

Behandlung

Workbook Treatment

DEUTSCHLAND

Bericht 2025 des nationalen

REITOX-Knotenpunkts an die EUDA

(Datenjahr 2024/2025)

Jeanette Diedenhofen¹, Christina Rummel¹, Krystallia Karachaliou²,
Esther Neumeier² & Franziska Schneider²

¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); ² IFT Institut für Therapieforschung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Eine Kooperation von



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit



DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.



Mental Health &
Addiction Research

INHALT

0	ZUSAMMENFASSUNG	4
1	NATIONALES PROFIL	5
1.1	Politik und Koordination	5
1.1.1	Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie	5
1.1.2	Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung	6
1.2	Organisation und Bereitstellung der Behandlung	7
1.2.1	Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage	8
1.2.2	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes	10
1.2.3	Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote	11
1.2.4	Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage	11
1.2.5	Einrichtungsträger der Drogenbehandlung	12
1.2.6	Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme	13
1.3	Kerndaten	14
1.3.1	Übersichtstabellen zur Behandlung	14
1.3.2	Verteilung Hauptdiagnosen der Behandelten	16
1.3.3	Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten	17
1.3.4	Charakteristika der behandelten Patientinnen und Patienten	17
1.3.5	Weitere Informationsquellen zur Behandlung	20
1.4	Behandlungsangebote und Einrichtungen	21
1.4.1	Ambulante Behandlungsangebote	21
1.4.2	Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten	23
1.4.3	Stationäre Behandlungsangebote	24
1.4.4	Zielgruppenspezifische Interventionen	28
1.4.5	E-Health-Angebote für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit	35
1.4.6	Behandlungsergebnisse und -erfolge	38
1.4.7	Integration und Teilhabe	39

1.4.8	Anbietende von Substitutionsbehandlung	39
1.4.9	Anzahl der Menschen in Substitutionstherapie.....	41
1.4.10	Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution	42
1.5	Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung	43
2	TRENDS	46
2.1	Langzeitbeobachtung der Klientel in Suchtbehandlung	46
3	NEUE ENTWICKLUNGEN	50
3.1	Neue Entwicklungen	50
4	QUELLEN UND METHODIK	53
4.1	Quellen	53
4.2	Methodik	57
5	TABELLENVERZEICHNIS	57
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	58

Neben den oben genannten Autorinnen des Workbooks „Behandlung“ haben weitere Expertinnen und Experten an der Erstellung des Jahresberichts mitgewirkt.

Birgit Lehner (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS))

Corinna Mäder-Linke (Bundesverband Suchthilfe e.V., Kassel)

Prof. Dr. med. Ulrich W. Preuss (Asklepios Fachklinik Wiesen)

Dr. Peter Raiser (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS))

Prof. Dr. Norbert Wodarz (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg, Zentrum für Suchtmedizin & -forschung, Regensburg)

Unser herzlicher Dank gilt auch der Kollegin Petra Freitag (IFT Institut für Therapieforschung), die uns bei der Erstellung des Berichts unterstützt hat.

0 ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland umfasst das Behandlungssystem für Menschen mit Suchterkrankungen sowie deren Angehörige ein breites Spektrum an Angeboten. Diese reichen von individueller Beratung über Akutbehandlung und Rehabilitation bis hin zu Maßnahmen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Suchthilfe und Suchtpolitik verfolgen einen integrativen Ansatz, der es ermöglicht, sowohl Menschen, die legale oder illegale Suchtstoffe konsumieren, als auch Menschen mit Verhaltenssuchten zu unterstützen. Die Versorgungsprozesse sind personenzentriert und gestalten sich durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Fachdisziplinen innerhalb komplexer Kooperationen sehr individuell. Hierzu gehören neben medizinischen Maßnahmen auch die Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe, die für Kostenträger und Leistungserbringer von zentraler Bedeutung sind. Aufgrund der föderalen Struktur Deutschlands erfolgt die Planung und Steuerung der Versorgung auf der Ebene der Bundesländer, Regionen und Kommunen.

In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen¹ wurden Behandlungen aufgrund von Problemen mit „illegalen“² Drogen gemäß der Deutschen Suchthilfe Statistik (DSHS) 2024 bei 38,1 % aufgrund von „Cannabinoiden“ und bei 20,2 % aufgrund von „Opioiden“ begonnen. Bei weiteren jeweils 13,5 % bildeten „Stimulanzien“ bzw. „Multipler Substanzkonsum“³ den Anlass, bei 11,7 % der Fälle war es „Kokain“. Laut DSHS erfolgten im stationären Bereich⁴ 30,4 % der beendeten Behandlungen im Zusammenhang mit „illegalen“ Drogen² aufgrund von „Cannabinoiden“. Ein 29,8 % der Fälle wurde „Multipler Substanzkonsum“, in 15,2 % der Fälle „Stimulanzien“ und in 12,7 % der Fälle „Kokain“ als Anlass angegeben.

Im Langzeitvergleich dieser Daten sank der Anteil an Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ im ambulanten Bereich zwischen 2017 und 2024 deutlich (von 30,3 % auf 20,2 %; -33 %), während der Anteil an Behandlungen aufgrund von „Multipler Substanzkonsum“ sich mehr als verdreifachte (von 4,3 % auf 13,5 %; +214 %). Auch „Kokain“ bildete deutlich häufiger den Anlass als 2017 (von 6,7 % auf 11,7 %; +42 %), während „Stimulanzien“ 2024 etwas weniger häufig als Anlass dokumentiert war (von 14,0 % auf 13,5 %; -3,7 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich im stationären Bereich.

¹ Datenbasis, Meldeeinheiten: N = 878.

² Für die Berechnungen in diesem Workbook wurde die Stichprobe der DSHS auf die Klientel mit problematischem Konsum "illegalen" Drogen als Behandlungsanlass reduziert. Dies umfasst Behandlungsfälle, für die eine ICD-10-Diagnose aus F11-F16 oder F18-F19 als Hauptdiagnose dokumentiert war (inklusive Störungen aufgrund von Sedativa/Hypnotika oder flüchtigen Lösungsmitteln). Durch die Beschränkung auf Zugänge bzw. Beender des Beobachtungsjahres werden Hilfesuchende in langfristiger Behandlung (z. B. substituierte Personen) nicht vollumfänglich erfasst. Trotz der Teillegalisierung von Cannabis in Deutschland zum 1. April 2024 werden die „Cannabinoiden“ in diesem Bericht weiter der Gruppe der „illegalen“ Drogen zugeordnet. Dies erleichtert unter anderem den Vergleich mit den Daten der Vorjahre und entspricht dem seit Jahren unveränderten, europaweit einheitlichen Standard des REITOX-Berichts.

³ Die zugrundeliegende Diagnose F19 differenziert nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht in der Regel der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

⁴ Datenbasis, Meldeeinheiten: N = 158.

Die Zahl der gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung lag zum Stichtag (01. Juli 2024) bei 80.400 Personen, die von insgesamt 2.434 substituierenden Ärztinnen und Ärzte an das Substitutionsregister gemeldet wurden (Bundesopiumstelle (BOPST), 2025).

1 NATIONALES PROFIL

1.1 Politik und Koordination

1.1.1 Prioritäten der Behandlung in der Nationalen Drogenstrategie

In Deutschland bildet nach wie vor die 2012 veröffentlichte Drogenstrategie die Grundlage der aktuellen Drogenpolitik. Sie basiert auf vier grundlegenden Säulen: Prävention, Beratung und Behandlung, Maßnahmen zur Schadens- und Angebotsreduzierung sowie Strafverfolgung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) (siehe hierzu auch Workbook „Behandlung“ 2017 (Bartsch et al., 2017)). Ein Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) aus dem Jahr 2025 betont die Notwendigkeit, sowohl die allgemeinen Ziele als auch die konkreten Maßnahmen einer Aktualisierung zu unterziehen (DHS, 2025).

Die DHS fordert, dass die Politik dazu beiträgt, dass möglichst wenige Menschen von Suchtstoffen abhängig oder Suchtstoffe problematisch konsumiert werden. Hierfür sind eine flächendeckende Prävention sowie stabile, finanziell abgesicherte Beratungs- und Behandlungsangebote notwendig. Gleichzeitig sind schädliche Konsumanreize durch Werbeverbote sowie durch Jugend- und Verkaufsbeschränkungen zu reduzieren. Darüber hinaus soll in der Sucht- und Drogenpolitik eine aktive und koordinierende Rolle vom Bund übernommen werden, wobei eine aktive Einbindung von Wissenschaft und Praxis als wichtig erachtet wird. Ein weiteres wichtiges Ziel einer überarbeiteten nationalen Strategie ist die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann im Rahmen seiner Zuständigkeiten u. a. durch die Förderung von Projekten und durch Forschungsaufträge spezifische Akzente im Bereich Behandlung setzen.

Die 2017 von der Bundesregierung beschlossene Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BMG, 2017) regelte bislang die gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung von Menschen mit einer Opioidabhängigkeit. Änderungen hierzu finden seit dem 20. Februar 2025 mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Anwendung (BMG, 2025). Durch die Anpassung wird der Zugang zur diamorphingestützten Substitutionstherapie erleichtert. So wurde bspw. die Mindestdauer der Abhängigkeit auf zwei Jahre und die Altersgrenze auf mind. 18 Jahre für die Aufnahme in die Behandlung festgelegt. Zudem wurde die psychosoziale Betreuung in den ersten sechs Monaten der Behandlung konkretisiert und als verpflichtend bestimmt.

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt in Deutschland den Umgang mit Betäubungsmitteln und den Rohstoffen, die zur Herstellung von Betäubungsmitteln verwendet werden. Es legt fest, welche Substanzen als Betäubungsmittel gelten, wie sie hergestellt,

gehandelt und verwendet werden dürfen, sowie die Strafen für Verstöße gegen diese Bestimmungen. Am 5. Dezember 2024 trat hier die 24. Verordnung zur Änderung von Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes in Kraft. Durch diese Verordnung wurden vier neue Substanzen in die Anlage II des BtMG aufgenommen: Benzodiazepin, Benzimidazol-Derivat, Amphetamin-Derivat, Arylcyclohexylamin-Derivat.

Die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte liegen in der Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK). Änderungen finden seit dem 2. Oktober 2017 Anwendung. Sie nehmen einen wichtigen Stellenwert bei der Verbesserung und Absicherung der Substitution in der ärztlichen Praxis ein und stellen v. a. eine Anpassung an neue wissenschaftliche Evidenzen dar (siehe Workbook „Rechtliche Rahmenbedingungen“ 2017 (Dammer et al., 2017)).

Seit Dezember 2018 werden mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die zuvor vorrangig abstinenzorientierten Behandlungsansätze durch einen therapeutischen Ansatz mit weiter gefasster Zielsetzung abgelöst. Dadurch wird deutlicher, dass es sich bei der Opioidabhängigkeit um eine schwere chronische Erkrankung handelt, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf und bei der physische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018).

Für weitere Informationen zur Nationalen Drogenstrategie siehe auch Workbook „Drogenpolitik“ 2024 (Schneider et al., 2024).

1.1.2 Steuerung und Koordination der Behandlungsdurchführung

Das Versorgungssystem für Menschen mit drogenbezogenen Problemen und deren Angehörige bezieht unterschiedliche Akteurinnen und Akteure ein. Eine nationale Planung und Steuerung der Behandlung in den verschiedenen Segmenten des medizinischen und/oder sozialen Hilfesystems ist nicht mit dem föderalen System der Bundesrepublik vereinbar. Stattdessen erfolgen die Steuerung und Koordination auf Ebene von Bundesländern, Regionen oder Kommunen. Sie wird zwischen den Kostenträgern, den Leistungserbringern und anderen regionalen Steuerungsgremien auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen sowie des Bedarfs und der wirtschaftlichen Möglichkeiten abgestimmt.

Die Suchtrehabilitation wird stationär, ganztägig ambulant, niedrigfrequent ambulant oder in Kombination der verschiedenen Behandlungsformen durchgeführt. Nach erfolgreich abgeschlossener Rehabilitation sind auch Nachsorgeleistungen möglich. Bei der Steuerung und Koordination der Akutbehandlung und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen spielen in Deutschland die Kranken- und Rentenversicherungsträger eine bedeutende Rolle.

Sie legen im Wesentlichen die Rahmenbedingungen und Therapiestandards fest. Dafür stimmen sie sich in regelmäßigen Treffen und Arbeitsgruppen mit den Suchtfachverbänden ab. Die Koordinierungsstelle bzw. der Dachverband für die in der Suchthilfe tätigen gemeinnützigen Verbände ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Suchtrehabilitationskliniken in privater Trägerschaft sind im Fachverband Sucht+ e.V. (FVS) zusammengeschlossen. Darüber hinaus gibt es Kooperationen mit weiteren Akteuren, wie

z. B. Jobcentern, Sucht-Selbsthilfe, Einrichtungen der kommunalen Suchthilfe. Für die Übernahme der Behandlungskosten sind ebenfalls die Krankenkassen (Akutbehandlungen) und Rentenversicherungsträger (Rehabilitationsbehandlungen) verantwortlich.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) spielt eine zentrale Rolle im Bereich der Drogenbehandlung in Deutschland, insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Zum 01.07.2023 trat das Gesetz Digitale Rentenübersicht in Kraft. Mit dem dritten Baustein dieses Gesetzes soll die Transparenz bei der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verbessert werden. Die Neuregelungen sollen für Rechtssicherheit sorgen und werden von den im europäischen Vergaberecht festgelegten Grundsätzen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Diskriminierungsfreiheit geleitet. Die neuen Regelungen geben einen Rahmen für die Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen vor. Mit dem Inkrafttreten werden zudem vier verbindliche Entscheidungen hinsichtlich der Zulassungsanforderungen, des Vergütungssystems, der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall sowie der Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung umgesetzt. Die neuen Vergütungsstrukturen treten zum 01.01.2026 in Kraft. U. a. wurde in diesem Zusammenhang eine Internetseite entwickelt, die die Transparenz im Bereich der Rehabilitation erhöhen soll. Seit Juli 2023 ist das Internetportal⁵ online. Ziel war und ist es, eine Informationsplattform zu schaffen, um das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Suche nach einer geeigneten und qualitätsgesicherten Rehabilitationseinrichtung zu stärken. Auf diesem Internetportal können Interessierte Rehabilitationseinrichtungen suchen und bezüglich der Qualitätsergebnisse vergleichen.

Kommunen sind im Rahmen der Krankenhausplanung in die Steuerung der Akutbehandlung eingebunden. Darüber hinaus unterstützen sie die Finanzierung der Suchtberatungsstellen, die in der Regel von gemeinnützigen Verbänden unter Einbringung hoher Eigenleistungen vorgehalten werden. Bei der Substitutionsbehandlung – einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung – kommt der BÄK eine tragende Rolle zu. Ihr obliegt die Erarbeitung und Aktualisierung der Richtlinien der substituionsgestützten Behandlung im Rahmen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Standards für die bedarfsabhängige substituionsbegleitende Psychosoziale Betreuung (PSB) werden von den zuständigen Leistungserbringern in den Bundesländern in Abstimmung mit den Kommunen oder Ländern vereinbart. Die Finanzierung der PSB wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt, jedoch meist von den Kommunen getragen, entweder als pauschale Förderung der Suchtberatungsstellen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge oder als Einzelfallhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)).

