden kann.

Abstract

Alcohol consumption is a relevant influencing factor in a substantial proportion of criminal offenses. This contribution starts to present key empirical findings that illustrate the significance of alcohol as an explanatory variable in criminal behavior. It then systematically outlines and discusses different theoretical approaches to explain this empirically well-established association. Current research indicates that problematic alcohol use is associated with an increased risk of delinquent behavior. Accordingly, certain characteristics and risk factors of criminal behavior can also be used to assess an elevated risk of problematic alcohol consumption and to derive preventive strategies. Nevertheless, it must be acknowledged that most individuals who consume alcohol do not engage in criminal behavior; thus, alcohol cannot be regarded as a sole or sufficient cause of criminal conduct.

1 Einleitung

Sowohl statistische Analysen als auch empirische Befunde zum Zusammenhang von Alkoholkonsum und Kriminalität zeigen, dass ein erheblicher Anteil straffälliger Personen ihre Delikte unter Alkoholeinfluss verübt und dieser bei einzelnen Delikten ein treibender Faktor ist (z. B. beim Tatbestand der Körperverletzung mit 21,5 %). Viele Strafgefangene haben alkoholbezogene Probleme, die im Strafvollzug sowie in Nachsorge- und Resozialisierungsmaßnahmen eine zentrale Rolle in Betreuung und Behandlung spielen (Heimerdinger, 2006). Mehrere Studien zeigen, dass Alkoholkonsum nicht nur mit der Wahrscheinlichkeit von Erstdelinquenz assoziiert ist, sondern auch eine Fortsetzung dieser fördert sowie Rückfallraten erhöht (Bonta, Andrews, 2023; Horney et al., 1995; Rutter et al., 1998). Die ausgeprägten psychotropen Effekte von Alkohol, insbesondere im Rahmen einer Abhängigkeit, können aggressives und delinquentes Verhalten begünstigen (McMurran, Cusens, 2005). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der amtlich registrierten Straftaten ohne Alkoholeinfluss verübt wird (Martin, 2001), was darauf hinweist, dass Alkohol lediglich einen von mehreren Risikofaktoren für kriminelles Verhalten darstellt.

Im Anschluss werden Statistiken zu unter Alkoholeinfluss begangenen Delikten aufgeführt, bevor potenzielle Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität erörtert und darauf aufbauend mögliche präventive Strategien zur Reduktion alkoholbedingter Delinquenz diskutiert werden.

2 Kriminalstatistiken

Das Bundeskriminalamt (BKA) berichtet in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) umfassend zu einer Vielzahl polizeilich registrierter Straftaten in Deutschland. Hier wird eine Straftat als aufgeklärt eingestuft, sobald die Polizei mindestens eine tatverdächtige Person ermittelt hat. Im Jahr 2024 wurde ein Rückgang aller Straftaten um 1,7 % erfasst, wobei es einen leichten Anstieg bei den Gewaltdelikten um 1,5 % zu verzeichnen gab (Bundeskriminalamt, 2025). Laut dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024 konsumierten 8,6 Mio. Menschen zwischen 18 und 64 Jahren riskante Mengen Alkohol (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Dies entspricht im internationalen Vergleich einem hohen Konsum im oberen Drittel.

Im Folgenden soll im Speziellen der in der PKS erfasste Anteil der „Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss“ untersucht werden. Hierbei handelt es sich

Abb. 1: Jahrestrend der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss für alle Deliktgruppen anteilig an den Tatverdächtigen aller erfassten Straftaten

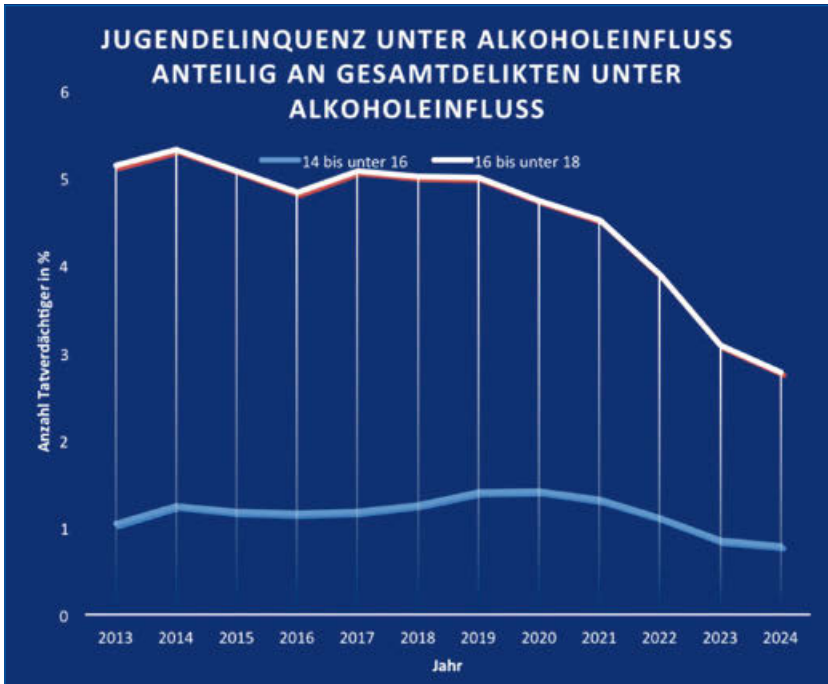


Anmerkungen. Angaben in Prozent. Die zugrundeliegenden Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 20 und 22 der Jahre 2001–2024 entnommen. Hieraus wurden die Daten der Tatverdächtigen, die unter Alkoholeinfluss standen, an allen Tatverdächtigen über alle Deliktgruppen hinweg pro Jahr anteilig berechnet und für eine übersichtlichere Darstellung gerundet.

um eine offensichtliche oder zumindest wahrscheinliche Beeinflussung durch Alkohol beim Tathergang (Bundeskriminalamt, 2023). Es wird nicht erfasst, ob der Alkoholkonsum als maßgeblicher Faktor oder als Begleiterscheinung einzuschätzen ist. Verkehrsstrafaten werden, unter anderem, nicht in der PKS erfasst. Im Durchschnitt liegt der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss über alle Deliktgruppen hinweg im Jahr 2024 bei 8,7 % (s. Abb. 1; PKS Bundeskriminalamt, 2025), im Vorjahr betrug er 9,1 %.

Der Abbildung 1 kann entnommen werden, dass der Trend von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss weiterhin abnehmend ist. Mit aktuell 8,7 % liegt er leicht unter dem Wert von 8,8 % aus 2001. Daraus kann gefolgert werden, dass dem Konsum von Alkohol, trotz der insgesamt leicht erhöhten Gewaltdelinquenz im letzten Jahr, im Allgemeinen keine steigende Bedeutung beigemessen werden kann. Es bestehen jedoch weiterhin erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit von Straftaten unter Alkoholeinfluss zwischen den verschiedenen Delikten, Altersgruppen und im Geschlecht. Jugendliche und heranwachsende Tatverdächtige sind auch in der Gruppe der alkoholisierten Tatverdächtigen in Relation überrepräsentiert (Bundeskriminalamt, 2023).

Abb. 2: Jugendliche Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss anteilig an allen Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss im Jahrestrend



Anmerkungen. Angaben in Prozent. Die Daten wurden aus den PKS-Tabellen Nr. 20 der Jahre 2013–2024 entnommen. Hieraus wurde die Anzahl aller tatverdächtigen Jugendlichen unter Alkoholeinfluss zwischen 14–16 Jahren und 16–18 Jahren anteilig im Verhältnis zu den Gesamtstraftaten unter Alkoholeinfluss berechnet.

In Abbildung 2 wird der Trend von Jugenddelinquenz unter Alkoholeinfluss über die Jahre anteilig an allen Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss dargestellt. Durch die Angaben der Daten in Prozent können die beiden Gruppen im Jahrestrend miteinander verglichen werden.

Aus der Grafik geht ein langfristiger und paralleler Rückgang des relativen Anteils beider Altersgruppen hervor. In der Gruppe der 16- bis unter 18-Jährigen von 5,14 % auf 2,77 % und in der Gruppe der 14- bis unter 16-Jährigen von 1,04 % auf 0,79 %. Jugendliche tragen demnach über die Jahre immer weniger zum gesamten alkoholbedingten Tatverdächtigenaufkommen bei. Dies deckt sich mit der Studienlage zum Rückgang von Alkoholkonsum bei Jugendlichen seit den 2010er Jahren (Orth, Merkel, 2022) sowie dem gesamten internationalen Rückgang von Jugendkriminalität in den letzten 20 bis 30 Jahren (Oberwittler, Svensson, 2025). Dieser wird unter anderem durch den Rückgang von

riskantem Alkoholkonsum bei Jugendlichen erklärt. Die ältere Gruppe der jugendlichen Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ist mit einem konstant 3- bis 4-fach höheren Anteil weiterhin deutlich stärker vertreten, wie aus der Abbildung ersichtlich wird. Diese Befunde sind plausibel und empirisch gut belegt. Jugendliche im späten Jugendalter verfügen über einen deutlich leichteren Zugang zu Alkohol sowie mehr außerhäusliche Freizeitaktivitäten und bewegen sich häufiger in Gruppen, die konfliktrelevante Situationen begünstigen können (Thornberry et al., 1994).

Die Anzahl der polizeilich erfassten Verkehrsunfälle im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich ebenfalls rückläufig (Destatis, 2025). Die Alkoholunfälle im Jahr 2024 schließen sich diesem Trend an und befinden sich damit wieder auf dem Vor-Corona-Niveau. Allerdings gibt es meist nicht nur eine Ursache für die Verkehrsunfälle. So ergibt sich oft eine Kombination aus alkoholisiertem Fahren, der Missachtung von Vorfahrt oder einer überhöhten Geschwindigkeit.

Als Fazit lässt sich von den Zahlen aus 2024 schließen, dass sich trotz der Zunahme der Gewaltdelikte der insgesamt rückläufige Trend von alkoholbeeinflussten Tatverdächtigen über verschiedene Alters- und Deliktgruppen weiter fortsetzt.

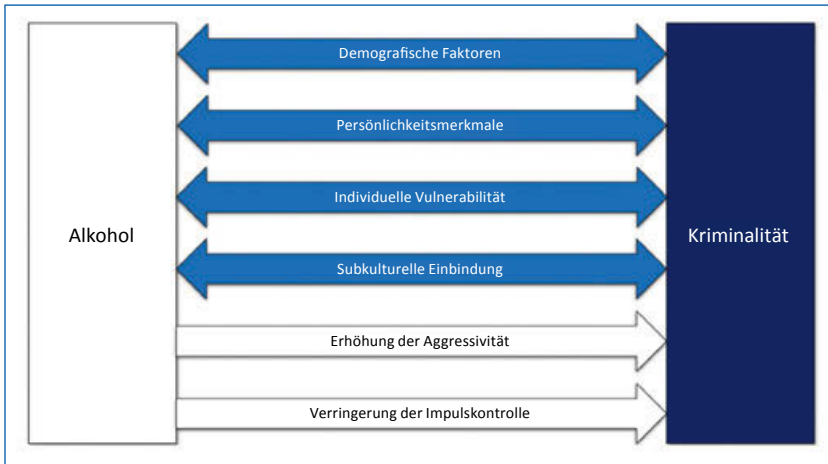
3 Theoretische Erklärungen zum Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und kriminellem Verhalten wurde bereits auf metaanalytischer Ebene untersucht und vielfach theoretisch diskutiert (Bonta, Andrews, 2023; Duke et al., 2018). Um die Frage zu beantworten, weshalb Alkoholkonsum das Risiko für straffälliges Verhalten im Allgemeinen und für gewalttätige Handlungen im Besonderen erhöht, ist es notwendig, verschiedene Einflussfaktoren und theoretische Erklärungen in Betracht zu ziehen. Eine Übersicht über die wichtigsten Faktoren und ihre Wirkweise wird in Abbildung 3 dargestellt und anschließend diskutiert.

3.1 Demografische Faktoren

Im Abschnitt zu den Kriminalstatistiken wurde bereits darauf eingegangen, dass es zwischen diversen gesellschaftlichen Gruppen signifikante Unterschiede im Hinblick auf Risiko, Intensität und Häufigkeit von delinquenten und aggressiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum

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



gibt. So zeigen sich sowohl in der Häufigkeit von Kriminalität als auch im allgemeinen Konsum von Alkohol deutliche Geschlechterunterschiede: Männer konsumieren Alkohol häufiger und in größeren Mengen als Frauen (Schaller et al., 2022) und haben eine erhöhte Vulnerabilität für kriminelles und gewalttätiges Verhalten, insbesondere, wenn sie jung und ökonomisch benachteiligt sind (Hansen, 2018).

Generell wird niedriges Alter mit einem erhöhten Risiko für riskantes Trink-, kriminelles oder gewalttätiges Verhalten in Verbindung gebracht. Im höheren Alter nimmt das riskante Trinkverhalten in der Tendenz ab und die Alkoholabstinenz nachweislich zu (Weyerer, Schäufele, 2017). Intensiver Alkoholkonsum im Alter von 18 Jahren gilt als starker Prädiktor für späteres kriminelles Verhalten (Farrington, 2003).

Zusammengenommen lassen sich international Trends abbilden, die darauf schließen lassen, dass der Alkoholkonsum bei Frauen ansteigt (Moinuddin et al., 2016), was auf eine gesellschaftliche Normalisierung und Akzeptanz eines solchen zurückgeführt werden könnte. Gleichzeitig zeigt sich ein geringerer Geschlechterunterschied in der Jugendkriminalität, da die Kriminalitätsneigung von Jungen stärker gesunken zu sein scheint als die der Mädchen (Oberwittler, Svensson, 2025). Dennoch gibt es weiterhin mehr weibliche Opfer von Gewalt als Täterinnen (Hansen, 2018).

Wie in Abbildung 2 gezeigt werden konnte, bleibt der Übergang vom mittleren ins spätere Jugendalter der sensibelste Risikobereich für alkoholbedingte

Straftaten, was sich mit dem internationalen Trend deckt (Oberwittler, Svensson, 2025). Die Ursachen liegen vermutlich nicht primär in gruppenspezifischen Faktoren, wie bspw. Schulpolitik, sondern in breiteren, gesellschaftlichen Veränderungen (Akzeptanz von Alkoholkultur und Gelegenheiten, Alkohol zu kaufen und zu konsumieren, Wochenendkultur, Verlagerung von Freizeitaktivitäten von draußen nach drinnen, Präventionsprogramme). Als wichtige Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum dieser Gruppen gelten soziale Integration, familiäre Verhältnisse und Bildung (Görgen et al., 2013).

Moore et al. (2005) diskutieren weitere demografische Faktoren, die relevanten Einfluss nehmen, wie Gesundheitsverhalten (bspw. Rauchen), sozioökonomische und kulturelle Schichtzugehörigkeit (bspw. Arbeitslosigkeit), Bildungsniveau und Familienstand.

Alter und Geschlecht bleiben jedoch die zentralen Variablen im Zusammenhang von Alkohol und Kriminalität. Um langfristig und weiterhin einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung der besonders vulnerablen Gruppe jugendlicher Alkoholkonsumierender zu nehmen, empfehlen Görgen et al. (2013) die Implementierung präventiver Maßnahmen, die besonders darauf abzielen, soziale Kompetenzen und multiprofessionelle Ansätze zu fördern.

3.2 Persönlichkeitsmerkmale

Neben demografischen Faktoren spielen auch individuelle Unterschiede in der Persönlichkeit eine bedeutsame Rolle bei der Frage, inwieweit Alkoholkonsum zu kriminellem Verhalten führen kann. Mit „Persönlichkeit“ ist hier das Muster zeitlich überdauernder Merkmale gemeint, welches das Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst und die eine von der anderen Person unterscheidbar macht (Wirtz, 2021). In einer Meta-Analyse von 2011 fanden Jones et al., dass es sowohl bestimmte Persönlichkeitsmerkmale gibt, die sowohl mit einem erhöhten Risiko für antisoziales Verhalten und Aggression als auch mit Alkoholkonsum assoziiert sind. In einem positiven Zusammenhang stand hierbei vor allem Neurotizismus, in einem negativen standen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, nach dem Modell der Big-Five-Persönlichkeitsmerkmale von John et al. (2008).

Insgesamt kann damit auf ein erhöhtes Risiko von diversen externalisierenden Verhaltensweisen geschlossen werden, was auch zu den Befunden von Littlefield et al. (2010) passt, die zeigen konnten, dass es zu einer Reduktion problematischen Trinkverhaltens kam, wenn sich Veränderungen in Impulsivität und Neurotizismus im Jugend- und Heranwachsendenalter gezeigt hatten.

Bei problematischem Alkoholkonsum ist ein weiterer relevanter Aspekt die eingeschränkte Fähigkeit, die langfristigen Konsequenzen des eigenen Handelns angemessen abzuwägen. So stehen oft kurzfristige Belohnungen, wie der Rauschzustand, im Vordergrund (Bushman et al., 2012). Das damit verwandte *Sensation Seeking* wird häufig mit Risikoverhalten und Substanzgebrauch in Verbindung gebracht. Allerdings setzt sich *Sensation Seeking* aus mehreren Subdimensionen zusammen, wobei Disinhibition, also Enthemmung, den stärksten Zusammenhang mit Alkoholgebrauch zeigte (Hittner, Swickert, 2006). In Übereinstimmung damit zeigen neuere Befunde, dass Personen mit hohem *Sensation Seeking* bei akutem Alkoholkonsum Situationen der verminderten Verhaltenshemmung stärker ausgesetzt sind als Personen mit geringem *Sensation Seeking* (Wei et al., 2023). Ferner wird empirisch die *Disinhibition* zwischen *Impulsivität* und *Sensation Seeking* unterschieden: In einer Studie mit 310 College-Studierenden zeigte sich, dass *Sensation Seeking* und *Impulsivität* unterschiedliche Prädiktoren für Alkoholgebrauch und alkoholbezogene Probleme darstellen (Magid et al., 2007). Diese Differenzierung legt nahe, dass bei der Prävention von riskantem Alkoholkonsum die verschiedenen Subdimensionen je nach Zielgruppe in den Blick genommen werden sollten.

Weitere Persönlichkeitsmerkmale, die häufig im Rahmen des Konzepts der Psychopathie betrachtet werden, sind Dissozialität oder Antisozialität (Bonta, Andrews, 2023). Hiermit ist eine Tendenz zu abweichendem Verhalten gemeint, das oftmals mit einer reduzierten Empathiefähigkeit und vermindertem Schuldempfinden sowie einer erhöhten Ich-Bezogenheit einhergeht. Auch hier zeigen sich insbesondere die negativen Facetten des *Sensation Seeking*s. Ein höherer Psychopathie-Score ist auch mit einem erhöhten Risiko für kriminelles Verhalten und problematischem Alkoholkonsum assoziiert. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Persönlichkeitsmerkmale unterschiedlich auf kriminelles Verhalten und Alkoholmissbrauch auswirken und zudem wiederum hinsichtlich demografischer Variablen unterschieden werden müssen. Dies wird im Folgenden, insbesondere im Hinblick auf individuelle Vulnerabilität sowie subkulturelle Einflüsse, verdeutlicht werden.

3.3 Individuelle Vulnerabilität

Der Begriff der Vulnerabilität ist hier als individuelle Anfälligkeit für ein erhöhtes Risiko für delinquentes und gewalttätiges Verhalten sowie problematischen Alkoholkonsum zu verstehen. Empirische Befunde zeigen dazu enge Zusammenhänge, insbesondere bei Individuen, die zu langanhaltendem oder chronisch missbräuchlichem Alkoholkonsum neigen. Wie zuvor beschrie-

ben, gibt es Menschen, die Persönlichkeitsmerkmale aufweisen, die zu einer erhöhten oder verringerten Vulnerabilität für Alkoholkonsum und kriminellem Verhalten führen. In diesem Abschnitt soll verstärkt auf genetische und psychische Prädispositionen eingegangen werden, die von anderen Faktoren unabhängig zu einem erhöhten Risiko führen können.

Bereits Noël et al. (2001) fanden in einer neuropsychologischen Studie heraus, dass langanhaltender Alkoholkonsum insbesondere schädliche Auswirkungen auf den Frontalkortex hat, der, unter anderem, für inhibitorische Funktionen zuständig ist. Dies könnte erklären, warum insbesondere langanhaltender Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko zu delinquentem Verhalten mit sich bringt, da „Kurzschlussreaktionen“ schlechter unterdrückt werden können. Passend dazu konnten Wei und Kollegium (2023) feststellen, dass es bei sogenannten *High-Sensation-Seekern* bei akutem Alkoholkonsum eine Prädisposition zu einer reduzierten Präfrontalaktivität im Gehirn zu geben scheint.

Problematischer Alkoholkonsum an sich hängt häufig mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen zusammen (Debell et al., 2014). Lieb und Frauenknecht gehen in ihrem Buch davon aus, dass die Erbllichkeit der psychischen Erkrankung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei etwa 40 %–60 % liegt. Diese Angabe ist vergleichbar mit der Erbllichkeitsrate von Blutdruck oder Asthmaerkrankungen. Darüber hinaus kann es in seltenen Fällen zu einem pathologischen Rauschzustand kommen, bei dem es zu untypisch aggressivem oder gewalttätigem Verhalten kommt. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass so komplexe Verhaltensweisen wie delinquentes Verhalten immer durch die Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und entwicklungsbedingten Einflüssen geprägt werden und somit nie vorherbestimmt sind (Elam et al., 2018).

Insbesondere bei schwerwiegenden Gewaltstraftaten, die sexuell motiviert sind, zeigen Befunde, dass ein erheblicher Anteil der Tatbegehenden sowohl chronisch problematisches Trinkverhalten zeigte als auch häufig während der Tat unter akutem Alkoholeinfluss stand (Eher et al., 2019; Seiser et al., 2023). Rund 40 % der inhaftierten Sexualstraftäter hatten einen Substanzmissbrauch diagnostiziert und wiesen eine problematische Impulsivität bzw. *Disinhibition* auf. Eine aktuelle Studie fand, dass es in intimen Partnerschaften häufiger zu Gewalt kam, wenn eine oder – noch deutlich häufiger – beide Personen in der Beziehung Alkohol konsumierten (Shorey et al., 2025). Allerdings ist auch hier nicht davon auszugehen, dass Alkohol der Auslöser für gewalttätiges Verhalten in Beziehungen ist. Stattdessen sind häufig ungünstige Beziehungsmuster, wie problematisches Konfliktverhalten und geringe Emotionsregulationsstrategien, bereits vorhanden und werden durch den Gebrauch von Alkohol noch

verstärkt (Fink et al., 2023). Davis und Kollegium (2012) stellten zudem fest, dass Personen ein erhöhtes Risiko haben, Gewalt- oder Sexualstraftaten zu begehen, wenn sie Alkohol missbräuchlich nutzen.

Die hier beschriebenen Faktoren hängen stark mit den in Abschnitt 3.5 näher erläuterten neurowissenschaftlichen Grundlagen zusammen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die individuelle Anfälligkeit für alkoholbezogene Probleme und Störungen sowie die Neigung zu erhöhter Aggressivität auf einer gemeinsamen, komplexeren ätiologischen Grundlage beruhen (Beck, Heinz, 2013). Kommt eine individuelle Vulnerabilität mit ungünstigen Lebensbedingungen und einschränkenden Entwicklungsmöglichkeiten zusammen – etwa durch familiäre Probleme oder soziale Diskriminierungserfahrungen –, kann sich das Risiko für Kriminalität und alkoholbedingte Probleme deutlich steigern.

3.4 Subkulturelle Einbindung

Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft zwar rückläufig, bleibt jedoch weiterhin weit verbreitet. Dennoch gehören Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu einer der am stärksten stigmatisierten Gruppen und gesellschaftlich ausgegrenzten Individuen (Link et al., 1999). Ebenso entstehen Subkulturen bei delinquentem Verhalten ebenfalls oft als Ergebnis, nicht als Ursache, und sollten daher als sozio-ökologischer Faktor verstanden werden, der im Zusammenspiel mit dem Ausmaß des Alkoholkonsums, individuellen Merkmalen und sozialen Ressourcen das Risiko für delinquente Aktivitäten beeinflusst. Verschiedene Mechanismen können demnach maßgeblich dazu beitragen, ob sich Subgruppen im Laufe des Lebens auflösen oder gefestigt werden und zu einer Entfremdung von der Allgemeingesellschaft führen.

Auch frühe Belastungserfahrungen oder Traumata in der Kindheit können einen eigenständigen und robusten Risikofaktor für spätere Gewaltdelinquenz und problematischen Alkoholkonsum darstellen und so in gewisser Weise von Generation zu Generation weitergegeben werden. So zeigen bevölkerungsbasierte Analysen eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Anzahl erlittener Belastungserfahrungen, also Polyviktimisierung, und der Wahrscheinlichkeit von riskantem Alkoholkonsum im jungen Erwachsenenalter (Shin et al., 2018). Je häufiger, schwerer und abhängig von der Art der Kindheitsbelastung, desto eher liegt ein signifikant erhöhtes Risiko für frühe delinquente Entwicklungsverläufe vor (Stewart et al., 2002).

Alkohol ist häufig Teil ritualisierter Gruppenpraktiken und dient der Identitäts- und Normbildung in gewaltorientierten Subkulturen (z. B. Hooligan-

Szenen [Grodecki, Antonowicz, 2025] oder in der rechtsextremen Szene [Bundesministerium für Inneres, 2006]). Jedoch fungiert er eher als eskalierender Kontextfaktor denn als alleinig kausaler Treiber von Gewalt. Livingstone und McCafferty (2015) fanden heraus, dass es in Gruppen insbesondere darauf ankommt, wie sich die Gruppe identifiziert und welche wahrgenommene Relevanz Alkohol in dieser Gruppe hat. Je nachdem, wie hoch diese Faktoren sind und eine Person der Gruppe gegenüber positiv eingestellt ist, sind diese Dynamiken sogar häufig stärker als normbasierte Interventionen.

Das Zusammenspiel von Alkoholkonsum und Devianz stellt folglich ein gesellschaftliches Problem dar, das viele präventive Ansatzpunkte bietet.

3.5 Erhöhte Aggressivität und verringerte Impulskontrolle

Bei den Faktoren gesteigerte Aggressivität und verminderte Impulskontrolle wird davon ausgegangen, dass diese nicht wechselseitig durch kriminelles Verhalten und Alkoholkonsum beeinflusst werden, sondern vielmehr als Prädispositionen beim Gebrauch von Alkohol kriminelles Verhalten verstärken können. Ab 1,5 Promille zeigt sich, laut Lieb und Frauenknecht (2019), symptomatisch eine alkoholbedingte Euphorie oder Aggressivität sowie Explosivität und herabgesetzte Kritikfähigkeit. Wobei die meisten Menschen, die Alkohol konsumieren, nicht aggressiv werden (Beck, Heinz, 2013). Vielmehr wird eine alkoholinduzierte Aggression neben neurobiologischen Faktoren durch Erwartungen an die Wirkung des Konsums, frühere Erfahrungen mit gewalttätigen Konflikten und kognitive Defizite sowie Diskriminierungserfahrungen bedingt. Diese Gen-Umwelt-Interaktionen wirken sich dann unter anderem auf das serotonerge Neurotransmittersystem aus. Dieses System spielt eine zentrale Rolle in der neurobiologischen und psychologischen Regulation von Emotionen und Verhalten. Im Kontext des Alkoholkonsums wird angenommen, dass alkoholinduzierte Veränderungen dieser Systeme die Kontrolle über das Verhalten in spezifischen Hirnregionen – insbesondere im Präfrontalkortex und im limbischen System – deutlich beeinträchtigen können.

So geht die enthemmende Wirkung von Alkohol häufig mit reduzierter Angst sowie einem gesteigerten Gefühl von Mut und Reizbarkeit einher (Exum, 2006). Wie zuvor beschrieben, kann aggressives Verhalten bei Alkoholkonsum außerdem vermehrt durch Enthemmung (*Disinhibition*), insbesondere bei *Sensation Seeking*, oder bei Personen mit erhöhter Impulsivität oder antisozialen Tendenzen auftreten. Dementsprechend kann es dieser Personengruppe schwerer fallen, aggressive Reaktionen zu unterdrücken, und es kann zu ei-

nem Anstieg von riskantem und potenziell gefährlichem Verhalten kommen, bei dem Betroffene sowohl sich selbst als auch andere gefährden.

Auch die psychomotorisch stimulierende und schmerzlindernde Wirkung (Thompson et al., 2017) kann bei chronischen Schmerzen zu einem regelmäßigen Konsum führen, aber auch erklären, warum Gewaltdelikte unter Alkoholeinfluss schwerwiegender ausfallen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich um ein komplexes Zusammenspiel interindividueller Unterschiede, (genetischer) Prädispositionen und ungünstiger Lebenserfahrungen handelt, die sich direkt oder indirekt auf die Faktoren Aggressivität und Impulsivität auswirken können. Eine eingeschränkte Selbstkontrolle, zusammen mit einer reduzierten Fähigkeit, die langfristigen Konsequenzen des eigenen Handelns angemessen abzuschätzen, und die eigenen ungünstigen Erwartungen an die Wirkung des Alkoholkonsums können zu gesteigertem kriminellem Verhalten führen.

4 Prävention und Fazit

Die besonderen Entwicklungen aus 2024 (Rückgang der Gesamtkriminalität, gleichzeitiger Anstieg von Gewalt, weiterhin hohes Konsumniveau) machen es besonders lohnend, Delikte unter Alkoholeinfluss unter dem Blickwinkel struktureller Prävention (höhere Alkoholsteuern, eingeschränkte Verfügbarkeit, Regulierung von Werbung) zu betrachten (Richter et al., 2025).

Die Grundprinzipien und die Vorgehensweise bisheriger Präventionsstrategien sind: erstens, im Bereich der Primärprävention: breit angelegte Informationskampagnen, die die Bevölkerung über die Folgen von Alkoholkonsum aufklären. Hierbei soll das Bewusstsein für gesundheitliche und soziale Risiken geschärft werden. Zweitens, sekundärpräventive Ansätze: Bekannte Risikogruppen, wie beispielsweise junge Männer, werden angesprochen, um so gezielt auf die Bedürfnisse und Gefahrenpotenziale dieser Gruppen eingehen zu können. Drittens zielt die Tertiärprävention auf bereits vorbelastete Personen ab. Es werden gezielte Betreuungs-, Behandlungs- und gegebenenfalls Kontrollmaßnahmen durchgeführt. Adressiert werden insbesondere Gruppen, die strafrechtlich auffällig geworden sind und Probleme im Bereich des Alkohol- und Drogenkonsums zeigen. Diese spezialisierten Interventionen können, sofern notwendig, auch durch gerichtliche Anordnungen initiiert, begleitet und überwacht werden, um deren Wirksamkeit und nachhaltige Effekte sicherzustellen.

Wie unter Abschnitt 2 dargestellt werden konnte, liegt die Zahl der unter Alkoholeinfluss tatverdächtigen Personen, weiterhin im Trend auf dem nied-

rigeren Niveau von vor den Corona-Jahren. Es liegt nahe, dass sich hierin die Wirkung bisheriger Präventionsstrategien widerspiegelt und das Potenzial präventiver Maßnahmen zur Reduktion alkoholbedingter Straftaten sichtbar wird. Zugleich wird die Bedeutung kontinuierlicher und systematisch weiterentwickelter Präventionsbemühungen betont, um diese Entwicklungen zu stabilisieren und fortzuführen.

Literatur

- Beck, A; Heinz, A. (2013): Alcohol-related aggression – social and neurobiological factors. *Dt. Arzteblatt*, 110(42), 711–715. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0711>.
- Bonta, J.; Andrews, D. A. (2023): *The psychology of criminal conduct*. 7th Edition. London: Routledge.
- Bundesministerium für Inneres; Bundesamt für Verfassungsschutz und Terrorismusbekämpfung (Hrsg.) (2006): *Verfassungsschutzbericht 2006: Berichtszeitraum 2005 und erstes Halbjahr 2006*. Wien. https://www.dsn.gv.at/501/files/VSB/Verfassungsschutzbericht_2006_Berichtszeitraum_2005_und_erstes_Halbjahr_2006.pdf, Zugriff: 02.02.2026.
- Bundeskriminalamt (2025): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2024: Polizei registriert über 5,83 Millionen Straftaten im Jahr 2024*. Wiesbaden. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2024/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2024.html, Zugriff: 02.02.2026.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2023): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2022*. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit (2025): *Alkohol*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html>, Zugriff: 02.02.2026.
- 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.
- Davis, K. C. et al. (2012): Childhood sexual abuse and acute alcohol effects on men's sexual aggression intentions. *Psychology of Violence*, 2(2), 179–193.
- Debell, F. et al. (2014): A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1401–1425. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>.
- Duke, A. A. et al. (2018): Alcohol, drugs, and violence: A Meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), S. 238–249. <https://doi.org/10.1037/vio0000106>.

- Eher, R.; Rettenberger, M.; Turner, D. (2019): The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(6), 572–581. DOI: 10.1111/acps.13024.
- 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. DOI: 10.1017/S0954579418000901.
- 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. 137–184.
- Fink, B. C. et al. (2023): Heart rate variability may index emotion dysregulation in alcohol-related intimate partner violence. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1017306>.
- 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.
- Grodecki, M.; Antonowicz, D. (2025): Old wine in the new skin? Modern hooliganism and competitive violence in football. *Call for Papers. Sport in Society*. https://think.taylorandfrancis.com/special_issues/old-wine-in-the-new-skin-modern-hooliganism-and-competitive-violence-in-football/, Zugriff: 02.02.2026.
- Hansen, L. L. (2018): Violent crime. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, 1-2. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosv019>.
- Heimerdinger, A. (2006): Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (KrimZ). <https://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/kup52.pdf>, Zugriff: 02.02.2026.
- Hittner, J. B.; Swickert, R. (2006): Sensation seeking and alcohol use: a meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1383–1401. DOI: 10.1016/j.addbeh.2005.11.004.
- Horney, J.; Osgood, D. W.; Haen Marshall, I. (1995): Criminal careers in the short-term: Intraindividual variability in crime and its relation to local life circumstances. *American Sociological Review*, 60, 655–673. <https://doi.org/10.2307/2096316>.
- John, O. P.; Naumann, L. P.; Soto, C. J. (2008): Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In: John, O. P.; Robins, R. W.; Pervin, L. A. (Eds.): *Handbook of personality: Theory and research*. 3rd Edition. New York: The Guilford Press. 114–158.

- Jones, S. E.; Miller, J. D.; Lynam, D. R. (2011): Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice*, 39(4), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.03.004>.
- Lieb, K.; Frauenknecht, S. (2019): *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 9. Auflage. München: Elsevier.
- Link, B. G. et al. (1999): Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333.
- Littlefield, A.; Sher, K.; Wood, P. (2010): Do Changes in Drinking Motives Mediate the Relation Between Personality Change and “Maturing Out” of Problem Drinking? *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 93–105. <https://doi.org/10.1037/a0017512>.
- Livingstone, A. G.; McCafferty, S. (2015): Explaining reactions to normative information about alcohol consumption: A test of an extended social identity model. *The International Journal on Drug Policy*, 26(4), 388–395. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.10.005>.
- Magid, V.; Maclean, M. G.; Colder, C. R. (2007): Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2046–2061. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.01.015>.
- 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).
- 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.
- Noël, X. et al. (2001): Supervisory Attentional System in Nonamnesic Alcoholic Men. *Archives Of General Psychiatry*, 58(12), 1152–1158. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.12.1152>.
- Oberwittler, D.; Svensson, R. (2025): The International Youth Crime Drop: Evidence and Explanations. *Crime and Justice*, 54. <https://doi.org/10.1086/737409>.
- 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>.

- Richter, A.; Starker, A.; Schienkiewitz, A. (2025): Neubewertung des Alkoholkonsums in Deutschland – Welche Bevölkerungsgruppen haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko? *Journal of Health Monitoring*, 10(3). DOI: 10.25646/13396.
- Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998): *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press.
- Schaller, K. et al. (2022): *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Hrsg. vom Deutschen Krebsforschungszentrum. Lengerich: Pabst.
- Seiser, A. et al. (2023): The prevalence of mental disorders among incarcerated adult men convicted of child sexual exploitation material offences. *CNS Spectrums*, 28(6), 719–725. <https://doi.org/10.1017/S1092852923002262>.
- Shin, S. H.; McDonald, S. E.; Conley, D. (2018): Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020>.
- Shorey, R. C.; Dunsiger, S. I.; Stuart, G. L. (2025): Alcohol use as a predictor of intimate partner violence in emerging adulthood: A dyadic daily diary investigation. *Addiction*, 120(1), 77–85. <https://doi.org/10.1111/add.16681>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Durchschnittlich 8 Tote und fast 1 000 Verletzte pro Tag bei Verkehrsunfällen im Jahr 2024. Pressemitteilung vom 09. Juli 2025. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_248_46241.html, Zugriff: 02.02.2026.
- Stewart, A.; Dennison, S.; Waterson, E. (2002): Pathways from child maltreatment to juvenile offending. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*; No. 241. Canberra: Australian Institute of Criminology. <https://www.aic.gov.au/sites/default/files/2020-05/tandi241.pdf>, Zugriff: 03.03.2026.
- 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.
- Thornberry, T. P. et al. (1994): Delinquent peers, beliefs, and delinquent behavior: A longitudinal test of interactional theory*. *Criminology*, 32(1), 47–83. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1994.tb01146.x>.
- Wei, L. et al. (2023): The impact of sensation seeking personality trait on acute alcohol-induced disinhibition. *Drug and Alcohol Dependence*, 250. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110907>.
- Weyerer, S.; Schäufele, M. (2017): Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. *Sucht*, 63(2), 69–80.
- Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2021): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Online-Publikation. Stichwort: Persönlichkeit. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/persoenlichkeit>, Zugriff: 02.02.2026.

2.11 Suchtmittel im Straßenverkehr 2024 – Zahlen und Fakten

Nadja Färber, Claudia Mollidor

Zusammenfassung

Alkohol im Straßenverkehr

Im Betrachtungszeitraum 2015 – 2024 hat sich die Zahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden um 12 % erhöht. Dies geschah aber nicht kontinuierlich. Während im Zeitraum vor der COVID-19-Pandemie die Zahl der Alkoholunfälle in etwa stabil war, ging sie währenddessen – in den Jahren 2020 und 2021 – zurück, um im Anschluss stark zuzunehmen. Seit dem Maximum in 2022 sind die Zahlen wieder rückläufig. Die Zahl der alkoholisierten Beteiligten an Unfällen mit Personenschaden folgt dabei im Wesentlichen den Unfallzahlen und hat sich zwischen 2015 und 2024 ebenfalls um 12 % erhöht.

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

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

Drogen im Straßenverkehr

Unfälle mit der Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ (hier als „Drogen“ bezeichnet) sind Unfälle, bei denen mindestens eine beteiligte Person unter dem Einfluss von Drogen stand. Darunter fallen alle Substanzen nach § 24a des Straßenverkehrsgesetzes – in 2024 auch noch Cannabis – **außer Alkohol**.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl der Unfälle unter dem Einfluss von Drogen fast verdoppelt, sie ist aber mit anteilig 1 % aller Unfälle mit Personenschaden weiterhin sehr gering. Im selben Zeitraum hat die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt um knapp 5 % abgenommen.

Der deutliche Anstieg der Unfälle mit der Ursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ ist zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei kontinuierlich verbessert hat. Wie sich die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss von Drogen tatsächlich entwickelt hat, ist jedoch aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten. Es muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden.

Abstract

Alcohol

In the period 2015 – 2024, the number of alcohol-related road traffic crashes with personal injury increased by 12 %. However, this did not happen continuously. While the number of alcohol-related crashes was roughly stable before the COVID-19 pandemic, it declined during this period – in 2020 and 2021 – only to rise sharply afterwards. Since peaking in 2022, the numbers have been declining again. The number of persons under the influence of alcohol involved in personal injury crashes also increased by 12 % between 2015 and 2024.

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

Alcohol-related crashes with personal injury occur most frequently in the evening and early morning hours, especially during weekend nights. Young adults are disproportionately represented among those responsible for these nighttime ‘leisure accidents’. Since 2001, there has been a 0.5 g/L limit for drivers of motor vehicles in Germany. A ban on alcohol has been in place for novice drivers since 2007. This applies to all persons under the age of 21 and to persons who are still in the two-year probationary period, regardless of their age.

Drugs

Accidents caused by the ‘influence of other intoxicating substances’ (here called ‘drugs’) are accidents in which at least one person involved was under the influence of drugs. This includes all substances according to § 24a of the Road Traffic Act – including cannabis in 2024 – except alcohol.

In the last ten years, the number of accidents under the influence of drugs has almost doubled, but at 1 % of all accidents involving personal injury, it remains very low. During the same period, the total number of accidents involving personal injury fell by just under 5 %.

The significant increase in accidents caused by ‘the influence of other intoxicating substances’ is at least partly due to the fact that drug recognition by the police has continuously improved. However, it is therefore not easy to deduce from these figures how participation in road traffic under the influence of drugs has actually developed. It must be assumed that there are unreported cases.

1 Alkohol im Straßenverkehr

Gesetzeslage 2024

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. Als Rechtsfolge können drohen:

- Entzug der Fahrerlaubnis,
- Sperrfrist,
- Punkte im Fahreignungsregister,
- Anordnung einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU),
- Geld- und oder Freiheitsstrafe.

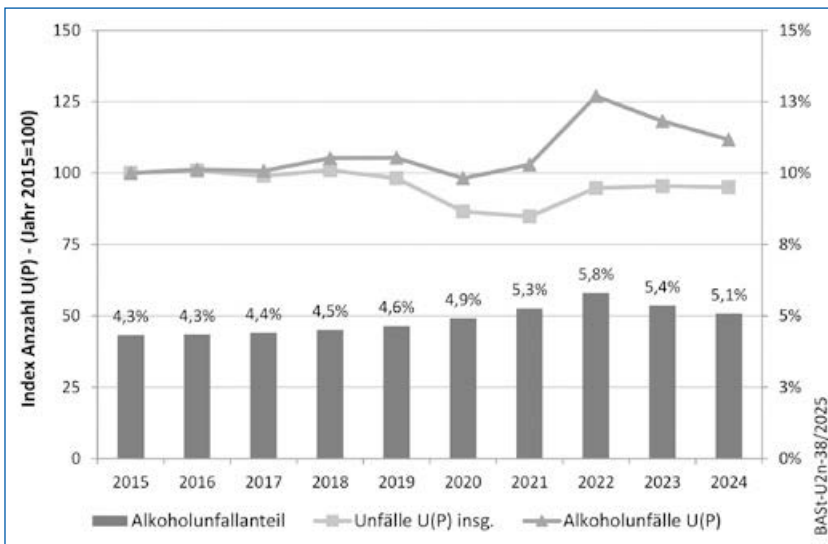
Alkoholunfälle

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 (§ 316 StGB).

Im Jahr 2024 ereigneten sich 14.787 Alkoholfälle mit Personenschaden (U(P)). Bei diesen Unfällen verunglückten 17.974 Personen. Getötet wurden 198 Personen (1,1 % der Verunglückten). 3.994 Personen (22,2 %) wurden schwer verletzt, sie wurden also für mindestens 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 13.782 Personen (76,7 %), wurde leicht verletzt. Alkoholfälle sind dabei noch immer deutlich folgenreicher als Unfälle insgesamt. Im Jahr 2024 kamen auf 1.000 Alkoholfälle mit Personenschaden 13 Getötete und damit 1,4-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt. Der Anteil von Alkoholfällen mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden betrug 5,1 %.

Die Entwicklung der Alkoholfälle stagniert seit 2015 – der Wert 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 Alkoholfälle nur leicht gegenüber den Vorjahren. Nachdem die Anzahl der Alkoholfälle in 2022 erneut angestiegen war, ist sie seit 2023 wieder rückläufig. Ihr Wert liegt 2024 5,5 % niedriger als im Vorjahr, aber 6,0 % über dem Ergebnis von 2019 (vgl. Abb. 1 und Tab.1).

Abb. 1: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Alkoholfälle 2015–2024; Index 2015 = 100 (nur Unfälle mit Personenschaden U(P))



Quelle: BAST, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025

Tab. 1: Alkoholfälle mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte 2015–2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
U(P) alkoholisiert	13.239	13.403	13.343	13.934	13.949	13.003	13.628	16.807	15.652	14.787
dabei Getötete	256	225	231	244	228	156	165	242	198	198
dabei Schwerverl.	4.590	4.506	4.531	4.634	4.592	4.106	4.272	5.016	4.262	3.994
dabei Leichtverl.	11.836	12.264	12.040	12.595	12.591	11.385	11.889	15.102	14.424	13.782
alkohol. Beteiligte	13.361	13.532	13.463	14.056	14.070	13.098	13.745	16.947	15.806	14.920

Quelle: BAST, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025 BAST-U2n-38/2025

Das Alkoholfallgeschehen ist sehr stark von der Jahreszeit, vom Wochentag und von der Uhrzeit abhängig. Der Monat mit den meisten Alkoholfällen des Jahres 2024 war der August. Allgemein ist das Alkoholfallgeschehen im Sommer höher als im Rest des Jahres.

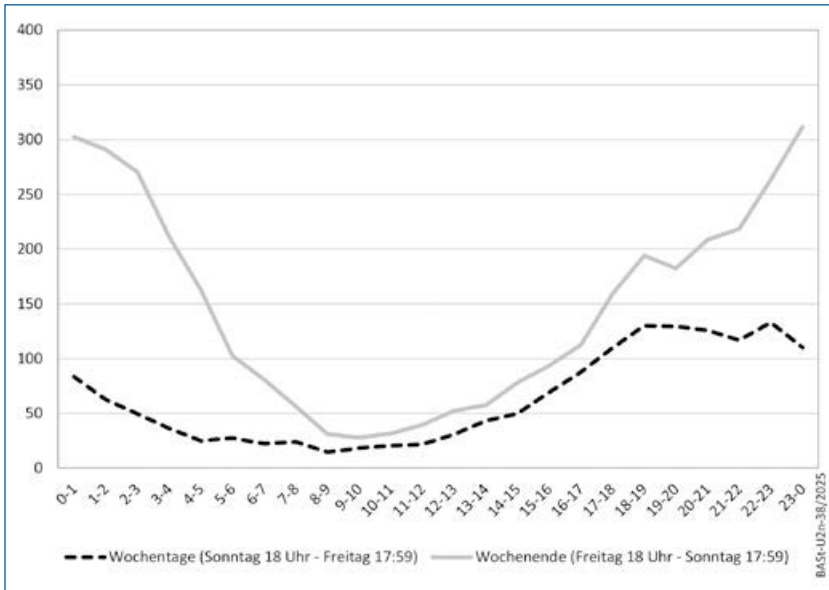
Im Wochenverlauf ereignen sich die meisten Alkoholfälle am Wochenende. Von den insgesamt 14.787 Alkoholfällen mit Personenschaden im Jahr 2024 fielen 3.538 (23,9 %) auf einen Samstag und 3.158 (21,4 %) auf einen Sonntag. An Freitagen lag der Anteil bei 14,9 % und an Donnerstagen bei 11,9 %. Die Wochentage Montag bis Mittwoch wiesen die geringste Zahl an Alkoholfällen auf, im Schnitt ereigneten sich an diesen Tagen 9,3 % der Alkoholfälle.

Die meisten Alkoholfälle ereignen sich abends und nachts zwischen 18 Uhr und 2 Uhr. Im Jahr 2024 lag der Anteil der Alkoholfälle in diesen acht Stunden bei 57,6 %. Im Vergleich dazu fielen nur 21,7 % der Unfälle mit Personenschaden insgesamt (d. h. mit und ohne alkoholisierte Beteiligte) in diesen Zeitraum.

Über ein Viertel (26,7 %) der Alkoholfälle ereignete sich dabei in den sechzehn Wochenstunden von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag jeweils zwischen 18 und 2 Uhr nachts. Damit ist ein klarer Schwerpunkt der Alkoholfälle in den Nachtstunden an den Wochenenden auszumachen.

Aus der vom Bundesministerium für Verkehr (BMV) in Auftrag gegebenen Studie „Mobilität in Deutschland 2023“ geht hervor, dass an Wochenenden längere Wege zurückgelegt werden als in der Woche, was Ausflügen, Besuchen oder anderen Freizeitaktivitäten zugeschrieben wird (infas et al., 2025). Dabei sind es vermutlich vor allem auch Freizeitaktivitäten, bei denen häufiger Alkohol konsumiert wird, wie z. B. das Treffen von Bekannten und Verwandten, der Besuch von Veranstaltungen und Restaurants, Kneipen und Clubs. 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

Abb. 2: Alkoholunfälle mit Personenschaden nach Wochentagen und Wochenenden im Tagesverlauf 2024



Quelle: BAST, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025

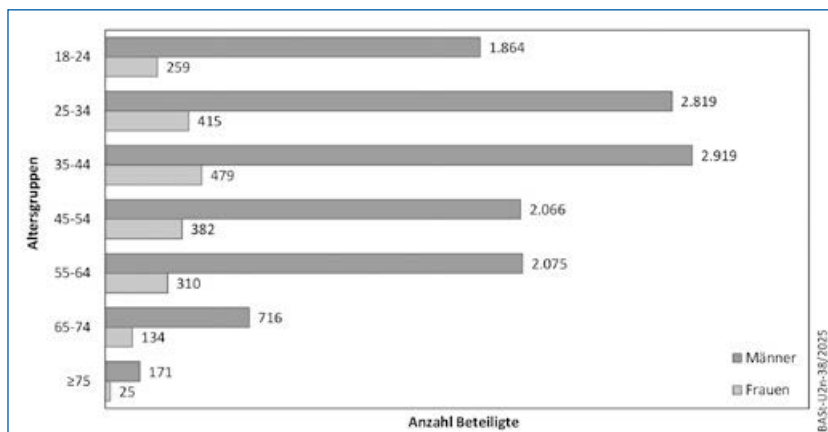
unterwegs waren. Die Verteilung der Alkoholunfälle nach Wochentagen und Wochenenden im Tagesverlauf ist in Abb. 2 dargestellt.

Alkoholisierter Unfallbeteiligte

Bei den insgesamt 15.652 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2024 waren 14.920 Unfallbeteiligte alkoholisiert. Gemessen an allen Beteiligten bei Unfällen mit Personenschaden (538.097), machten alkoholisierte Beteiligte damit einen Anteil von 2,8 % aus. Die meisten alkoholisierten Beteiligten (95 %) waren dabei Hauptverursachende des Unfalls.

Etwas weniger als die Hälfte (44,3 %) der alkoholisierten Beteiligten verunfallten 2024 im Pkw (6.606 Beteiligte).

Die zweitgrößte Gruppe stellten mit 34,4 % Radfahrende dar (5.128 Beteiligte), dabei nutzten 22,7 % aller alkoholisierten Beteiligten konventionelle Fahrräder (3.339 Beteiligte) und 11,6 % Pedelecs (1.735 Beteiligte). Damit waren Radfahrende überproportional häufig alkoholisiert an Unfällen beteiligt. Ihr Anteil an den Unfallbeteiligten insgesamt betrug lediglich 18,8 %.

Abb. 3: Alkoholisierte Unfallbeteiligte nach Altersgruppen und Geschlecht 2024

Quelle: BASt, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025

Die drittgrößte Gruppe stellten mit 9,2 % die Elektrokleinstfahrzeuge, wie z. B. E-Scooter, dar (1.366 Beteiligte), auch hier ist der Anteil im Vergleich zum Unfallgeschehen insgesamt stark überproportional. Gemessen an allen Unfallbeteiligten lag der Anteil der Elektrokleinstfahrzeuge lediglich bei 2,2 %.

Nachdem die Zahl der alkoholisierten Beteiligten, die Pedelec oder Elektrokleinstfahrzeuge fuhren, in den vergangenen Jahren sehr stark angestiegen ist, scheint dieser negative Trend nachzulassen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der alkoholisierten beteiligten Fahrenden von Pedelecs im Jahr 2024 lediglich um 7,8 %, die von Elektrokleinstfahrzeugen nahm sogar um 2,6 % ab. Insgesamt sank die Zahl der alkoholisierten Beteiligten um 5,6 %.

Die Thematik „Alkohol im Straßenverkehr“ trägt eindeutig alters- und geschlechtsspezifische Züge (s. Abb. 3): Im Jahr 2024 waren 86,2 % der alkoholisierten Unfallbeteiligten männlich. Verglichen mit ihrem allgemeinen Anteil an allen Unfallbeteiligten von 62,9 % wird deutlich, dass Männer bei alkoholbedingten Verkehrsunfällen in besonders hohem Maße vertreten sind.

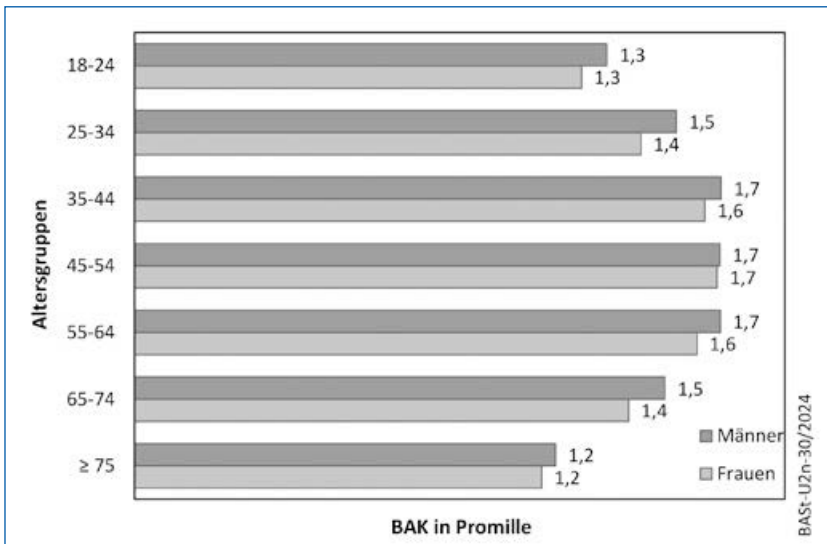
Alkoholisierte Unfallbeteiligte sind im Durchschnitt jünger als Unfallbeteiligte insgesamt. Knapp ein Viertel (22,8 %) der alkoholisierten Beteiligten war 2024 zwischen 35 und 44 Jahren alt, gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen mit 21,7 %. Gemessen an der Bevölkerungsstärke ist die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen allerdings am stärksten überrepräsentiert. Ihr Anteil an den alkoholisierten Unfallbeteiligten lag 2024 bei 14,2 %, während ihr Anteil an der Bevölkerung insgesamt nur 7,2 % betrug. Sowohl bei weiblichen als auch bei

männlichen alkoholisierten Beteiligten waren die Beteiligten im jungen Erwachsenenalter überrepräsentiert.

Von allen alkoholisierten Unfallbeteiligten im Jahr 2024 machten männliche Beteiligte im frühen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren knapp ein Drittel der Beteiligten aus. Wird noch die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen hinzugenommen, steigt ihr Anteil sogar auf über 50 %. Aus Studien geht hervor, dass die Neigung zu riskantem Verhalten in jungen Jahren stärker ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter abnimmt (Gregersen, 2003; Holte, 2012). Dabei weisen Männer eine größere Risikobereitschaft auf als Frauen (ebd.). 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 Unfallbeteiligte weisen einen deutlich geringeren Alkoholwert auf als alkoholisierte Beteiligte mittlerer Altersgruppen (s. Abb. 4): Bei den 18- bis 24-jährigen wurde durchschnittlich eine Blutalkoholkonzentration (BAK) in Höhe von 1,34 Promille nachgewiesen. Am höchsten war der Wert dagegen bei den 45- bis 54-Jährigen mit 1,66 Promille. Damit lag der mittlere Alkoholwert der 18- bis 24-Jährigen knapp 20 % unter dem der 45- bis 54-Jährigen.

Abb. 4: Durchschnittliche Blutalkoholkonzentration (BAK) nach Altersgruppen und Geschlecht 2024



Quelle: BASSt, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025

2 Drogen im Straßenverkehr

Gesetzeslage 2024

Das **6. Gesetz zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes und weiterer straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften** trat am 22. August 2024 in Kraft und führte zur **Einfügung des neuen § 24a Abs. 1a**. Diese Gesetzesänderung war eine Anpassung des THC-Grenzwertes für Cannabis und beinhaltete auch ein Alkohol- und Cannabisverbot für Fahranfänger, das in § 24c StVG geregelt ist. Die gesonderte Erfassung in der Unfallstatistik von Verkehrsunfällen unter Cannabiseinfluss erfolgte ab Juli 2025. Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer unter der Wirkung (definiert als Nachweis im Blut) von bestimmten Drogen im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. In der Anlage zu § 24a StVG werden die berauschenden Mittel (hier als „Drogen“ bezeichnet) und deren jeweilige im Blut nachzuweisende Substanz aufgeführt. Gelistet sind hier Morphin (Morphin), Cocain (Cocain, Benzoyllecgonin), Amfetamin (Amfetamin), Designer-Amfetamine (MDA, MDE, MDMA) und Metamfetamin (Metamfetamin).

Liegen neben einem Substanznachweis im Blut auch Anzeichen für Fahruntüchtigkeit vor, zum Beispiel Fahrfehler oder Verhaltensauffälligkeiten, kann es zu einer Ahndung nach §§ 315c, 316 des Strafgesetzbuches (StGB) kommen.

Entdeckung der Fahrt unter Drogen

Während die Fahrzeugführenden unter Alkoholeinfluss relativ leicht an dem typischen Atemgeruch erkannt werden können, ist die Entdeckung eines drogen- oder arzneimittelbeeinflussten Fahrenden deutlich schwieriger. Die Polizei ist darauf angewiesen, durch das Erkennen von Auffälligkeiten im Verhalten und Erscheinungsbild der fahrenden Person oder durch die Entdeckung von Drogenutensilien im Fahrzeug einen Anfangsverdacht zu erhalten.