1.2 Organisation und Bereitstellung der Behandlung

Die rechtlichen Grundlagen für die Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bilden in Deutschland verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB), das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sowie die kommunale

⁵ www.meine-rehabilitation.de [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Daseinsvorsorge. Letztere ist verfassungsrechtlich im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG verankert (Bürkle et al., 2011); ausführlich in Workbook „Behandlung“ 2017) (Bartsch et al., 2017). Von einer Suchterkrankung betroffene Personen können die Hilfen größtenteils kostenlos nutzen, allerdings sind teilweise Kostenzusagen der in den Sozialgesetzen definierten Sozialleistungsträger erforderlich.

Hausärztinnen und -ärzten kommt als erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder von einer Abhängigkeitserkrankung gefährdeten Menschen in der Suchtbehandlung eine besondere Rolle zu. Zu diesen Suchtbehandlungen liegen keine systematisch erhobenen Daten vor. Ein Kernstück des Suchthilfesystems sind die 1.186⁶ ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrighschwellige Einrichtungen sowie Fach- und Institutsambulanzen. Darüber hinaus findet Behandlung und Betreuung in 300 stationären Rehabilitationseinrichtungen (inkl. teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen und Adaption) sowie in 739⁷ Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (wie beispielweise ambulantem betreuten Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten wie auch stationären Einrichtungen der Sozialtherapie) statt (Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (IFT), 2024a).

Die Mehrzahl der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (90,6 %) ist in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (IFT, 2025a). In der stationären Behandlung stellen die frei-gemeinnützigen Einrichtungen 58,2 % der Hilfeinrichtungen (IFT, 2025b) (siehe auch Tabelle 3 und Tabelle 4).

Zahlreiche Suchthilfeträger, insbesondere in größeren Städten, bieten eine Vielfalt an Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit an. Diese reichen von niedrighschwelligem Angeboten über Beratung und Behandlung, psychosoziale Betreuung von Personen in Substitutionsbehandlung bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen sowie Wohn- und Arbeitsprojekten. Eine systematische Erfassung des Abdeckungsgrades und der Reichweite der Angebotspalette der verschiedenen Suchthilfeträger liegt nicht vor. In der jährlichen Dokumentation der Deutschen Suchthilfestatistik geben die Einrichtungen jedoch an, mit anderen Organisationen und Institutionen zusammenzuarbeiten – und das nicht nur innerhalb ihres eigenen Verbundes. Dabei wird zwischen schriftlichen Verträgen, gemeinsamen Konzepten und weiteren Kooperationsformen unterschieden. So gaben 27,7 % der ambulanten Einrichtungen an, schriftliche Verträge mit Einrichtungen oder Diensten im Bereich der Suchtbehandlung zu führen, 16,5 % mit Einrichtungen oder Diensten der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung. 17,0 % der Einrichtungen trafen schriftliche Vereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe (IFT, 2025a).

1.2.1 Ambulantes Behandlungssystem – Angebot und Nachfrage

Die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe stellen mit 1.186 Beratungsstellen den größten Anteil an Beratung, Motivationsförderung und ambulanter Behandlung dar. Sie sind die ersten

⁶ Cave: Seit 2017 sind die Einträge der Institutsambulanzen zum Teil in anderen Einträgen aufgegangen, wodurch dieser Wert nicht alle Einrichtungen enthält.

⁷ Siehe vorherige Fußnote.

Anlaufstellen für Klientinnen und Klienten mit Suchtproblemen, soweit diese nicht hausärztlich behandelt werden, und stellen die Beratung bzw. Behandlung kostenlos zur Verfügung. Finanziert werden sie zu Teilen aus öffentlichen Mitteln. Dabei wird ein relevanter Anteil der Kosten in den ambulanten Einrichtungen von den Trägern selbst aufgebracht. Mit Ausnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird die ambulante Suchthilfe in unterschiedlichem Maße durch freiwillige Leistungen der Länder und Gemeinden auf Basis der kommunalen Daseinsvorsorge finanziert. Die nur zum Teil rechtlich abgesicherte Finanzierung der ambulanten Angebote führt wiederkehrend zu Finanzierungsproblemen.

Dies spiegelt sich auch in einem durch die DHS im September 2024 veröffentlichten Bericht wider. Der Bericht zur Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland zeigt gravierende Missstände in der Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland auf. Hierzu wurden im Frühjahr 2024 rund 1.300 Einrichtungen, die das Angebot der ambulanten Beratung / Sucht- und Drogenberatung vorhalten und im DHS Suchthilfeverzeichnis aufgeführt sind, befragt. 534 Einrichtungen beteiligten sich an der Befragung. Demnach konnten dreiviertel der öffentlich finanzierten Suchtberatungsstellen ihre Kosten bereits im Jahr 2024 nicht decken. Über die Hälfte der Befragten berichteten über ein Defizit der Angebote bis zu 20 %, ein Drittel der befragten Einrichtungen lag darüber. Es zeigte sich, dass es bei den zugewiesenen Mitteln seitens der Kommunen oder des Landes weniger um eine Reduzierung der Gelder ging. Vielmehr stagnierte das Budget oder Mittel wurden nicht kostendeckend angehoben. Die Existenz der Suchtberatungsstellen ist vielerorts gefährdet, was sich auch in der sinkenden Zahl der Einrichtungen spiegelt (Rummel, 2024). Siehe Tabelle 1.

Die ambulante Substitutionsbehandlung wird in der Regel in spezialisierten Arztpraxen durchgeführt. Sie sind ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Menschen mit einer Opioidabhängigkeit. Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen die medizinische Behandlung einschließlich der Verschreibung des Substitutionsmittels (vgl. Kapitel 1.4.8). Die medizinische Behandlung wird in der Regel durch eine psychosoziale Betreuung ergänzt, die von den Trägern der Beratungs- und Behandlungsstellen in enger Kooperation mit den Arztpraxen, zum Teil unter einem Dach, übernommen wird.

Sozialpsychiatrische Dienste und Gemeindepsychiatrische Zentren sind neben vielen anderen Aufgaben auch für Menschen mit einer Suchterkrankung zuständig. Sie werden in der Regel öffentlich finanziert. In einigen Bundesländern sind die Wohlfahrtsverbände Träger dieser Einrichtungen.

Tabelle 1 Netzwerk der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungsart Bezeichnung nach EUDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Specialised drug treatment centres	1.186*	Ambulante Einrichtungen umfassen: - spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren - niedrigschwellige Einrichtungen - Fach- und Institutsambulanzen	Keine Angabe (k.A.)
General primary health care (e.g. GPs)	>2.434**	Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung)	>80.400**
General mental health care	k.A.	Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeindepsychiatrischer Dienst	k.A.
Prisons (in-reach or transferred)	k.A.***	Einrichtungen im Strafvollzug (intern und extern)	k.A.

(BOPST, 2025; IFT, 2024a)

- * 2017 wurde der Deutsche Kerndatensatz (KDS) aktualisiert, wodurch die Datenerhebung verändert wurde. Verschiedene ambulante Einrichtungsarten wurden zusammengefasst, so dass nur aggregierte Daten vorliegen. Aktuelle Zahlen zu spezialisierten Behandlungszentren, niedrigschwelligen Einrichtungen und weiteren ambulanten Angeboten liegen derzeit nicht vor.
- ** Aktuell gibt es weder Daten zur Anzahl der Arzt- oder Psychotherapiepraxen, die Menschen mit einer Suchterkrankung behandeln, noch zur Zahl der Menschen in Behandlung. Die dargestellten Zahlen beziehen sich ausschließlich auf substituierende Ärzte und Ärztinnen sowie Substitutionspatientinnen und -patienten zum Stichtag, 01. Juli 2024. Da Arztpraxen oft die erste Anlaufstelle sind, ist von deutlich höheren Fallzahlen auszugehen (BOPST, 2025).
- *** Die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug wurde 2019 geändert, wodurch sich der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten änderte. Dadurch fehlen ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten. Für weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2021 (Schneider et al., 2021).

1.2.2 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit des ambulanten Behandlungsangebotes

Hinsichtlich der Verfügbarkeit und Bereitstellung der verschiedenen Behandlungs- und Hilfsangebote bestehen Unterschiede zwischen den Bundesländern. Insbesondere in ländlichen Regionen bestehen Schwierigkeiten, eine flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten, z. B. mit Substitutionswunsch, zu gewährleisten.

Grundsätzlich haben sich die ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebote in den letzten Jahren nicht grundlegend verändert. Schwierig bleibt weiterhin die prekäre Situation der Suchtberatung. Der o. g. 2024 veröffentlichte Bericht der DHS (Rummel, 2024) sowie der seit 2020 jährlich ausgerichtete „Aktionstag Suchtberatung“ macht auf diese Missstände aufmerksam⁸.

⁸ www.aktionstag-suchtberatung.de/ [Letzter Zugriff 19.08.2025].

1.2.3 Weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsangebote

Weitere aktuelle Informationen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsangebote siehe Kapitel 1.4.4.

1.2.4 Stationäre Behandlung – Angebot und Nachfrage

Eine tragende Rolle in der Versorgung von Menschen mit einer Suchterkrankung spielen die psychiatrischen Fachkliniken und die suchtpsychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Sie führten 2023 insgesamt 98.782⁹ Suchtbehandlungen durch (ohne Alkohol und Tabak) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024a). Darunter sind Entgiftung, qualifizierter Entzug, Krisenintervention und Behandlung von Komorbiditäten zu verstehen. Die Kosten für diese Behandlung werden in der Regel von den gesetzlichen, ggf. auch von privaten Krankenversicherungen, übernommen.

Zur stationären Behandlung gehört die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Für die Kostenübernahme der Entwöhnungsbehandlung sind vorrangig die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig.

Neben der psychiatrischen Akutbehandlung und der medizinischen Rehabilitation gibt es auch Angebote im soziotherapeutischen Bereich, die sich an chronisch mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten richten, häufig solche mit psychiatrischen Komorbiditäten; die Kosten hierfür übernehmen in der Regel die Sozialämter der Kommunen auf Basis des SGB XII.

⁹ Der Wert umfasst alle Behandlungen mit den Hauptdiagnosen ICD-10-GM-2017 F11 bis F16 sowie F18 und F19.

Tabelle 2 Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)

Einrichtungsart Bezeichnung nach EUDA	Anzahl der Einrichtungen	Einrichtungsart Nationale Definition	Anzahl der Behandelten
Hospital based residential drug treatment	208*	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	98.782**
Residential drug treatment (non-hospital based)	300*	Medizinische Rehabilitationseinrichtungen	13.986***
Therapeutic communities	k.A.	k.A.	k.A.
Prisons	k.A.****	Maßregelvollzug	k.A.
Sociotherapeutic drug treatments	739*	Einrichtungen der Sozialen Teilhabe	k.A.

(DRV, 2025a; IFT, 2024a; Destatis, 2024a)

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

** Datenjahr 2023.

*** 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, ganztätig ambulante medizinische Rehabilitation 495, ambulante medizinische Rehabilitation 1.304, Mischfälle 2.532. Datenjahr ist 2024 (DRV, 2025b).

**** Aufgrund von Beschlüssen der Justizministerien wurde die Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) im Strafvollzug geändert. Dadurch ändert sich ab 2019 der Aufbau und Inhalt der veröffentlichten Daten, weshalb ab diesem Jahr die Daten zur Anzahl der Haftanstalten fehlen. Weitere Informationen siehe Workbook „Gefängnis“ 2021.

1.2.5 Einrichtungsträger der Drogenbehandlung

Träger der ambulanten Beratung und Behandlung sind in Deutschland weitestgehend die Wohlfahrtsorganisationen (90,6 %) (IFT, 2025a). Ein kleinerer Teil ist in öffentlich-rechtlicher Hand, meist kommunale Einrichtungen, während die ambulante Substitutionsbehandlung in der Regel von ärztlichen Praxen übernommen wird. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist über die Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren in die Betreuung von Menschen mit einer Suchterkrankung eingebunden. Sie betreuen häufig Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Suchterkrankung (vgl. Tabelle 3).

Über die Trägerarten der stationären Behandlung liegen ebenfalls keine vollständigen Angaben vor. Während Einrichtungen der (teil-)stationären Soziotherapie sich hauptsächlich in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände befinden, haben an der stationären Rehabilitation auch private Träger einen wesentlichen Anteil (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 3 Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung (%)

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Ambulante Einrichtungen (spezialisierte Beratungs- und Behandlungszentren, niedrigschwellige Einrichtungen, Institutsambulanzen)	6,7 %	90,6 %	0,9 %	1,8 %
Niedrigschwellige Einrichtungen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Ärztliche Praxis / Psychotherapeutische Praxis (Hauptsächlich ambulante Substitutionsbehandlung*)	Minderheit	-	Mehrheit	-
Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) / Gemeinde-psychiatrische Dienste*	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Einrichtungen im Strafvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

(IFT, 2025a)

* Substitutionsbehandlung wird in Deutschland mehrheitlich in ärztlichen Praxen bzw. Substitutionsambulanzen durchgeführt (IFT, 2025a). In der Minderheit sind kommunale, öffentlich-rechtliche Träger.

Tabelle 4 Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung (%)

	Öffentlich-rechtliche Träger	Gemeinnützige Träger	Private Träger	Andere
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen*	28,5 %	31,5 %	40,0 %	-
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	12,7 %	58,2 %	26,6 %	2,5 %
Therapeutische Gemeinschaften	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Maßregelvollzug	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Soziotherapeutische Einrichtungen (stationär und teilstationär)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

(IFT, 2025b; Destatis, 2024b)

* Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf alle Krankenhäuser in Deutschland und nicht nur auf diejenigen, die in der Suchtbehandlung tätig sind; differenzierte Daten liegen nicht vor. Die Angaben beziehen sich auf das Datenjahr 2023.

1.2.6 Weitere Informationen zu verschiedenen Typen der Behandlungsangebote und Inanspruchnahme

Die von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich sind bis 2022 stetig zurückgegangen, teils bedingt durch eine geänderte Erhebungsweise ab 2015. Weitere Gründe sind die Finanzlage der Beratungsstellen mit begrenzten personellen Ressourcen (Koch, 2020) und die Auswirkungen der SARS-COV-2-Pandemie (Beck et al., 2024). Seit 2023 und auch in 2024 wird wieder ein leichter Anstieg verzeichnet (N=72.157) (DRV, 2025a) (vgl. Abbildung 7).