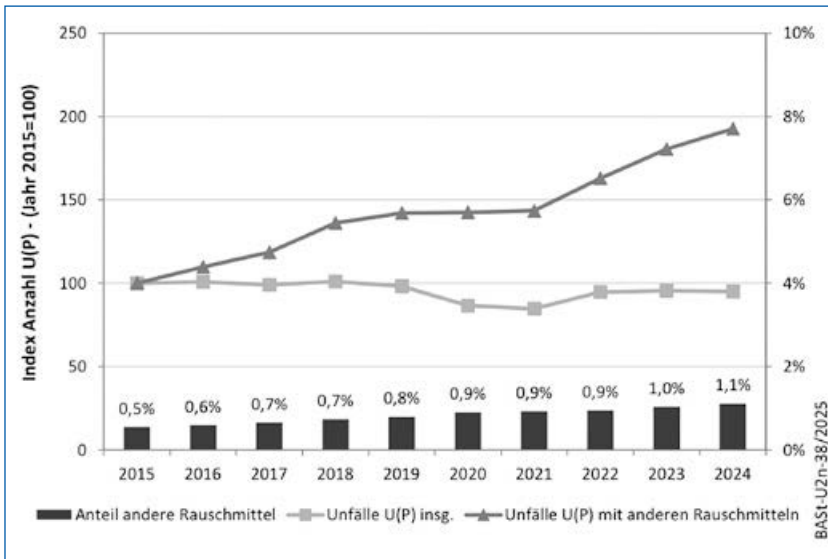
Schnelltest-Verfahren

Einen beweissicheren Schnelltest wie die Atemalkoholmessung, die am Straßenrand erfolgen kann, gibt es für Drogen zurzeit nicht. In vielen Bundesländern werden aber Schnelltests, die Drogen im Speichel, Schweiß oder Urin feststellen können, als Vortest von der Polizei eingesetzt. Eine Laboranalyse zur Bestätigung ist rechtlich für die Beweissicherung weiterhin notwendig.

Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“

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

Abb. 5: Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel 2015–2024; Index 2015 = 100 (nur Unfälle mit Personenschaden U{P})



Quelle: BASt, eigene Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik, 2025

berauschender Mittel (hier als „Drogen“ bezeichnet) stand. Darunter fallen alle o.g. Substanzen außer Alkohol – einschließlich Cannabis, da trotz Teillegalisierung in 2024 bei der polizeilichen Unfallerrfassung die Unfallursache „Cannabis“ noch nicht getrennt ausgewiesen wurde. Eine Intoxikation mit Alkohol ist zusätzlich zum Einfluss von Drogen als Unfallursache möglich.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl der Unfälle unter Drogeneinfluss fast verdoppelt (s. Abb. 5). Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden insgesamt etwa gleichgeblieben. Der Anteil der Unfälle unter dem Einfluss von Drogen ist zwar damit gestiegen, aber mit 1 % weiterhin sehr gering. Der deutliche Anstieg der Unfälle mit der Ursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ ist zumindest teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei kontinuierlich verbessert hat. Wie sich die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss von Drogen aber tatsächlich entwickelt hat, ist daher aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres abzuleiten.

In den Jahren während der COVID-19-Pandemie, also 2020 und 2021, nahm die Anzahl der Unfälle unter Drogeneinfluss nur geringfügig zu. Nach einer

deutlichen Zunahme in 2022 und 2023 stieg der Wert im Jahr 2024 erneut an – er nahm gegenüber dem Vorjahr um 6,7 % zu. Im Jahr 2024 waren insgesamt 3.235 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss von Drogen zu verzeichnen. Dabei verunglückten 4.431 Personen, von welchen 54 getötet (1,2 %), 942 schwer verletzt (21,3 %) und 3.435 leicht verletzt (77,5 %) wurden. Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel sind damit deutlich folgenschwerer als alle Unfälle insgesamt. Im Jahr 2024 kamen 17 Getötete auf 1.000 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss von Drogen und damit 1,8-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt.

Knapp zwei Drittel der Unfälle unter dem Einfluss von Drogen mit Personenschaden ereigneten sich in der zweiten Tageshälfte mit Spitzen zwischen 15 und 20 Uhr. Zwei von drei Unfällen ereigneten sich in 2024 am Wochenende.

Die Anzahl der Beteiligten, die unter dem Einfluss von Drogen standen, lag 2024 bei 3.246 Personen. Wie auch beim Alkoholunfallgeschehen sind deutliche geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten zu erkennen. Die meisten Beteiligten waren männlich (88,5 %), zudem waren Personen zwischen 18 und 34 Jahren mit 55,4 % deutlich überrepräsentiert gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung (19,4 %). Die Hälfte (50,4 %) der Beteiligten waren männlich und zwischen 18 und 34 Jahren.

Literatur

- 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. (2025): *Mobilität in Deutschland – MID 2023 Ergebnisbericht*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr. 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 2024 der professionellen Suchthilfe

*Larissa Schwarzkopf, Hanna Dauber,
Carlotta Riemerschmid*

Zusammenfassung

Das deutsche Suchthilfesystem zählt europaweit zu den am weitesten ausdifferenzierten Versorgungssystemen seiner Art und zeichnet sich durch eine hohe Qualifizierung der Beteiligten aus. Daten aus diesem komplexen System werden jedes Jahr routinemäßig anhand der einheitlichen Standards des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS) für die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) erhoben. Dieser Artikel fasst die Kernergebnisse der aktuellen DSHS (Datenjahr 2024) zusammen.

2024 wurden insgesamt 323.478 Betreuungen in 878 ambulanten und 38.045 Behandlungen in 158 stationären Suchthilfeeinrichtungen dokumentiert. Für diesen Beitrag werden neben der Häufigkeitsverteilung der betreuungs- bzw. behandlungsleitenden Hauptdiagnosen, soziodemographische Charakteristika der hilfesuchenden Population (Alter, Lebenssituation, Erwerbssituation), suchtbezogene Begleiterkrankungen sowie versorgungsbezogene Informationen (Dauer und Erfolg der aktuellen Betreuung bzw. Behandlung) präsentiert. Diese Darstellungen erfolgen getrennt nach Setting (ambulante Betreuung, stationäre Behandlung) und Hauptdiagnose. Zudem werden die entsprechenden Informationen unabhängig vom Setting für ausgewählte Hauptmaßnahmen („Art der Dienste/Maßnahmen“) berichtet. Dies sind in diesem Jahr Niedrigschwellige Hilfen (NIH), Adaption (ADA), Ambulante Medizinische Rehabilitation (ARS), Reha-Nachsorge (NAS) und Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS). Der vollständige Bericht der DSHS 2024 ist unter <https://www.suchthilfestatistik.de> sowie über die DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.17647798> verfügbar.

Abstract

The German addiction care system is among the most highly differentiated in Europe and is characterized by a high level of professional qualification among its service

providers. Data from this complex system are routinely collected each year according to the standardized documentation requirements of the German Core Dataset for Documentation in Addiction Care (KDS) and compiled for the German Addiction Care Statistical Service (DSHS). This article summarizes the key results of the DSHS data year 2024.

In 2024, a total of 323,478 outpatient care episodes across 878 outpatient facilities and of 38,045 inpatient treatment episodes across 158 inpatient facilities were documented. This article presents the distribution of addiction-related primary diagnoses, sociodemographic characteristics of the help-seeking population (age, living situation, employment status), prevalence of comorbid addiction-related disorders, and service-related information (duration and outcome of the current episode). All results are reported separately by setting (outpatient care vs. inpatient treatment) and by primary diagnosis.

In addition, analyses are disaggregated by selected major treatment types. For 2024, these are Low Threshold Services (NIH), Adaption services (ADA), Outpatient Medical Rehabilitation (ARS), (Post-)Rehabilitation Aftercare (NAS) and Support Services in Living and Social Settings (AWS). The full DSHS 2024 report is available at <https://www.suchthilfestatistik.de> as well as via the DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.17647798>.

1 Einleitung

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jedes Jahr bundesweit in (überwiegend) ambulanten bzw. stationären Suchthilfeeinrichtungen erhoben. Dokumentation und Datenerhebung erfolgen standardisiert anhand des von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS; Manual verfügbar unter: www.suchthilfestatistik.de). Im Rahmen des KDS werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung als auch Informationen zur hilfesuchenden Population erfasst.

2 Methodik

2.1 Datenerfassung

An der DSHS können alle Suchthilfeeinrichtungen teilnehmen, die ihre Arbeit mittels einer vom Institut für Therapieforchung (IFT) zertifizierten Doku-

mentationssoftware¹ gemäß den Vorgaben des KDS 3.0 (DHS, 2026) erheben. Diese Daten werden auf Einrichtungsebene aggregiert. Anschließend stellen die Einrichtungen die auf diese Weise anonymisierten Daten dem IFT für Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen zur Verfügung. Die Auswertungen des IFT umfassen unkommentierte Tabellenbände, Jahres- und Kurzberichte, die auf der Webseite der DSHS (<https://www.suchthilfestatistik.de>) sowohl für das aktuelle Datenjahr als auch für die Vorjahre kostenfrei zum Download bereitgestellt werden. 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 2024 beteiligten sich 878 (2023: 897) ambulante und 158 (2023: 156) stationäre Suchthilfeeinrichtungen an der DSHS.

Das IFT führt ein von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) initiiertes Register fort, das Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland nahezu vollständig erfasst. Ein Vergleich mit diesem Register erlaubt eine Einschätzung der Reichweite der DSHS („Beteiligungsquote“). Im Dezember 2024 erfasste das Einrichtungsregister 1.182 ambulante und 299 stationäre Suchthilfeeinrichtungen. Auf dieser Basis ergibt sich für das Datenjahr 2024 eine Beteiligungsquote² von 76,8 % im ambulanten Bereich (2023: 77,3 %) und von 53,8 % im stationären Bereich (2023: 52,4 %).

2.3 Auswertungen

Die jährlichen Auswertungen der DSHS erfolgen getrennt für den „ambulanten“ und den „stationären Bereich“³. Für den *ambulanten* Bereich ($N = 878$ Einrichtungen) basieren die Analysen entweder auf der Bezugsgruppe „Zugänge“ (soziodemographische und diagnostische Informationen, Zugangs- und Konsumdaten) oder auf der Bezugsgruppe „Beender“ (betreuungsbezogene Daten), d. h. es werden Daten zu jenen Fällen berichtet, die 2024 begonnen

¹ Im Oktober 2024 verfügten Softwaresysteme von 16 verschiedenen Anbieterfirmen über ein aktives Zertifikat für den KDS 3.0

² Details siehe: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/Neube_rechnung_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.

bzw. beendet wurden. Dieses Verfahren ermöglicht die Darstellung aktueller Entwicklungen am besten, da veraltete Zugangsinformationen von Personen, die sich bereits seit Jahren in Betreuung befinden, die Datengrundlage nicht verzerren.

Für den *stationären* Bereich ($N = 158$ Einrichtungen) basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe „Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Fällen berichtet, die 2024 abgeschlossen wurden. Diese Auswahl ist damit begründet, dass Entlassjahrgänge im stationären Bereich die übliche Bezugsgröße für Leistungserbringer und Kostenträger darstellen.

Ergänzend zu den ambulanten und stationären Auswertungen erfolgen bereichsübergreifende Auswertungen entlang ausgewählter *Hauptmaßnahmen* („Art der Angebote“). Hierbei werden alle Fälle, bei denen die entsprechende Maßnahme als Hauptmaßnahme dokumentiert wurde, berücksichtigt, wobei erneut die Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ zu Grunde gelegt wird. Für das Datenjahr 2024 werden hier *Niedrigschwellige Hilfen (NIH, N = 129* Einrichtungen), *Adaption (ADA, N = 42* Einrichtungen), *Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS, N = 327* Einrichtungen), *(Reha-)Nachsorge (NAS, N = 417* Einrichtungen) und *Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS, N = 164* Einrichtungen) berichtet.

Alle aufgeführten Ergebnisse beruhen auf einem 33 %-Lauf, d. h. bei jedem Parameter bleiben die Daten derjenigen Einrichtungen unberücksichtigt, in denen Angaben zu diesem Parameter in $> 33\%$ der Fälle fehlen („Missingquote“). 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 aufgeführt⁴. Zudem werden im ambulanten Bereich nur Fälle berücksichtigt, die aus mindestens 2 Kontakten bestehen, da bei „Einmalkontakten“ häufig nicht alle relevanten Parameter ausgefüllt sind.

Die diagnostischen Informationen beruhen auf der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling et al., 2015). Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall primären Problem der hilfesuchenden Person (~Betreuungs- bzw. Behandlungsanlass). Die hier präsentierten Auswertungen nehmen, so-

⁴ 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.

weit nicht anders vermerkt, Bezug auf Hilfesuchende mit eigener Problematik und dokumentierter Hauptdiagnose.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Gruppen 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.

3 Einrichtungserkmale

3.1 Trägerschaft

Mit einem Anteil von 91 % (ambulant) bzw. 58 % (stationär) befinden sich die Einrichtungen weit überwiegend in Trägerschaft der *Freien Wohlfahrtspflege* oder anderer gemeinnütziger Träger. Die anderen Einrichtungen haben fast ausnahmslos *öffentlich-rechtliche* (ambulant: 7 %, stationär: 13 %) oder *privatwirtschaftliche* (ambulant: 1 %, stationär: 27 %) Träger. Ein kleiner Teil der Einrichtungen gehört *sonstigen Trägern* an (ambulant: 2 %, stationär: 3 %).

3.2 Umgesetzte Maßnahmen

In fast allen **ambulanten Einrichtungen** wurde 2024 das Angebot *Sucht- und Drogenberatung* (in 93 % der Einrichtungen) aus dem Maßnahmenkomplex „Beratung & Betreuung“ durchgeführt. Darüber hinaus wurden in 3 bzw. 2 von 5 ambulanten Einrichtungen, die ebenfalls dem Maßnahmenkomplex „Beratung & Betreuung“ zugehörigen Angebote *Psychosoziale Begleitung Substituierter* (in 60 % der Einrichtungen) bzw. *Niedrigschwellige Hilfen* (in 41 % der Einrichtungen) umgesetzt. Das Angebot *Reha-Nachsorge* aus dem Maßnahmenkomplex „Suchtbehandlung“ wurde in 7 von 10 ambulanten Einrichtungen (in 68 % der Einrichtungen) wahrgenommen. In knapp der Hälfte der ambulanten Einrichtungen kam es zu *Ambulanter Medizinischer Rehabilitation* (in 45 % der Einrichtungen) und in einem Drittel der ambulanten Einrichtung zur *Kombinationsbehandlung* (in 33 % der Einrichtungen), die ebenfalls dem Maßnahmenkomplex „Suchtbehandlung“ zugeordnet sind. Zudem setzten 5 von 9 ambulanten Einrichtungen den Maßnahmenkomplex „Prävention und Frühintervention“ (in 54 % der Einrichtungen) um und gut 2 von 5 ambulanten Einrichtungen den Maßnahmenkomplex „Selbsthilfe“ (in 42 % der Einrichtungen).

In (gut) jeder vierten ambulanten Einrichtung fanden die Maßnahmenkomplexe „Suchtberatung im Betrieb“ (in 27 % der Einrichtungen) bzw. „Soziale Teilhabe“ (in 25 % der Einrichtungen) Anwendung und in jeder fünften ambulanten Einrichtung wurden Angebote aus dem Maßnahmenkomplex „Justiz“⁵ (in 19 % der Einrichtungen) durchgeführt. Darüber hinaus setzte jeweils etwa ein Siebtel der ambulanten Einrichtungen die Maßnahmenkomplexe „Kinder- und Jugendhilfe“ (in 15 % der Einrichtungen) bzw. „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ (in 14 % der Einrichtungen) um.

In **stationären Einrichtungen** wurden 2024 vornehmlich Angebote aus dem Maßnahmenkomplex „Suchtbehandlung“ durchgeführt. So wurde in 3 von 4 stationären Einrichtungen das Angebot *Stationäre medizinische Rehabilitation* (in 76 % der Einrichtungen) durchgeführt und in etwa der Hälfte der stationären Einrichtungen das Angebot *Kombinationsbehandlung* (in 50 % der Einrichtungen). In jeweils etwa 2 von 5 stationären Einrichtungen kamen *Adaption* (in 41 % der Einrichtungen) bzw. *Wechsel in die ambulante Behandlungsform* (in 39 % der Einrichtungen) zur Anwendung und in etwa jeder dritten stationären Einrichtung kam es zur *Ganztägig ambulanten Entlassform* (in 32 % der Einrichtungen). Jeweils etwa ein Viertel der stationären Einrichtungen führte *Ganztägige ambulante Rehabilitation* (in 25 % der Einrichtungen) bzw. *Ambulante Entlassform* (in 25 % der Einrichtungen) durch und in gut einem Fünftel der stationären Einrichtungen kam es zu *Reha-Nachsorge* (in 22 % der Einrichtungen). Darüber hinaus erfolgten in jeder achten bzw. knapp jeder zehnten stationären Einrichtung *Medikamentöse Rückfallprophylaxe* oder *Ambulante medizinische Rehabilitation* (in 13 % bzw. 9 % der Einrichtungen). Ein *Qualifizierter Entzug* (in 1 % der Einrichtungen) sowie Angebote aus weiteren Maßnahmenkomplexen wurden nur in einzelnen der an der DSHS teilnehmenden stationären Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt.

4 **Betreuungs- bzw. Behandlungsvolumen**

Im Datenjahr 2024 wurden im Rahmen der DSHS insgesamt 323.478 ambulante Betreuungen bzw. 38.025 stationäre Behandlungen dokumentiert. Während nahezu alle stationären Behandlungen ($n = 38.045$) aufgrund einer eigenen Problematik erfolgten, wurden 8 % der ambulanten Betreuungen mit Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Angehörige, Bekannte) eines Menschen mit Suchterkrankung durchgeführt ($n = 27.020$).

⁵ Hierzu zählen Suchtberatung im Justizvollzug, Medizinische Versorgung im Justizvollzug, Suchtbehandlung im Maßregelvollzug und Eingliederungshilfe nach Haft.

Tab. 1: Anzahl der Betreuungen/Behandlungen 2024

Betreuungen/Behandlungen 2023	ambulant			stationär				
	G	M	F	G	M	F		
N	323.478	220.480	102.030	38.045	28.432	9.600		
	N	%	%	%	N	%	%	
Zahl der Übernahmen aus 2023	128.890	39,8	40,2	39,1	8.213	35,0	21,6	21,4
Zahl der Zugänge 2024	194.588	60,2	59,8	60,9	29.832	65,0	78,4	78,6
Zahl der Beender 2024	176.309	54,5	54,7	54,0	32.722	75,0	85,7	87,1
Zahl der Übernahmen nach 2025	147.169	45,5	45,3	46,0	5.323	25,0	14,3	12,9
Geschlechterverhältnis (gesamt)			68,2	31,5			74,7	25,2

N = 878 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %); N = 158 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %);
 Bezug: alle Betreuungen/Behandlungen inklusive Bezugspersonen.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Die Gesamtzahl der Betreuungen bzw. Behandlungen umfasst Übernahmen aus dem Jahr 2023, Neuzugänge des Jahres 2024, im Jahr 2024 abgeschlossene Betreuungen bzw. Behandlungen sowie Übernahmen in das Jahr 2025 (Tab. 1). Hierbei spiegelt Tab. 1 noch das gesamte Betreuungs- bzw. Behandlungsvolumen und beschränkt sich nicht auf Zugänge/Beender (ambulanter Bereich) bzw. Beender (stationärer Bereich) mit eigener Problematik und dokumentierter Hauptdiagnose (s. auch Abschnitt 2 *Methodik*). Aufgrund dieser Einschränkung beziehen sich die fortfolgend dargestellten Ergebnisse auf N = 175.875 Zugänge bzw. N = 160.866 Beender mit eigener Problematik für den ambulanten Bereich und auf N = 32.707 Beender für den stationären Bereich.

Unter den betrachteten Hauptmaßnahmen entfallen die meisten Betreuungen auf Reha-Nachsorge (N = 10.317) und Ambulante Medizinische Rehabilitation (N = 10.070), gefolgt von Niedrigschwelligen Hilfen (N = 8.146). Ein wesentlich geringeres Betreuungsvolumen weisen Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (N = 3.890) und Adaption (N = 2.648) auf.

5 Merkmale der Klientel

5.1 Hauptdiagnosen

Sowohl in ambulanten (Tab. 2a) als auch in stationären Einrichtungen (Tab. 2b) werden mit Abstand am häufigsten alkoholbezogene Störungen (F10; ambulant: 51 %, stationär: 63 %) als Hauptdiagnose dokumentiert. An zweiter Stelle stehen jeweils cannabinoidbezogene Störungen (F12; ambulant: 16 %, stationär: 11 %), im ambulanten Bereich gefolgt von opioidbezogenen Störungen

Tab. 2a: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, ambulant

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	140.715	102.056	38.260
F10 Alkohol	72.210	51,3 %	49,0 %	57,7 %
F11 Opioide	11.771	8,4 %	8,9 %	7,0 %
F12 Cannabinoide	22.231	15,8 %	16,9 %	12,8 %
F13 Sedativa/Hypnotika	1.567	1,1 %	0,9 %	1,7 %
F14 Kokain	6.804	4,8 %	5,7 %	2,4 %
F15 Stimulanzien	7.862	5,6 %	5,4 %	6,2 %
F16 Halluzinogene	246	0,2 %	0,2 %	0,2 %
F17 Tabak	1.140	0,8 %	0,6 %	1,3 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	19	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	7.868	5,6 %	6,1 %	4,2 %
F50 Essstörungen	1.655	1,2 %	0,1 %	4,0 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	32	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	4.844	3,4 %	4,2 %	1,3 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	2.466	1,8 %	2,0 %	1,2 %

N = 870 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,8%); Bezug: Zugänge.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tab. 2b: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, stationär

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	32.355	24.047	8.297
F10 Alkohol	20.370	63,0 %	59,6 %	72,6 %
F11 Opioide	1.123	3,5 %	3,7 %	2,7 %
F12 Cannabinoide	3.430	10,6 %	11,3 %	8,4 %
F13 Sedativa/Hypnotika	309	1,0 %	0,7 %	1,6 %
F14 Kokain	1.430	4,4 %	5,2 %	2,0 %
F15 Stimulanzien	1.714	5,3 %	5,5 %	4,8 %
F16 Halluzinogene	28	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F17 Tabak	47	0,1 %	0,2 %	0,0 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	1	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	3.264	10,1 %	11,2 %	7,0 %
F50 Essstörungen	6	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	490	1,5 %	1,8 %	0,6 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	143	0,4 %	0,6 %	0,1 %

N = 158 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tab. 2c: Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahmen

Hauptdiagnose	NIH	ADA	ARS	NAS	AWS
N	2.143	2.021	4.735	5.463	786
F10 Alkohol	11,7 %	51,2 %	70,0 %	76,1 %	49,4 %
F11 Opioide	41,2 %	4,0 %	1,8 %	2,0 %	15,3 %
F12 Cannabinoide	5,4 %	11,3 %	8,8 %	5,9 %	11,2 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,4 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %
F14 Kokain	17,7 %	5,5 %	6,1 %	2,7 %	7,9 %
F15 Stimulanzien	4,2 %	8,1 %	2,6 %	4,5 %	5,3 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
F17 Tabak	1,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	17,6 %	17,8 %	3,6 %	4,2 %	7,0 %
F50 Essstörungen	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,1 %	1,0 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	0,1 %	0,7 %	4,8 %	2,3 %	1,0 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,5 %	0,3 %	0,9 %	1,3 %	0,4 %

NIH = Niedrigschwellige Hilfen (N = 125, unbekannt: 0,6%), ADA = Adaption (N = 42, unbekannt: 0,6%), ARS = Ambulante medizinische Rehabilitation (N = 320, unbekannt: 0,7%), NAS = (Reha-)Nachsorge (N = 412, unbekannt: 0,8%), AWS = Assistenzleistungen Wohn- und Sozialraum (N = 153, unbekannt: 1,1%); Bezug: Zugänge/Beender.

gen (F11; ambulant: 8 %, stationär: 4 % [Rang 6]) und im stationären Bereich gefolgt von Störungen in Folge des Konsums anderer (nicht näher klassifizierter) psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (F19; ambulant: 6 % [Rang 4], stationär: 10 %).

Weitere häufige Betreuungs- bzw. Behandlungsanlässe sind stimulanzien-⁶ (F15; ambulant: 6 %, stationär: 5 %) bzw. kokainbezogene Störungen (F14; ambulant: 5 %; stationär: 4 %). Die Verhaltenssuchte Pathologisches Spielen (F63.0; ambulant: 3 %, stationär: 2 %) bzw. Exzessive Mediennutzung (F63.8/F68.8; ambulant: 2 %, stationär: < 1 %) werden vergleichsweise selten als Hauptdiagnose erfasst.

Unabhängig von der Hauptdiagnose werden überwiegend Männer betreut bzw. behandelt. Die Rangreihe der Geschlechterverhältnisse (Daten nicht tabellarisch ausgewiesen) reicht im ambulanten Bereich von 8:1 bei Pathologischem Spielen über 6:1 bei kokainbezogenen Störungen, 5:1 bei Exzessiver Mediennutzung, 4:1 bei cannabinoidbezogenen Störungen bzw. bei Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie, 3:1

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

bei opioidbezogenen Störungen bis hin zu 2:1 bei alkohol- bzw. bei stimulanzenbezogenen Störungen. Stationär zeigt sich ein ähnliches Bild.

Die Verteilung der Hauptdiagnosen variiert in den betrachteten Hauptmaßnahmen deutlich (Tab. 2c). Während alkoholbezogene Störungen der Hauptanlass für Ambulante medizinische Rehabilitation (70 %), Reha-Nachsorge (76 %), Adaption (51 %) und Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (49 %) sind, werden Niedrigschwellige Hilfen am häufigsten aufgrund von opioidbezogenen Störungen (41 %) in Anspruch genommen.

Cannabinoidbezogene Störungen stehen in Ambulanter Medizinischer Rehabilitation (9 %) und Reha-Nachsorge (6 %) an zweiter Stelle, in Adaption sind es Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (18 %) und in Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum opioidbezogene Störungen (15 %). Den dritten Rang nehmen in Ambulanter medizinischer Rehabilitation kokainbezogene Störungen (6 %) ein, in Reha-Nachsorge stimulanzenbezogene Störungen (5 %) und in Adaption (11 %) sowie in Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (11 %) cannabinoidbezogene Störungen (je 11 %). In Niedrigschwelligen Hilfen liegen Störungen infolge des Konsums anderer psychotroper Substanzen/Polytoxikomanie (18 %) sowie kokainbezogener Störungen (18 %) anteilsgleich auf dem zweiten Rang.

Für die nachfolgenden Ausführungen werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzenbezogene Störungen sowie Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung aufgrund ihrer Häufigkeit bzw. der inhaltlichen Bedeutung jeweils gesondert betrachtet. Befunde für die einzelnen Hauptmaßnahmen beziehen sich jeweils auf Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose.

5.2 Suchtbezogene Komorbiditäten

Neben der Hauptdiagnose erlaubt der KDS die Dokumentation weiterer Suchterkrankungen (Tab. 3a, 3b). Insgesamt treten begleitende Suchterkrankungen bei Personen mit Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) häufiger auf als bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder Verhaltenssüchten.

Bei Personen mit primär *opioidbezogenen Störungen* werden sowohl ambulant als auch stationär am häufigsten begleitende Suchterkrankungen erfasst. Hierbei handelt es sich ambulant schwerpunktmäßig um cannabinoid- (24 %), kokain- (20 %) und alkoholbezogene Störungen (18 %) und stationär schwerpunktmäßig um tabak- (58 %), kokain- (42 %) und alkoholbezogene Störungen (37 %).

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

Hauptdiagnose	N	Einzeldiagnose					
		F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Cannabinoide	F15 Stimulanzien	F63.0 Path. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.
		51.389	7.515	15.223	5.902	3.539	1.782
F10 Alkohol	62.252	100 %	20,0 %	20,8 %	25,2 %	9,8 %	4,7 %
F11 Opioide	11.053	1,4 %	100 %	3,5 %	3,6 %	0,6 %	0,4 %
F12 Cannabinoide	28.696	9,3 %	24,3 %	100 %	35,9 %	6,4 %	4,7 %
F13 Sedativa/ Hyptnotika	3.927	1,0 %	11,9 %	2,8 %	2,1 %	0,4 %	0,3 %
F14 Kokain	11.687	3,2 %	20,4 %	10,1 %	8,4 %	3,0 %	0,9 %
F15 Stimulanzien	14.071	4,1 %	9,0 %	16,5 %	100 %	2,9 %	1,4 %
F17 Tabak	17.326	16,6 %	18,2 %	19,1 %	19,0 %	11,6 %	4,4 %
F63.0 Pathologisches Spielen	4.070	0,3 %	0,3 %	0,4 %	1,0 %	100 %	1,8 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	2.055	0,1 %	0,2 %	0,5 %	0,2 %	1,6 %	100 %

N = 556 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 7,0 %). Bezug: Zugänge. Mehrfachnennungen möglich. Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

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

Hauptdiagnose	N	Einzeldiagnose					
		F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Cannabinoide	F15 Stimulanzien	F63.0 Path. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.
		15.739	978	2.378	1.324	328	91
F10 Alkohol	19.804	100 %	36,7 %	43,6 %	45,8 %	21,3 %	19,8 %
F11 Opioide	2.538	2,6 %	100 %	7,2 %	6,9 %	1,8 %	0,0 %
F12 Cannabinoide	8.385	16,9 %	45,5 %	100 %	58,4 %	15,2 %	19,8 %
F13 Sedativa/ Hyptnotika	1.666	2,4 %	32,8 %	7,1 %	6,1 %	0,9 %	1,1 %
F14 Kokain	4.307	6,4 %	42,2 %	22,5 %	19,6 %	9,5 %	1,1 %
F15 Stimulanzien	5.039	7,8 %	22,4 %	35,6 %	100 %	7,3 %	2,2 %
F17 Tabak	14.373	57,8 %	57,9 %	62,2 %	67,1 %	56,7 %	30,8 %
F63.0 Pathologisches Spielen	734	1,0 %	1,0 %	2,1 %	3,8 %	100 %	1,1 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	242	0,3 %	0,3 %	2,0 %	0,9 %	3,0 %	100 %

N = 140 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,3 %). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich. Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

Unter Hilfesuchenden mit primär *stimulanzienbezogenen Störungen* sind ambulant insbesondere begleitende cannabinoid- (36 %), alkohol- (25 %) und tabakbezogene Störungen (19 %) erfasst und stationär insbesondere begleitende tabak- (67 %), cannabinoid- (58 %) und alkoholbezogene Störungen (46 %). Damit stellt diese Gruppe ambulant und stationär jene mit der zweithöchsten suchtbezogenen Komorbiditätslast dar.

Bei Personen mit primär *cannabinoidbezogenen Störungen* werden im ambulanten Bereich vor allem alkohol- (21 %), tabak- (19 %) und stimulanzienbezogene Störungen (17 %) zusätzlich diagnostiziert. Im stationären Bereich sind es ebenfalls tabak- (62 %), alkohol- (44 %) und stimulanzienbezogene Störungen (36 %).

Bei Hilfesuchenden mit primär *alkoholbezogenen Störungen* sind ambulant wie stationär zusätzlich vor allem tabak- (ambulant: 17 %; stationär: 58 %), cannabinoid- (ambulant: 9 %; stationär: 17 %) und stimulanzienbezogene Störungen (ambulant: 4 %, stationär: 8 %) erfasst.

Bei Personen, die aufgrund von *Pathologischem Spielen* Hilfe suchen, werden ambulant wie stationär schwerpunktmäßig Begleitdiagnosen zu tabak- (ambulant: 12 %, stationär: 57 %), alkohol- (ambulant: 10 %, stationär: 21 %) und cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 6 %, stationär: 15 %) gestellt.

Dieses Muster gilt auch für Personen, die aufgrund von *Exzessiver Mediennutzung* Hilfe suchen. Hier sind ambulant wie stationär am ehesten alkohol- (ambulant: 5 %, stationär: 20 %), cannabinoid- (ambulant: 5 %, stationär: 20 %), und tabakbezogene Störungen (ambulant: 4 %, stationär: 31 %) zusätzlich dokumentiert.

5.3 Altersstruktur

Eine ambulante Betreuungsepisode wird mit $\bar{\varnothing}$ 40 Jahren begonnen und eine stationäre Behandlungsepisode mit $\bar{\varnothing}$ 42 Jahren (Tab. 4a, 4b). Hierbei variiert das Durchschnittsalter zwischen den einzelnen Hauptdiagnosen deutlich. Im Mittel sind ambulant wie stationär Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen am jüngsten (ambulant: $\bar{\varnothing}$ 28 Jahre, stationär: $\bar{\varnothing}$ 31 Jahre), jeweils gefolgt von Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: $\bar{\varnothing}$ 30 Jahre, stationär: $\bar{\varnothing}$ 33 Jahre) bzw. Personen mit stimulanzienbezogenen Störungen (je $\bar{\varnothing}$ 34 Jahre).

Fortfolgend ergibt sich ambulant und stationär eine leichte Veränderung der Rangreihe. Während ambulant Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen ($\bar{\varnothing}$ 37 Jahre) in Bezug auf das Durchschnittsalter vor Personen

Tab. 4a: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, ambulant

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD		Alkohol		Opiode		Cannabinoide		Stimulanzien		Pathologisches Spielen		Exzessive Medienutzung							
	G	M	G	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F				
<i>N</i>	139.970	101.533	37.980	71.845	49.759	21.928	11.697	9.000	2.645	22.084	17.121	4.850	2.354	4.810	4.302	505	2.462	2.000	441	
bis 14	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,7 %	1,2 %	3,6 %	0,6 %	0,3 %	1,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	4,4 %	4,5 %	3,9 %	
15-17	0,6 %	0,8 %	0,8 %	0,5 %	1,9 %	10,3 %	9,2 %	14,2 %	3,1 %	1,8 %	5,9 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	7,0 %	7,0 %	6,5 %	
18-19	1,0 %	0,9 %	2,1 %	1,8 %	2,9 %	9,6 %	9,8 %	8,7 %	3,1 %	2,5 %	4,4 %	1,7 %	1,8 %	1,8 %	0,6 %	0,0 %	6,2 %	6,5 %	4,5 %	
20-24	3,6 %	2,8 %	8,5 %	8,3 %	9,3 %	23,3 %	23,7 %	21,9 %	11,1 %	10,0 %	13,5 %	8,8 %	9,5 %	21,2 %	17,0 %	3,1 %	20,0 %	20,5 %	16,8 %	
25-29	5,6 %	4,2 %	8,9 %	9,1 %	8,1 %	18,1 %	18,1 %	17,7 %	14,8 %	14,4 %	15,7 %	16,3 %	17,1 %	19,0 %	16,8 %	7,5 %	18,7 %	19,2 %	16,5 %	
30-34	8,4 %	6,7 %	10,5 %	10,5 %	10,6 %	13,5 %	13,9 %	12,2 %	19,2 %	19,0 %	20,0 %	21,2 %	22,0 %	14,5 %	10,2 %	14,6 %	13,5 %	14,1 %	10,0 %	
35-39	12,9 %	11,6 %	14,8 %	14,7 %	15,4 %	10,9 %	11,2 %	10,0 %	21,9 %	22,6 %	20,1 %	17,7 %	17,8 %	8,7 %	8,4 %	15,2 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	
40-44	14,6 %	14,0 %	18,9 %	18,7 %	19,5 %	7,0 %	7,3 %	5,8 %	16,3 %	17,5 %	13,6 %	11,0 %	10,8 %	6,2 %	7,9 %	12,7 %	7,8 %	7,5 %	9,1 %	
45-49	12,0 %	12,0 %	14,4 %	15,1 %	12,4 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	5,9 %	7,1 %	3,1 %	7,2 %	6,7 %	11,3 %	3,8 %	10,0 %	4,2 %	3,7 %	6,8 %	
50-54	11,3 %	11,9 %	9,6 %	10,0 %	8,4 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %	2,6 %	3,1 %	1,6 %	5,3 %	4,9 %	3,7 %	4,1 %	10,0 %	3,3 %	3,3 %	2,9 %	
55-59	13,3 %	15,1 %	6,5 %	6,6 %	6,0 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,2 %	1,4 %	0,6 %	5,3 %	4,5 %	2,3 %	5,4 %	12,1 %	2,6 %	2,0 %	5,8 %	
60-64	10,2 %	11,4 %	3,4 %	3,4 %	3,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	3,1 %	2,7 %	5,9 %	2,1 %	1,6 %	4,5 %	2,1 %	1,6 %	
65+	6,5 %	8,4 %	1,4 %	1,2 %	2,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	2,3 %	1,9 %	5,9 %	1,5 %	1,2 %	2,7 %	1,3 %	1,0 %	
<i>M/W</i>	46,1	47,5	40,1	40,3	39,5	27,8	28,0	26,9	33,6	34,6	31,5	37,3	36,5	43,8	30,4	29,8	33,1	30,5	29,8	34,2

N = 868 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 2,2%); Bezug: Zugänge. HD = Hauptdiagnose; G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (in Jahren).

Tab. 4b: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, stationär

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung			
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	
<i>N</i>	32.352	24.046	8.295	20.367	14.342	6.023	1.123	896	227	3.430	2.729	696	1.714	1.314	398	490	442	48	143	134	9	
bis 14	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n=0
15-17	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	1,1 %	0,8 %	2,0 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %	n=0
18-19	1,5 %	1,5 %	1,6 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	3,4 %	3,3 %	3,5 %	5,8 %	5,8 %	5,9 %	2,0 %	1,4 %	3,5 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	4,2 %	4,5 %	4,5 %	n=0
20-24	7,6 %	7,8 %	6,8 %	2,4 %	2,3 %	2,5 %	13,8 %	13,2 %	16,3 %	21,4 %	21,2 %	21,7 %	10,9 %	9,7 %	14,6 %	6,3 %	7,0 %	0,0 %	23,1 %	24,6 %	24,6 %	n=0
25-29	9,5 %	10,1 %	7,9 %	4,7 %	4,9 %	4,0 %	13,0 %	12,9 %	13,2 %	22,1 %	21,9 %	22,8 %	16,1 %	15,6 %	17,8 %	14,1 %	15,2 %	4,2 %	22,4 %	22,4 %	22,4 %	n=2
30-34	11,5 %	12,1 %	9,7 %	7,8 %	8,2 %	6,9 %	12,1 %	11,4 %	15,0 %	17,9 %	18,0 %	17,7 %	21,8 %	21,3 %	23,4 %	16,5 %	17,4 %	8,3 %	17,5 %	17,2 %	17,2 %	n=2
35-39	14,6 %	15,3 %	12,5 %	12,9 %	13,4 %	11,6 %	15,8 %	16,4 %	13,2 %	15,1 %	15,5 %	13,6 %	22,7 %	24,0 %	18,6 %	21,4 %	21,9 %	16,7 %	8,4 %	9,0 %	9,0 %	n=0
40-44	14,5 %	14,7 %	13,9 %	15,3 %	15,6 %	14,8 %	17,5 %	18,3 %	14,1 %	9,5 %	9,7 %	8,8 %	16,2 %	16,6 %	15,1 %	11,6 %	12,0 %	8,3 %	7,7 %	8,2 %	8,2 %	n=0
45-49	10,6 %	10,4 %	11,2 %	13,1 %	13,0 %	13,3 %	10,7 %	11,3 %	8,4 %	3,4 %	3,5 %	3,3 %	6,4 %	7,1 %	4,0 %	9,2 %	8,4 %	16,7 %	4,9 %	4,5 %	4,5 %	n=1
50-54	9,5 %	9,4 %	9,8 %	12,9 %	13,2 %	12,3 %	7,3 %	7,6 %	6,2 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,8 %	3,1 %	1,8 %	6,9 %	6,8 %	8,3 %	2,8 %	2,2 %	2,2 %	n=1
55-59	10,4 %	9,6 %	12,6 %	15,3 %	14,9 %	16,3 %	4,5 %	4,0 %	6,2 %	1,2 %	1,1 %	1,6 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %	7,8 %	6,1 %	22,9 %	5,6 %	5,2 %	5,2 %	n=1
60-64	7,0 %	6,3 %	8,9 %	10,5 %	10,0 %	11,7 %	1,7 %	1,3 %	3,1 %	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	3,5 %	2,9 %	8,3 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	n=1
65+	3,1 %	2,6 %	4,6 %	4,7 %	4,2 %	6,1 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	2,4 %	2,0 %	6,3 %	1,4 %	0,7 %	0,7 %	n=1
<i>MW</i>	42,0	41,4	43,8	46,9	46,6	47,8	36,7	36,9	36,3	30,8	30,9	30,6	34,2	34,8	32,5	39,5	36,6	48,3	32,9	32,1	32,1	45,4

N = 156 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Bezug: Beender. HD = Hauptdiagnose; G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (in Jahren).
Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

mit opioidbezogenen Störungen (Ø 40 Jahre) rangieren, ist es stationär genau umgekehrt (opioidbezogene Störungen: Ø 37 Jahren; Pathologisches Spielen: Ø 40 Jahren). Die durchschnittlich älteste Gruppe bilden jeweils Personen mit alkoholbezogenen Störungen (je Ø 47 Jahre).

Entlang der betrachteten Hauptmaßnahmen reicht das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden von Ø 38 Jahren bei Adaption bis Ø 46 Jahren bei Reha-Nachsorge. Bei Betreuten in Niedrigschwelligen Hilfen (Ø 40 Jahre) bzw. Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (Ø 41 Jahre) liegt das Durchschnittsalter näher am unteren Wert und bei Behandelten in Ambulanter medizinischer Rehabilitation (Ø 45 Jahre) näher am oberen Wert.

5.4 Familien- und Lebenssituation

Insgesamt lebt die Minderheit der Hilfesuchenden in einer festen Partnerschaft (ambulant: 45 %, stationär: 40 %; Tab. 5a, 5b). Sowohl ambulant als auch stationär leben Personen mit den Hauptdiagnosen Pathologisches Spielen (ambulant: 58 %, stationär: 47 %) oder alkoholbezogene Störungen (ambulant: 51 %, stationär: 44 %) besonders häufig in einer festen Partnerschaft. Besonders selten gilt dies für Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 35 %, stationär: 30 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 37 %, stationär: 29 %)

Auf Ebene der Hauptmaßnahmen befinden sich drei Fünftel der in Ambulanter medizinischer Rehabilitation Behandelten in einer festen Partnerschaft (58 %; nicht tabellarisch ausgewiesen). In Reha-Nachsorge ist es knapp die Hälfte (48 %) und in Niedrigschwelligen Hilfen (27 %) und Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (26 %) jeweils gut ein Viertel der Betreuten. Mit gut einem Fünftel leben Personen in Adaption am seltensten in einer festen Partnerschaft (22 %).

Insgesamt leben zu Beginn der aktuellen Episode 2 von 5 ambulant Betreuten (41 %) bzw. 3 von 5 stationär Behandelten allein⁷ (60 %; Tab. 5a, 5b). Im ambulanten Bereich gilt dies für jeweils etwa 4 von 9 Betreuten mit opioid- (45 %) bzw. stimulanzen- (44 %) oder alkoholbezogenen Störungen (43 %) bzw. für etwa ein Drittel der Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (35 %) oder einer Verhaltenssucht (Pathologisches Spielen: 33 %; Exzessive Mediennutzung: 34 %). Im stationären Bereich ist das Alleinleben mit jeweils

⁷ Wurde die Person innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Haft genommen, ist die Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Haft oder in einer stationären Behandlung, ist die Person als alleinlebend zu kodieren.

Tab. 5a: Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, ambulant

Lebens- und Familiensituation	Gesamt mit HD		Alkohol			Opioid			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	
	In fester Partnerschaft	115.591	83.427	31.919	60.795	18.779	8.675	6.621	2.032	17.598	13.650	3.877	6.818	4.728	2.057	3.985	3.584	418	1.961	1.599	358
	45,3 %	44,3 %	48,0 %	51,2 %	50,7 %	35,2 %	31,3 %	47,1 %	34,7 %	33,4 %	39,2 %	40,2 %	36,8 %	43,9 %	57,5 %	58,1 %	53,8 %	37,0 %	35,1 %	45,0 %	
Alleinlebend	118.945	85.972	32.524	62.392	42.962	19.083	8.328	6.511	1.899	18.720	14.529	4.106	7.010	4.837	2.141	4.131	3.684	440	2.035	1.658	371
	40,9 %	42,3 %	37,6 %	42,7 %	44,3 %	44,9 %	47,5 %	38,4 %	34,9 %	35,9 %	32,8 %	43,8 %	47,8 %	35,1 %	32,7 %	32,2 %	35,7 %	34,3 %	34,8 %	32,1 %	
Mit minderjährigem Kind	102.685	73.905	28.306	52.592	36.100	16.291	7.852	5.939	1.847	16.301	12.508	3.643	6.381	4.353	2.003	3.374	2.994	355	1.860	1.496	337
	27,2 %	26,2 %	30,0 %	29,0 %	28,8 %	29,7 %	24,2 %	21,7 %	32,4 %	19,3 %	17,7 %	25,3 %	37,0 %	51,4 %	35,2 %	34,9 %	37,5 %	13,1 %	12,7 %	15,4 %	

Partnerschaft: N = 744 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 10,2 %); Alleinlebend: N = 710 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 24,0 %); Mit minderjährigem Kind: N = 668 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 10,5 %); Bezug: Zugänge. HD = Hauptdiagnose; G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tab. 5b: Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, stationär

Lebens- und Familiensituation	Gesamt mit HD		Alkohol			Opioid			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	
	In fester Partnerschaft	29.151	21.632	7.498	18.486	13.000	5.424	950	757	200	2.904	2.239	624	1.522	1.163	364	476	429	47	139	131
	40,0 %	37,4 %	47,4 %	44,1 %	41,9 %	49,2 %	34,2 %	30,4 %	51,5 %	29,8 %	27,1 %	36,3 %	33,7 %	30,0 %	45,6 %	47,3 %	46,9 %	51,1 %	28,8 %	26,7 %	n=5
Alleinlebend	29.066	21.560	7.423	18.507	13.016	5.400	933	741	197	2.884	2.276	621	1.497	1.142	355	477	430	47	139	131	8
	59,7 %	60,9 %	56,1 %	59,5 %	61,1 %	55,6 %	58,3 %	58,4 %	58,8 %	59,9 %	53,5 %	62,2 %	63,9 %	58,0 %	49,5 %	49,5 %	51,1 %	51,1 %	51,9 %	n=3	
Mit minderjährigem Kind	28.339	21.042	7.421	17.773	12.469	5.393	981	789	195	2.873	2.285	617	1.524	1.167	368	469	422	47	136	127	9
	26,9 %	26,8 %	27,4 %	26,9 %	27,4 %	25,8 %	25,5 %	24,3 %	30,3 %	22,4 %	21,1 %	28,2 %	35,7 %	32,6 %	28,6 %	29,1 %	23,4 %	10,3 %	8,7 %	n=3	

Partnerschaft: N = 148 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 5,1 %); Alleinlebend: N = 148 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 23,0 %); Mit minderjährigem Kind: N = 143 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 4,2 %); Bezug: Beender. HD = Hauptdiagnose; G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen

etwa 3 von 5 Fällen bei Behandelten mit substanzgebundenen Störungen weiter verbreitet (Stimulanzien: 62 %; Alkohol: 60 %; Cannabinoide: 59 %; Opioide: 58 %) als bei Behandelten mit einer Verhaltenssucht, die in jeweils etwa der Hälfte der Fälle allein leben (Pathologisches Spielen: 50 %; Exzessive Mediennutzung: 51 %).

Im Hinblick auf die betrachteten Hauptmaßnahmen lebt eine Minderheit der in Ambulanter medizinischer Rehabilitation (39 %) bzw. in Reha-Nachsorge Hilfesuchenden allein (46 %). Demgegenüber leben Hilfesuchende, die Niedrigschwellige Hilfen (66 %), Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (68 %) bzw. Adaption (77 %) erhalten, überwiegend allein.

Insgesamt hat gut ein Viertel der Hilfesuchenden mindestens ein eigenes minderjähriges Kind (ambulant: 27 %, stationär: 27 %; Tab. 5a, 5b). Mit jeweils gut einem Drittel finden sich Eltern minderjähriger Kinder im ambulanten wie auch im stationären Bereich besonders häufig unter Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 37 %, stationär: 36 %). Es folgen in beiden Bereichen in absteigender Rangreihe Hilfesuchende, die pathologisch spielen (ambulant: 35 %, stationär: 29 %) bzw. Hilfesuchende mit alkohol- (ambulant: 29 %, stationär: 27 %), opioid- (ambulant: 24 %, stationär: 26 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 19 %, stationär: 22 %). Mit Abstand am seltensten ist Elternschaft für minderjährige Kinder jeweils unter Hilfesuchenden mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 13 %, stationär: 10 %).

Entlang der betrachteten Hauptmaßnahmen hat etwa ein Drittel der in Ambulanter medizinischer Rehabilitation Behandelten (32 %; nicht tabellarisch ausgewiesen) eigene minderjährige Kinder. Von den in Reha-Nachsorge (28 %) bzw. in Niedrigschwelligen Hilfen (26 %) oder Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (23 %) Betreuten sowie den in Adaption Behandelten (26 %) ist etwa ein Viertel Elternteil mindestens eines minderjährigen Kindes.

5.5 Erwerbsstatus

Insgesamt sind etwa 3 von 10 ambulant Betreuten arbeitslos (nach SGB III [ALG I] und SGB II [Bezug von Bürgergeld]) gemeldet (28 %), stationär gilt dies für rund 4 von 9 Behandelten (46 %; Tab. 6a und 6b). Allerdings sind die Werte nicht mit der Arbeitslosenquote der Bundesagentur vergleichbar, da die allgemeine Arbeitslosenquote auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (bspw. verrentete oder pensionierte Personen) in den Nenner einschließt, wodurch die Anteile unterschätzt werden.

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	118.388	85.626	32.244	61.892	42.786	18.931	9.079	6.922	2.080	18.342	14.264	3.949	6.761	4.647	2.005	4.047	3.626	431	1.982	1.618	360
Erwerbstätige	50,5 %	51,8 %	47,3 %	57,3 %	58,4 %	54,8 %	25,9 %	26,5 %	24,5 %	43,6 %	45,4 %	37,2 %	41,0 %	44,3 %	33,7 %	73,2 %	75,2 %	55,5 %	47,6 %	48,0 %	44,2 %
Auszubildende	3,1 %	3,3 %	2,5 %	1,4 %	1,5 %	1,2 %	2,0 %	2,1 %	2,0 %	8,4 %	9,0 %	6,2 %	3,2 %	2,8 %	3,9 %	3,2 %	3,4 %	0,7 %	5,3 %	5,6 %	3,9 %
Arbeitsplatz vorhanden	42,8 %	44,5 %	38,8 %	50,1 %	51,6 %	46,9 %	21,8 %	22,6 %	19,4 %	31,9 %	33,8 %	25,4 %	30,5 %	34,3 %	21,9 %	67,7 %	69,7 %	49,9 %	38,5 %	39,1 %	34,4 %
In Elternzeit/ Krankentstand	4,6 %	4,0 %	6,1 %	5,8 %	5,4 %	6,8 %	2,1 %	1,8 %	3,1 %	3,2 %	2,6 %	5,6 %	3,7 %	2,6 %	6,3 %	2,3 %	2,0 %	4,9 %	3,7 %	3,2 %	5,8 %
Arbeitslose	28,2 %	28,5 %	27,0 %	24,1 %	25,1 %	21,9 %	49,6 %	49,1 %	51,1 %	28,5 %	27,7 %	30,8 %	41,4 %	38,7 %	47,1 %	14,3 %	13,6 %	20,6 %	16,6 %	16,7 %	16,9 %
Arbeitslos nach SGB III^a (ALG I)^a	6,1 %	6,6 %	4,7 %	6,7 %	7,3 %	5,2 %	4,3 %	4,5 %	3,5 %	5,4 %	5,7 %	4,2 %	6,4 %	7,3 %	4,2 %	5,2 %	5,3 %	4,4 %	4,1 %	4,1 %	4,7 %
Arbeitslos nach SGB II^a (Bürgergeld)	22,1 %	21,9 %	22,4 %	17,5 %	17,8 %	16,7 %	45,4 %	44,5 %	47,5 %	23,1 %	22,0 %	26,7 %	35,0 %	31,3 %	42,9 %	9,2 %	8,3 %	16,2 %	12,6 %	12,6 %	12,2 %
Nichtberwerbspersonen	20,8 %	19,2 %	25,1 %	18,1 %	16,0 %	22,8 %	24,1 %	24,1 %	23,8 %	27,5 %	26,4 %	31,4 %	17,1 %	16,4 %	19,1 %	11,8 %	10,6 %	22,7 %	35,0 %	34,7 %	37,2 %
In der Schule/ im Studium	5,5 %	4,7 %	7,4 %	1,6 %	1,4 %	1,9 %	2,6 %	2,4 %	3,3 %	16,6 %	14,5 %	23,8 %	4,5 %	3,0 %	8,1 %	3,1 %	3,3 %	1,2 %	26,3 %	26,8 %	24,4 %
Hausfrau/Hausmann	0,7 %	0,2 %	2,0 %	0,9 %	0,2 %	2,6 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	0,6 %	0,2 %	1,5 %	0,2 %	0,1 %	1,4 %	0,4 %	0,2 %	1,4 %
In Rente/Pension	7,4 %	6,2 %	10,7 %	11,7 %	10,3 %	14,8 %	4,3 %	3,5 %	6,9 %	1,0 %	0,8 %	1,5 %	2,0 %	1,9 %	2,2 %	5,3 %	4,0 %	16,0 %	3,6 %	2,8 %	7,5 %
Sonstige Nichtberwerbs- person (z. B. SGB XII)^a	7,3 %	8,1 %	5,0 %	3,9 %	4,1 %	3,4 %	16,7 %	17,9 %	12,8 %	9,6 %	11,0 %	5,2 %	10,1 %	11,4 %	7,3 %	3,3 %	3,2 %	4,2 %	4,6 %	4,9 %	3,9 %
In beruflicher Rehabilitation	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,6 %	0,1 %	0,6 %	0,6 %	1,2 %	0,8 %	0,6 %	1,7 %

N = 747 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 9,8 %); Bezugs: Zugänge. HD = Hauptdiagnose; G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

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

Tab. 6b: Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose, stationär

Erwerbsstatus	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				
N	30.038	22.227	7.699	19.301	13.586	5.625	198	3.057	2.407	643	1.549	1.185	467	420	47	137	129	8	
Erwerbstätige	37,8 %	37,4 %	38,8 %	43,5 %	43,6 %	43,4 %	27,3 %	27,7 %	26,8 %	31,4 %	22,3 %	23,6 %	17,7 %	56,5 %	58,3 %	40,4 %	41,6 %	41,9 %	n = 3
Auszubildende	1,1 %	1,1 %	1,2 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %	2,5 %	2,9 %	2,9 %	3,1 %	1,2 %	1,3 %	0,8 %	1,3 %	1,2 %	2,1 %	4,4 %	4,7 %	n = 0
Arbeitsplatz vorhanden	31,4 %	31,6 %	30,8 %	37,3 %	38,0 %	35,6 %	18,2 %	20,0 %	19,5 %	21,6 %	15,5 %	16,5 %	12,2 %	52,2 %	54,3 %	34,0 %	33,6 %	34,9 %	n = 1
In Elternzeit/ Krankenstand	5,3 %	4,7 %	6,8 %	5,8 %	5,2 %	7,2 %	4,2 %	4,8 %	4,3 %	6,7 %	3,5 %	3,2 %	4,2 %	3,0 %	2,9 %	4,3 %	3,6 %	2,3 %	n = 2
Arbeitslose	45,5 %	47,3 %	40,5 %	40,8 %	43,1 %	35,3 %	53,2 %	54,3 %	55,4 %	50,5 %	61,1 %	59,1 %	68,1 %	28,5 %	28,8 %	25,5 %	39,4 %	41,1 %	n = 1
Arbeitslos nach SGB III* (ALG I)^a	14,2 %	14,8 %	12,4 %	14,3 %	15,1 %	12,3 %	10,4 %	15,1 %	15,6 %	13,5 %	15,6 %	16,7 %	12,5 %	10,7 %	10,0 %	17,0 %	12,4 %	12,4 %	n = 1
Arbeitslos nach SGB II* (Bürgergeld)	31,3 %	32,4 %	28,1 %	26,6 %	28,0 %	23,0 %	42,8 %	39,2 %	39,8 %	37,0 %	45,4 %	42,4 %	55,7 %	17,8 %	18,8 %	8,5 %	27,0 %	28,7 %	n = 0
Nichtwerbepersonen	16,3 %	14,9 %	20,3 %	15,3 %	12,9 %	20,9 %	20,7 %	17,6 %	17,4 %	17,9 %	16,0 %	16,9 %	13,0 %	14,8 %	12,6 %	34,0 %	17,5 %	15,5 %	n = 4
In der Schule/ im Studium	0,9 %	0,8 %	1,2 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %	1,7 %	2,7 %	2,2 %	4,8 %	0,6 %	0,4 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %	0,0 %	8,8 %	8,5 %	n = 1
Hausfrau/Hausmann	0,6 %	0,1 %	2,0 %	0,8 %	0,1 %	2,5 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n = 0
In Rente/Pension	7,3 %	5,8 %	11,5 %	10,0 %	8,3 %	13,9 %	2,6 %	1,9 %	1,3 %	3,9 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	8,4 %	6,2 %	27,7 %	2,2 %	1,6 %	n = 1
Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII)^a	7,5 %	8,2 %	5,6 %	4,1 %	4,1 %	4,0 %	16,0 %	12,7 %	13,8 %	8,4 %	13,4 %	14,5 %	9,7 %	5,6 %	5,5 %	6,4 %	6,6 %	5,4 %	n = 2
In beruflicher Rehabilitation	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	1,2 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,6 %	0,4 %	1,1 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	1,5 %	1,6 %	n = 0

N = 148 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 4,1%); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Bei kleiner Stichprobengröße statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

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

Besonders häufig arbeitslos sind ambulant wie stationär Hilfesuchende mit opioid- (ambulant: 50 %, stationär: 53 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 41 %, stationär: 61 %). Vergleichsweise selten ist Arbeitslosigkeit unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 24 %, stationär: 41 %) oder Personen, die pathologisch spielen (ambulant: 14 %, stationär: 29 %).

In den beiden letztgenannten Gruppen sind ambulant Betreute überwiegend erwerbstätig (Alkohol: 57 %; Pathologisches Spielen: 73 %), wohingegen Erwerbstätigkeit unter ambulant Betreuten mit opioidbezogenen Störungen mit einem Viertel der Fälle (26 %) besonders selten ist. Stationär Behandelte mit alkoholbezogenen Störungen (44 %) oder einer Verhaltenssucht (Pathologisches Spielen: 57 %; Exzessive Mediennutzung 42 %) sind in 4 bzw. 5 von 9 Fällen erwerbstätig, während dies für Hilfesuchende mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen nur in jeweils etwa einem von 4 Fällen gilt (Stimulanzen: 22 %; Opioide: 25 %; Cannabinoide: 28 %).