1.3 Kerndaten

1.3.1 Übersichtstabellen zur Behandlung

Tabelle 5 Hauptdiagnoseverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024, gesamt und nach Geschlecht (%)

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
F11 Opiode	20,2 %	20,2 %	20,3 %	9,9 %	9,9 %	10,3 %
F12 Cannabinoide	38,1 %	38,3 %	37,1 %	30,4 %	30,1 %	31,5 %
F13 Sedativa/Hypnotika	2,7 %	2,0 %	4,9 %	2,7 %	1,9 %	5,9 %
F14 Kokain	11,7 %	13,0 %	7,1 %	12,7 %	13,9 %	7,7 %
F15 Stimulanzien	13,5 %	12,2 %	17,9 %	15,2 %	14,5 %	18,0 %
F16 Halluzinogene	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Multipler Substanzkonsum	13,5 %	13,9 %	12,1 %	28,9 %	29,6 %	26,2 %
Anzahl Gesamt (N)	58.435	44.979	13.211	11.299	9.081	2.209

(IFT, 2025a; IFT, 2025b) (T3.01)

Bei 245 ambulanten sowie 9 stationären Behandlungen war das Geschlecht mit „Unbestimmt“ dokumentiert.

Ambulante Behandlung

Im Datenjahr 2024 wurden in der Stichprobe der DSHS 58.435 Fälle aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen¹⁰ in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen begonnen (siehe Tabelle 5) (IFT, 2025a) (T3.01). Dabei war mit 38,1 % eine Problematik aufgrund von „Cannabinoiden“ der häufigste Anlass, eine ambulante Behandlung zu beginnen, gefolgt von „Opioiden“ mit 20,2 %. Bei weiteren jeweils 15,5 % bildeten „Stimulanzien“ bzw. „Multipler Substanzkonsum“¹¹ den Anlass, bei 11,7 % der Fälle war es „Kokain“.

¹⁰ Für die folgenden Erläuterungen wurden nur Behandlungsfälle der DSHS-Stichprobe berücksichtigt, bei denen eine Problematik aufgrund einer „illegalen“ Substanz (inklusive Sedativa/Hypnotika und flüchtiger Lösungsmittel) im Mittelpunkt der Behandlung stand. Trotz der Teillegalisierung von Cannabis in Deutschland zum 1. April 2024 werden die „Cannabinoide“ in diesem Bericht weiter der Gruppe der „illegalen“ Drogen zugeordnet. Dies erleichtert unter anderem den Vergleich mit den Daten der Vorjahre und entspricht dem seit Jahren unveränderten, europaweit einheitlichen Standard des REITOX-Berichts. Die Ergebnisse beziehen sich dabei auf Angaben unter Zugängen (ambulanter Bereich) bzw. Beendern (stationärer Bereich) mit einer Hauptdiagnose aus den ICD-10-Diagnosen F11-F16 und F18-F19.

¹¹ Die zugrundeliegende Diagnose F19 differenziert nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

Stationäre Behandlung

Abgesehen von der suchtmmedizinischen Akutbehandlung findet stationäre Behandlung in Deutschland in der Regel unter drogenfreien Bedingungen statt. Da sich die Standards der Dokumentation an der jeweiligen Finanzierung orientieren und nicht an der Art der Behandlung, werden im Folgenden alle stationären Behandlungen für Personen mit den Hauptdiagnosen F11–F16 und F18–F19 differenziert nach Akutbehandlung im Krankenhaus (Krankenhausdiagnosestatistik) und (nur Gesamtsummen) Rehabilitationsbehandlung (Statistik der Deutschen Rentenversicherung) dargestellt. In der Stichprobe der DSHS wurden 2024 in stationären Rehabilitationseinrichtungen 11.299 Fälle aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen beendet (siehe Tabelle 6) (IFT, 2025b). Hierbei waren „Cannabinoide“ mit 30,4 % der Fälle und „Multipler Substanzkonsum“ mit 28,9 % die mit Abstand häufigsten Anlässe. Es folgte „Kokain“ mit 12,7 % der Fälle.

Tabelle 6 Stationäre Behandlungen nach Behandlungsanlass (%)

Hauptdiagnose	Krankenhausdiagnosestatistik	DRV	DSHS	
	2023	2024	2023	2024
F11 Opiode	25,1 %		10,7 %	9,9 %
F12 Cannabinoide	19,9 %		29,0 %	30,4 %
F13 Sedativa/Hypnotika	9,9 %		2,6 %	2,7 %
F14 Kokain	7,1 %		11,5 %	12,7 %
F15 Stimulantien	10,1 %		16,8 %	15,2 %
F16 Halluzinogene	0,5 %		0,2 %	0,2 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,2 %		0,1 %	0,0 %
F19 Multipler Substanzkonsum	27,2 %		29,1 %	28,9 %
Anzahl Gesamt (N)	98.782		13.986*	10.540

(DRV, 2025a; IFT, 2024b; IFT, 2025b; Destatis, 2024a) (T3.01)

* 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, ganztätig ambulante medizinische Rehabilitation 495, ambulante medizinische Rehabilitation 1.304, Mischfälle 2.532. Datenjahr ist 2024 (DRV, 2025b).

Tabelle 7 Überblick des Behandlungsgeschehens aufgrund illegaler Drogen 2024

Zahl der Behandlungsfälle bzw. Patientinnen und Patienten	
Begonnene ambulante Behandlungen (DSHS)	ambulant: 58.435
Beendete stationäre Behandlungen (DSHS)	stationär: 11.299
Alle Patientinnen und Patienten in OST (BOPST)	80.400
Gesamt	Keine Angabe*

(BOPST, 2025; IFT, 2025a; IFT, 2025b) (T3.01)

* Die vorliegenden Datensätze sind nicht additiv zu verstehen, sondern überschneiden sich z. T. mit demselben Personenkreis der ambulanten und/oder stationären Versorgung. Daher ist es nicht möglich aus den Routinedaten Gesamtschätzungen abzuleiten, insbesondere unter Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung.

1.3.2 Verteilung Hauptdiagnosen der Behandelten

Erstbehandlungen und Wiederaufnahmen nach Hauptdiagnose

In Tabelle 8 ist – soweit es dokumentiert war – dargestellt, ob die Hilfesuchenden erstmalig oder zum wiederholten Male behandelt wurden.

Tabelle 8 Erst- und Wiederbehandlungen der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024 nach Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	N	Wieder- aufnahme	Erst- behandlung	N	Wieder- aufnahme	Erst- behandlung
F11 Opioide	10.291	83,5 %	16,5 %	796	92,1 %	7,9 %
F12 Cannabinoide	19.954	47,6 %	52,4 %	2.431	87,6 %	12,4 %
F13 Sedativa/Hypnotika	1.419	57,9 %	42,1 %	159	93,7 %	6,3 %
F14 Kokain	6.064	61,2 %	38,8 %	1.144	86,7 %	13,3 %
F15 Stimulanzien	7.274	66,5 %	33,5 %	1.221	88,2 %	11,8 %
F16 Halluzinogene	213	48,8 %	51,2 %	18	*	*
F18 Flüssige Lösungsmittel	17	*	*	0	*	*
F19 Multipler Substanzkonsum	7.480	75,4 %	24,6 %	2.565	91,3 %	8,7 %
Gesamt	52.742	63,0 % (n = 33.226)	37,0 % (n = 19.516)	8.334	89,2 % (n = 7.437)	10,8 % (n = 897)

(IFT, 2025a; IFT, 2025b) (T2.02)

* Aufgrund der sehr geringen Fallzahl ist keine aussagekräftige Darstellung möglich.

1.3.3 Weitere methodologische Anmerkungen zu den behandlungsbezogenen Kerndaten

Behandlungsbezogenen Kerndaten der DSHS

Die Daten der DSHS zu Hilfesuchenden werden jährlich anhand der bundesweit gültigen Standards des Deutschen „Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchthilfe“ (KDS) erfasst. Die DSHS erfasst neben den in diesem Workbook verwendeten Daten zu „illegalen“ Drogen auch Informationen zu legalen Substanzen wie „Alkohol“ und „Tabak“ sowie zu nicht stoffgebundenen Süchten (bspw. „Pathologisches Spielen“). Im Rahmen der Erstellung dieses Workbooks wurden daher teilweise Berechnungen auf Basis der vorliegenden Daten vorgenommen, um legale Drogen (exkl. Cannabinoide) und nicht stoffgebundene Süchte aus den Darstellungen auszuschließen. Trotz der Teillegalisierung von Cannabis in Deutschland zum 1. April 2024 werden die „Cannabinoide“ (F12) in diesem Bericht weiter der Gruppe der „illegalen“ Drogen zugeordnet. Dies erleichtert unter anderem den Vergleich mit den Daten der Vorjahre und entspricht dem seit Jahren unveränderten, europaweit einheitlichen Standard des REITOX-Berichts. Insgesamt wurde die Summe der absoluten Anzahl der Behandlungsfälle im Zusammenhang mit "illegalen" Drogen (in diesem Workbook: HD F11-F16 und F18-19) verwendet, um bspw. den prozentualen Anteil der einzelnen Hauptdiagnosen neu zu berechnen. Bei der Diagnose F19 ist zu beachten, dass die DSHS nicht zwischen Problemen durch den Konsum „Anderer psychotroper Substanzen“ und „Polytoxikomanie“ differenziert. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht der Begriff „Multipler Substanzkonsum“ verwendet.

Durch die Beschränkung auf die Stichprobe Zugänge / Beender werden Hilfesuchende in langfristiger Behandlung (z. B. Personen in Substitutionsbehandlung) nicht vollumfänglich erfasst. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die fallbezogene DSHS keine Vollerhebung des gesamten ambulanten bzw. stationären Suchthilfegeschehens repräsentiert. Nähere Informationen zur DSHS und ihrer Reichweite sind den jeweiligen Jahresberichten zu entnehmen¹².

1.3.4 Charakteristika der behandelten Patientinnen und Patienten

Ambulante Behandlung

In ambulanten Einrichtungen sind laut DSHS 2024 die häufigsten Hauptdiagnosen im Bereich „illegaler“ Drogen bei beiden Geschlechtern Probleme aufgrund von „Cannabinoiden“ (unter Männern: 38,3 %; unter Frauen: 37,1 %) und „Opioiden“ (unter Männern: 20,2 %; unter Frauen: 20,3 %). Probleme aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“ (unter Männern: 13,9 %; unter Frauen: 12,1 %) sind bei Männern der dritthäufigste Behandlungsanlass, gefolgt von Problemen aufgrund von „Kokain“ (unter Männern: 13,0 %; unter Frauen: 7,1 %) und „Stimulanzien“, der bei Frauen dritthäufigste Behandlungsanlass (unter Männern: 12,2 %; unter Frauen: 17,9 %) (Tabelle 5) (IFT, 2025a) (T3.01).

¹² www.suchthilfestatistik.de [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Insgesamt gibt es mit einem Anteil von 77,3 % einen deutlichen Überhang an männlicher Klientel, wobei deren Anteil in den einzelnen Hauptdiagnosen zwischen 58,6 % bei Behandlungen aufgrund von „Sedativa / Hypnotika“ bis hin zu 86,2 % bei „Kokain“ schwankt (Tabelle 9) (ebd., T3.01).

Ambulante Behandlungen wurden 2024 in der Gesamtheit der Fälle mit durchschnittlich 32,8 Jahren begonnen. Bei Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ ist das Durchschnittsalter mit 40,1 Jahren am höchsten, bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ mit 27,9 Jahren am niedrigsten. Unter Männern sind Betreute mit Problemen durch „Cannabinoide“ (28,0) am jüngsten und Betreute mit Problemen durch „Opioiden“ (40,3) am ältesten; bei Frauen haben Betreute mit Problemen durch „Sedativa/Hypnotika“ (42,2) das höchste, bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (26,9) das niedrigste Durchschnittsalter (IFT, 2025a) (T3.02).

Insgesamt befinden sich 37,9 % der ambulant Betreuten in einer Partnerschaft (ebd., T3.03) und 40,3 % leben alleine in einem Haushalt (ebd., T3.04). Betreute mit Problemen durch „Multiplen Substanzkonsum“ haben vergleichsweise häufig keinen beruflichen Abschluss (26,4 %), gleiches gilt für Betreute mit „Opioiden“ (26,2 %). In den übrigen Gruppen liegt der entsprechende Anteilswert unter 25 % (ebd., T3.16).

In Schulausbildung befinden sich 6,0 % der Betreuten, wobei der Anteil bei der Klientel mit Problemen durch „Cannabinoide“ mit 12 % am höchsten ist. Insgesamt haben 10,6 % der Betreuten (10,9 % der Patienten und 9,3 % der Patientinnen) die Schule ohne Abschluss verlassen. Dieser Anteil ist (geschlechterunabhängig) bei Betreuten mit Problemen durch „Opioiden“ (13,3 %) bzw. durch „Multiplen Substanzkonsum“ (12,3 %) oder durch „Stimulanzien“ (10,8 %) besonders hoch (ebd., T3.15).

Tabelle 9 Geschlechterverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024 nach Hauptdiagnose (%)

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär		
	Gesamt (N)	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (N)	Männlich (%)	Weiblich (%)
F11 Opioide	11.786	77,2 %	22,8 %	1.123	79,8 %	20,2 %
F12 Cannabinoide	22.254	77,9 %	22,1 %	3.425	79,7 %	20,3 %
F13 Sedativa / Hypnotika	1.569	58,4 %	41,6 %	308	57,5 %	42,5 %
F14 Kokain	6.816	86,2 %	13,8 %	1.429	88,2 %	11,8 %
F15 Stimulanzien	7.864	80,4 %	34,8 %	1.712	76,8 %	23,2 %
F16 Halluzinogene	246	67,2 %	32,8 %	28	*	*
F18 Flüchtige Lösungsmittel	19	*	*	1	*	*
F19 Multipler Substanzkonsum	7.881	79,7 %	20,3 %	3.264	82,3 %	17,7 %
Gesamt	58.435	77,3 %	22,7 %	11.299	80,4 %	19,6 %

(IFT, 2025a; IFT, 2025b) (T3.01)

* Aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = < 30) ist keine aussagekräftige Darstellung möglich.

Bei 245 ambulanten sowie 9 stationären Behandlungen war das Geschlecht mit „Unbestimmt“ dokumentiert.

Stationäre Behandlung

Der größte Anteil der aufgrund von Problemen mit „illegalen“ Drogen erfolgten stationären Behandlungen entfällt laut DSHS 2024 bei beiden Geschlechtern auf Probleme durch „Cannabinoide“ (unter Männern: 30,1 %; unter Frauen: 31,5 %) sowie von Problemen durch „Multiplen Substanzkonsum“ (unter Männern: 29,6 %; unter Frauen: 26,2 %). Probleme aufgrund von „Stimulanzien“ (unter Männern: 14,5 %; unter Frauen: 18,0 %) sind jeweils der dritthäufigste Behandlungsanlass (Tabelle 6) (IFT, 2025b) (T3.01).