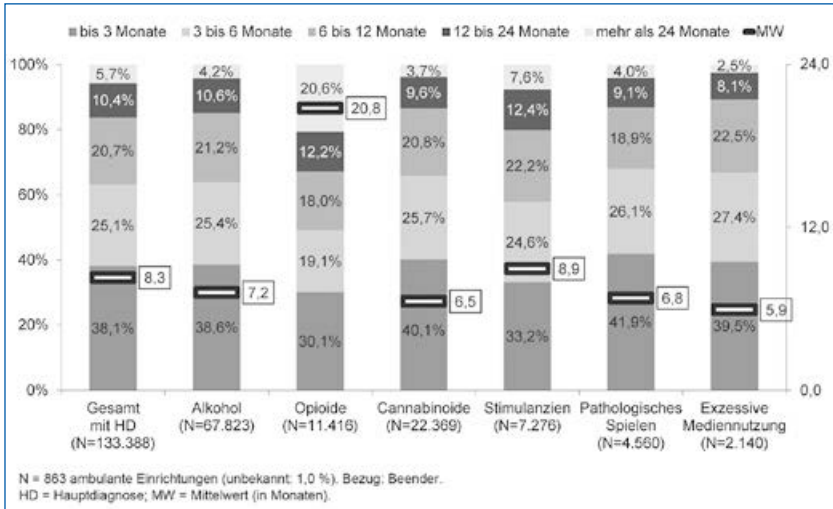
Unter den Hauptmaßnahmen findet sich unter Behandelten in Adaption (73 %) der höchste Anteil an Arbeitslosen (nicht tabellarisch ausgewiesen). Etwas geringer ist der entsprechende Anteil unter Betreuten in Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (65 %) und Niedrigschwelligen Hilfen (57 %), wobei hier jeweils auch ein großer Anteil der Hilfesuchenden Nichterwerbspersonen sind (Adaption: 11 %; Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum: 20 %; Niedrigschwellige Hilfen: 32 %). Deutlich geringer ist der Anteil an Arbeitslosen unter in Reha-Nachsorge Betreuten (31 %) oder unter in Ambulanter Medizinischer Rehabilitation Behandelten (18 %), wobei Angehörige dieser beiden Gruppen schwerpunktmäßig erwerbstätig sind (Reha-Nachsorge: 54 %; Ambulante Medizinische Rehabilitation: 70 %).

6 Versorgungsbegogene Merkmale

6.1 Dauer der Betreuungs- bzw. Behandlungsepisode

Ambulante Betreuungen enden nach $\bar{\varnothing}$ 8 Monaten (Abb. 1a), wobei die mittlere Betreuungsdauer mit $\bar{\varnothing}$ 21 Monaten bei Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen mit Abstand am längsten ist. Es folgen in absteigender Reihenfolge Betreute mit stimulanzen- ($\bar{\varnothing}$ 9 Monate), alkohol- ($\bar{\varnothing}$ 7 Monate) oder cannabinoidbezogenen Störungen ($\bar{\varnothing}$ 7 Monate) sowie Hilfesuchende, die pathologisch spielen ($\bar{\varnothing}$ 7 Monate). Am kürzesten ist die Betreuungsdauer mit $\bar{\varnothing}$ 6 Monaten unter Betreuten mit Exzessiver Mediennutzung. Betreuungen

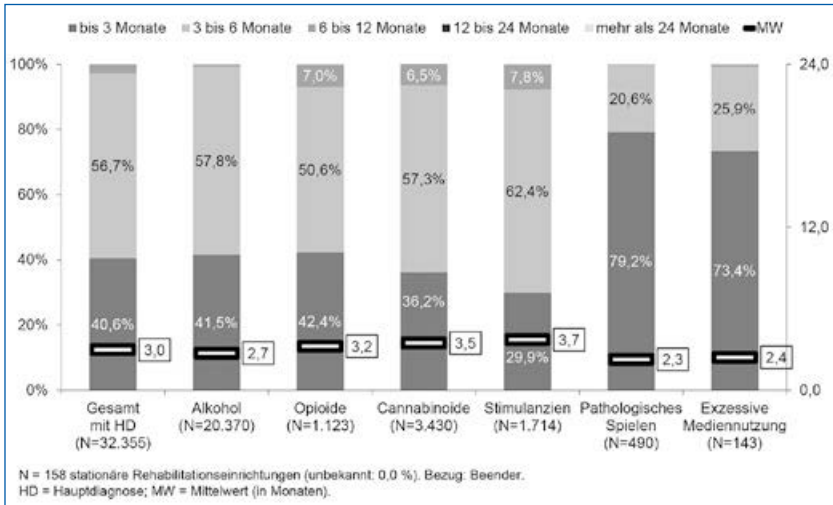
Abb. 1a: Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose, ambulant



mit einer Dauer von mindestens 2 Jahren sind bei opioidbezogenen Störungen (21 %) deutlich häufiger als in den übrigen Gruppen (Spanne 3 % bis 8 %).

Stationäre Behandlungen dauern $\bar{\varnothing}$ 3 Monate (Abb. 1b), wobei Hilfesuchende mit Verhaltenssuchten im Mittel etwas kürzer behandelt werden (Patholo-

Abb. 1b: Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose, stationär



gisches Spielen: Ø 2 Monate; Exzessive Mediennutzung: Ø 2 Monate) als Hilfesuchende mit substanzgebundenen Störungen (Alkohol: Ø 3 Monate; Opioide: Ø 3 Monate; Cannabinoide: Ø 4 Monate; Stimulanzien: Ø 4 Monate). Über alle Gruppen hinweg enden die stationären Behandlungen fast ausnahmslos binnen eines Jahres.

In Bezug auf die betrachteten Hauptmaßnahmen dauert Adaption im Mittel am kürzesten (Ø 3 Monate; nicht tabellarisch ausgewiesen). Auch Reha-Nachsorge (Ø 8 Monate) und Ambulante medizinische Rehabilitation (Ø 10 Monate) dauern durchschnittlich kein Jahr. Demgegenüber sind Niedrigschwellige Hilfen (Ø 15 Monate) oder Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (Ø 25 Monate) mit einer durchschnittlichen Dauer von über einem Jahr eher langfristig aufgelegt.

6.2 Haltequote

Als Erfolgsindikator dient unter anderem die Haltequote, also *die Planmäßigkeit der Beendigung*⁸. Ambulant enden 69 % der Betreuungen planmäßig und stationär 82 % der Behandlungen (Tab. 7). Besonders hohe Haltequoten finden sich bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 73 %, stationär: 86 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 73 %, stationär: 87 %). Es folgen in absteigender Rangreihe Hilfesuchende, die pathologisch spielen (ambulant: 67 %, stationär: 84 %) bzw. Hilfesuchende mit cannabinoid- (ambulant: 67 %, stationär: 73 %) oder stimulanzienbezogenen Störungen (ambulant: 63 %, stationär: 76 %). Auch Betreuungen und Behandlungen aufgrund von opioidbezogenen Störungen enden mehrheitlich planmäßig (ambulant: 55 %, stationär: 69 %).

Im Hinblick auf die betrachteten Hauptmaßnahmen ist die Haltequote in der Adaption (88 %) am höchsten und bei Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum am niedrigsten (61 %; nicht tabellarisch ausgewiesen). Reha-Nachsorge (72 %) bzw. Niedrigschwellige Hilfen (74 %) enden in etwa 3 von 4 Fällen planmäßig und Ambulante Medizinische Rehabilitation in etwa 4 von 5 Fällen (82 %).

⁸ Als „planmäßig“ werden (a) reguläre Beendigung, (b) Beendigung auf therapeutische Veranlassung, (c) vorzeitige Beendigung mit therapeutischem Einverständnis sowie (d) der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung gewertet. Unter „unplanmäßiger“ Beendigung wird (a) ein Abbruch durch die hilfesuchende Person, (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			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
	Ambulant (N)	125.250	91.117	33.509	63.873	44.303	19.332	10.282	7.876	2.326	21.075	16.596	4.326	6.815	4.760	2.014	4.314	3.839	471	1.966	1.619
Planmäßig beendet	66,6 %	68,2 %	69,7 %	72,7 %	72,3 %	73,4 %	55,4 %	55,8 %	54,3 %	66,5 %	65,9 %	65,1 %	63,3 %	64,1 %	61,5 %	66,9 %	66,9 %	66,7 %	72,6 %	72,0 %	75,2 %
Unplanmäßig beendet	31,4 %	31,8 %	30,3 %	27,3 %	27,7 %	26,6 %	44,6 %	44,2 %	45,7 %	33,5 %	33,1 %	34,9 %	36,7 %	35,9 %	38,5 %	33,1 %	33,1 %	33,3 %	27,4 %	28,0 %	24,8 %
Stationär (N)	31.717	23.334	8.100	20.046	14.051	5.888	1.101	873	219	3.331	2.620	679	1.676	1.271	388	480	368	48	142	116	9
Planmäßig beendet	81,6 %	81,1 %	83,3 %	86,0 %	85,7 %	86,8 %	69,1 %	68,3 %	73,1 %	72,9 %	73,0 %	72,3 %	76,0 %	76,4 %	74,7 %	84,2 %	84,5 %	93,8 %	87,3 %	87,1 %	n=8
Unplanmäßig beendet	18,4 %	18,9 %	16,7 %	14,0 %	14,3 %	13,2 %	30,9 %	31,7 %	26,9 %	27,1 %	27,0 %	27,7 %	24,0 %	23,6 %	25,3 %	15,8 %	15,5 %	6,3 %	12,7 %	12,9 %	n=1

N = 813 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 5,2%); Bezug: Beender. N = 158 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Bei keiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

Tab. 8: Beurteilung des Problembereichs Sucht zu Beratungs-/Behandlungsende nach Hauptdiagnose, ambulant und stationär

	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	Ambulant (N)	94.871	68.444	26.128	49.314	34.058	15.167	6.936	5.308	1.626	15.667	12.240	3.292	5.389	3.740	1.638	3.210	2.846	369	1.577	1.273
Gebessert	62,0 %	61,8 %	62,5 %	66,0 %	65,6 %	67,1 %	42,7 %	43,5 %	41,7 %	60,1 %	60,3 %	59,1 %	59,2 %	59,3 %	59,0 %	73,0 %	72,9 %	73,2 %	66,4 %	66,5 %	68,2 %
Gleich geblieben	34,7 %	35,0 %	33,9 %	30,4 %	31,0 %	28,9 %	52,3 %	51,6 %	53,3 %	37,8 %	37,7 %	38,5 %	37,0 %	37,0 %	36,9 %	25,9 %	25,9 %	25,7 %	32,6 %	32,4 %	31,5 %
Verschlechtert	2,8 %	2,7 %	3,1 %	2,9 %	2,8 %	3,3 %	4,7 %	4,6 %	4,6 %	1,9 %	1,8 %	2,2 %	3,2 %	3,2 %	3,2 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	1,0 %	1,2 %	0,3 %
Neu aufgetreten	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Stationär (N)	23.653	17.850	5.834	15.288	10.916	4.372	799	643	156	2.196	1.809	389	1.221	949	271	384	342	45	116	108	8
Gebessert	84,9 %	84,4 %	86,6 %	89,5 %	89,3 %	90,0 %	67,6 %	67,8 %	66,7 %	78,9 %	79,4 %	76,6 %	78,1 %	78,2 %	77,5 %	89,6 %	89,9 %	93,3 %	87,1 %	86,1 %	n=8
Gleich geblieben	13,6 %	14,2 %	12,0 %	9,3 %	9,6 %	8,6 %	29,3 %	28,8 %	31,4 %	19,3 %	19,0 %	21,1 %	19,9 %	19,7 %	21,0 %	10,4 %	11,1 %	6,7 %	12,1 %	13,0 %	n=0
Verschlechtert	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %	1,0 %	2,1 %	2,2 %	1,9 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,5 %	1,7 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %	n=0
Neu aufgetreten	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	1,0 %	1,2 %	0,0 %	0,8 %	0,7 %	1,3 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	n=0

N = 636 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 11,9%); Bezug: Beender. N = 129 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 6,5%);

Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Bei keiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

Als weiterer Erfolgsindikator dient die Entwicklung der Suchtproblematik im Zuge der Betreuung bzw. Behandlung⁹. Insgesamt erfahren 3 von 5 ambulant Betreuten (62 %) und gut 4 von 5 stationär Behandelten (85 %) eine Verbesserung ihrer Suchtproblematik. Besonders gilt dies für Hilfesuchende mit Verhaltenssuchten (Pathologischem Spielen – ambulant: 73 %, stationär: 90 % | Exzessiver Mediennutzung – ambulant: 66 %, stationär: 87 %) oder alkoholbezogenen Störungen (ambulant: 66 %, stationär: 90 %). Im Vergleich hierzu kommt es bei opioidbezogenen Störungen (ambulant: 43 %, stationär: 68 %) deutlich seltener zu einer Verbesserung. Hier spielt vielmehr die Stabilisierung der Ausgangsproblematik eine sehr große Rolle für die Hilfesuchenden (ambulant: 52 %, stationär: 29 %). Eine Verschlechterung der Suchtproblematik ist selten (ambulant: 3 %, stationär: 1 %) und ein Neuauftreten ist nur vereinzelt dokumentiert (Tab. 8).

Literatur

- Braun, B.; Lesehr, K. (2017): Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. Konturen, (1), 1–5. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>, Zugriff: 10.02.2026.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2026): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2026). Hamm. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload/dshs/02_kds/2026_01_01_Manual_Deutscher_Kerndatensatz_3.0.pdf, Zugriff: 10.02.2026
- 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.
- 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: 10.02.2026.
- Schwarzkopf, L.; Dauber, H.; Riemerschmid, C. (2025): Deutsche Suchthilfestatistik 2024 – Jahresbericht. München: IFT Institut für Therapieforchung. <https://>

⁹ Bei der Einschätzung des Erfolgs wird zwischen einem positiven („gebessert“ bzw. „unverändert“) und einem negativen Ergebnis („verschlechtert“, „neu aufgetreten“) unterschieden (für eine Definition der Begriffe vgl. das Manual zum KDS; DHS, 2026).

www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html, Zugriff: 10.02.2026.

Süss, B.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2011): Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. *Sucht*, 57(6), 469–477.

3.2 Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung

Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Nadine Schmidt, Hannah Haacke, 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 10 Jahre abgebildet.

Im zweiten Teil dieses Beitrags werden aktuelle Ergebnisse ausgewählter Instrumente¹ aus dem Programm der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung vorgestellt, mit denen sich die Qualität beurteilen lässt. Zu den hier eingesetzten Instrumenten gehören u. a. der Sozialmedizinische Verlauf (SMV), die Therapeutische Versorgung (KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen), die Reha-Therapiestandards (RTS) für „Alkoholabhängigkeit“, das Peer-Review-Verfahren (PRV) und die Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (RB).

Abstract

The following article presents rehabilitation services over time covered by the German federal Pension Insurance (DRV) to provide outpatient and inpatient medical rehabilitation for patients with substance-use related disorders according to rehabilitation-related characteristics and patient-related characteristics.

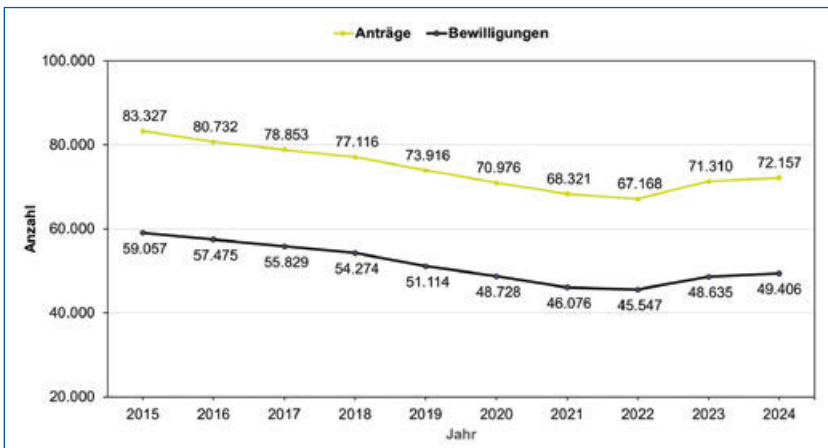
¹ Ein Überblick zu allen Instrumenten und Verfahren im Programm der Reha-Qualitätssicherung der DRV findet sich im Internet auf www.reha-qs-drv.de.

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 in the first and second year 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 (PRV) and patient reported outcomes assessed by questionnaire (RB).

1 Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen

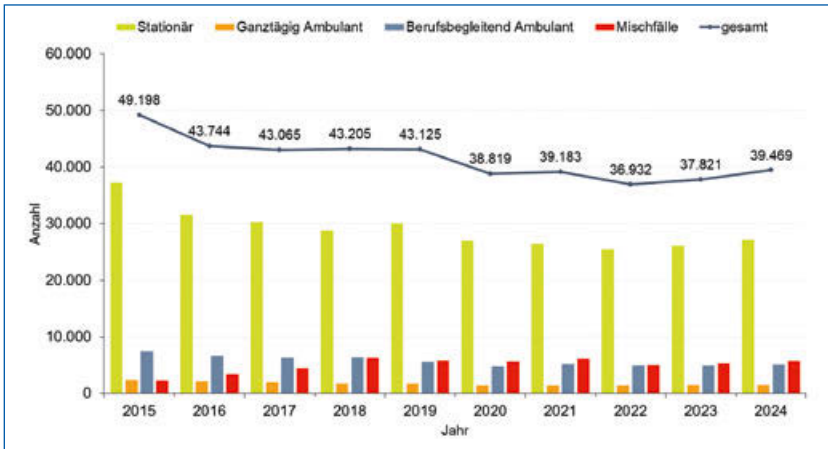
Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, wurden 72.157 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2024 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gestellt. Die Abbildung zeigt ebenfalls, dass im gleichen Zeitraum 49.406 Leistungen

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

dieser Art bewilligt wurden (für alle tatsächlich durchgeführten Leistungen s. Abb. 2). Während der Rückgang in den letzten Jahren bis 2022 vermutlich auf die Folgen der SARS-COV-2-Pandemie zurückzuführen ist, zeichnet sich 2023 erstmalig seit 2015 eine Trendwende ab. Bei fehlender Zuständigkeit der DRV, Verfehlung von Fristen, akutem Behandlungsbedarf und anderen Gründen müssen Anträge jedoch abgelehnt werden.

In Abbildung 2 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Rehabilitation bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen im zeitlichen Verlauf abgebildet. Insgesamt 39.469 abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2024 umfassten: 27.174 stationäre Leistungen, 1.513 ganztägig ambulante Leistungen, 5.092 berufsbegleitende ambulante Leistungen sowie 5.690 Mischfälle (Abb. 2). Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Reha-Leistungen in Kombination erbracht werden.

Es ist zu beachten, dass die Zahlen der beantragten und bewilligten Leistungen (Abb. 1) mit denen der abgeschlossenen Leistungen (Abb. 2) nicht direkt verglichen werden können, da das Verhältnis durch unterschiedliche Bezugszeiträume, Wartezeiten, Nichtantrittsquoten bzw. unterschiedliche Behandlungsdauern beeinflusst wird.

Bei der medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen werden Leistungen wegen Alkohol-, Drogen- oder

Tab. 1: Abgeschlossene Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Frauen)

Frauen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Leistungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	12.025	10.616	10.534	10.924	10.892	9.557	9.715	9.296	9.330	9.585
wg. Alkoholabhängigkeit	77 %	77 %	77 %	76 %	75 %	74 %	73 %	74 %	74 %	72 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
wg. Drogenabhängigkeit	21 %	20 %	21 %	22 %	23 %	24 %	25 %	24 %	25 %	25 %
wg. path. Glücksspiels oder path. Comp.-/Internetgebrauchs	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

Tab. 2: Abgeschlossene Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Männer)

Männer	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Leistungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	37.173	33.128	32.531	32.281	32.233	29.262	29.468	27.636	28.491	29.884
wg. Alkoholabhängigkeit	68 %	68 %	67 %	65 %	64 %	62 %	60 %	61 %	61 %	59 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
wg. Drogenabhängigkeit	31 %	31 %	32 %	34 %	35 %	37 %	39 %	38 %	38 %	39 %
wg. path. Glücksspiels oder path. Comp.-/Internetgebrauchs	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

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).

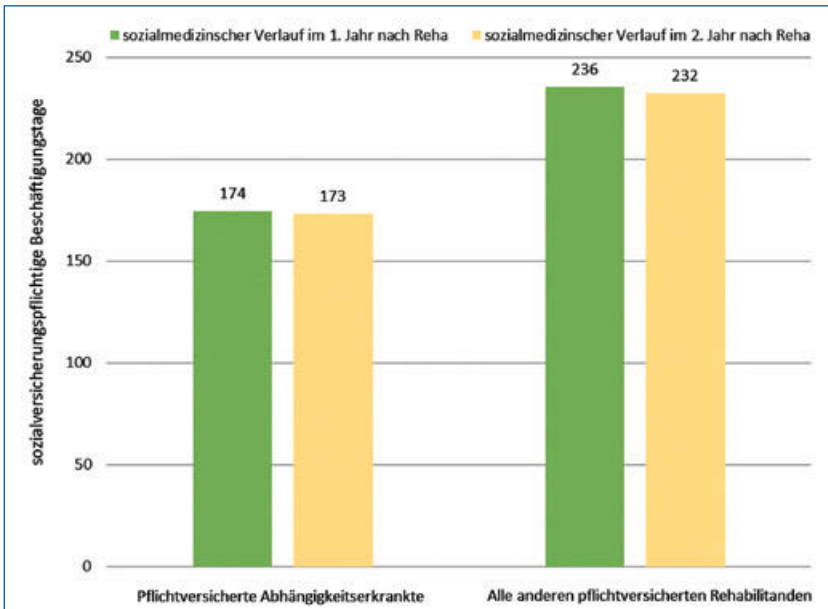
2 Externe Qualitätssicherung in der Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

Seit Mitte der 1990er Jahre betreibt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein umfangreiches Reha-Qualitätssicherungsprogramm (Reha-QS), das verschiedene Instrumente und Verfahren beinhaltet und stetig weiterentwickelt wird (vgl. Martin, Ostholt-Corsten, 2020). Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Qualitätssicherungsinstrumente mit Blick auf die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen dargestellt (vgl. auch Beck, Simon, Steinbrecher, Falk, 2024). Seit dem 1. Juli 2023 werden die von den einzelnen Fachabteilungen erzielten Qualitätsergebnisse im Rahmen einer qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl für die Zuweisung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden herangezogen und für die Öffentlichkeit auf der Internetseite „meine-rehabilitation.de“ zur Verfügung gestellt. Den von den Reha-Fachabteilungen erzielten Qualitätsergebnissen kommt damit eine ganz neue Bedeutung zu.

2.1 Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dienen der dauerhaften Integration bzw. der Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten in das Erwerbsleben (Return-To-Work). Dies stellt ein zentrales Ziel von Rehabilitationen in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung dar (DRV, 2009). Der Bericht „Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation“ (SMV) stellt anhand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage den Erwerbsverlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitationsleistung in der Reha-Fachabteilung dar. Die Datengrundlage für die Auswertungen ist die Verlaufserhebung der Reha-Statistik-Datenbank (RSD) aus den Routinedaten der DRV.

Abb. 3: Sozialmedizinischer Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2016–2023

Die Verlaufserhebung umfasst ein Zeitfenster von acht Jahren und enthält Routinedaten von jedem Versicherten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 15, 31 SGB VI erhalten hat, die vor, während und bei Abschluss der Leistung erhoben werden. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Arbeitgebenden oder die Erfassung von Anträgen und Bescheiden aus den Bereichen Rehabilitation und Rente. Ergänzend fließen die Daten des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung in die Auswertungen des SMV ein.

Abbildung 3 zeigt den sozialmedizinischen Verlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer medizinischen Reha-Leistung wegen Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu allen anderen pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung.

Im ersten Jahr nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeiten wurden insgesamt 10.159 Versicherte erfasst. Von diesen befanden sich 485 Personen in einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 216 in Altersrente, während 9 Versicherte verstorben

sind. Im zweiten Jahr nach Rehabilitation erhöhte sich die Anzahl der erfassten Versicherten auf 10.576, wobei 782 eine EM-Rente bezogen, 465 in Altersrente waren und 16 verstarben.

Zum Vergleich wurden Daten von allen anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine medizinische Rehabilitation durchgeführt haben, herangezogen. Im ersten Jahr nach Rehabilitation wurden in der Vergleichsgruppe 551.751 Versicherte erfasst. 27.293 der Versicherten erhielten eine EM-Rente, 42.138 eine Altersrente und 624 verstarben. Im zweiten Jahr nach Rehabilitation erhielten von 512.848 erfassten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 39.945 eine EM-Rente und 72.143 eine Altersrente. 638 Versicherte verstarben im zweiten Jahr nach der Rehabilitation.

Zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen und der Kontrollgruppe zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage: Versicherte mit einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen verzeichneten im ersten Jahr durchschnittlich 62 Tage weniger Beschäftigung als die Vergleichsgruppe. Im zweiten Jahr betrug die Differenz 59 Tage.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die berufliche (Re)Integration in das Berufsleben nach medizinischer Rehabilitation bei Versicherten mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu allen anderen Versicherten nach medizinischen Reha-Leistungen deutlich erschwert ist.

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 RSD (vgl. Abschnitt 2.1) und werden für die QS ausgewertet. Eingeschlossen werden Reha-Fachabteilungen, für die im Bezugsjahr mindestens 25 ärztliche Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL-Codierung elektronisch erfasst wurden (DRV Bund, 2015).

In die nachfolgende Auswertung wurden die Daten von 27.352 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezogen, die im Jahr 2024 eine medizinische Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt haben.

Tab. 3: Therapeutische Versorgung in der Behandlung abhängigkeiterkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 2024

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	pro Person		Personen mit mindestens einer Leistung*	
	Dauer (Std.) pro Woche	Leistungen pro Woche	Anzahl	Anteil
A – Sport und Bewegungstherapie	2,1	2,5	26.775	98 %
B – Physiotherapie	0,4	0,7	11.323	41 %
C – Information, Motivation, Schulung	1,4	2,0	27.307	100 %
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1,5	2,2	27.214	99 %
E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	5,8	4,6	27.087	99 %
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1,8	2,1	26.768	98 %
G – Psychotherapie	6,2	5,2	27.321	100 %
H – Reha-Pflege und Pädagogik	0,8	1,7	26.176	96 %
K – Physikalische Therapie	0,3	0,7	7.913	29 %
L – Rekreationstherapie	2,1	2,8	24.645	90 %
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	0,4	0,4	21.063	77 %
Insgesamt	21,8	23,3	27.352	100 %

* Mehrfachnennungen möglich; n = 27.352 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2024

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“ und E „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien“ (jeweils 99 %). Mit Blick auf die Dauer haben Leistungen aus den Kapiteln G „Psychotherapie“ und E „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien“ mit 6,2 Stunden bzw. 5,8 Stunden pro Woche den quantitativ größten Anteil bei der therapeutischen Behandlung abhängigkeiterkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Über alle Kapitel der KTL hinweg betrachtet beträgt die

durchschnittliche Therapiezeit insgesamt 21,8 Stunden pro Woche (verteilt auf 23,3 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 Therapiemodulen“ (ETM) wird festgelegt, welche und wie viele Leistungen eine versicherte Person zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes während einer medizinischen Rehabilitation mindestens erhalten soll. Zusätzlich wird der Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorgegeben, der den Mindestanforderungen entsprechend behandelt werden soll.

Im Folgenden werden aktuelle Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ (DRV Bund, 2016) vorgestellt. Für jedes der insgesamt 13 Therapiemodule werden die Prozentanteile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil („SOLL“) gegenübergestellt. Die Auswertung bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2024 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“² abgeschlossen haben. Insgesamt sind die Reha-Entlassungsberichte von 11.544 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Auswertung eingeflossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapievorgaben der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ in allen evidenzbasierten Therapiemodulen vollständig erfüllt wurden.

2.4 Peer Review-Verfahren bei 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 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-

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

Tab. 4: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapie-standards für „Alkoholabhängigkeit“ (bei medizinischen Rehabilitationen in 2024)

ETM	Bezeichnung	Mindestanforderungen erfüllt – „IST“	Mindestanteil zu behandelnder Personen – „SOLL“
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen	94 %	90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen	95 %	90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	93 %	50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	34 %	20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	90 %	90 %
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	93 %	75 %
06	Tabakentwöhnung	19 %	15 %
07	Entspannungsverfahren	57 %	40 %
08	Bewegungstherapie	91 %	70 %
09	Gesundheitsbildung	94 %	80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	95 %	80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und künstlerische Therapien	86 %	70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	99 %	90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	95 %	90 %

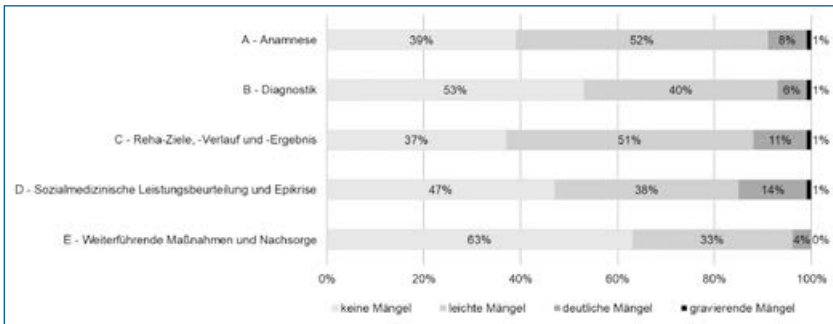
n = 11.544 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (Dauer der medizinischen Rehabilitation: 78–142 Tage).