Der Anteil der männlichen Klientel ist mit 80,4 % deutlich überwiegend und bewegt sich in den einzelnen Hauptdiagnosen zwischen 57,5 % bei Behandlungen aufgrund von „Sedativa / Hypnotika“ bis hin zu 88,2 % bei „Kokain“ (Tabelle 9) (ebd., T3.01).

Das Durchschnittsalter bei Beginn des aktuellen Falles liegt bei insgesamt 33,3 Jahren. Hierbei sind Behandelte mit Problemen durch „Sedativa/Hypnotika“ die im Mittel älteste Gruppe (38,0 Jahre). Behandelte mit Problemen durch „Cannabinoide“ (30,8 Jahre) sind im Mittel am jüngsten (ebd., T3.02)¹³.

Ohne abgeschlossene Berufsausbildung sind 31,1 % der Fälle. Besonders hoch ist der entsprechende Anteil unter Behandlungen aufgrund von „Multiplen Substanzgebrauch“ (35,8 %) bzw. von „Cannabinoiden“ (31,1 %), während er bei „Kokain“ mit 26,3 % am niedrigsten ausfällt (ebd., T3.16).

¹³ Die Diagnosen „Halluzinogene“ und „Flüchtige Lösungsmittel“ werden hier aufgrund der geringen Fallzahl (N < 30) nicht berücksichtigt.

Insgesamt haben 10,4 % der stationär behandelten Patienten und 6,7 % der stationär behandelten Patientinnen die Schule ohne Abschluss verlassen (ebd., T3.15). Unter Frauen ist der Anteil, derer, die ohne Schulabschluss abgegangen sind, bei „Stimulanzien“ (8,7 %) oder bei „Opioiden“ (8,6 %) am häufigsten. Unter Männern ist dies bei Behandlungen aufgrund von Problemen durch „Multiplen Substanzgebrauch“ (13,0 %) oder durch „Stimulanzien“ (10,8 %) der Fall. Behandlungsfälle von Personen in laufender Schulausbildung finden sich nur vereinzelt (ebd., T3.15).

Kinder und Jugendliche

Die besonders vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird laut Daten der DSHS nahezu ausschließlich ambulant versorgt, wobei Kinder- und Jugendpsychiatrien nicht als stationäre Einrichtungen in der DSHS enthalten sind. 5,9 % der ambulanten Betreuungen entfielen laut DSHS 2024 und 0,7 % der stationären Behandlungen aufgrund von Problemen durch „illegale“ Drogen auf die besonders vulnerable Gruppe der Kinder (unter 14 Jahre) und Jugendlichen (15 bis 17 Jahre)¹⁴ (ebd., T3.02). Die Versorgung erfolgt dabei in erster Linie aufgrund von Problemen durch „Cannabinoide“ und „Multiplen Substanzkonsum“ (IFT, 2025a; IFT, 2025b).

Aus den DSHS-Zahlen geht hervor, dass 12,0 % aller ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose „Cannabinoide“ noch nicht volljährig waren (ebd., T3.02) (IFT, 2025a), während es in der Krankenhausdiagnosestatistik 9 %¹⁵ (2023: 10,4 %) sind (Destatis, 2024a).

Die Dauer der stationären Behandlung wird in der Krankenhausstatistik für diese Gruppe mit insgesamt 32.289 Berechnungs- und Belegtagen angegeben (Destatis, 2024b).

1.3.5 Weitere Informationsquellen zur Behandlung

- Deutsche Suchthilfestatistik 2023 (IFT, 2024b)¹⁶
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2024¹⁷
- Grunddaten der Krankenhäuser 2023 (Destatis, 2024a)
- Diagnosen der Krankenhauspatienten 2023 (Destatis, 2024b)

Informationen zu Konsumprävalenzen finden sich im Workbook „Drogen“ 2025.

¹⁴ Die Definition von Kindern und Jugendlichen ist – je nach Studie – unterschiedlich. Die hier dargestellten Altersgruppen wurden aufgrund ihrer Verfügbarkeit im DSHS-Datensatz ausgewählt.

¹⁵ In diesem Fall entspricht stationär den akut stationären Fällen.

¹⁶ <https://www.suchthilfestatistik.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

¹⁷ https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/medizinische_rehabilitation/ [Letzter Zugriff 19.08.2025].

1.4 Behandlungsangebote und Einrichtungen

1.4.1 Ambulante Behandlungsangebote

Menschen mit Suchterkrankungen können verschiedenste Versorgungsangebote wahrnehmen. Dabei kann die Inanspruchnahme alternativ nacheinander oder auch parallel erfolgen, wodurch mehr Betroffene oder Angehörige erreicht werden können. Allerdings kommt es auch zu nicht bedarfsgerechter Behandlung und Fehllokalationen (DHS, 2019).

Damit Suchtberatung auch digital möglich ist, hat das BMG die Entwicklung einer trägerübergreifenden Plattform zur digitalen Suchtberatung (DigiSucht) finanziert und modellhaft erprobt. Seit 1. Januar 2024 wird das Angebot anteilig durch die 13 beteiligten Bundesländer gefördert¹⁸. Verantwortlich für die Umsetzung ist die delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH.¹⁹

Beratungs- und/ oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen

Zentrale Aufgabe dieser Einrichtungen ist die Beratung und Behandlung von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die Fachkräfte motivieren Betroffene, Hilfe anzunehmen; sie erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation). Suchtberatungs- und Behandlungsstellen sowie Fachambulanzen übernehmen vielfach auch die psychosoziale Begleitung von Personen in einer Substitutionstherapie, unterstützen Selbsthilfeprojekte und sind Fachstellen für Prävention. Rechtsgrundlage ist die kommunale Daseinsvorsorge nach Art. 20 Abs. 1 GG.

Niedrigschwellige Einrichtungen (u. a. Konsumräume, Streetwork oder Kontaktläden)

Niedrigschwellige Einrichtungen sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Neben Kontakt- und Gesprächsangeboten offerieren sie weitere Hilfen, wie z. B. medizinische und hygienische Grundversorgung, aufsuchende Straßensozialarbeit, Infektionsprophylaxe oder Rechtsberatung. In 8 von 16 Bundesländern gibt es in einigen großen Städten auch Konsumräume. Finanziert werden die Angebote durch freiwillige öffentliche Leistungen und Projekte, geplant durch Kommunen, teilweise auch durch Bundesländer. Weitere Informationen sind im Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ zu finden.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Suchtproblematik. Ihre Aufgabe ist es, im Rahmen von Diagnostik und Behandlung eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen. Sie sollen die Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motivieren und an Beratungsstellen vermitteln. Bundesweit arbeiten 2024 ca. 171.000 niedergelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte (ambulant) in der vertragsärztlichen Versorgung, die ggf. erste

¹⁸ Das Angebot ist auf folgender Website zu finden: www.suchtberatung.digital. [Letzter Zugriff 19.08.2025].

¹⁹ <https://digisucht.delphi.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung sind (BÄK, 2024). 1.320 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte weisen zudem eine Zusatz-Weiterbildung in der Suchtmedizinischen Grundversorgung auf (BÄK, 2024). Rechtsgrundlage ist das SGB V; geplant wird die ambulante ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Informationen zur Substitution finden sich in den Abschnitten 1.4.6 bis 1.5.

Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug

Justizvollzugsanstalten (JVA) kooperieren regional mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Externe Sozialarbeiter:innen beraten und vermitteln ggf. in Therapie nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafverfolgung bei Aufnahme einer Therapie). Die Substitution während der Haft wird in allen Bundesländern angeboten. (siehe auch Kapitel 1.2.1).

Externe Suchtberater:innen spielen darüber hinaus vor und nach der Entlassung eine wichtige Rolle, z. B. bei der Vermittlung in geeignete Wohn- und Betreuungseinrichtungen. Die Beratenden sind nicht Teil des Personals oder der Justizvollzugsanstalt und unterliegen somit der Schweigepflicht.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrischen Krankenhäusern und z. T. auch an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams aus. Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch V (SGB V), geplant wird das Angebot durch Krankenkassen und Krankenhausträger.

Sozialpsychiatrische Dienste

Die Kommunen stellen auf der Basis des ÖGDG Gemeindepsychiatrische Zentren bzw. Sozialpsychiatrische Dienste zur Verfügung, die auch für Menschen mit Suchterkrankung zuständig sind. Sie betreuen häufig Menschen mit Suchterkrankung mit psychiatrischen Komorbiditäten. Sie beraten und vermitteln in geeignete Behandlung oder langfristige Betreuung, wie z. B. spezifische Wohneinrichtungen.

Ambulante medizinische Rehabilitation

Zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im ambulanten rehabilitativen Setting stehen Angebote in verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung: Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ganztägig ambulante Einrichtungen oder Tageskliniken. Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern unter Einbeziehung der jeweiligen Leistungsträger.

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant betreutes Wohnen ermöglicht es Menschen mit Suchterkrankung, die Schwierigkeiten mit der Alltagsbewältigung haben, in einer eigenen Wohnung oder in einer

Wohngemeinschaft zu leben. Unterstützung bekommen sie mittels ambulanter Suchthilfedienste, die eine intensive Betreuung anbieten. Die Kosten können auf Antrag vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen werden (nach SGB XII).

Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen

Arbeitsplätze und -projekte bieten die Basis für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung von Menschen mit Suchterkrankung. Rechtsgrundlagen sind das SGB II, SGB III, SGB VI, SGB IX und SGB XII. Die Planung obliegt den Agenturen für Arbeit und Jobcentern, der Deutschen Rentenversicherung, den Sozialhilfeträgern sowie den Leistungserbringern.

1.4.2 Weitere Informationen zu verfügbaren ambulanten Behandlungsangeboten

Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Die Durchführung einer Psychotherapie kann nach dem Psychotherapeutengesetz durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erfolgen. Dazu berechtigt sind auch Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzten für psychotherapeutische Medizin und Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung erfolgt durch die Psychotherapeutenkammern.

Mit Beschluss der Fünften Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte durch den Deutschen Bundesrat vom 14. Februar 2025 wurde die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen sowie intellektuellen Beeinträchtigungen erweitert. Es wurde ein neuer Ermächtigungstatbestand zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geschaffen. Hiernach werden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gezielt für die Behandlung besonders vulnerabler Patientinnen- und Patientengruppen (u. a. Personen mit bestehender Suchterkrankung) ermächtigt. Voraussetzung hierfür ist eine Kooperationsvereinbarung mit einem sozialpädiatrischen Zentrum, medizinischen Behandlungszentrum, einer Einrichtung der Suchthilfe, Krisenhilfe oder sozialpsychiatrischen Diensten oder einer vergleichbaren Einrichtung.

Sucht-Selbsthilfe

Ebenfalls für die Versorgung von Menschen mit einer Suchterkrankung bedeutend ist die Sucht-Selbsthilfe, deren Angebote die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung in vielfältiger Art und Weise ergänzen. Das Angebot beruht auf einem freiwilligen Zusammenschluss. Charakteristisch für das Selbsthilfeprinzip ist der regelmäßige und selbstbestimmte Austausch der Teilnehmenden mit dem Ziel, die individuelle Lebensqualität zu verbessern. In der Regel nehmen sowohl direkt Betroffene als auch Angehörige teil. Gesetzliche Grundlage ist der § 20h des SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen und die

Deutsche Rentenversicherung Bund fördern und unterstützen die Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.

1.4.3 Stationäre Behandlungsangebote

Entgiftung

Entgiftungen finden in der Regel in psychiatrischen Fachabteilungen statt. Falls diese nicht zur Verfügung stehen, werden Entgiftungen auch auf internistischen Fachabteilungen von Krankenhäusern durchgeführt. Im Falle einer stationären Behandlung weiterer somatischer Erkrankungen kann eine Entgiftung auch in den entsprechenden Fachabteilungen stattfinden. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern und Kommunen sowie den Krankenhausträgern.

Qualifizierte Entzugseinrichtungen / Spezialisierte Krankenhausabteilungen

Ein „Qualifizierter Entzug“ ergänzt die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen und bereitet oftmals weitergehende rehabilitative Maßnahmen vor. Qualifizierte Entzüge finden in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die psychophysischen Besonderheiten des Entzugs der jeweiligen Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern und Kommunen sowie den Krankenhausträgern.

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation wird in Fachkliniken durchgeführt und umfasst Gruppentherapien, Einzeltherapien, Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder Seminaren sowie nonverbale Therapieformen (Gestaltungs- und Musiktherapie). Dies wird ergänzt durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie und weitere indizierte Behandlungsangebote. Soziale Beratung und Vorbereitung auf die nachgehenden Hilfeangebote (z. B. „Nachsorge“) sind immer Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung. Das Spektrum der medizinischen Rehabilitation umfasst auch soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung. Die medizinische Rehabilitation ist zeitlich begrenzt, die Therapiezeit der verschiedenen Behandlungsformen wird individuell festgelegt. Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung erfolgt durch die Rentenversicherungsträger (DRV) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ambulante und stationäre Rehabilitation sind weitestgehend abstinentorientiert (DRV, 2025).

Die in den letzten Jahren zunehmende Flexibilisierung der Angebotsstruktur ermöglicht es, Klientinnen und Klienten, ambulante und stationäre Rehabilitation miteinander zu verbinden (Kombinationsbehandlung) oder weitere bedarfsspezifische, u. a. teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote wahrzunehmen.

Während der Corona-Pandemie galten für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen Ausnahmeregelungen, die eine Teilerbringung in digitaler Form ermöglichten. Mit Rücknahme der

Ausnahmeregelungen endete diese Möglichkeit in 2024. Die Durchführung therapeutischer Leistungen soll zukünftig wieder durch den Einsatz gesicherter und wirksamkeitsnachgewiesener digitaler Anwendungen unterstützt werden. Für die Entwicklung und Umsetzung digitaler Anwendungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden die von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichten Rahmenbedingungen²⁰ zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha) herangezogen. Durch diese Rahmenbedingungen soll die Qualität der DigiFlexReha gesichert werden. Zudem werden Rentenversicherungsträgern, medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und Anbietenden digitaler Leistungen für die medizinische Rehabilitation Orientierungshilfen für die Planung und Durchführung von Modellprojekten bereitgestellt.

Angebote der Nachsorge

In der Integrations- und Nachsorgephase werden vielschichtige Angebote von beruflichen Hilfen und Beschäftigungsprojekten, Wohnprojekten und Angeboten zum Leben in der Gemeinschaft offeriert, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Abhängigen orientieren.

Nachsorgeangebote können z. B. über das Webportal der Rentenversicherung für Reha-Nachsorge²¹ der DRV oder direkt über die Träger (z. B. in lokalen Geschäftsstellen der Caritas in Deutschland, der Diakonie Deutschland, u. v. m.) abgefragt werden.