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2024

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

Für das Peer Review-Verfahren der Indikation Abhängigkeitserkrankungen 2025 wurden die Entlassungsberichte (einschl. der dazugehörigen Therapiepläne) von insgesamt 1.516 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine medizinische Rehabilitation aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2024 abgeschlossen haben, begutachtet. Hierfür waren 95 Peers tätig.

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

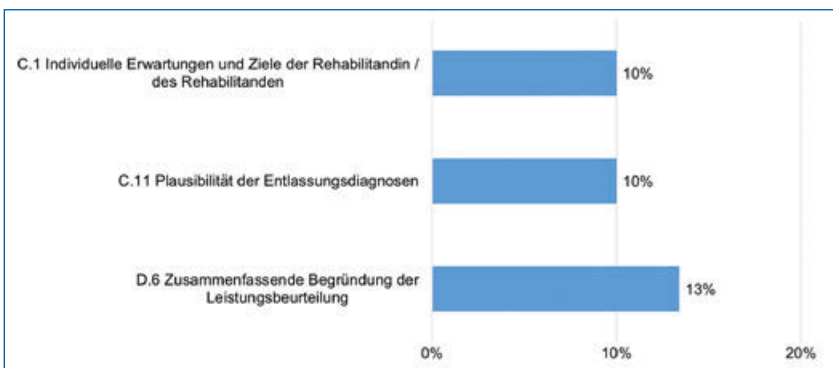


Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen, $n = 1.516$ bewertete Reha-Entlassungsberichte

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 abhängigkeitskranker 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).

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, $n = 1.516$ bewertete Reha-Entlassungsberichte

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 % „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 13 % das Prozessmerkmal „D.6 Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“, außerdem jeweils mit 10 % die Prozessmerkmale „C.1 „Individuelle Erwartungen und Ziele der Rehabilitandin/des Rehabilitanden“ und „C.11 Plausibilität der Entlassungsdiagnosen“ im Prozessbereich „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (vgl. Abb. 5).

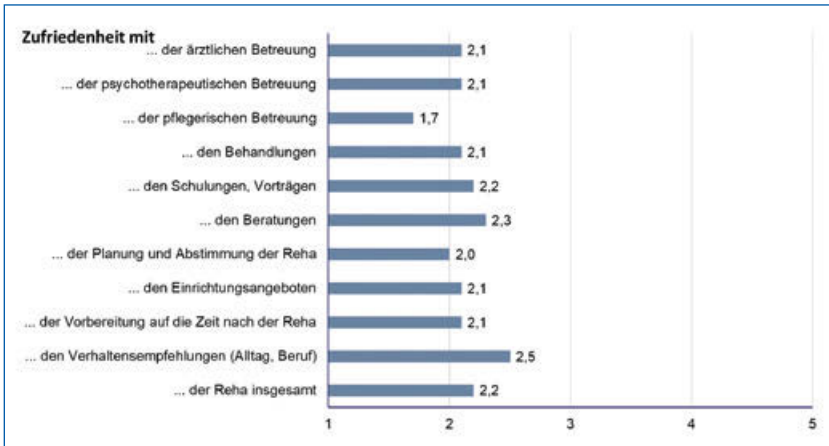
2.5 Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der DRV werden regelmäßig Befragungen einer repräsentativen Stichprobe zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und zum Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt. Befragt werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ca. 8 bis 12 Wochen nach Abschluss einer stationären Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf 3.068 Befragungen, die im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 30. September 2023 durchgeführt wurden (die Rücklaufquote betrug 19 %).

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 Reha-

Abb. 6: Zufriedenheit aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

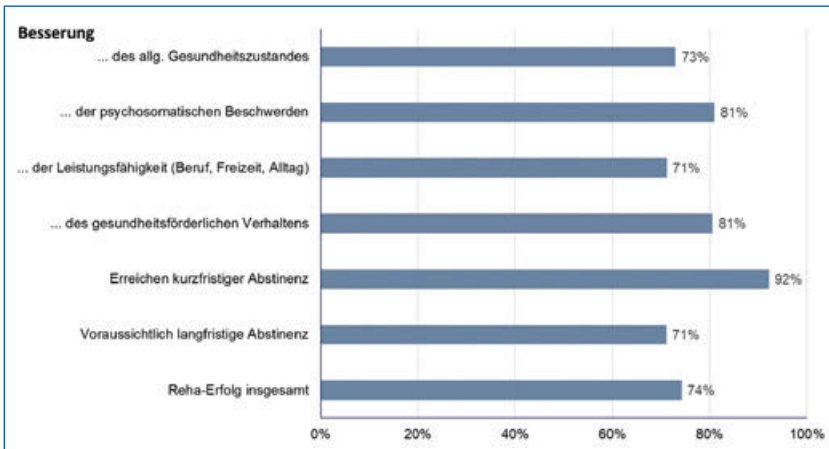


Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2022 bis September 2023 (n = 3.068).

bilitandinnen 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

Abb. 7: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Befragungszeitraum: Oktober 2022 bis September 2023 (n = 3.068).

wahrgenommenen Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern. 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 (74 %). 73 % aller befragten 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: 81 %) und „psychosomatische Beschwerden“ (Besserungsquote: 81 %) erzielt.

3 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. Durch die Aktivitäten auf dem Gebiet der Reha-Qualitätssicherung und die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen macht die Deutsche Rentenversicherung Qualität transparent und nachvollziehbar. Durch die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl wird zusätzlich klar, dass die Qualität der Leistungen eine wichtige Rolle auch in der Zuweisung von Versicherten in eine passende Reha-Fachabteilung spielt. Die hier dargestellten Daten zeigen bspw. mit Blick auf die Ergebnisse aus dem Peer Review-Verfahren 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 (SMV).

Literatur

Beck, L. et al. (2024): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2024. Lengerich: Pabst. 183-196.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/>

- DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html, Zugriff: 15.01.2026.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015): KTL-Klassifikation therapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage. Berlin. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html, Zugriff: 15.01.2026.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html, Zugriff: 15.01.2026.
- Martin, S.; Ostholt-Corsten, M. (2020): Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. DRV Schriften, Bd. 121: Berlin. 63–69.

4 Aktuelle Themen

4.1 Alkoholbezogene Störungen: körperliche Folge- und Begleiterkrankungen

Francesca Borlak, Helmut K. Seitz, Falk Kiefer

Zusammenfassung

Alkohol ist in Deutschland gesundheitlich und gesellschaftlich das bedeutendste legale Suchtmittel. Anders als viele andere psychotrope Substanzen entfaltet Alkohol seine toxische und krankheitsfördernde Wirkung bereits lange vor dem Erreichen der Schwelle der Abhängigkeit. Der Schaden betrifft sämtliche Organsysteme, ist dosisabhängig – auch bei moderaten Trinkmengen nachweisbar – und ist wesentliche Ursache für hohe Morbidität und Mortalität in der Allgemeinbevölkerung. Protektive Effekte eines mäßigen Konsums bestehen nicht. Die folgende Übersicht fasst die wichtigsten Pathomechanismen, epidemiologischen Kennzahlen, klinisch relevanten Krankheiten sowie den Stand der Diagnostik evidenzbasiert zusammen.

Summary

Alcohol is the most significant legal addictive substance in Germany in terms of health and social impact. Unlike many other psychotropic substances, alcohol exerts its toxic and disease-promoting effects long before reaching its threshold of addiction. The harm affects all organ systems, its dose-dependence is detectable even at moderate drinking levels, and is a major cause of high morbidity and mortality in the general population. A protective effect of moderate consumption does not exist. The following overview summarizes the most important pathomechanisms, epidemiologic metrics, clinically relevant diseases, and the current status of evidence-based diagnostics.

1 Alkoholgebrauch und alkoholbezogene Störungen

Im öffentlichen wie medizinischen Diskurs werden Alkoholprobleme oftmals mit Begriffen wie „Missbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeit“ bezeichnet.

Damit rücken die individuelle Verhaltensproblematik und das Bild der/des „Suchtkranken“ in den Fokus. Dies verdeckt jedoch, dass Alkohol als Substanz ein ubiquitäres Zellgift darstellt, das unabhängig von individuellen psychischen Faktoren eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen hervorruft (Bouajila et al., 2024; Kiefer et al., 2022b). Die Abhängigkeit selbst ist eine Alkoholfolgeerkrankung – und nicht die Ursache der Alkoholfolgeerkrankungen.

Im Zentrum dieses Beitrags steht daher nicht das Abhängigkeitssyndrom, sondern der Alkoholgebrauch als eigenständiger Faktor in seiner Assoziation mit somatischen alkoholbezogenen Störungen. Dass auch schwere Organfolgen bei Menschen ohne manifeste Abhängigkeit auftreten können, ist eine der wichtigsten Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte (z. B. Porst et al., 2022; Wood et al., 2018). Ob riskanter Gebrauch, regelmäßig „moderates“ Trinken oder chronisch-exzessiver Konsum – der toxische Effekt des Alkohols auf den menschlichen Körper ist unstrittig und wird in der aktuellen Forschung zunehmend quantifiziert (GBD Alcohol Collaborators, 2018).

2 Die vielfachen Wege toxischer Alkoholwirkung

2.1 Chemische und zelluläre Grundlagen

Ethanol, ein Molekül aus der Gruppe der Alkohole vermittelt seine toxischen Effekte (auch über seine Abbauprodukte) auf molekularer Ebene, ist karzinogen, zelltoxisch und beeinflusst hormonelle sowie immunologische Prozesse.

Ethanol wird zu 5 %–10 % im Magen verstoffwechselt und dann vollständig im Dünndarm resorbiert und in einer ersten Passage in der Leber oxidiert. Ein Großteil gelangt über die Blutbahn in nahezu alle Organe. Entscheidend für die Krankheitsentwicklung ist jedoch nicht nur die akute Ethanolwirkung, sondern vor allem die Wirkung von Acetaldehyd, dem ersten Stoffwechselprodukt von Ethanol, und die Generierung von reaktiven Sauerstoffradikalen (ROS), die während der Ethanoloxidation entstehen (Müller et al., 2021; Seitz, Mueller, 2012; Seitz, 2025).

2.2 Metabolismus: Ethanol, Acetaldehyd und Acetat

Die Alkoholdehydrogenase (ADH) wandelt Ethanol hauptsächlich in der Leber in Acetaldehyd um – ein hochreaktives, mutagenes Zwischenprodukt im Alkoholstoffwechsel.

Die Aldehyddehydrogenase (ALDH) oxidiert Acetaldehyd in der Leber zu Acetat (Essigsäure), das deutlich weniger toxisch ist. Dieses Acetat wird überwiegend zu Acetyl-CoA weiterverarbeitet und im Citratzyklus zum Energiegewinn abgebaut, wobei seine Kohlenstoffatome letztlich als Kohlendioxid (CO₂) abgeatmet werden; im Rahmen des oxidativen Stoffwechsels entsteht dabei auch Wasser. Die individuelle Enzymausstattung (z. B. Varianten der ADH und der ALDH) beeinflusst den toxischen Effekt. Grundsätzlich gilt: je höhere Konzentrationen von Acetaldehyd kumulieren, desto höher sind die toxischen Effekte.

2.3 Spezifische Toxizitätsmechanismen

- *Acetaldehyd ist direkt zytotoxisch.* Es bildet DNA- und Proteinaddukte, fördert Mutationen (Karzinogenese) und stört DNA-Reparaturmechanismen (Seitz, 2025).
- *Oxidativer Stress:* Der oxidative Stress im Zusammenhang mit Alkoholkonsum entsteht primär während der Oxidation von Ethanol zu Acetaldehyd durch das Enzym Cytochrom P450 2E1 (CYP2E1). CYP2E1 ist vor allem in der Leber präsent, kommt aber auch in vielen anderen Organen vor und wird durch chronischen Alkoholkonsum stark hochreguliert. Es katalysiert den oxidativen Abbau von Ethanol zu Acetaldehyd und setzt dabei gleichzeitig große Mengen reaktiver Sauerstoffspezies (ROS) frei – das ist der entscheidende Mechanismus für alkoholassoziierten oxidativen Stress. Die entstandenen ROS (u. a. „Sauerstoffradikale“) schädigen Proteine, Lipide und DNA und sind maßgeblich an Zellschäden sowie Langzeitfolgen wie Fibrose, Karzinogenese und Lebererkrankung beteiligt (Zakhari et al., 2025).
- *Immunmodulation:* Alkohol fördert proinflammatorische Zytokine (u. a. TNF- α , IL-6) und behindert Immunantworten, insbesondere in der Leber („sterile Entzündung“) (Müller et al., 2021). Außerdem kommt es zur Beeinträchtigung der Immunantwort: Immunsuppressive Effekte steigern das Infektrisiko gravierend.
- *Hormonelle Effekte:* Alkohol beeinflusst die Hypothalamus-Hypophysen-Hormone und den Steroidhaushalt (Kiefer, Wiedemann, 2004). Bereits kleine Mengen Alkohol hemmen den Östrogenabbau und führen zu einer bis zu 30-%igen Erhöhung der Östrogenkonzentration im Blut (Coutelle et al., 2004). Auswirkungen reichen von Hypogonadismus bis zu erhöhter Tumoranfälligkeit. Menstruationsstörungen, Fertilitätsprobleme, Osteoporose

und weitere endokrinologische Fehlregulationen sind häufige Langzeitfolgen.

- *Störung der Darmbarriere:* Alkohol erhöht die intestinale Permeabilität („Leaky gut“), bakterielle Endotoxine dringen in den Organismus ein und fördern systemische Entzündungen. Die Folge: chronisch-entzündliche Prozesse – vor allem in Leber, Pankreas und dem Zentralen Nervensystem (Seitz, Neuman, 2022).
- *Epigenetische Modulation:* Alkohol löst Veränderungen an der Genexpression aus, begünstigt proinflammatorische Stoffwechselwege und damit auch die Fibrose- und Tumorbildung (Seitz, Neuman, 2022).
- *Rezeptorvermittelte Neurotoxizität:* Zentralnervöse Wirkungen erfolgen u. a. über GABA-A, NMDA- und Dopaminrezeptoren und beeinflussen nicht nur neurodegenerative Prozesse, sondern auch die Entwicklung einer Abhängigkeit (Van den Brink, Kiefer, 2020; Kiefer, Borlak, in Druck).

Mechanismen der Alkoholtoxizität

Ethanol wird über das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) und das Cytochrom P450 2E1 (CYP2E1) zu Acetaldehyd metabolisiert; unzureichender Abbau durch die Aldehyddehydrogenase (ALDH) und vermehrte Bildung reaktiver Sauerstoffspezies (ROS).

Tab. 1: Schematische Übersicht der zentralen Pathomechanismen (links), der daraus resultierenden zellulären Effekte (Mitte) und typischer klinischer Folgeerkrankungen (rechts)

Pathomechanismus	Zellulärer Effekt	Klinische Folge
Ethanol → Acetaldehyd (ADH, CYP2E1); unzureichender Abbau (ALDH-Varianten)	Genotoxische Effekte: DNA- und Proteinaddukte, Mutationen, gestörte DNA-Reparatur	Kopf-Hals-Karzinome, Ösophagus-, Leber-, kolorektale Tumoren, Mammakarzinom
CYP2E1-vermittelte ROS-Bildung (chronischer/höherer Konsum)	Oxidativer Stress: Lipidperoxidation, Mitochondrienschädigung, Aktivierung fibrogener Prozesse, Bildung von DNS-Addukten	Alkoholische Fettleber, Steatohepatitis, Fibrose, Leberzirrhose; alkoholische Kardiomyopathie, Myopathie, Karzinome
Immunmodulation: ↑ TNF- α , IL-6; „sterile“ Entzündung; Immunsuppression	Chronische Entzündung, Aktivierung von Kupfer-Zellen und anderen Immunzellen, verminderte Infektabwehr	Dekompensierte Lebererkrankung, erhöhtes Infekt- und Sepsis-Risiko
Störung der Darmbarriere („Leaky gut“)	Endotoxin-Translokation aus dem Darm in die Pfortader; systemische Entzündungsreaktionen	Verstärkung von Leber-, Pankreas- und ZNS-Schädigungen; Multiorganentzündung
Hormonelle Dysregulation (Hypothalamus-Hypophysen-Achse, Sexualhormone)	Gestörte Steroid- und Gonadenfunktion; erhöhte Östrogenspiegel; veränderte Zellproliferation; Knochenstoffwechselstörung	Hypogonadismus, Menstruationsstörungen, Fertilitätsprobleme, Osteoporose, erhöhte Tumoranfälligkeit (Mammakarzinom)

Quellen: Seitz, 2025; Zakhari et al., 2025; Müller et al., 2021; Seitz, Neuman, 2022

tiver Sauerstoffspezies (ROS) führen zu genotoxischen Schäden, oxidativem Stress, chronischer Entzündung, Störung der Darmbarriere („leaky gut“) sowie hormonellen Dysregulationen. Diese gemeinsamen Mechanismen münden in charakteristische somatische Alkoholfolgeerkrankungen (Tab. 1).

3 Korrelation oder kausale Wirkungsbeziehung?

Die klare und evidenzbasierte Beantwortung dieser Frage verdient besondere Aufmerksamkeit, da regelmäßig und meist interessengeleitet Zweifel an der Evidenzlage geweckt werden. Auch das nachgewiesene falsche Narrativ des gesunden gemäßigten Alkoholkonsums wird weiterhin bedient.

Wenn in epidemiologischen Studien ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Häufung bestimmter Erkrankungen gefunden wird, stellt sich natürlich zunächst die Frage, ob Alkohol tatsächlich ursächlich beteiligt ist oder ob gemeinsame Lebensstilfaktoren (z. B. Rauchen, Ernährung, sozio-ökonomische Lage) sowohl den erhöhten Konsum als auch die höhere Krankheitslast erklären. Genau diese Frage ist für die im vorliegenden Beitrag diskutierten Krankheitsbilder inzwischen gut untersucht und auf Grundlage der nachfolgenden drei ineinandergreifenden Argumente kann die kausale Wirkungsbeziehung als gesichert angesehen werden.

1. Für alle hier genannten Erkrankungen sind gut belegte Pathomechanismen beschrieben, die die Wirkung der Noxe „Ethanol“ mit den beobachteten Organschäden verbinden (Tab. 1).
2. Nahezu alle klassisch alkoholbedingten Erkrankungen zeigen eine Dosis-Wirkungs-Beziehung: mit steigender durchschnittlicher Trinkmenge und -dauer nimmt das relative Risiko für Leberzirrhose, bestimmte Krebserkrankungen, Pankreatitis, Hypertonie, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz und weitere Endpunkte zu. Für viele dieser Krankheiten konnten zudem Schwellenwerte und Steigungen der Risikoerhöhung quantifiziert werden.
3. Neuerdings steht mit Mendelschen Randomisierungsstudien (MR-Studien) ein methodisch unabhängiger Ansatz zur Verfügung, der die Kausalfrage zusätzlich beleuchtet. MR-Studien nutzen genetische Varianten, die mit Alkoholkonsum zusammenhängen (z. B. im ADH1B- oder ALDH2-Gen) und die zufällig verteilt sind als „natürliche Experimente“. Personen mit genetischer Veranlagung zu höherem oder niedrigerem Konsum unterscheiden sich nur in ihrer Exposition gegenüber Alkohol, nicht aber systematisch in Einkommen, Bildung, Ernährung oder Vorerkrankungen. Wenn solche Varianten verlässlich mit der Trinkmenge assoziiert sind und weitere

MR-Annahmen erfüllt sind (starke Assoziation mit der Exposition, Unabhängigkeit von Confoundern, kein Einfluss auf den Endpunkt außerhalb des Alkoholfpades), kann der beobachtete Effekt auf Krankheiten als kausaler Effekt des Alkohols interpretiert werden.

Ein wichtiges Beispiel für einen Bias, den MR-Studien vermeiden helfen, ist der „former-drinker-“ bzw. „sick-quitter-Bias“. In vielen Beobachtungsstudien werden lebenslange Abstinente gemeinsam mit Personen analysiert, die zuvor über Jahre viel getrunken haben und erst nach Auftreten von Erkrankungen mit dem Konsum aufgehört haben. Diese „kranken Ex-Trinkenden“ machen die Gruppe der Abstinente künstlich krank, während moderat Trinkende oft gesünder und sozial bessergestellt sind. Dadurch entsteht der irrtümliche Eindruck, moderater Konsum sei protektiv. In MR-Studien wird dagegen die genetische Prädisposition zum Trinken als Exposition herangezogen, die bereits vor jeder Erkrankung feststeht und nicht durch spätere Lebensentscheidungen beeinflusst wird; Konfounder wie Lebensstil oder Sozialstatus werden dadurch weitgehend umgangen.

Die in der aktuellen Metaanalyse von Bouajila et al. (2024) zusammengefassten 70 MR-Studien zum Alkoholkonsum zeigen über verschiedene Krankheitsbereiche hinweg ein konsistentes Bild: Für Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Lebererkrankungen und neurologische Endpunkte finden sich positive kausale Signale. Demgegenüber konnten protektive Effekte moderater Trinkmengen, etwa für koronare Herzkrankheit oder Demenz mit MR-Methoden nicht belegt werden. Vielmehr sprechen die verfügbaren Daten dafür, dass die in klassischen Beobachtungsstudien gesehenen „Schutzeffekte“ zum großen Teil auf eine unzureichende Kontrolle von Störfaktoren beruhen. In der Summe stützen damit drei voneinander unabhängige Ebenen:

- a) biologische Mechanismen,
- b) Dosis-Wirkungs-Beziehungen und
- c) genetische Instrumente die Schlussfolgerung, dass die in diesem Beitrag beschriebenen Krankheitsbilder nicht nur mit Alkoholkonsum korrelieren, sondern in erheblichem Umfang kausal bedingt sind.

4 Alkoholfolge- und Begleiterkrankungen – Krankheitsbilder und Prävalenzen

Alkohol ist kein „gewöhnliches Genussmittel“. Jede Phase des Konsums – von gelegentlichem Trinken bis zur chronischen Abhängigkeit – ist mit einem steigenden Risiko für multiple Organschäden assoziiert. In Deutschland lassen sich jährlich etwa 44.000 Todesfälle direkt auf den Konsum von Alkohol zu-

rückführen. Alkohol steht damit an der Spitze der vermeidbaren Todesursachen und ist nach Angaben der WHO für bis zu 200 verschiedene medizinische Krankheiten kausal verantwortlich (WHO, 2018).

Nach Erhebungen des Robert Koch-Instituts und der BURDEN-Studie sind in Deutschland jährlich etwa 7 Millionen Krankenhausaufenthalte ganz oder teilweise auf Alkohol zurückzuführen (Porst et al., 2022). In der Altersgruppe 20–65 Jahre ist bis zu jeder fünfte Krankenhausfall alkoholassoziiert. In der männlichen Bevölkerung ist Alkohol für ca. 7 % aller vorzeitigen Todesfälle verantwortlich (GBD Alcohol Collaborators, 2018). Frauen zeigen zwar niedrigere absolute Konsummengen, erleiden aber bei gleichem Konsumniveau vielfach schwerere Organschäden (Bouajila et al., 2024).

4.1 Lebererkrankungen

Die Leber ist das Hauptzielorgan alkoholischer Schädigung. Bereits regelmäßige moderate Mengen führen zu einer Verfettung (Steatose), die allerdings nach wenigen Wochen Abstinenz reversibel ist (Hohmann et al., 2023; Seitz et al., 2025). Chronischer Alkoholkonsum dagegen induziert eine Progression zur Steatohepatitis, Fibrose und schließlich zur Leberzirrhose (Seitz et al., 2018). In epidemiologischen Analysen korreliert die Häufigkeit von Leberzirrhose eng mit dem Pro-Kopf-Alkoholkonsum (Ramstedt, 2001). In Deutschland liegt die Häufigkeit alkoholbedingter Lebererkrankungen im Jahr 2016 bei ca. 74 % (Männer 78 %; Frauen 66 %; Rehm et al., 2019). Zwei große Metaanalysen belegen einen dosisabhängigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Zirrhose (Corrao et al., 1998; Rehm et al., 2010). Berechnungen zeigen, dass bei einem täglichen Konsum von > 60 Gramm Alkohol das Risiko, eine Leberzirrhose zu entwickeln, um das 23-fache gegenüber abstinenten Personen erhöht ist (Rehm et al., 2010). Die alkoholische Fettleber ist der Anfang: Sie ist bei Abstinenz zu 90 % reversibel. Nach jahrelangem Konsum entwickeln 20 %–30 % der Betroffenen eine Fibrose oder Zirrhose. Im Endstadium steigt die Letalität auf > 60 % innerhalb von 5 Jahren (Porst et al., 2022). Leberkarzinome treten besonders häufig in einer alkoholischen Zirrhose auf (Seitz et al., 2018). Für die Prognose aller alkoholbedingten Lebererkrankungen ist die vollständige Abstinenz entscheidend; unter Abstinenz bessern sich Histologie und Leberfunktion (Arslic, Seitz, 2016).

4.2 Akute und chronische Pankreatitis

Alkohol ist in westlichen Ländern die Hauptursache der akuten und chronischen Pankreatitis. Bei mindestens 20 %–25 % aller Fälle ist ein erhöhter Alko-

holkonsum die Ursache. Wesentliche Risikofaktoren sind tägliches Trinken, häufiges Binge drinking und problematisches Trinken im Sinne einer Alkoholgebrauchsstörung (Vege et al., 2007). Die Prognose ist ungünstig und oft entwickelt sich in der chronischen Pankreatitis ein Pankreaskarzinom. Gleichzeitiges Rauchen erhöht das Risiko.

In der Pathophysiologie sind sowohl Acinuszellen als auch Stellatzellen und ductuläre Zellen beteiligt. Pathomechanistisch wirken Acetaldehyd und ROS direkt zytotoxisch auf Akinarzellen, wobei genetische Faktoren, die die Acetaldehydkonzentration modifizieren, wie auch die Induzierbarkeit von CYP2E1 von Bedeutung sind. Weiterhin wird Ethanol nicht-oxidativ im Pankreas zu Fettsäureethylestern metabolisiert, die toxisch wirken. Als weitere modifizierende Faktoren gelten Ernährungsgewohnheiten und Rauchen. Eine detaillierte Übersicht findet sich bei Takahashi et al. (2020).

4.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Studien belegen einen klaren Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und kardiovaskulären Erkrankungen: dosisabhängig erhöhte Raten von hypertensiver Herzkrankheit, Vorhofflimmern und alkoholischer Kardiomyopathie (GBD Alcohol Collaborators, 2018). Alkohol hat sowohl bei einmaligem als auch bei regelmäßigem Konsum einen blutdrucksteigernden Effekt (Fuchs, Fuchs, 2021; Liu et al., 2020; Cecchini et al., 2024). Bereits moderate Mengen Alkohol wie z. B. ein Glas Wein erhöhen das Risiko für Vorhofflimmern (Csengeri et al., 2021), während die alkoholische Kardiomyopathie erst bei höheren chronisch konsumierten Alkoholmengen auftritt. Zu einem protektiven Effekt geringer Mengen auf koronare Ereignisse gibt es widersprüchliche Ergebnisse; bei Kontrolle von konfundierenden Variablen ist dies aber nicht belegt (Seitz, John 2023; Bouajila et al., 2024). Dabei bitte beachten: selbst falls eine statistische Evidenz für einen protektiven Effekt geringer Alkoholmengen auf die koronare Herzerkrankung vorläge, wäre der Konsum dennoch für das Herz-Kreislaufsystem (s. o.) und den Gesamtorganismus schädlich, da die Alkoholeinnahme nie selektiv nur auf ein Organ wirkt.

4.4 Tumorerkrankungen

Alkohol ist ein nachgewiesener Risikofaktor für Karzinome der Mundhöhle, des Pharynx, des Larynx, des Ösophagus, des Magens, der Leber, des Kolorektums und der weiblichen Brustdrüse. Schätzungen gehen davon aus, dass

in Europa etwa 4 %–6 % aller Krebsneuerkrankungen durch Alkohol mitverursacht werden (IARC, 2025). Weltweit wurden im Jahr 2020 rund 41.000 alkoholbedingte Krebsfälle bei einem Konsum von bis zu 10 g Alkohol pro Tag (≈ 1 Standardgetränk) und insgesamt mehr als 100.000 Fälle bei einem Konsum von unter 20 g pro Tag beobachtet. Schon ein regelmäßiger Konsum von etwa 10–20 g Alkohol pro Tag (≈ 1 –2 Standardgetränke) erhöht bei Frauen das relative Risiko für Brustkrebs um etwa 10–15 % im Vergleich zu abstinenten Frauen (Bouajila et al., 2024, unter Bezug auf epidemiologische Metaanalysen). In der Analyse von Rungay et al. (2021) entfielen etwa 14 % der alkoholattribuierbaren Krebsfälle auf moderaten Alkoholkonsum von weniger als 20 g pro Tag, rund 39 % auf 20–60 g pro Tag und etwa 47 % auf mehr als 60 g pro Tag.

Die alkoholassoziierte Karzinogenese ist komplex und beinhaltet neben oxidativem Stress und epigenetischen Veränderungen auch Acetaldehyd. Acetaldehyd gilt auch deshalb als gesicherter Faktor in der Karzinogenese, da asiatisch-stämmige Menschen mit einer Mutation des ALDH-Gens, was nach Alkoholkonsum zu erhöhten Acetaldehydspiegeln führt, ein massiv erhöhtes Risiko für Ösophaguskarzinome nach Alkoholkonsum haben. Auch Bakterien im Mund, im oberen Alimentaryrtract und im Kolon können Acetaldehyd aus Ethanol generieren. Zusätzliches Rauchen stimuliert die Krebsentstehung signifikant. Vorsorge und Früherkennung beinhalten neben der Alkoholreduktion entsprechend auch Rauchstopp und sorgfältige Mundhygiene.

4.5 Gastrointestinale Erkrankungen

Neben gastrointestinalen Tumoren (s. o.) begünstigt Alkohol auch das Auftreten von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren sowie chronische Gastritiden und Refluxösophagitis. Die Mechanismen reichen von direkter Schleimhautschädigung bis zur Veränderung von Sekretions- und Immunprozessen.

4.6 Zentrale und periphere Neurodegeneration

Alkohol wirkt direkt neurotoxisch und reduziert die Resorption von B-Vitaminen (besonders von Thiamin, aber auch Vitamin B₁₂). Zwischen 32 % und 67 % der Menschen mit länger bestehender Alkoholabhängigkeit erleiden eine Polyneuropathie (Monforte et al., 1995; Ammendola et al., 2000). Frauen scheinen für diese toxischen Effekte vulnerabler zu sein.

Polyneuropathien entwickeln sich bereits unter riskantem Konsum. Bei schwerem Alkoholmissbrauch sind über 50 % betroffen (Monforte et al., 1995;

Ammendola et al., 2000). Bezüglich der Mechanismen wird auf weitere Arbeiten verwiesen (Behl et al., 2021; Ammendola et al., 2000).

Alkohol fördert ebenfalls die Entwicklung kognitiver Störungen, das Wernicke-Korsakoff-Syndrom sowie das Risiko früher Demenz („alkoholbedingte Demenz“). Bei früh beginnendem chronischem Alkoholkonsum steht Alkohol für bis zu 15 % der autochthonen Demenzfälle (Porst et al., 2022).

4.7 Infektanfälligkeit

Durch immunmodulatorische Effekte steigt das Infektrisiko substantiell; bei Alkoholgebrauchsstörungen sind schwere bakterielle Lungenentzündungen, Endomyokarditiden, Sepsis und Tuberkulose vermehrt nachweisbar.

Alkohol erhöht das Risiko schwerer bakterieller Infekte um das 2- bis 3-fache (Porst et al., 2022). Ursächlich spielen dabei eine verminderte Schleimhautimmunität (Immunglobulin-A-Mangel) und eine gestörte Leukozytenfunktion eine wichtige Rolle.

4.8 Myopathien und Muskelfolgen

Alkohol wirkt myotoxisch und fördert vor allem bei Langzeitkonsum die Entwicklung einer alkoholischen Myopathie. Bis zu 40 % der Menschen mit chronischer Alkoholstörung weisen klinische oder subklinische Muskelschäden auf (Simon et al., 2017).

4.9 Unfallgefahren

Da Alkohol die Urteilsfähigkeit, Koordination und Reaktionsschnelligkeit beeinträchtigt, ist er der mit Abstand wichtigste einzelne exogene Risikofaktor für Verletzungen, Frakturen und Verkehrsunfälle (Porst et al., 2022).

5 Diagnostik in der Versorgung

Die Versorgungsrealität zeigt, dass die meisten Menschen mit alkoholbezogenen Störungen nicht primär in spezialisierten Suchtangeboten, sondern in der allgemeinen medizinischen Versorgung gesehen werden. Routinedaten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung belegen (Pardey, Zeidler,

2025), dass 2023 rund 97,8 % der gesetzlich Krankenversicherten mit mindestens einer F10-Diagnose im Verlauf eines Jahres eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufsuchten; 30,2 % hatten Kontakt zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 26,8 % zu einer Internistin oder einem Internisten und nur 7,1 % zu einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten. Auch psychiatrische Institutsambulanzen, Rehabilitationskliniken und Suchtberatungsstellen erreichen relevante Fallzahlen, decken aber angesichts einer Abhängigkeitsprävalenz von etwa 3 % nur einen Teil der Betroffenen ab, zumal die klinische Praxis und Reha-Auswertungen darauf hinweisen, dass zwischen Beginn einer Alkoholabhängigkeit und dem Antritt einer stationären Rehabilitation auf Basis aktueller Katamnesedaten ca. 17 Jahre vergehen (Bachmeier et al., 2025).

Vor diesem Hintergrund kann eine wirksame Diagnostik körperlicher Komorbidität bei Alkoholkonsumstörungen nur gelingen, wenn sie konsequent in der hausärztlichen und somatischen Regelversorgung sowie in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung verankert wird, ebenso durch eine Sensibilisierung für eine weiterführende Diagnostik und Behandlungsnotwendigkeit in außerklinischen Settings wie im Rettungsdienst. Diagnostik hat dabei eine Doppelfunktion: Sie dient der frühzeitigen Erkennung organbezogener Schäden und schafft zugleich Anlässe, in der allgemeinen Versorgung niedrigschwellig über Alkoholkonsum zu sprechen und weiterführende Hilfe anzubahnen (Kiefer et al., 2022a, 2022b).

5.1 Strukturiertes Screening auf Alkoholkonsum und -störung

Screening auf alkoholbezogene Störungen ist kein exklusives Instrument der Suchtmedizin, sondern Bestandteil suffizienter Basisversorgung. Die Versorgungsdaten machen deutlich, dass viele Betroffene über Jahre im Gesundheitssystem präsent sind, ohne dass ihre Alkoholproblematik systematisch adressiert wird.

Auf Grundlage der verfügbaren Evidenzlage, die in der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (Kiefer et al., 2022a) formuliert ist, kann ein zweistufiges Vorgehen empfohlen werden:

Zunächst erfolgt eine niedrigschwellige, standardisierte Erfassung des Konsums, etwa mit dem verkürzten Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) oder einer quantitativen Trinkmengenanamnese. Bei auffälligen Ergebnissen sollte der vollständige AUDIT eingesetzt und eine weiterführende Diagnostik nach den aktuellen ICD-Kriterien angeschlossen werden. In der Psychiatrie und Psychotherapie empfiehlt die Leitlinie explizit den AUDIT als

Screening-Instrument bei Betroffenen mit psychischen Störungen, um komorbide alkoholbezogene Störungen nicht zu übersehen (Kiefer et al., 2022a). In der somatischen Medizin wird ein solches Screening insbesondere bei typischen Folgeerkrankungen (kardiovaskulär, gastroenterologisch) empfohlen.

Neben der Erkennung einer Alkoholkonsumstörung eröffnet strukturiertes Screening Gesprächsanlässe: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können auffällige Laborbefunde, Diagnosen oder Screeningwerte nutzen, um in einem nicht-konfrontativen, motivierenden Stil den Konsum anzusprechen und Informations- bzw. Beratungsangebote einzuleiten.

5.2 Organbezogene Diagnostik bei körperlicher Komorbidität

Viele alkoholkonsumierende Menschen werden wegen somatischer Komplikationen behandelt, ohne dass der zugrundeliegende Alkoholkonsum erkannt oder thematisiert wird. Die S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen formuliert deshalb explizite wechselseitige Screening-Empfehlungen (Kiefer et al., 2022a):

- Bei Lebererkrankungen und peripheren Polyneuropathien soll auf eine alkoholbezogene Störung hin untersucht werden (z. B. mittels AUDIT/AUDIT-C). Umgekehrt sollten bei bekannter Alkoholkonsumstörung Lebererkrankungen frühzeitig erkannt werden, zunächst über Klinik und Laborbefunde (Transaminasen, GGT, MCV, CDT) und bei Auffälligkeiten durch weiterführende Diagnostik mit Sonographie und Elastographie zur Abschätzung des Fibrosegrades.
- Bei akuter und chronischer Pankreatitis soll neben der Behandlung der Organentzündung regelmäßig geprüft werden, ob eine zugrundeliegende alkoholbezogene Störung besteht.
- Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Vorhofflimmern, arterieller Hypertonie und Herzinsuffizienz ist Alkoholkonsum ein relevanter, dosisabhängiger Risikofaktor; entsprechend wird empfohlen, den Konsum zu erheben und insbesondere bei bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen von Alkohol abzuraten.

Diagnostisch entscheidend ist die systematische Verknüpfung: somatische Diagnosen ohne Frage nach Alkoholkonsum und Alkoholdiagnosen ohne organbezogene Abklärung führen zu verpassten Chancen für Prävention, Prognoseverbesserung und Motivation zur Verhaltensänderung. Patienten mit alkoholbezogenen Organschäden sollten einer frühen und intensiven Therapie unterzogen werden.

5.3 Schnittstellenmanagement und Dokumentation

Die Leitlinie betont die Notwendigkeit der Versorgungskontinuität über Sektorengrenzen hinweg. Diagnostische Befunde zu Alkoholkonsum, körperlichen Komplikationen und relevanten Labor- bzw. Bildgebungsbefunden sollten verständlich dokumentiert und an Weiterbehandelnde übermittelt werden, insbesondere bei Klinikentlassungen, nach qualifiziertem Entzug, Rehabilitationsmaßnahmen oder bei Wechsel der behandelnden Praxis.

Dies gilt auch für pharmakotherapeutische Entscheidungen – sowohl hinsichtlich der Behandlung der alkoholbezogenen Störung als auch der somatischen und psychischen Komorbiditäten – um Doppelverordnungen, Interaktionen und Unterbrechungen wirksamer Behandlungen zu vermeiden. Wo Betroffene über eingeschränkte Krankheitseinsicht oder Selbstkontrollfunktionen verfügen, kann eine behutsame Einbeziehung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen die Umsetzung diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen unterstützen.

Im Patientenkontakt in der Versorgung sollte nicht nur die Information vermittelt werden, dass die gesundheitlichen Risiken mit der konsumierten Alkoholmenge weitgehend dosisabhängig zunehmen, sondern umgekehrt auch, dass eine Konsumreduktion („jedes Glas weniger“) messbare gesundheitliche Vorteile bringen kann. Meta-Analysen und große Kohortenstudien zeigen zum Beispiel, dass eine Verringerung des Alkoholkonsums insbesondere bei vorher hohem Konsum zu einer signifikanten Senkung des Blutdrucks und des Risikos schwerer kardiovaskulärer Ereignisse führt (Roerecke et al., 2017; Kang et al., 2024). Dies betrifft auch Krebserkrankungen (Gapstur et al., 2023). Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung, Reduktionsziele auch dann zu unterstützen, wenn eine vollständige Abstinenz (noch) nicht unmittelbar erreichbar erscheint.

Literatur

- Ammendola, A et al. (2000): Gender and peripheral neuropathy in chronic alcoholism: a clinical-electroneurographic study. *Alcoholism and Alcohol*, 35(4), 368–371.
- Arslic-Schmitt, T; Seitz, H. K. (2016): Alkoholabstinenz allein verbessert die Leberfunktion und verlängert das Überleben bei der alkoholischen Lebererkrankung. *Sucht*, 62(6), 396–400.
- Bachmeier, R.; Dyba, J.; Klein, T. (2025): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassjahrgangs 2022 von Fachkliniken für Al-

- kohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, (1), 28–43. https://www.sucht.de/wp-content/uploads/2025/11/FVS_Sucht-Aktuell_1_2025-Kat_AM_Bachmeier.pdf, Zugriff: 05.02.2026.
- Behl, T.; Yadav, H. N.; Sharma P. L. (2021): Alcoholic neuropathy: involvement of multifaceted signaling mechanisms. *Current Molecular Pharmacology*, 14(1), 2–10.
- Bouajila, N. et al. (2024): Alcohol consumption and its association with cancer, cardiovascular, liver and brain diseases. A systematic review of Mendelian randomization studies. *Frontiers in Epidemiology*, 4, 1385064. DOI: 10.3389/fepid.2024.1385064.
- Cecchini, M. et al. (2024): Alcohol intake and risk of hypertension: a systemic review and dose-response Meta analysis of non-experimental cohort studies. *Hypertension*, 81(8), 1701–1715. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.22703.
- Corrao, G. et al. (1998): Meta-analysis of alcohol intake in relation to risk of liver cirrhosis. *Alcoholism and Alcohol*, 33(4), 381–392.
- Coutelle, C. et al. (2004): Risk factors in alcohol-associated breast cancer: Alcohol dehydrogenase polymorphisms and estrogens. *International Journal of Oncology*, 25(4), 1127–1132.
- Csengeri, D. et al. (2021): Alcohol consumption, cardiac biomarkers, and risk of atrial fibrillation and adverse outcomes. *European Heart Journal*, 42(12), 1170–1177.
- Fuchs, F. D.; Fuchs, S. C. (2021): The effect of alcohol on blood pressure and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 23(10), Article Number 42. DOI: 10.1007/s11906-021-01160-7.
- Gapstur, S. M. et al. (2023): The IARC perspective on alcohol reduction or cessation and cancer risk. *New England Journal of Medicine*, 389(26), 2486–2494.
- GBD 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.
- Hohmann, N. et al. (2023): Clomethiazole reduces hepatic fat and serum transaminase activities in alcoholic liver disease. A randomized, controlled clinical trial. *Alcoholism and Alcohol*, 58(2), 134–141.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2025): Alcohol: a major preventable cause of cancer. (IARC Evidence Summary Brief; No. 6). Lyon. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/pr371_E.pdf, Zugriff: 16.02.2026.
- Kang, D. O. et al. (2024): Reduced alcohol consumption and major adverse cardiovascular events among individuals with initially elevated alcohol intake. A nationwide cohort study. *JAMA Network Open*, 7(3), e244013. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.4013.

- Kiefer, F.; Borlak, F. (in Druck): Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen und abhängigem Verhalten. In: Benkert/Hippius Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 15. Auflage. Berlin: Springer.
- Kiefer, F. et al. (2022a): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkohol-bezogener Störungen. 2. Auflage. Heidelberg: Springer
- Kiefer, F. et al. (2022b): Alkoholabhängigkeit. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (Suchtmedizinische Reihe; Bd. 1). Hamm.
- Kiefer, F.; Wiedemann, K. (2004): Neuroendocrine pathways of addictive behav-iour. *Addiction Biology*, 9(3-4), 205–212.
- Laonigro, I. et al. (2009): Alcohol abuse and heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 11(5), 453–462.
- Liu, F. et al. (2020): Race and sex specific association between alcohol consumption and hypertension in 22 cohort studies. A systemic review and meta-analysis. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 30(8), 1249–1259.
- Monforte, R. et al. (1995): High prevalence of symmetrical polyneuropathy in chronic alcoholics regardless of nutritional status. *Neurology*, 45(1), 52–58.
- Müller, S. et al. (2021): Körperliche Komplikationen und Komorbidität. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): S3 Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. AWMF-Register Nr. 076-001. Berlin. 118–137. https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkohol-bezogene-Stoerungen_2025-01-verlaengert.pdf, Zugriff: 16.02.2026.
- Pardey, N.; Zeidler, J. (2025): Analyse von Routinedaten in der Versorgungsforschung. In: Kurscheid, C.; Balke-Karrenbauer, N.; Mollenhauer, J. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin; Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66798-9_45-1.
- Porst, M. et al. (2022): The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level – Results in Terms of Disability – Adjusted Life Years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(46), 785–792. DOI: arztebl.m2022.0314.
- Ramstedt, M. (2001): Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl.1), S19–S33.
- Rehm, J et al. (2019): Epidemiologie alkoholischer Lebererkrankungen. In: Alkoholische Leber- und Krebserkrankungen. In: Seitz, H. K.; Mueller, S. (Hrsg.): Alkoholische Leber- und Krebserkrankungen. Berlin; Boston: de Gruyter. 25–40.
- Rehm, J. et al. (2010): Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis – a systemic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 437–445.

- Roerecke, M. et al. (2017): The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure. A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2(2), e108–e120. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30003-8.
- Rumgay, H. et al. (2021): Global burden of cancer in 2020 attributed to alcohol consumption: a population based study. *Lancet Oncology*, 22(8); 1071–1080. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2821%2900279-5>, Zugriff: 16.02.2026.
- Seitz, H. K. (2025): A narrative review on alcohol and alimentary tract cancer with special emphasis on acetaldehyde and oxidative stress. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 63(9), 960–974.
- Seitz, H. K. et al. (2018): Alcoholic liver disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1–22.
- Seitz, H. K.; John, U. (2023): Gesundheitsrisiko Alkohol – neue Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. *Innere Medizin*, 12, 1224–1229.
- Seitz, H. K.; Mueller, S. (2010): Alcoholic liver disease. In: Danczygier, H. (Ed.): *Clinical Hepatology: Principles and practice of hepatobiliary disorders*. (Vol. 2). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Seitz, H. K.; Neuman, M. (2022): Narrative review on alcoholic liver disease: from fibrosis to cancer. *Digestive Medicine Research*, 5. DOI: 10.21037/dmr-21-91.
- Simon, L.; Jolley, S. E.; Molina, P. E. (2017): Alcoholic myopathy. *Pathophysiological mechanisms and clinical implications*. *Alcohol Research*, 38(2), 207–217. DOI: 10.35946/arcr.v38.2.05.
- Takahashi, T. et al. (2020): Susceptibility factors and cellular mechanisms underlying alcoholic pancreatitis. *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 44(4), 777–789.
- Van den Brink, W.; Kiefer, F. (2020): Alcohol use disorder. In: Geddes, J. R.; Andreasen, N. C.; Goodwin, G. M. (Eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press. 499–506.
- Vege, S. S. et al. (2007): The role of alcohol and smoking in pancreatitis. *Pancreas*, 35(2), 107–112.
- World Health Organization (WHO) (Ed.) (2018): *Global status report on alcohol and health*. Geneva.
- Wood, A. M. et al. (2018): Risk thresholds for alcohol consumption. Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, 391(10129), 1513–1523
- Zakhari, S.; Neuman, M.; Seitz, H. K. (2025): The role of cytochrome P4502E1 in ethanol mediated diseases. A narrative update. *Alcohol and Alcoholism*, 60(3), agaf014. <https://doi.org/10.1093/alcac/agaf014>.

5 Autoren- und Autorinnenverzeichnis

Dr. med. Francesca Borlak

AGJ-Fachklinik Lindenhof
Vogesenstraße 17
79227 Schallstadt-Wolfenweiler
francesca.borlak@hotmail.de

Sigrid Borse

2. Vorsitzende des Bundesfach-
verbandes Essstörungen BFE e.V.
Pilotystraße 6/Rgb.
80538 München
Tel.: +49 177 8232387
borse@bfe-essstoerungen.de

Prof. Dr. med. Tom Bschor

10439 Berlin
Büro, Fr. A. Kleemann
Tel.: +49 30 4365-9681
sekretariat.prof.bschor@gmail.com
Fax: +49 30 98438212
direkt
Tel. +49 30 18441-3614
t@bschor.de
www.bschor.de

Bundeskriminalamt

SO21-Strategische Auswertung
65173 Wiesbaden
So21-lage@bka.bund.de

Dr. Hanna Dauber

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
dauber@ift.de

Nadja Färber

Bundesanstalt für Straßen-
und Verkehrswesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3204
faerber@bast.de

Dr. med. Johannes Falk

Deutsche Rentenversicherung Bund
Leiter des Dezernats
„Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-31234
dr.johannes.falk@drv-bund.de

Dr. Elena Gomes de Matos

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
gomesdematos@ift.de

Hannah Haacke

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernentin im Bereich
„Ergebnisqualität“ im Dezernat
„Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-39287
dr.hannah.charlotte.haacke@
drv-bund.de

Dr. Tobias Hayer

Universität Bremen
Institut für Public Health und
Pflegeforschung
Abteilung für Gesundheit und
Gesellschaft
Leitung der Arbeitseinheit
Glücksspielforschung
GW1 Block B
Universitätsallee 1B
28359 Bremen
Tel.: + 49 421 218-68708
tobha@uni-bremen.de

Prof. Dr. Eva Hoch

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
hoch@ift.de

Dr. Anna Hofer

Hochschule Landshut
Fakultät Soziale Arbeit
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
anna.hofer@haw-landshut.de

Regina Hollweck

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
hollweck@ift.de

Jolanthe Kepp

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-19
kepp@dhs.de

Prof. Dr. med. Falk Kiefer

Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
falk.kiefer@zi-mannheim.de

Dr. Carolin Kilian

Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
C/o UKE, Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 62
20246 Hamburg
ca.kilian@uke.de

Dr. Stephanie Klosterhalfen

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Schwerpunkt Suchforschung und
klinische Epidemiologie
Centre for Health and Society (chs)
Medizinische Fakultät und
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 81-04045
stephanie.klosterhalfen@
med.uni-duesseldorf.de

Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Schwerpunkt Suchtforschung und
klinische Epidemiologie
Centre for Health and Society (chs)
Medizinische Fakultät und
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: +49 211 81-16327
daniel.kotz@med.uni-duesseldorf.de

Eva-Maria Krowartz

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
krowartz@ift.de

Birgit Lehner

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-13
lehner@dhs.de

Anne Maiwald

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
maiwald@ift.de

Dr. Jakob Manthey

Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
C/o UKE, Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 40 7410-59438
j.manthey@uke.de

Prof. Dr. rer. nat. Gerhard Meyer

Universität Bremen
Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Abteilung für Gesundheit
und Gesellschaft
Arbeitseinheit Glücksspielforschung
GW1 Block B
Universitätsallee 1B
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-68701
gerhard.meyer@uni-bremen.de

Dr. Claudia Mollidor

Bundesanstalt für Straßen-
und Verkehrswesen
Brüderstraße 53
51427 Bergisch Gladbach
Tel.: +49 2204 43-3101
mollidor@bast.de

Dr. Kai W. Müller

AFS – Ambulanz für Spielsucht
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Leitung Forschung, Diagnostik,
klinische Evaluation der Ambulanz
für Spielsucht
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz
Tel.: +49 6131 17-4287
muellka@uni-mainz.de
kai.mueller@unimedizin-mainz.de

Esther Neumeier

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
neumeier@ift.de

Dr. Anika Nitzsche

Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIÖG)
Referat Q 3
Maarweg 149–161
50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-593
anika.nitzsche@bioeg.de

Dr. Sally Olderbak

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
olderbak@ift.de

Boris Orth

Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIÖG)
Referat Q 3
Maarweg 149–161
50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-326
boris.orth@bioeg.de

Prof. Dr. Martin Rettenberger

Kriminologische Zentralstelle
(KrimZ)
Luisenstraße 7
65185 Wiesbaden
Tel.: +49 611 15758-12
m.reettenberger@krimz.de

Carlotta Riemerschmid

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
riemerschmid@ift.de

Christina Rummel

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm
Tel.: +49 2381 9015-15
rummel@dhs.de

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Vorsitzender der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4
59065 Hamm

Nadine Schmidt

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernentin im Bereich
„Ergebnisqualität“ im Dezernat
„Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik“
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Tel.: +49 30 865-32979
nadine.schmidt@drv-bund.de

Dr. Franziska Schneider

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
schneider@ift.de

PD Dr. Larissa Schwarzkopf

IFT Institut für Therapieforchung
Leopoldstraße 175
80804 München
schwarzkopf@ift.de

Prof. Dr. med. Prof. h.c.

Helmut Karl Seitz

ETHIANUM Klinik Heidelberg
Voßstraße 6
69115 Heidelberg
helmut_karl.seitz@
urz.uni-heidelberg.de

Robert Simon

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernent im Bereich
„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
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-3464
starkerA@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

Hanna Verzagt

Kriminologische Zentralstelle
(KrimZ)
Luisenstraße 7
65185 Wiesbaden
m.rettenger@krimz.de

Dr. Klaus Wölfing

Alida Schmidt-Stiftung
Therapeutische Gemeinschaft
Jenfeld
Facheinrichtung für
Suchterkrankungen, Hamburg
Jenfelder Straße 100
22045 Hamburg
Tel: +49 40 654 096-68
woelfling.tgj@alida.de
sowie
Arbeitsgruppe Spielsucht
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Eva Wunderer

Hochschule Landshut
Fakultät Soziale Arbeit
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
eva.wunderer@haw-landshut.de

6 Adressen 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 Adressen 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

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.gesundinhafteu
www.hepatitis-aktion.de
www.patientenrechteakzept.de

Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Bundesverband e.V.
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin
Tel.: +49 30 26309-0
info@awo.org
www.awo.org

Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE)

Pilotystraße 6/Rgb., 80538 München
Tel.: +49 151 58850764
kontakt@bfe-essstoerungen.de
www.bundesfachverband
essstoerungen.de

Bundesverband Suchthilfe e.V. bus.

Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
Tel.: +49 561 779351
bundesverband@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de

Caritas Suchthilfe – CaSu

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Suchthilfeeinrichtungen im DCV
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.
Tel.: +49 761 200-363
casu@caritas.de
www.caritas-suchthilfe.de

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. (DGESS)

Prof. Dr. Timo Brockmeyer
Arbeitseinheit Klinische Psychologie
und Translationale Psychotherapie
Institut für Psychologie
Universität Münster
Fliednerstraße 21, 48149 Münster
info@dgess.de
www.dgess.de

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-0
info@caritas.de
www.caritas.de

**Deutscher Paritätischer
Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e.V.**
Teilhaber behinderter Kinder
und Jugendlicher, Suchthilfe
Tempelhofer Damm 156
12099 Berlin
Tel.: +49 30 24636-317 und -0
juvo@paritaet.org
www.der-paritaetische.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
Generalsekretariat
Carstennstraße 58, 12205 Berlin
Tel.: +49 30 85404-0
drk@drk.de
www.drk.de

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Tel.: +49 30 65211-0
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

**Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V. (fdr⁺)**
Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel.: +49 30 85400490
mail@fdr-online.info
www.fdr-online.info

**Fachverband Glücksspielsucht
(FAGS) e.V.**
Schloßhofstraße 30, 33615 Bielefeld
Tel.: +49 521 77097190
verwaltung@gluecksspielsucht.de
selbsthilfe@gluecksspielsucht.de
www.gluecksspielsucht.de
www.forum-gluecksspielsucht.de
www.gluecksspielsucht-
selbsthilfe.de

**Fachverband Medienabhängigkeit
e.V.**
C/o Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e.V.
Schreberweg 10
24119 Kronshagen
info@fv-medienabhaengigkeit.de
www.fv-medienabhaengigkeit.de

**Fachverband Sucht⁺ e.V.
Fachverband für Sucht
plus Psychosomatik**
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Tel.: +49 228 261555
sucht@sucht.de
www.sucht.de

6.1.2 Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen

Al-Anon Familiengruppen

Selbsthilfegruppen für Angehörige
und Freunde von Alkoholikern
Hofweg 58, 22085 Hamburg
Tel.: +49 40 226389700
zdb@al-anon.de
www.al-anon.de

Alateen

Selbsthilfegruppen für jugendliche
Angehörige von Alkoholikern
Hofweg 58, 22085 Hamburg
Tel.: +49 40 226389700
zdb@al-anon.de
www.al-anon.de

Anonyme Alkoholiker

Interessengemeinschaft e.V.
Gemeinsames Dienstbüro
Frankfurter Allee 40, 10247 Berlin
Tel.: +49 30 2062982-0
aa-kontakt@anonyme-
alkoholiker.de
www.anonyme-alkoholiker.de

BKE – Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche

Bundesverband e.V.
Julius-Vogel-Straße 44,
44149 Dortmund
Tel.: +49 231 5864132
info@bke-suchtselbsthilfe.de
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

„Suchtberatung in der Polizei“
Bundespolizeipräsidium, Ref. 83,
Arbeitsmedizinischer Dienst,
Sucht- und Sozialberatung
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
www.bag-sucht.de

Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. – BVEK

Geschäftsstelle
Röntgenstraße 6
74074 Heilbronn
Tel.: +49 177 9094482
info@bvek.org
www.bvek.org

FASD Deutschland e.V.

Hügelweg 4, 49809 Lingen
Tel.: +49 591 7106700
info@fasd-deutschland.de
www.fasd-deutschland.de

Frau.Sucht.Hilfe.

Bundesverband e.V.

(ehem. Deutscher Frauenbund
für alkoholfreie Kultur
Bundesverband e.V.)
Herderstraße 74, 28203 Bremen
Tel.: +49 421 8473 4724
kontakt@frau-sucht-hilfe.info
info@frau-sucht-hilfe.info
www.frau-sucht-hilfe.info

Freundeskreise für

Suchtkrankenhilfe

Bundesverband e.V.
Luiseplatz 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 e.V.

c/o AGfJ
Alfred-Wegener-Weg 3
20459 Hamburg
Tel.: +49 40 78897630
mail@agfj.de
[https://agfj-hamburg.de/mitglieder/
juvente-2/](https://agfj-hamburg.de/mitglieder/juvente-2/)

Kreuzbund e.V.

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft
für Suchtkranke und Angehörige
Münsterstraße 25, 59065 Hamm
Tel.: +49 2381 67272-0
info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de

Narcotics Anonymous (NARSK e.V.)

deutschsprachige Region
Postfach 11 10 10, 64225 Darmstadt
Tel.: +49 800 4453362
info@narcotics-anonymous.de
www.narcotics-anonymous.de

Overeaters Anonymous

Interessengemeinschaft e.V.
Heckenrosenweg 33, 47804 Krefeld
Tel.: +49 2151 771909
admin_c@overeatersanonymous.de
www.overeatersanonymous.de

**Bundesweite Koordinierungsstelle
für Selbsthilfe junger Abhängiger**

im Deutschen Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Tel.: +49 761 200-221
junge-suchtselbsthilfe@caritas.de
[https://www.caritas.de/junge-sucht-
selbsthilfe](https://www.caritas.de/junge-sucht-selbsthilfe)

Selbsthilfe Sucht in der AWO

Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin
Tel.: +49 30 26309-0
suchthilfe@awo.org
www.awo.org

Suchtselbsthilfe Bundeswehr e.V.