Therapeutische Gemeinschaften (TGs)

Therapeutische Gemeinschaften im ursprünglichen Sinn gibt es in Deutschland nur noch in sehr geringer Anzahl. Dennoch arbeiten zahlreiche Fachkliniken der medizinischen Suchtrehabilitation auch mit den Prinzipien der TGs. Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die das Prinzip der TGs in ihr Konzept integrieren, weisen in der Regel zwischen 20 und 50 Behandlungsplätze auf und zählen somit zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen.

Behandlung im Strafvollzug

Der Maßregelvollzug ist zuständig für Diagnostik, Therapie und Sicherung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten. Dies gilt auch für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit, die schwere Straftaten verübt haben. Diese werden nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) aufgenommen. Eine Therapie in einer forensischen Klinik stellt eine Alternative zum Gefängnisaufenthalt dar. Das Therapieziel besteht grundsätzlich in der Analyse und Veränderung der deliktbezogenen individuellen Faktoren der Personen mit strafrechtlicher Verurteilung bzw. der Behandlung der

²⁰ https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²¹ www.nachderreha.de [Letzter Zugriff 19.08.2025].

für die Straftaten entscheidenden Grunderkrankung, so dass nach Entlassung keine weiteren Straftaten mehr zu erwarten sind. Angewandt werden dabei Einzel- und Gruppentherapeutische Maßnahmen sowie psychopharmakologische Behandlungen, ergänzt durch begleitende Angebote der Ergo- und Bewegungstherapie. Weitere Informationen zu diesem Thema sind dem Workbook „Gefängnis“ 2024 zu entnehmen.

Psychiatrische Kliniken

Das Angebot reicht von Entgiftung und „qualifizierter“ Entzugsbehandlung über Krisenintervention bis zu Behandlungen von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung mit weiteren psychischen Störungen. Rechtsgrundlage ist das SGB V, die Planung obliegt den Ländern.

Adaptionseinrichtungen

An die stationäre medizinische Rehabilitation kann sich, soweit erforderlich, eine sogenannte Adaptionsphase anschließen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt. Sie ist insbesondere für diejenigen Patientinnen und Patienten gedacht, bei denen ein hoher Rehabilitationsbedarf gegeben ist, wie z. B. bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung mit psychiatrischer Komorbidität. Rechtsgrundlagen sind vorrangig das SGB VI sowie nachrangig das SGB V. Die Planung und Qualitätssicherung obliegt den Renten- und Krankenversicherungsträgern.

Teilstationäre (d. h. ganztägig ambulante) Einrichtung der Sozialtherapie

Darunter werden z. B. Tagesstätten nach SGB XII §§ 53ff / 67ff verstanden, aber auch ganztägig ambulant betreutes Wohnen.

Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie

Hierbei handelt es sich um Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII §§ 53ff. oder 67ff. sowie des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) § 35a (DHS, 2019).

Tabelle 10 Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen

	Spezialisierte Psychiatrische Krankenhäuser / Fachabteilungen	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen	Therapeutische Gemeinschaften	Maßregelvollzug
Psychosoziale Beratung und Behandlung	Bei Bedarf verfügbar (qualifizierte psychosoziale Betreuung meist vorhanden)	100 % der Einrichtungen bieten psychosoziale Therapien (integraler Teil der Sucht-Reha)	Meist durch gemeinschaftliche Therapieansätze (Grundprinzip: psychosoziale Rehabilitation)	Verpflichtend im Behandlungsplan (soziale/psychologische Therapie), qualitativ in allen Einrichtungen vorhanden
Screening und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen	100 % systematische Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen (durch Fachpersonal)	100 % führen Screening auf psychische Komorbiditäten durch; Behandlung teils hausintern, sonst Überweisung zum Facharzt	Eingeschränkt vorhanden – kein standardisiertes Screening; behandlungsbedürftige Störungen meist extern abgeklärt, da TG selten eigenes psychiatrisches Personal hat; komplexe Doppeldiagnosen selten aufgenommen.	100 % der Patienten werden psychiatrisch diagnostiziert und behandelt; forensische Suchtkliniken verfügen über psychiatrische/psychologische Fachteams.
Individuelles Case-Management	Teilweise vorhanden – Entlassungsmanagement und fallbezogene sozialdienstliche Betreuung, aber kein durchgängiges Case-Management (kurze Verweildauer)	100 %: In der medizinischen Suchtrehabilitation hat jede Patientin/jeder Patient feste Bezugstherapeut*innen zur Koordination von Behandlungs- und Nachsorgeplänen.	Teilweise vorhanden – Betreuung in TG meist durch Team/Peers; formales individuelles Case-Management eingeschränkt; Übergänge in Arbeit/Wohnen werden vorbereitet, jedoch einrichtungsabhängig.	Teilweise vorhanden – im Maßregelvollzug gibt es fallbezogene Planung und Entlassungsvorbereitung, aber kein einheitliches externes Case-Management; Betreuung ist institutionsgebunden und Übergangmanagement variiert je Bundesland.
Substitutionsbehandlung	≈100 % (bei Indikation) – Spezialkliniken substituieren bei Bedarf oder führen begonnene Substitution fort.	≈45 % der Sucht-Reha-Einrichtungen bieten substitions-gestützte Rehabilitation an – ein deutlicher Anstieg gegenüber früheren ~10 %. Kein flächendeckendes, aber zunehmend etabliertes Angebot.	Nicht vorhanden – Therapeutische Gemeinschaften sind abstinentorientiert und bieten keine Substitutionstherapie an; Substitution ist meist Ausschlusskriterium für Aufnahme.	Eingeschränkt vorhanden – OAT wird im Maßregelvollzug zurückhaltend eingesetzt; nur wenige forensische Einrichtungen bieten Substitution an (Stand 2022), Umsetzung vereinzelt.

Expertenschätzung, Bartsch et al., 2018, aktualisiert von Preuss 2025.

1.4.4 Zielgruppenspezifische Interventionen

Migrantinnen und Migranten / Geflüchtete

In den letzten Jahren wurden viele Anstrengungen unternommen, um passende Beratungs- und Behandlungsangebote für geflüchtete Menschen bereitzustellen. Drogenkonsum und -abhängigkeit, die entweder im Ausland begonnen oder im Aufnahmeland bzw. während der Flucht entwickelt wurden, sind ein wichtiges Thema für die Versorgung unter Berücksichtigung der sprachlichen und kulturellen Barrieren. Um Beratungs- und Behandlungseinrichtungen bei der Implementierung und Durchführung von qualifizierten Angeboten zu unterstützen, gibt es diverse Projekte und Forschungsvorhaben, deren Dokumentation und Ergebnisse zu diesem Zweck bereitgestellt werden.

Personen mit Fluchthintergrund sind besonders gefährdet, substanzbezogene Störungen zu entwickeln, gleichzeitig haben sie weniger Zugang zu Suchthilfeeinrichtungen. Geflüchtete Menschen mit substanzbezogenen Störungen haben spezifische Bedürfnisse hinsichtlich des Zugangs zu Suchthilfeangeboten und der Art der Unterstützung (Schäfer et al., 2024). Das vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMBF) initiierte Verbundprojekt PREPARE trägt dazu bei, diese besonders gefährdete Gruppe besser zu versorgen. Es nutzt verschiedene methodische Ansätze in vier eng vernetzten Projekten, darunter systematische „Rapid Assessments“, die mehrere Indikatoren und Informationsquellen kombinieren, qualitative Erhebungen und Interventionsstudien zur Prävention und Behandlung. Ziel von PREPARE²² ist es, systematische Erkenntnisse über Substanzprobleme bei geflüchteten Menschen in Deutschland zu gewinnen, Strategien guter Praxis in der Suchtprävention und Suchtbehandlung zu identifizieren, die Diagnostik von Substanzproblemen bei geflüchteten Menschen zu verbessern und innovative Interventionen zur Prävention und integrativen Behandlung von traumatisierten Menschen mit substanzbezogenen Störungen zu entwickeln. Aktuell wird das Skills-Training zur Affektregulation bis 2026 fortgeführt. Das Ziel dieses Teil-Projekts ist es, die Wirksamkeit eines integrativen Gruppentherapieansatzes (STARK) bei geflüchteten Menschen mit posttraumatischer Belastung zu untersuchen, die einen riskanten Suchtmittelkonsum oder eine Suchterkrankung aufweisen. Dabei handelt es sich um ein kultursensibles störungsübergreifendes gruppentherapeutisches Angebot, welches auf die Verbesserung der Affektregulation abzielt.

Zudem bietet die Ressourcenplattform [sucht-und-flucht.de](https://www.sucht-und-flucht.de)²³ (in Zusammenarbeit mit der DHS erstellt) Fachkräften, die mit geflüchteten Menschen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Konsum- und suchtbefugenen Problemen arbeiten, Zugang zu frei online verfügbaren Materialien. Auch Betroffene, deren Angehörige, Selbsthilfegruppen und sogenannte Key Persons können das Portal mit Online-Suchtfunktion nutzen. Ein besonderer Fokus liegt auf Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, darunter Deutsch,

²² <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/prepare-praevention-und-behandlung-von-suchterkrankungen-bei-gefluechteten-8826.php> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²³ Letzter Zugriff 19.08.2025.

Englisch, Arabisch, Dari/Farsi, Russisch, Ukrainisch und weitere, die in der Prävention, Beratung und Behandlung von Suchtproblemen bei Geflüchteten verwendet werden können. Die Materialien umfassen Texte, Flyer, Videos und andere Medien, die kultursensitiv und kulturvermittelnd gestaltet sind. Zudem werden auf der Seite auch spezifische Instrumente und Hilfsmittel angeboten, die für Geflüchtete ohne Deutsch- oder Englischkenntnisse geeignet sind. Das Portal wird kontinuierlich erweitert, um weitere Materialtypen bereitzustellen, die auf die verschiedenen Anforderungen der Fachkräfte und Berufsgruppen im suchtbefugten Hilfesystem zugeschnitten sind, beispielsweise diagnostische Instrumente.

Das bundesweite Suchthilfeverzeichnis²⁴ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)²⁵ bieten den Nutzenden die Möglichkeit, Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. stationäre Therapieangebote nach gewünschter Beratungssprache zu filtern.

Detaillierte Informationen zu weiteren Projekten finden sich in den Workbooks „Behandlung“ von 2023 und 2024 (von Glahn-Middelmenne, 2023; Karachaliou, 2024).

Ältere Menschen mit einer Drogenabhängigkeit (40+)

Die Diagnosedaten der Krankenhäuser für das Jahr 2023 zeigen, dass wie im Vorjahr 54,0 % der in Krankenhäusern behandelten Menschen mit einer Opioidabhängigkeit (N=24.786) älter waren als 40 Jahre. Die 40- bis 44-Jährigen bilden dabei mit 18,2 % die größte Altersgruppe, gefolgt von der Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen mit 15,4 %. Mit der Gruppe der 45- bis 50-Jährigen (13,9 %) folgen die jeweils nächsthöheren Altersgruppen (5-Jahres-Klassen) mit 9,8 % und 6,1 % (mit leicht steigender Tendenz zum Vorjahr). Die über 60-Jährigen stellen mit 12,0 % eine weiterhin steigende nicht zu vernachlässigende Größe dar (Destatis, 2024a). Im Jahr 2024 wurden laut Angaben des Bundeskriminalamtes Wiesbaden (BKA) in Deutschland 2.137 drogenbedingte Todesfälle registriert – ein Wert, der nur leicht unter dem des Vorjahres liegt. 2023 war noch ein Anstieg der Todesfälle um 11,9 % im Vergleich zu 2022 sowie ein Anstieg des Durchschnittsalters der Verstorbenen auf 41,0 Jahre zu verzeichnen. Auffällig im Jahr 2024 sind unter anderem jedoch ein Anstieg der Todesfälle bei jüngeren Konsumierenden unter 30 Jahren, ein verbreiteter Mischkonsum sowie vermehrte Todesfälle im Zusammenhang mit synthetischen Opioiden und Neuen Psychoaktiven Stoffen (BKA, 2025). (siehe auch Workbook „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung“ 2025 Abschnitt 1.1.1).

Einzelne Wohneinrichtungen für ältere Menschen mit einer Drogenabhängigkeit in Deutschland, wie z. B. die Dauerwohneinrichtung für ältere suchterkrankte Menschen des Projektes LÜSA²⁶ in Kamen, stellen ein spezifisches Angebot für diese spezifische Zielgruppe dar. Alle dort lebenden Bewohnenden werden substituiert.

²⁴ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²⁵ https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²⁶ Projekt LÜSA [online] <https://www.luesa.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Seit 2017 beschäftigt sich außerdem der Suchtbereich der Diakonie NAH e.V. mit dem Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit (ZOS), speziell auch für diese Zielgruppe. Das Konzept²⁷, das 2023 veröffentlicht wurde, wurde mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Tageszentrum in Neumarkt mit Unterstützung des Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) entwickelt. Es bietet älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen eine individuell abgestimmte, ganzheitliche Unterstützung. Dabei werden Mehrfachdiagnosen und altersbedingte Herausforderungen berücksichtigt, um passgenaue Hilfen zu gewährleisten. Ergänzend zum Beratungsangebot fördert ein Tageszentrum soziale Teilhabe und beugt Isolation vor.

Über das Suchthilfeverzeichnis²⁸ der DHS sowie die Einrichtungssuche des Bundesverbandes Suchthilfe e.V. (bus.)²⁹ können weitere Angebote identifiziert werden, die sich gezielt und ausschließlich an ältere Menschen richten.

Crack-Konsumierende

Vermerkt wird in den letzten Jahren aus verschiedenen Quellen und Städten ein Anstieg des Crack-Konsums bestimmter Gruppen berichtet (vgl. hierzu Workbook „Drogen“ 2025), woraus sich ein erhöhter Handlungsbedarf ergibt. Das zeigt auch die Studie „Offene Drogenszenen in NRW 2024“, die umfassende empirische Einblicke in Lebenslagen, Konsumverhalten und Hilfenutzung von über 500 Personen in den Drogenszenen von Düsseldorf, Essen, Köln und Münster liefert. Sie zeigt die zunehmende Bedeutung von Crack und dass Crack hier die am häufigsten konsumierte Substanz ist. Für den erfolgreichen Umgang mit offenen Drogenszenen erfordert es neben medizinischer und psychosozialer Hilfe vor allem den Abbau sozialer Ausschlüsse, den gesicherten Zugang zu Wohnraum und Gesundheitsversorgung sowie den Ausbau niedrigschwelliger, bedarfsgerechter Unterstützungsangebote (Deimel et al., 2025).