Driesener Straße 13, 10439 Berlin
kontakt@sshbw.de
www.suchtselbsthilfe-
bundeswehr.de

6.1.3 Behörden und Kammern

**ABDA – Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände e.V.**

Heidestraße 7, 10557 Berlin
Postfach 4 03 64, 10062 Berlin
Tel.: +49 30 40004-0
abda@abda.de
www.abda.de

**Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte (BfArM)**

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn
Tel.: +49 228 99307-0
poststelle@bfarm.de
www.bfarm.de

**Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIÖG)**

Maarweg 149–161, 50825 Köln
Tel.: +49 221 8992-0
poststelle@bioeg.de
www.bioeg.de

Bundeskriminalamt (BKA)

65173 Wiesbaden
Tel.: +49 611 55-0
www.bka.de

**Bundesministerium
für Gesundheit**

Referat Sucht und Drogen (125)
Mauerstraße 29, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin
Tel.: +49 30 18441-0
poststelle@bmg.bund.de
www.bundesgesundheits-
ministerium.de

**Beauftragter der Bundesregierung
für Sucht- und Drogenfragen**

Prof. Dr. Hendrik Streeck
im Bundesministerium
für Gesundheit
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin
Tel.: +49 30 18441-1452
drogenbeauftragter@bmg.bund.de
www.bundesdrogenbeauftragter.de
Bundesweite Sucht- und Drogen-
Hotline: +49 1806 313031

**Bundesministerium für Bildung,
Familie, Senioren, Frauen und
Jugend**

Glinkastraße 24, 10117 Berlin
Tel.: +49 30 18555-0
poststelle@bmbfsfj.bund.de
<https://www.bmbfsfj.bund.de/>

**Bundesministerium der Justiz und
für Verbraucherschutz (BMJV)**

Anton-Wilhelm-Amo-Straße 37
10117 Berlin
Tel.: +49 30 185800
poststelle@bmjv.bund.de
www.bmjv.de

Fachbeirat Glücksspielsucht

nach § 10 Abs. 1 Satz 2 GlüStV
Geschäftsstelle
Gemeinsame Glücksspielbehörde
der Länder AöR
Hansering 15, 06108 Halle/Saale
Tel.: +49 345 52352-0
fachbeirat@gluecksspiel-behoerde.
de
[www.fachbeirat-gluecksspielsucht.
de](http://www.fachbeirat-gluecksspielsucht.de)

Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: +49 30 18754-0
www.rki.de
Soziale Medien und Newsletter:
www.rki.de/socialmedia

6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung

**Bayerische Akademie für
Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS gGmbH**

Landwehrstraße 60–62
80336 München
Tel.: +49 89 530730-0
bas@bas-muenchen.de
www.bas-muenchen.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtforschung und
Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)**

Postfach 14 53, 59004 Hamm
Tel.: +49 2381 417998
dg-sucht@t-online.de
www.dg-sucht.de

**Deutsches Institut für Sucht- und
Präventionsforschung (DISuP)**

Konrad-Adenauer-Ufer 79–81
50668 Köln
disup@katho-nrw.de
www.disup.de

**Dt. Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)**

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, Gebäude W29
(Erikahaus)
20246 Hamburg
Tel.: +49 40 7410-59307
sekretariat.dzskj@uke.de
www.dzskj.de

**Arbeitseinheit Glücksspiel-
forschung an der Universität
Bremen**

Dr. Tobias Hayer
Universitätsallee 1B, 28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-68708
tobha@uni-bremen.de

Bibliothek des International Council
on Alcohol and Addictions
und dem Deutschen Archiv für Tem-
perenz- und Abstinenzliteratur:
**ICAA Library – DATA Archer Tongue
Collection**

Hochschule Magdeburg-Stendal
Breitscheidstraße 2
39114 Magdeburg

**IFT Institut für Therapieforschung
gemeinnützige GmbH**
Leopoldstraße 175, 80804 München
Tel.: +49 89 360804-0
ift@ift.de
www.ift.de

IFT-NORD

Institut für Therapie- und
Gesundheitsforschung gGmbH
Harmsstraße 2, 24114 Kiel
Tel.: +49 431 570290
info@ift-nord.de
www.ift-nord.de

INDRO e.V.

Bremer Platz 18–20, 48155 Münster
Tel.: +49 251 60123
indroev@web.de
https://indro-online.de

**Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung (ISD)**

Kleine Brunnenstraße 13
22765 Hamburg
Tel.: +49 40 87606668
info@isd-hamburg.de
www.isd-hamburg.de

Institut für Suchtforschung (ISFF)

der Frankfurt University
of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt
Tel.: +49 69 1533-2823
hstoever@fb4.fra-uas.de
www.frankfurt-university.de/isff

**Norddeutscher
Suchtforschungsverbund e.V.**

Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
i.schaefer@uke.de
www.nsfev.de

**Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit (ZI)**

Klinik für Abhängiges Verhalten
und Suchtmedizin
J 5, 68159 Mannheim
Tel.: +49 621 1703-0
zentralambulanz@zi-mannheim.de
www.zi-mannheim.de/behandlung/
klinik-sucht.html

**Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)**

der Universität Hamburg
UKE – Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Haus W37
Tel.: +49 40 74105-7902
zis-gs@uke.de
www.zis-hamburg.de

6.1.5 Sonstige Organisationen

**Aktionsbündnis 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.**

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Tel.: +49 30 24089-0
info@bag-wohlfahrt.de
www.bagfw.de

BAG Kinder- und Jugendschutz e.V.

Mühlendamm 3, 10178 Berlin
Tel.: +49 30 40040-300
info@bag-jugendschutz.de
www.bag-jugendschutz.de

Bundesfachverband

Betriebliche Soziale Arbeit e.V.

C/o Katholische Hochschule
Nordrhein-Westfalen
Piusallee 89, 48147 Münster
Tel.: +49 251 41767-22
info@bbs-ev.de
www.bbs-ev.de

**Bundesvereinigung Prävention
und Gesundheitsförderung e.V.
(BVPG)**

Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn
Tel.: +49 228 98727-0
info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Deutsche Aidshilfe e.V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel.: +49 30 690087-0
dah@aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

**Deutsche Fachgesellschaft
Psychose und Sucht e.V.**

Neuenhausgasse 15
51375 Leverkusen
Tel.: +49 214 53026
verwaltung@dfps.de
www.dfps.de

deQus

**Deutsche Gesellschaft
für Qualitätsmanagement
in der Suchttherapie e.V.**

Wilhelmshöher Allee 273
34131 Kassel
Tel.: +49 561 108441
info@dequs.de
www.dequs.de

**Deutsche Gesellschaft für Soziale
Arbeit in der Suchthilfe
(DG-SAS) e.V.**

Geschäftsstelle
Claudia Heinemann
C/o Sozialdienst katholischer Frauen
und Männer Düsseldorf e.V.
Hilfezentrum Flur 45
Flurstraße 45, 40235 Düsseldorf
Tel.: +49 211 1752088-30
heinemann.claudia@skfm-
duesseldorf.de
www.dg-sas.com

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin e.V.**

C/o Center for Clinical Innovation
in Addiction Research (CORE) gUG
Wiesbadener Straße 4
70372 Stuttgart
Tel.: +49 711 25296702
info@dgsuchtmedizin.de
https://dgsuchtmedizin.de

**Deutsche Gesellschaft
für Suchtpsychologie e.V. (DG SPS)**
Zentrum für Integrative Psychiatrie
ZIP gGmbH
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Tel.: +49 451 500-98752
kontakt@dgspss.de
www.dgspss.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
info@dhs-foerderverein.de
www.dhs-foerderverein.de

**Int. Koordinations- u.
Informationsst. f. Auslandsreisen
v. Substitutionspatienten**
Bremer Platz 18–20, 48155 Münster
Tel.: +49 251 60123
indroev@t-online.de
<https://indro-online.de>
Ansprechpartner: Ralf Gerlach

KiM – Kinder im Mittelpunkt
Kinderabteilung der Guttempler
in Deutschland e.V.
Adenauerallee 45, 20097 Hamburg
Tel.: +49 40 28407699-0
kim@guttempler.de
<https://kim.guttempler.de>

KOALA e.V.
Kinder ohne den schädlichen
Einfluss von Alkohol und anderen
Drogen
Aachener Straße 489, 50933 Köln
Tel.: +49 221 7757-174
koala-online@web.de
www.koala-online.de
Hilfe für Kinder auf: www.kidkit.de

NACOA Deutschland
Interessenvertretung für Kinder
aus Suchtfamilien e.V.
Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel.: +49 30 35122430
Beratungstelefon: +49 30 35122429
info@nacoa.de
<https://nacoa.de>
<https://www.hilfenimnetz.de/>
www.coakom.de
www.coa-aktionswoche.de

**Nationale Kontakt- und
Informationsstelle für Selbsthilfe
(NAKOS)**

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Tel.: +49 30 31018960

selbsthilfe@nakos.de

junge-selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

www.schon-mal-an-selbsthilfe

gruppen-gedacht.de

www.selbsthilfe-bestimmt-selbst.de

**Nichtraucher-Initiative
Deutschland e.V. (NID)**

Postfach 1107, 90543 Stein

info@nichtraucherschutz.de

www.nichtraucherschutz.de

6.2 Anschriften in den Bundesländern

6.2.1 Baden-Württemberg

Landesstelle für Suchtfragen
der Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.
Stauffenbergstraße 3
70173 Stuttgart
Tel.: +49 711 61967-31
info@lss-bw.de
<https://lss-bw.de>

**Baden-Württembergischer
Landesverband für Prävention
und Rehabilitation gGmbH**
Renchtalstraße 14
77871 Renchen
Tel.: +49 7843 949-141
info@bw-lv.de
www.bw-lv.de

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration
Baden-Württemberg**
Abteilung 5, Referat 55
Else-Josens-Haus, Straße 6
70173 Stuttgart
Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart
Tel.: +49 711 123-0
poststelle@sm.bwl.de
<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de>

6.2.2 Bayern

**Koordinierungsstelle
der bayerischen Suchthilfe (KBS)**
Lessingstraße 1
80336 München
Tel.: +49 89 200032750
info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

**Landesstelle Glücksspielsucht
in Bayern**
Edelsbergstraße 10
80686 München
Tel.: +49 89 5527359-0
info@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de

**Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit, Pflege und
Prävention**
Referat 54 – Suchtprävention
Haidenauplatz 1
81667 München
Tel.: +49 89 95414-0
poststelle@stmgp.bayern.de
www.stmgp.bayern.de

6.2.3 Berlin

**Landesstelle Berlin
für Suchtfragen e.V.**
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: +49 30 34389160
info@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Fachstelle für Suchtprävention

Berlin gGmbH

Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
Tel.: +49 30 29352615
info@berlin-suchtpraevention.de
www.berlin-suchtpraevention.de
info@kompetent-gesund.de
www.kompetent-gesund.de
info@berlin-praeventionspraxis.de
www.berlin-praeventionspraxis.de

Präventionszentrum für Verhaltenssuchte Berlin – pad gGmbH

Schivelbeiner Straße 6
10439 Berlin
Tel.: +49 30 84522-112
info@pzvs.berlin
<https://pzvs.berlin>

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Landessuchtbeauftragte
Heide Mutter
Oranienstraße 106
10969 Berlin
Tel.: +49 30 9028-1720
suchtbeauftragte@
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.
Behlertstraße 3 A, Haus H1
14467 Potsdam
Tel.: +49 331 581380-22
suchtpraevention@blsev.de
www.blsev.de/fachbereiche/suchtpraevention

Landeskoordinierung Glücksspielsucht

Brandenburgische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.
Behlertstraße 3 A, Haus H1
14467 Potsdam
Tel.: +49 331 581380-23
gluecksspielsucht@blsev.de
[www.blsev.de/fachbereiche/
gluecksspielsucht](http://www.blsev.de/fachbereiche/gluecksspielsucht)
www.spielsucht-brandenburg.de

**Ministerium für Gesundheit und
Soziales des Landes Brandenburg**
Abteilung 3 – Gesundheit
Ref. 34: Aufsicht der Kranken-
versicherung, Maßregelvollzug,
Psychiatrie, Sucht
Henning-von-Tresckow-Straße 2–13,
Haus S
14467 Potsdam
Tel.: +49 331 866-0
poststelle@mgs.brandenburg.de
<https://mgs.brandenburg.de>

6.2.5 Bremen

**Bremische Landesstelle
für Suchtfragen (BreLS) e.V.**
C/o Ambulante Suchthilfe Bremen
Bürgermeister-Smidt-Straße 35
28195 Bremen
Tel.: +49 162 2627755
info@brels.de
www.brels.de

Fachstellen Glücksspielsucht im Land Bremen

[www.gluecksspielsucht.
uni-bremen.de](http://www.gluecksspielsucht.uni-bremen.de)

für Bremen-Stadt:
Ambulante Suchthilfe Bremen
gGmbH
Bürgermeister-Smidt-Straße 35
28195 Bremen
Tel.: +49 421 98979-27
www.ash-bremen.de

für Bremerhaven:
AWO Suchtberatungszentrum
Wurster Straße 55
27580 Bremerhaven
Tel.: +49 471 34021
www.awo-bremerhaven.de

**Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**
Abteilung Gesundheit
Referat 24 Psychiatrie und Sucht
Faulenstraße 9/15
28195 Bremen
Tel.: +49 421 361-59595
office@gesundheit.bremen.de
www.gesundheit.bremen.de

**Freie Hansestadt Bremen
Landesinstitut für Schule**
Am Weidedamm 20
28215 Bremen
Tel.: +49 421 361-14406
office@lis.bremen.de
www.lis.bremen.de

6.2.6 Hamburg

**Hamburgische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.**
Burchardstraße 19
20095 Hamburg
Tel.: +49 151 50721383
info@landesstelle-hamburg.de
www.landesstelle-hamburg.de

Sucht.Hamburg gGmbH
Information.Prävention.Hilfe.
Netzwerk.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Tel.: + 49 40 2849918-0
service@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und
Integration (Sozialbehörde)
Amt für Gesundheit
G 21 – Suchthilfe und Sucht-
prävention
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg
Tel.: +49 40 42837-2082
www.hamburg.de/politik-und-ver-
waltung/behoerden/sozialbehoerde/
themen/gesundheit/drogen-und-
sucht

6.2.7 Hessen

Hessische Landesstelle
für Suchtfragen e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Koordinationsstelle
Suchtprävention
d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen
e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Landeskoordination
Glücksspielsucht
d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen
e.V. (HLS)
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt
Tel.: +49 69 713767-77
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Hessisches Ministerium
für Arbeit, Integration, Jugend
und Soziales
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden
Tel.: +49 611 3219-0
poststelle@hsm.hessen.de
https://soziales.hessen.de

6.2.8 Mecklenburg-Vorpommern

**Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport
Mecklenburg-Vorpommern**
Abteilung 4 Gesundheit
Referat 420 Psychiatrie, Maßregel-
vollzug, Sucht und Prävention
Werderstraße 124
19055 Schwerin
Tel.: +49 385 588-19420
poststelle@sm.mv-regierung.de
www.regierung-mv.de/Landesregie-
rung/sm

**Landeskoordinierungsstelle
für Suchtthemen (LAKOST)
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24 a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 302007-0
info@lakost-mv.de
www.lakost-mv.de

**Landesfachstelle Glücksspielsucht
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 24a
19053 Schwerin
Tel.: +49 385 77789484
info@gluecksspielsucht-mv.de
www.gluecksspielsucht-mv.de

6.2.9 Niedersachsen

**Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen**
Gruppenstraße 4
30159 Hannover
Tel.: +49 511 626266-0
info@nls-online.de
www.nls-online.de

**Landeskoordination
Glücksspielsucht**
der Niedersächsischen Landesstelle
für Suchtfragen
Gruppenstraße 4
30159 Hannover
Tel.: +49 511 626266-0
info@nls-online.de
www.nls-online.de/gluecksspiel-
sucht

**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
Tel.: +49 511 120-0
poststelle@ms.niedersachsen.de
www.ms.niedersachsen.de

6.2.10 Nordrhein-Westfalen

Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen

C/o Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Georgstraße 7, 50676 Köln
Tel.: +49 221 2010-0
info@freiewohlfahrtspflege-nrw.de
www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de

Suchtkooperation NRW

C/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
50663 Köln
Tel.: +49 221 809-7794
kontakt@suchtkooperation.nrw
https://suchtkooperation.nrw/

Landesfachstelle Prävention der Suchtkooperation NRW

ginko Stiftung für Prävention
Kaiserstraße 90
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: +49 208 30069-31
info@ginko-stiftung.de
www.ginko-stiftung.de

Landesfachstelle berufliche und soziale Integration der Suchtkooperation NRW

Langenohlgrasse 2, 33098 Paderborn
Tel.: +49 5251 889-1340
lfi@lfi.nrw
www.lf-integrationundsucht.nrw

Landesfachstelle Glücksspielsucht der Suchtkooperation NRW

Am Bach 11
33602 Bielefeld
Tel.: +49 521 3995589-0
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluecksspielsucht-nrw.de

Landesfachstelle Familie und Geschlechtervielfalt BELLA DONNA der Suchtkooperation NRW

Kopstadtplatz 24-25
45127 Essen
Tel.: +49 201 2484 17-1 oder -2
info@belladonna-essen.de

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

Abteilung V – Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Tel.: +49 211 855-5
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw/sucht

6.2.11 Rheinland-Pfalz

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

Löwenhofstraße 5
55116 Mainz
Tel.: +49 6131 224608
info@liga-rlp.de
www.liga-rlp.de/landesstelle-fuer-suchtfragen-rheinland-pfalz

**Landesamt für Soziales, Jugend
und Versorgung Rheinland-Pfalz**
Suchtprävention
Rheinallee 97-101
55118 Mainz
Tel.: +49 6131 967-704
suchtpraevention@lsjv.rlp.de
www.suchtpraevention.rlp.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Transformation und Digitalisierung
Rheinland-Pfalz**
Abteilung 64 Referat 642
Frau Sabine May
Drogenbeauftragte, Suchtprävention
und Suchtkrankenhilfe
Bauhofstraße 9
55116 Mainz
Tel.: +49 6131 16-4655
poststelle@mastd.rlp.de
<https://mastd.rlp.de>

6.2.12 Saarland

**Saarländische Landesstelle
für Suchtfragen**
C/o Caritas-Zentrum Saarpfalz
Schanzstraße 4
66424 Homburg
Tel.: +49 6841 93485-0
landesstelle@liga-saar.de
www.liga-saar.de/ausschuesse/

**Landesfachstelle
Glücksspielsucht Saarland**
C/o Haus der Caritas
Johannisstraße 2
66111 Saarbrücken
Tel.: +49 681 30906-90
www.gluecksspielsucht-saar.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Frauen und Gesundheit**
Referat E6 – Drogenpolitik, Sucht-
krankenhilfe
Mainzer Straße 34
66111 Saarbrücken
Tel.: +49 681 501-2257
vzabte@soziales.saarland.de
[https://www.saarland.de/Shared
Docs/Organisationseinheiten/DE/
masfg/Organisationseinheit_E](https://www.saarland.de/SharedDocs/Organisationseinheiten/DE/masfg/Organisationseinheit_E)

6.2.13 Sachsen

**Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.**
Glacisstraße 26
01099 Dresden
Tel.: +49 351 8045506
info@slsev.de
www.slsev.de

**Sächsisches Staatsministerium
für Soziales, Gesundheit und
Gesellschaftlichen Zusammenhalt**
Abteilung 5, Referat 53
Psychiatrische Versorgung,
Suchtfragen
Albertstraße 10
01097 Dresden
Tel.: +49 351 564-55530
poststelle@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle
Suchtprävention Sachsen
Bereich suchtmittelspezifische
Suchtprävention**
Glacisstraße 26
01099 Dresden
Tel.: +49 351 8032031
info@suchtpraevention-sachsen.de
www.suchtpraevention-sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle
Suchtprävention Sachsen
Bereich Lebenskompetenzförde-
rung**
Könneritzstraße 5
01067 Dresden
Tel.: +49 351 501-93642
lebenskompetenz@
suchtpraevention-sachsen.de
www.suchtpraevention-sachsen.de

6.2.14 Sachsen-Anhalt

**Landesstelle für Suchtfragen
im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)**
Koordinationsstelle für
Suchtprävention
Halberstädter Straße 98
39112 Magdeburg
Tel.: +49 391 5433818
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
des Landes Sachsen-Anhalt**
Abteilung 3, Referat 33
Maßregelvollzug, Psychiatrie
und Sucht
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Postfach 39 11 55
39135 Magdeburg
Tel.: +49 391 567-4670
poststelle@ms.sachsen-anhalt.de
www.ms.sachsen-anhalt.de

6.2.15 Schleswig-Holstein

**Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e.V.**
Schreiberweg 10
24119 Kronshagen
Tel.: +49 431 657394-40
sucht@lssh.de
<https://lssh.de/>

Landeskoordination

Glücksspiel- und Medienabhängigkeit in Schleswig-Holstein

LSSH e.V.

Schreberweg 10

24119 Kronshagen

Tel.: +49 431 657394-50

sucht@lssh.de

<https://lssh.de/die-lssh/arbeitsbereiche/gluecksspiel-medien>

Ministerium für Justiz und Gesundheit

Abteilung

Gesundheitsvorsorge II 5

Lorentzendamm 35

24103 Kiel

Dienstgebäude:

Adolf-Westphal-Straße 4

24143 Kiel

Tel.: +49 431 988-5561

poststelle@jumi.landsh.de

www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/II/ii_node.html

Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein

Zentrum für Prävention – Gesunde Schule, Sucht- und Gewaltprävention, Schutzkonzepte

Schreberweg 5

24119 Kronshagen

Tel.: + 49 431 5403-310

manfred.boege@iqsh.landsh.de

www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/IQSH/Arbeitsfelder/ZfP/zfp.html

6.2.16 Thüringen

Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Steigerstraße 40

99096 Erfurt

Tel.: +49 361 7464585

info@tls-suchtfragen.de

www.tls-suchtfragen.de

Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht fdr Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

Dubliner Straße 12

99091 Erfurt

Tel.: +49 361 3461746

gluecksspielsucht@fdr-online.info

<https://fairspielt.info>

Thüringer Fachstelle Suchtprävention fdr Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

Dubliner Straße 12

99091 Erfurt

Tel.: +49 361 3461746

praevention@fdr-online.info

<https://thueringer-suchtpraevention.info>

**Lotsennetzwerk Thüringen
fdr Fachverband Drogen-
und Suchthilfe e.V.**
Dubliner Straße 12
99091 Erfurt
Tel.: +49 361 3462024
kontakt@lotsennetzwerk.de
www.lotsennetzwerk.de
www.fdr-online.info
App Lotsennetzwerk Thüringen

**Thüringer Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Arbeit und Familie**
Referat 4B 6
Gesundheitsförderung, Suchthilfe,
ÖGD-Pakt
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt
Postfach 90 03 54, 99106 Erfurt
Tel.: +49 361 573811000
poststelle@tmsgaf.thueringen.de
www.tmasgff.de

6.3 Europäisches Ausland

6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX

**Drogenagentur
der Europäischen Union
European Union Drugs Agency
(EUDA)**

Praça Europa 1, Cais do Sodré
1249-289 Lissabon
Portugal
Tel.: +351 211 210200
info@euda.europa.eu
www.euda.europa.eu/index_en

**National Focal Points (NFP)
befinden sich in:**

Deutschland (Germany):

**DBDD –
Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht
(German Monitoring Centre for
Drugs and Drug Addiction)
IFT Institut für Therapieforschung**
Leopoldstraße 175
80804 München
Deutschland/Germany
Tel.: +49 89 360804-0
ift@ift.de
www.dbdd.de

Weitere Partner: Deutsche Haupt-
stelle für Suchtfragen e.V. (DHS),
Bundesinstitut für Öffentliche
Gesundheit (BIÖG)

**Belgien (Belgium)
Bulgarien (Bulgaria)
Dänemark (Denmark)
Estland (Estonia)
Finnland (Finland)
Frankreich (France)
Griechenland (Greece)
Irland (Ireland)
Italien (Italy)
Kroatien (Croatia)
Lettland (Latvia)
Litauen (Lithuania)
Luxemburg (Luxembourg)
Malta (Malta)
Niederlande (Netherlands)
Norwegen (Norway)
Österreich (Austria)
Polen (Poland)
Portugal (Portugal)
Rumänien (Romania)
Schweden (Sweden)
Slowakei (Slovakia)
Slowenien (Slovenia)
Spanien (Spain)
Tschechien (Czechia)
Türkei (Turkey)
Ungarn (Hungary)
Zypern (Cyprus)**

Die jeweiligen Adressen finden Sie
unter: [www.euda.europa.eu/about/
partners/reitox_en](http://www.euda.europa.eu/about/partners/reitox_en)

6.3.2 Sonstige Organisationen

**Bundesministerium
für Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1
1010 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 711 00-0
post@sozialministerium.at
www.sozialministerium.at

**cnapa – Centre National
de Prévention des Addictions**

99, rue Andethana
6970 Hostert
Luxemburg/Luxembourg
Tel.: +352 49 7777-1
info@cnapa.lu
www.cnapa.lu

De Nederlandse ggz

Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort
Niederlande/Netherlands
Tel.: +31 33 4608900
info@denederlandseggz.nl
www.denederlandseggz.nl

**EuroCare – European
Alcohol Policy Alliance**

Rue Archimede 17, 3rd floor
1000 Brussels
Belgien/Belgium
Tel.: +32 2 7360572
info@eurocare.org
www.eurocare.org

**euro net – Europäisches Netzwerk
für praxisorient. Suchtprävention**

c/o LWL-Koordinationsstelle Sucht
Schwelingstraße 11
48145 Münster
Deutschland/Germany
Tel.: +49 251 591-4710
www.euronetprev.org

**European Centre for Monitoring
Alcohol Marketing (EUCAM)**

Niederlande/Netherlands
Twitter: @EUCAM1
eucam@eucam.info
www.eucam.info

**EURO-TC European Treatment
Centres for Drug Addiction e.V.**

Beatrixgasse 6/20
1030 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 7153515
info@euro-tc.org
www.eurotc.org

**Global Alcohol Policy Alliance
(GAPA)**

Secretary's office
Torggata 1
0181 Oslo
Norwegen/Norway
Tel.: +47 416 22135
gapa@globalgapa.org
www.globalgapa.org

Kommission für Suchtfragen

Amt für Soziale Dienste

Postplatz 2
Postfach 63
9494 Schaan
Liechtenstein
Tel.: +423 236 7272
info@suchtpraevention.li
www.suchtpraevention.li

**Institut Suchtprävention
pro mente Oberösterreich**

Hirschgasse 44
4020 Linz
Österreich/Austria
Tel.: +43 732 778936
info@praevention.at
www.praevention.at

Institute of Alcohol Studies (IAS)

Canopi, 82 Tanner Street
London, SE1 3GN
Vereinigtes Königreich/
United Kingdom
Tel.: +44 2078 719988
info@ias.org.uk
www.ias.org.uk

**Nederlands Instituut voor
Alcoholbeleid STAP**

Goeman Borgesiuslaan 77
3515 ET Utrecht
Postbus 9769
3506 GT Utrecht
Niederlande/Netherlands
Tel.: +31 30 6565041
info@stap.nl
www.stap.nl

Nordic Welfare Center Sweden

Svensksundsvägen 11A
10139 Stockholm
Schweden/Sweden
Tel.: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org
https://nordicwelfare.org

Nordic Welfare Centre Finland

C/o Folkhälsan
Topeliusgatan 20
00250 Helsingfors
Finnland/Finland
Tel.: +358 20 7410 880
info@nordicwelfare.org
https://nordicwelfare.org

**Österreichische
Arbeitsgemeinschaft
Suchtvorbeugung**

C/o Modecenterstraße 14/
Block B/2. OG
1030 Wien
Österreich/Austria
Tel.: +43 1 4000-87334
office@suchtvorbeugung.net
www.suchtvorbeugung.net

Pompidou Group

Council of Europe/Conseil
de l'Europe
Avenue de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
Frankreich/France
Tel.: +33 3 88412000
www.coe.int/en/web/pompidou

Sucht- und Drogenkoordination

Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/A/2

1030 Wien

Österreich/Austria

Tel.: +43 1 4000-87375

office@sd-wien.at

<https://sdw.wien/>

Sucht Schweiz

Avenue Louis-Ruchonnet 14

1003 Lausanne

Schweiz/Switzerland

Tel.: +41 21 3212911

info@suchtschweiz.ch

www.suchtschweiz.ch

Das DHS Jahrbuch Sucht 2026

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten, Illegalen Drogen sowie zu Glücksspiel, Essstörungen, Delikten unter Alkoholeinfluss, Suchtmitteln im Straßenverkehr und zur Rauschgiftlage zusammen
- informiert über Zahlen und Fakten zum Cannabiskonsum und über Internetnutzungsstörungen
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder
- informiert über die Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits-erkrankungen durch die DRV
- präsentiert das aktuelle Thema „Alkoholbezogene Störungen: körperliche Folge- und Begleiterkrankungen“
- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich



ISBN 978-3-69217-035-0
eBook: ISBN 978-3-69217-036-7
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com