Die DHS fordert seit 2024 den konsequenten Ausbau von Schadensminderungsmaßnahmen für Crack- und Fentanyl-Konsumierende, insbesondere durch niedrigschwellige Angebote wie Drogenkonsumräume, Safer-Use-Materialien und medizinische Notfallversorgung, um Überdosierungen und gesundheitliche Schäden zu reduzieren (DHS, 2024a). Zur vertiefenden Information über die geforderten Maßnahmen empfiehlt sie die „Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe“, herausgegeben von Akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Akzept, 2023).³⁰ Laut DHS zeigt sich die Notwendigkeit einer engen Vernetzung zwischen Suchthilfe, Gesundheitswesen, kommunaler Politik und weiteren Akteuren sowie die

²⁷ https://www.diakonie-nah.de/fileadmin/user_upload/01_Fuer_Sie_da/02_Krisen_Konflikte_Notlagen/04_Suchtberatung/ZOS_Konzept_incl_Deckblatt.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²⁸ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

²⁹ https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/?wpbdp_view=search [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁰ Akzept e.V. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe, online verfügbar: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/01/HandlungsempfehlungenCrack2023.pdf> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Einführung eines Monitorings der lokalen Drogensituation zur bedarfsgerechten Anpassung der Hilfsangebote. Die DHS hebt zusätzlich die Bedeutung der substanzgestützten Therapie bei Opioidabhängigkeit hervor und fordert den Ausbau von Entgiftungs- und Rehabilitationsplätzen, um Betroffene langfristig zu stabilisieren.

Um Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum und den damit verbundenen Schwierigkeiten zu erarbeiten, wurde außerdem Ende 2022 vom BMG eine Gruppe von Fachleuten mit Vertretenden aus Städten (Hamburg, Frankfurt, Bremen und Hannover), freien Trägern der Suchthilfe, Hochschulen und akzept e.V. eingerichtet (Stöver et al., 2023). Aufbauend auf diesen von der Gruppe formulierten Empfehlungen erarbeitete die Deutsche Aidshilfe e.V. in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Mitarbeitenden der Drogenkonsumräume in Deutschland den praxisnahen Leitfaden „Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsumentinnen und -konsumenten“³¹.

Am 3. Juli 2025 beschloss die Frankfurter Stadtverordnetenversammlung mehrheitlich die bundesweit erste Einrichtung eines Crack-Drogensuchthilfezentrums. Das Zentrum soll neben niedrigschwelligem Zugang zu Beratung, medizinischer, pflegerischer und psychiatrischer Versorgung sowie Begleitung in weiterführende Hilfen auch Übernachtungsmöglichkeiten und Konsumräume bieten und im dritten Quartal 2026 eröffnet werden. Mit diesem Modellprojekt werden zentrale Empfehlungen von Fachverbänden umgesetzt und die Vernetzung relevanter Akteure sowie ein Monitoring zur Weiterentwicklung der Hilfsangebote gefördert.

Genderspezifische Angebote

In Deutschland gibt es bislang keine bundesweite systematische Erhebung zu genderspezifischen Suchthilfeangeboten. In der ambulanten Suchtbehandlung gibt es in vielen Städten und Großräumen genderspezifische Angebote, zum Teil innerhalb bestehender allgemeiner Suchthilfeeinrichtungen, zum Teil von spezialisierten Vereinen, wie z. B.:

- LAGAYA, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.³²,
- der Verein extra e.V. - Suchthilfe für Frauen³³,
- Bella Donna, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.³⁴,

Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen der Schwulen- und Lesbenberatung sowie Einrichtungen der Aidshilfe, Suchtberatung speziell für Menschen der LGBTQ+ Gemeinschaft an, z. B.: die Schwulenberatung Berlin³⁵, das Selbsthilfenetzwerk SHALK³⁶, das Konzept der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit örtlichen Organisationen und therapeutischen

³¹ https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/crack_handlungsempfehlungen_final.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³² <https://www.lagaya.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³³ Extra e.V. - Suchtberatung für Frauen* [online] <https://www.extra-ev.org/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁴ <https://www.belladonna-essen.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁵ <https://schwulenberatungberlin.de/wir-helfen/wir-helfen-alkohol-drogen/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁶ <https://www.shalk.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Fachkräften „quapsss“³⁷ und die Beratungsstelle „4Be TransSuchtHilfe“³⁸ in Hamburg. Auch stationäre Einrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften haben genderspezifische Rehabilitationskonzepte entwickelt.

Die Koordinierungsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) bietet Interessierten auf ihrer Internetseite eine umfangreiche Zusammenfassung praxisrelevanter Literatur zum Thema männerspezifische Suchtarbeit und Suchthilfeangeboten³⁹.

Detaillierte Informationen zu den oben genannten Projekten finden sich im Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023).

Drogenabhängige Schwangere und Eltern

Repräsentative Daten zum Thema Substanzgebrauch in der Schwangerschaft und unter jungen Eltern sind in Deutschland bisher nur lückenhaft vorhanden. Um den Behandlungsbedarf für diese Gruppe zu erfassen, sind weitere Studien notwendig (Hoch et al., 2019). In einigen stationären Einrichtungen und Kliniken werden spezielle Behandlungsangebote für substanzgebrauchende Schwangere bereitgestellt.

Das Modellprojekt KontextSucht⁴⁰ beschäftigt sich im Rahmen des Modellvorhabens „rehapro“ mit substanzabhängigen Eltern, die sich in einer stationären Rehabilitation befinden – sowohl mit als auch ohne Begleitkinder. Das Projekt ist Teil eines mehrjährigen Forschungs- und Entwicklungsprogramms, das darauf abzielt, nachhaltige und evidenzbasierte Unterstützungsangebote für drogenabhängige Eltern und deren Familien zu entwickeln und zu evaluieren. Im Zentrum des Projekts steht eine spezifische Intervention, die sogenannte KSI (KontextSucht-Intervention), deren Ziel es ist, die Erziehungskompetenz sowie die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken. Die KSI wurde von zwei Interventionskliniken konzipiert, pilotiert und wird aktuell in der Praxis implementiert. Die begleitende Studie KontextSucht Begleitstudie – Begleitforschung (KS-BF) wird von der Technischen Universität München (TUM) durchgeführt. Sie umfasst sowohl eine Machbarkeitsstudie als auch eine Nutzenbewertung der Intervention, wobei ein Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz kommt. Ziel der Studie ist es, fundierte Aussagen hinsichtlich des Nutzens der Intervention sowie möglicher Optimierungspotenziale zu treffen. Die Finanzierung der Studie erfolgt im Zeitraum vom 01. Juli 2022 bis zum 31. Oktober 2026 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

Weitere Programme wie u. a. „Mama denk‘ an mich“ (MAMADAM) und „Clean4us“ wurden im Workbook „Behandlung“ 2024 (Karachaliou et al., 2024), die Programme BABAROSSA und extra e.V., im Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) beschrieben.

³⁷ <https://www.aidshilfe.de/quapsss-projektbeschreibung> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁸ <https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

³⁹ <https://www.lwl-ks.de/de/Mann-und-Sucht/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴⁰ https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdaten/Projektdarstellung_KontextSucht_2FA.html [Letzter Zugriff 19.08.2025]

Über das Einrichtungsverzeichnis⁴¹ der DHS oder die Website der Interessenvertretung für Kinder aus suchtselasteten Familien (NACOA) können ambulante und stationäre Hilfsangebote speziell für Betroffene mit Kindern gefunden werden⁴². Für diese Zielgruppe hält das Suchthilfeverzeichnis der DHS bundesweit 105 Einträge von Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Beratungsstellen bereit (Stand: August 2025, DHS).

Minderjährige Kinder und Jugendliche

Auch bei der Versorgung abhängiger Kinder und Jugendlicher⁴³ gibt es keine systematische Aufbereitung der suchtspezifischen Angebote. Datenbanken listen ebenfalls reguläre Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf, die auch Kinder und Jugendliche betreuen.

In vielen Städten und Gemeinden gibt es ambulante jugend- und suchtspezifische Einrichtungen. Sie werden meist von jungen Cannabiskonsumierenden in Anspruch genommen, die wegen des Konsums anderer psychotroper Substanzen aufgefallen sind. Oftmals bieten diese Einrichtungen evaluierte Programme an, die am Übergang von Prävention zu Behandlung angesiedelt sind, wie z. B. „FreD – Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum“⁴⁴ bzw. „FreD Next Level – Frühintervention bei erstauffälligem Drogenkonsum (FreD) im digitalen Raum“⁴⁵, „FriDA – Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adoleszenz“⁴⁶ und das Programm „Realize it“⁴⁷ für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihren Cannabiskonsum einstellen oder signifikant reduzieren möchten.

Im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung und der stationären Formen des Betreuten Wohnens enthält das Suchthilfeverzeichnis der DHS bundesweit 39 Einträge von Kliniken und Einrichtungen, die eine spezialisierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die „illegale“ Drogen konsumieren, anbieten (Stand: August 2025, DHS⁴⁸).

Im Kinder- und Jugendbereich gibt es eine Reihe von internetbasierten Programmen, die einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen und Hilfen ermöglichen (vgl. Kapitel 1.4.5).

Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) im Juni 2021 wurden insbesondere die Rechte von Kindern deren Eltern von Suchterkrankung betroffen sind gestärkt. Diese haben fortan die Möglichkeit, auch ohne Zustimmung der Eltern oder des Jugendamtes sich direkt an eine geeignete Beratungsstelle zu wenden. Auch eine engere Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Jugendämtern wird durch das Gesetz ermöglicht. Seit dem 1. Januar 2024 sind darüber hinaus in allen Jugendämtern Deutschlands sogenannte Verfahrenslotsen gemäß § 10b SGB VIII im Einsatz, um junge Menschen mit Behinderungen

⁴¹ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴² <https://nacoa.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴³ Unter der Bezeichnung „Kinder“ werden Menschen unter 14 Jahre verstanden, unter „Jugendliche“ Menschen zwischen 15 und 17 Jahre. Definitionen können unter Umständen je nach Studie abweichen.

⁴⁴ <https://www.lwl-fred.de/de> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴⁵ <https://www.lwl-fred.de/de/fred-projekte/fred-next-level/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴⁶ <https://www.frida-beratung.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴⁷ <https://www.realize-it.org/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁴⁸ <https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

oder von Behinderungen bedroht und ihre Familien unabhängig bei der Antragstellung und Wahrnehmung von Leistungen der Eingliederungshilfe zu unterstützen. Sie fungieren als zentrale Ansprechpersonen und begleiten Betroffene durch das komplexe Sozialleistungssystem, um Zugangsbarrieren abzubauen und die Rechte der Familien zu stärken. Darüber hinaus unterstützen Verfahrenslotsen die Jugendämter bei der Zusammenführung der Eingliederungshilfe mit der Kinder- und Jugendhilfe und tragen so zur inklusiven Weiterentwicklung der Jugendhilfe vor Ort bei.⁴⁹

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekts Hilfen im Netz erhalten Kinder und Jugendliche aus psychisch oder suchtbelasteten Familien kostenfreie und anonyme Unterstützung. Die Onlineplattform⁵⁰ bietet niedrigschwellige Beratung durch Fachkräfte sowie gezielte Informationen für betroffene junge Menschen, Angehörige und Fachkräfte. Neben der bundesweiten Onlineberatung sind über eine Postleitzahlsuche passende Hilfeangebote vor Ort auffindbar. Das Projekt wird von NACOA Deutschland e. V. und KidKit (Drogenhilfe Köln) umgesetzt. Eine 2025 bundesweite Plakatkampagne soll zur Bekanntmachung des Angebots beitragen.

Beim neu entwickelten CHIMPs-Net⁵¹ Ansatz, der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wurde und der derzeit an mehreren Zentren in Deutschland eingeführt und evaluiert wird, werden Kinder während der Behandlung der Eltern auf psychische Auffälligkeiten hin untersucht und Kind und Eltern erhalten abhängig vom Grad der psychischen Belastung des Kindes im Rahmen eines gestuften Vorgehens (Stepped-Care-Modell) passende Intervention. Ziel ist es, diese besonders gefährdete Gruppe frühzeitig zu identifizieren und durch bedarfsgerechte, familienorientierte Interventionen zu unterstützen. Dabei werden die Kinder während der Behandlung ihrer Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie auf psychische Auffälligkeiten untersucht und erhalten je nach Bedarf entweder Präventionsmaßnahmen, therapeutische Behandlung oder eine Online-Intervention mit therapeutischer Begleitung. Die Maßnahmen werden in randomisiert kontrollierten Studien evaluiert und könnten bei Erfolg in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Zahlen zu den Behandlungsdaten von Kindern und Jugendlichen sind im Kapitel 1.3.4. zu finden. Der Zugang zu sowohl niedrig- als auch höherschweligen Angeboten erfolgt in dieser Altersgruppe meist über das Engagement der Erziehungsberechtigten (bei Auffälligkeiten/Komplikationen zuhause oder in der Schule/Ausbildung) oder auch auf gerichtliche Anordnung.

Weitere (ältere) zielgruppenspezifische Interventionen sind im Workbook „Behandlung“ 2024 und 2023 (Karachaliou et al, 2024; von Glahn-Middelmenne, 2023) aufgeführt.

⁴⁹ <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/service/gesetze/neues-kinder-und-jugendstaerkungsgesetz-162860> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵⁰ www.hilfenimnetz.de [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵¹ Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network.

Andere Zielgruppen

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt „Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe – zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe“ (SuWoKo) wurde im Februar 2023 von der DHS und der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) initiiert. Ziel des Projektes ist es, im Rahmen der dreijährigen Laufzeit Gelingensbedingungen für Kooperationen zwischen Sucht- und Wohnungsnotfallhilfe zu identifizieren und in Form eines Manuals für die Praxis zur Verfügung zu stellen. Erste Ergebnisse zeigen, dass eine enge Zusammenarbeit der Hilfesysteme die Versorgungssituation im Einzelfall deutlich verbessert. Dies gelingt insbesondere durch niedrigschwellige Angebote, gemeinsame Fallbesprechungen und koordinierte Vermittlungsprozesse (Schröder et al., 2024). Herausforderungen bestehen weiterhin in der strukturellen Verankerung der Kooperationen sowie in der Sicherstellung ausreichender finanzieller Ressourcen und einer klaren Zuständigkeitsregelung. Der im September 2024 erschienene Zwischenbericht betont die Bedeutung eines kontinuierlichen Austauschs zwischen Fachkräften und die Notwendigkeit, die entwickelten Modelle langfristig zu implementieren, um die Lebenssituation der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Die Ergebnisse des Projekts werden auf der Abschlussveranstaltung im September 2025 präsentiert und diskutiert.

Für die besondere Zielgruppe von Menschen mit einer Drogenabhängigkeit im ländlichen Raum gibt es aktuell zwei Projekte. Das Projekt „Suchtberatung(s)-mobil im ländlichen Bereich“⁵² (Laufzeit 07/2024–06/2026) trägt durch ein aufsuchendes, niedrigschwelliges Beratungsangebot in einzelnen Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises zur signifikanten Erhöhung der Erreichbarkeit von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und deren Angehörigen bei. Die mobile Beratung greift bestehende Versorgungslücken im ländlichen Raum auf, ermöglicht eine alltagsnahe Hilfestellung vor Ort und generiert wichtige Impulse zur strukturellen Weiterentwicklung kommunaler Suchthilfeplanungen, mit dem Ziel der nachhaltigen Optimierung ländlicher Suchthilfeangebote. Das dreijährige Modellprojekt „Stärkung der Suchthilfe in Kempten“⁵³ (2025–2028) zielt darauf ab, für Menschen mit Drogenabhängigkeit im städtischen und ländlichen Oberallgäu niederschwellige Zugänge zu Beratung, medizinischer Versorgung und Prävention auszubauen. Kernmaßnahmen sind der Einsatz zusätzlicher Streetworker, ein mobiles Beratungsteam, verstärkte Jugendsuchtberatung sowie Schnelltestkampagnen zu Hepatitis C und HIV. Die enge Vernetzung mit bestehenden Hilfesystemen soll Versorgungslücken – besonders in ländlichen Gemeinden – schließen.

1.4.5 E-Health-Angebote für Menschen mit einer Drogenabhängigkeit

E-Health Angebote sind, nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie, ein immer weiter genutztes Mittel, um Menschen mit einer Suchterkrankung und/oder -gefährdung und/oder

⁵² https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/_23_9__AP_Projektinformationen_SB_im_laendlichen_Bereich.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵³ <https://www.kempten.de/neues-projekt-starkung-der-suchthilfe-in-kempten-gestartet-38042.html> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

deren Angehörige anzusprechen. In der Behandlung werden vermehrt digitalen Technologien im Bereich der Einzel- und Gruppentherapien sowie für angehörigorientierte Interventionen genutzt (Brünger et al., 2024).

Während der COVID-19-Pandemie galten für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen temporäre Ausnahmeregelungen, die eine teilweise Durchführung in digitaler Form erlaubten. Mit der Aufhebung dieser Sonderregelungen im Jahr 2024 endete die Möglichkeit der digitalen Teilerbringung. Zur Unterstützung einer qualitätsgesicherten und evidenzbasierten Integration digitaler Anwendungen in den Rehabilitationsprozess wurden von der Deutschen Rentenversicherung Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha) veröffentlicht. Diese sollen die Qualität der DigiFlexReha sicherstellen und eine Orientierung für Rentenversicherungsträger, medizinische Rehabilitationseinrichtungen sowie Anbieter digitaler Leistungen bieten. Ziel ist es, die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Modellprojekte zu unterstützen und eine strukturierte Planung und Durchführung zu ermöglichen.

Weiterhin soll mit der derzeit in der Beantragung befindlichen Nicht-Unterlegenheitsstudie (DigiARS) durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Med. Soziologie und Rehabilitationswissenschaft in Kooperation mit Fach- und Wohlfahrtsverbänden, die Möglichkeit für ARS-Einrichtungen (Ambulante Rehabilitation Sucht), digital unterstützte Therapien in ARS (inkl. amb. Weiterbehandlung und amb. Phasen der Kombi-Reha) in Regelversorgung finanziert durch Kostenträger zukünftig nutzen zu können, untersucht werden.

Darüber hinaus zeigt sich ein wachsendes Angebot von Online-Plattformen und App-Anwendungen im Bereich der Behandlung von Suchterkrankungen. Hier werden ausgewählte Online-Plattformen und App-Anwendungen aufgeführt.

- „Elma-App“⁵⁴ richtet sich an suchterkrankte Mütter und Väter sowie werdende Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung und unterstützt diese bei der Erlangung und Aufrechterhaltung einer stabilen Abstinenz sowie bei der Stärkung der Erziehungskompetenzen.
- „MINDZONE-App „sauberdrauf!“⁵⁵ ist eine App, die speziell für Freizeit- und Partydrogen, die Prävention und Gesundheitsförderung im Partysetting unterstützt. Sie richtet sich an drogenaffine junge Menschen sowie an Angehörige und Fachkräfte.
- „Rauchmelder.Beratung.App.Community“⁵⁶, ist ein kostenloses, vom Drogenreferat Frankfurt gefördertes Angebot, das klassische Drogenberatung mit einer individuell nutzbaren App kombiniert. Nutzende können anonym ihren Konsum dokumentieren, persönliche Ziele setzen und erhalten Beratung per Telefon, Video oder in Gruppen, wobei Abstinenz keine Voraussetzung ist und der Fokus auf Stärken statt Problemen liegt.

⁵⁴ <https://www.elma-app.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵⁵ <https://mindzone.info/aktuelles/update-mindzone-app-sauberdrauf/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵⁶ <https://www.rauchmelder-bac.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

- „CariTapp“⁵⁷, eine App zur Begleitung der ambulanten Suchttherapie, die den Therapieprozess unterstützt und hilft, motiviert zu bleiben, um das Suchtverhalten nachhaltig zu verändern. Die App ist für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gedacht und wird von der Caritas München angeboten.
- „drugcom.de“⁵⁸ Internetportal der BIÖG: allgemeine Information, Austausch und professionelle Beratung.
- „Quit the shit“⁵⁹, eingebettet in „drugcom.de“, spezifisch evaluierte Behandlungsprogramme.
- „Breaking Meth“⁶⁰, betrieben vom Projekt Drug Scouts aus Leipzig und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) in Hamburg. Richtet sich an Konsumierende und ehemalige Konsumierende von Methamphetamin.
- „SoberGuides“⁶¹, digitales Sucht-Selbsthilfe Projekt der Guttempler. Bietet Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, mit speziell geschulten, ehrenamtlichen, cleanen Abhängigkeitserkrankten, sogenannten „Sober Guides“, Kontakt aufzunehmen.
- Das vom BMG geförderte Projekt „SuchtGPT“⁶², das von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH umgesetzt wird, läuft seit 2024 über einen Zeitraum von drei Jahren. Es umfasst die konzeptionelle Entwicklung, Programmierung, Testung sowie die Evaluation eines datenschutzkonformen KI-basierten Chatbots zur qualitätsgesicherten Beantwortung von Suchthilfeanfragen. Ziel ist die Verbesserung des digitalen Zugangs zu suchtspezifischen Informationen und Unterstützungsangeboten durch nutzerzentrierte Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung.
- „Digi-Sucht“⁶³, betrieben von der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin in Zusammenarbeit mit den Landesstellen durchgeführt und vom BMG gefördert. Dieses Programm stellt eine digitale Beratungsplattform für die kommunale Suchthilfe dar. Digi-Sucht wird nach der Testphase 2022 aktuell in 13 Bundesländern in über 300 Suchtberatungsstellen genutzt.
- Verbundprojekt „FreD Next Level – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumierende (FreD) im digitalen Raum“. Das etablierte Frühinterventionsprogramm FreD der LWL-Koordinationsstelle Sucht wurde mit dem Kooperationspartner Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (BKD), um digitale Komponenten erweitert, um auf die fortschreitende Digitalisierung, das veränderte

⁵⁷ <https://www.caritas-suchtambulanz-junge-muenchen.de/de/caritapp> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵⁸ <https://www.drugcom.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁵⁹ <https://www.quit-the-shit.net/qts/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶⁰ <https://www.breaking-meth.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶¹ <https://www.soberguides.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶² <https://suchtgpt.delphi.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶³ <https://www.suchtberatung.digital/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Kommunikationsverhalten junger Menschen und die Teillegalisierung von Cannabis zu reagieren. In Kooperation mit blu:prevent⁶⁴ wurden analoge und digitale Präventionsansätze zusammengeführt, partizipativ weiterentwickelt und durch eine zielgruppengerechte Marketingstrategie ergänzt und an fünf Modellstandorten erprobt. Dadurch sollen auch Schulen künftig verstärkt als Setting für die digitale Frühintervention einbezogen werden (LWL – Koordinationsstelle Sucht, 2025).

Neben diesen bundesweiten Angeboten bieten viele Suchtberatungsstellen regional Online-Beratungen per E-Mail oder auch über Einzel- und Gruppenchats an. Für weitere Informationen zu den oben genannten Plattformen siehe Workbook „Behandlung“ 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023).

Auch der Einsatz von KI in der Suchthilfe wird aktuell erforscht und im Rahmen des Projektes „KI in der Suchthilfe“⁶⁵ gefördert. Das Projekt der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (BLS), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, zielt darauf ab, die Potenziale und Rahmenbedingungen für den Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) in der Suchthilfe zu erforschen und zu gestalten. Im November 2024 kamen in Potsdam Vertretende aus Suchthilfe, Wissenschaft, Politik und Technik zu einer Zukunftswerkstatt zusammen, um gemeinsam Leitlinien und Positionen zu entwickeln, die im „Potsdamer Memorandum“⁶⁶ veröffentlicht wurden. Dieses Memorandum betont, dass KI die menschliche Beratung nicht ersetzen, sondern ergänzen kann – etwa durch niedrighschwellige Unterstützungsangebote, administrative Entlastung, Überwindung von Sprachbarrieren und Chatbots außerhalb der Sprechzeiten. Ziel ist es, die Suchthilfe zukunftsfähig zu machen, ethische Aspekte zu berücksichtigen und neue digitale Hilfsangebote für Betroffene, auch außerhalb der Öffnungszeiten, zu ermöglichen

1.4.6 Behandlungsergebnisse und -erfolge

Die „planmäßige Beendigung“ einer Behandlung ist ein Kriterium für die Erfolgsbewertung. Dabei wird unterschieden zwischen

- einer regulären oder
- therapeutischen Veranlassung bzw.
- einer vorzeitigen Beendigung mit therapeutischem Einverständnis oder
- dem planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung.

Laut DSHS endeten 2023 46,9 % der ambulanten Behandlungen planmäßig; im stationären Bereich waren es 45,7 %. Im ambulanten Bereich endeten Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (53,3 %) bzw. von „Halluzinogenen“ (40,5 %) besonders häufig planmäßig. Im stationären Bereich galt dies für Behandlungen aufgrund von „Stimulanzien“ (50,5 %).

⁶⁴ <https://bluprevent.de/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶⁵ <https://www.blsev.de/fachbereiche/digitalisierung/ki-sucht/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

⁶⁶ https://www.blsev.de/fileadmin/blsev/Digitalisierung/Dokumente/250128_BLS_KI_Sucht_Potsdamer_Memorandum.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Behandlungen aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“ enden ambulant (61,4 %), aufgrund von „Opioiden“ stationär (63,4 %) am häufigsten unplanmäßig (IFT, 2025a, IFT, 2025b) (T6.04).

Laut den letzten Katamnesedaten des Fachverbands Sucht (FVS) für den Entlassjahrgang 2022 liegt die Erfolgsquote bei 55,6 % (DGSS 1)⁶⁷ (2021: 58,3 %, 2020: 70,1 %) für Menschen, die durchgängig abstinent leben nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Konservativ geschätzt liegt der Abstinenzenerfolg ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation bei 17,3 % (DGSS 4) (2021: 17,5 %; 2020: 19,8 %), wobei hier die Quote der Nicht-Antwörter (66,9 %), die grundsätzlich als rückfällig eingestuft werden, eher eine Unterschätzung des Behandlungserfolges vermuten lässt. Weiterhin ist hinsichtlich der Bewertung des Abstinenzenerfolgs zu berücksichtigen, dass nicht nur der Konsum von Drogen und psychotropen Medikamenten, sondern auch der Konsum von Alkohol generell als Rückfall in den Katamnesen gewertet wird. Das höchste Rückfallrisiko besteht im ersten Monat nach der Behandlung und ist im Vergleich zum Vorjahr (24,9 %) mit 30,3 % leicht angestiegen (Kemmann et al., 2025).

1.4.7 Integration und Teilhabe

Sowohl die soziale, gesellschaftliche als auch die berufliche Integration und Teilhabe sind in Deutschland die zentralen Anliegen der Suchtberatung und -behandlung aller beteiligten Akteure. Siehe ausführlich dazu Workbook „Drogenpolitik“ 2025.

Neben den staatlichen Leistungen gibt es zahlreiche Projekte und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und anderer gemeinnütziger Einrichtungen, die meist in Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern der Suchthilfe durchgeführt werden.

Einen weiteren Bereich der sozialen Integration stellen Projekte und Einrichtungen des ambulanten Betreuten Wohnens dar. Sie sind bundesweit elementarer Bestandteil der ambulanten Suchthilfe.

1.4.8 Anbietende von Substitutionsbehandlung

Die opioidgestützte Behandlung (Substitution) darf in Deutschland nur durch Ärztinnen und Ärzte verordnet werden. Den ausgabeberechtigten Kreis der zu Substitutionsmittelausgabe berechtigten Personen laut aktueller Betäubungsmittelverschreibungsverordnung⁶⁸ umfasst neben Ärztinnen und Ärzten und deren Fachpersonal auch:

⁶⁷ Die günstigste Berechnungsform DGSS 1 zieht alle Katamneseantwortenden ein, die planmäßig entlassen wurden. Als abstinent nach Rückfall wird gemäß Deutschem Kerndatensatz eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war. Die strengste Berechnungsform DGSS 4 bezieht alle Behandelten ein und bewertet Nicht-Antwort und unvollständige Katamneseantworten per Definition als Rückfall. DGSS 1 führt eher zu einer Überschätzung des Rehabilitationserfolgs, DGSS 4 eher zu einer Unterschätzung.

⁶⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/verordnung-zur-aenderung-der-betaeubungsmittel-verschreibungsverordnung.html> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

- medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation, einem Gesundheitsamt, einem Alten- oder Pflegeheim oder einem Hospiz⁶⁹,
- medizinisches oder pflegerisches Personal von ambulanten Pflegediensten oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgungseinrichtungen⁷⁰,
- Apothekerinnen und Apotheker oder das in einer Apotheke eingesetzte pharmazeutische Personal⁷¹,
- medizinisches oder pflegerisches Fachpersonal in einem Krankenhaus⁷² und
- ausgebildetes Personal in staatlich anerkannten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe⁷³,
- in begründeten Fällen auch anderes geeignetes, von einer Ärztin oder einem Arzt eingewiesenes Personal⁷⁴.

Dennoch bieten ausschließlich Ärztinnen und Ärzten die Behandlungsform in Ihren Praxen an, dies jedoch auch in Einrichtungen, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gestellt werden. Vor allem größere, auf die Substitution spezialisierte Praxen arbeiten in enger Kooperation mit Einrichtungen psychosozialer Betreuung (PSB), die zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen werden. An das Substitutionsregister wurden 2024 behandlungsbedürftige Personen mit einer Opioidabhängigkeit von 2.434 Substitutionsärztinnen und -ärzten gemeldet, womit die Anzahl der verordnenden Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zum Vorjahr (N=2.436) nahezu gleich blieb (siehe Abbildung 1) (BOPST, 2025).

⁶⁹ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte nicht in der jeweiligen Einrichtung tätig sind und mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

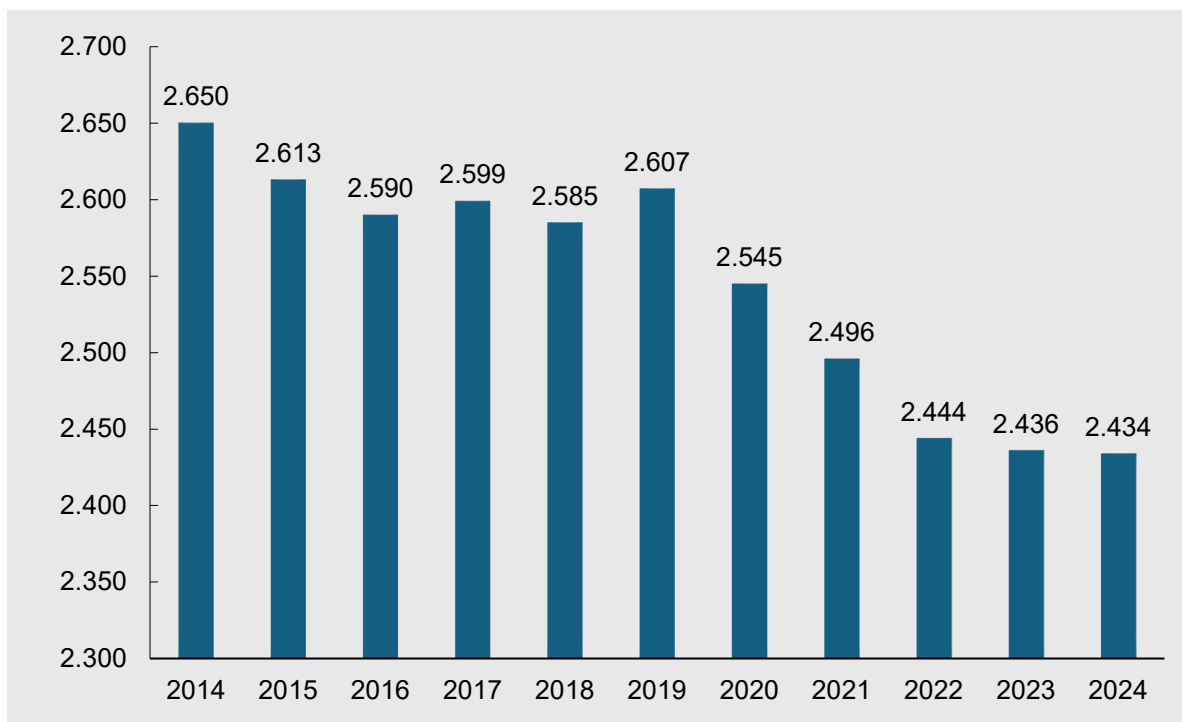
⁷⁰ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diesen Pflegedienst oder diese Einrichtung nicht tätig sind und mit diesem Pflegedienst oder dieser Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁷¹ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit dem Apotheker eine Vereinbarung getroffen haben.

⁷² Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für dieses Krankenhaus nicht tätig sind und mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung getroffen haben.

⁷³ Sofern die substituierenden Ärztinnen und Ärzte für diese Einrichtung nicht tätig sind und mit der Einrichtung eine Vereinbarung getroffen haben.

⁷⁴ <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/News/Betaeubungsmittel/Aenderung-BtMVV.html> [Letzter Zugriff 19.08.2025].



(BOPST, 2025)

Abbildung 1 Anzahl der meldenden substituierenden Ärztinnen und Ärzten (2014-2024)

Die Konsiliarregelung, d. h. die Möglichkeit, ohne suchtmmedizinische Qualifikation bis zu zehn Patientinnen und Patienten gleichzeitig zu substituieren, wenn dabei suchtmmedizinisch qualifizierte Kolleginnen und/oder Kollegen mit einbezogen werden, wurde 2024 von 539 Ärztinnen und Ärzten genutzt. 1,8 % aller Personen in Substitutionstherapie wurden hierüber behandelt (BOPST, 2025).

Durchschnittlich wurden 2024 pro substituierende Ärztin bzw. substituierendem Arzt 33 Personen in Substitutionstherapie gemeldet, bei starker bundesweiter Varianz (Saarland: 55,8; Brandenburg: 7,1). Die Hälfte aller Personen in Substitutionstherapie wurde von 14 % der substituierenden Ärztinnen und Ärzten gemeldet, was auf eine Konzentration zu Schwerpunktpraxen hindeutet. In 41 % der Praxen werden nur bis zu zehn Personen mit einer Substitutionstherapie versorgt.

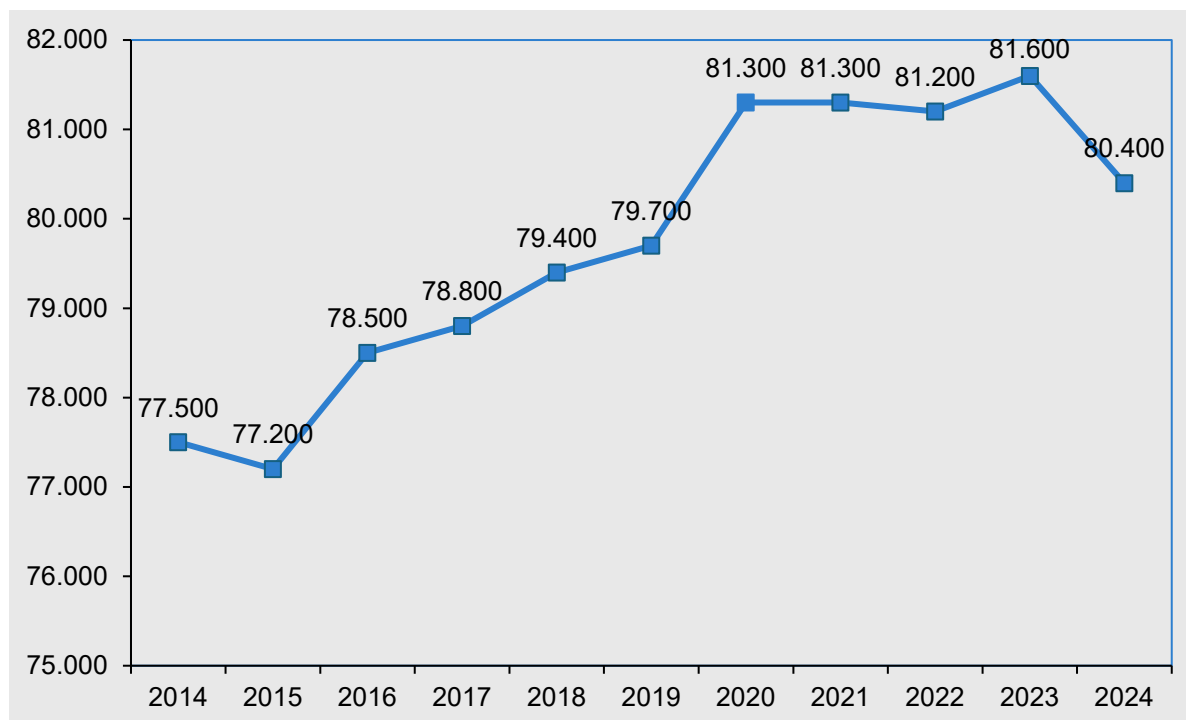
Der Zugang zu Substitution ist regional unterschiedlich. Der Anteil der Personen in Substitutionstherapie an der Gesamtbevölkerung ist in den Stadtstaaten, eventuell auch aufgrund von Umlandeffekten, deutlich höher als in den Flächenstaaten und liegt in den westlichen Bundesländern höher als in den östlichen (BOPST, 2025).

1.4.9 Anzahl der Menschen in Substitutionstherapie

Zum Stichtag 1. Juli 2024 lag die Zahl der Personen in Substitutionstherapie bei 80.400 (vgl. Abbildung 2. (BOPST, 2025).

Entsprechend sank die Zahl der Personen in Substitutionstherapie seit letztem Jahr um 1.200 Meldungen. Im Substitutionsregister wurden 2024 rund 85.100 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes erfasst. 95,3 % der Patientinnen und Patienten werden mit Levomethadon

(38,7 %), Methadon (32,8 %) und Buprenorphin (23,8 %) substituiert. Levomethadon ist seit 2020 das am häufigsten verwendete Substitut, während die Substitution mit Methadon stetig abnimmt (BOPST, 2025).



(BOPST, 2025)

Abbildung 2 Anzahl gemeldeter Personen in Substitutionstherapie in Deutschland (2014-2024, Stichtag 1. Juli 2024)

1.4.10 Weitere Informationen zur Organisation, Zugang und Verfügbarkeit der Substitution

Im ländlichen Raum ist die Verfügbarkeit von Substitution geringer. Diese medizinische Versorgungslücke außerhalb der Städte führt dazu, dass Personen mit einer Opioidabhängigkeit im ländlichen Raum nur noch eingeschränkt erreicht werden. Um dieser Problematik zu begegnen, die juristische Situation der substituierenden Ärztinnen und Ärzte zu verbessern und insgesamt die Substitutionsregelungen weiterzuentwickeln, wurden in der dritten Verordnung zur Änderung der BtMVV die medizinisch-therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinienkompetenz der BÄK überführt (vgl. Kapitel 1.4.8).

Im April 2020 wurden mit Inkrafttreten der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung und den Maßnahmen zur Erleichterung bei der Substitutionstherapie die Inanspruchnahme einer Substitutionsbehandlung deutlich niedrighschwelliger gestaltet. Hiervon profitieren beispielsweise auch Menschen im ländlichen Raum. Diese Regelungen wurden teilweise durch Inkrafttreten der „Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und der Tierärztegebührenordnung“ am 08.04.2023 verstetigt. Nun ist beispielsweise nur noch eine persönliche Konsultation der Patientinnen und Patienten

mindestens einmal in 30 Tagen festgelegt. Die benötigten „ST“- Rezepte für die Take-Home-Verschreibungen dürfen in der Zwischenzeit auch telemedizinisch übermittelt werden.

Die 2023 in Deutschland ins Leben gerufene interdisziplinäre „Zukunftsinitiative Substitution“ verfolgt das Ziel, zentrale Herausforderungen im Gesundheitssystem anzugehen. Dazu zählen unter anderem der zunehmende Fachkräftemangel, fehlender Nachwuchs in der Suchtmedizin, unzureichende Strategien für Prävention und Frühintervention sowie große Versorgungslücken. Der Paritätische Gesamtverband beteiligt sich aktiv an der Initiative, um das fragmentierte Hilfesystem zu verbessern und den bestehenden Innovationsstau aufzulösen. Als Teilergebnis werden, um den Zugang zur Substitutionsbehandlung zu erleichtern, sechs Broschüren unter dem Titel „Schnellstart Substitution“ an sechs Berufsgruppen im Gesundheitswesen veröffentlicht. Hierin werden die Zielgruppen über die Rahmenbedingungen, Voraussetzung und Möglichkeiten von Substitutionsbehandlungen spezifisch informiert und aufgeklärt.

Auch Stöver und Kuhlmann (2023) sehen Optimierungsbedarf in der substitutionsunterstützten medizinischen Rehabilitation. Sie definieren eine stärkere Fokussierung auf individuelle Bedarfe, Ressourcen und auf die Verbesserung der Teilhabefähigkeiten sowie eine Abkehr vom Zwang zur Abdosierung während der Behandlung als Möglichkeiten zur Verbesserung.

1.5 Qualitätssicherung in der Drogenbehandlung

In Zusammenarbeit verschiedener Fachgesellschaften sowie Expertinnen und Experten werden stetig Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit entwickelt. Die Übersicht wird in zeitlich absteigender Reihenfolge dargestellt.

- Die für 2025 geplante Veröffentlichung der S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“ (AWMF 076-012) gibt evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei opioidbezogenen Störungen, um die Versorgungsqualität und interdisziplinäre Kooperation zu verbessern. Sie berücksichtigt auch spezielle Patientengruppen, etwa Inhaftierte, und fordert eine patientennahe Behandlung mit Fokus auf somatische und psychische Gesundheit sowie Lebensqualität. Im Kontext repressiver Maßnahmen betont die Leitlinie die Bedeutung einer qualifizierten, bedarfsgerechten Versorgung und Schadensminderung, um den Schutz und die Unterstützung der Betroffenen zu optimieren.⁷⁵
- Die S3-Leitlinie „Cannabisbezogene Störungen“ (AWMF-Registernummer 076/005) wurde ebenfalls 2025 fertiggestellt. Über 20 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Versorgung leiteten auf Basis der Evidenz Empfehlungen für die neue Leitlinie ab. Zudem waren mehr als 20 Fachgesellschaften, Verbände, Organisationen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenen an den Konsensuskonferenzen beteiligt. Die Leitlinie befindet sich zum Zeitpunkt der Workbook-Erstellung in der formalen Konsentierung.

⁷⁵ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-012> [letzter Zugriff 19.08.2025].

- Die „Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe – ein Update Januar 2025“ der akzept e.V. bietet aktuelle Empfehlungen zur Suchtprävention, Schadensminderung und Versorgung suchtkranker Menschen (Akzept, 2025). Es fordert den Ausbau niedrigschwelliger, bedarfsgerechter Angebote wie Drogenkonsumräume mit speziellen Inhalationsmöglichkeiten, psychosoziale Betreuung und eine bessere Vernetzung der Hilfesysteme. Zudem wird eine kritische Auseinandersetzung mit repressiven Maßnahmen und die Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen empfohlen, um die Versorgung und den Schutz der Betroffenen zu verbessern. Dies unterstreicht das Positionspapier der DHS (DHS, 2024a).
- Das Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Versorgung und Behandlung opioidabhängiger Personen mit Diamorphin fasst die Erkenntnisse aus über 14 Jahren praktischer Anwendung zusammen und adressiert die Notwendigkeit einer Anpassung der bestehenden Rahmenbedingungen (DHS, 2024b). Der flächendeckende Ausbau der Substitutionsbehandlung wird neben der Gewährleistung niedrigschwelliger Zugänge sowie eine umfassende psychosoziale Betreuung gefordert, um der zunehmenden Zahl opioidbedingter Todesfälle wirksam entgegenzuwirken. Darüber hinaus spricht sich die Arbeitsgruppe für eine Entbürokratisierung der Zugangsvoraussetzungen aus, insbesondere durch die Abschaffung der Mindestabhängigkeitsdauer von fünf Jahren sowie die Öffnung der Behandlung für Personen ab 18 Jahren. Die Integration oraler Applikationsformen wird als wichtige Ergänzung für Patientinnen und Patienten mit eingeschränktem Venenstatus hervorgehoben. Auch die Bedeutung einer strukturierten, interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen sowie die Sicherstellung einer verbindlichen Finanzierung der psychosozialen Begleitung, um eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Versorgung zu gewährleisten, wird betont.

Weitere Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Vorjahre sind in den Workbooks „Behandlung“ 2022 (von Glahn-Middelmenne et al., 2022), 2023 (von Glahn-Middelmenne, 2023) und 2024 (Karachaliou et al., 2024) zu finden.

Neben den Behandlungsleitlinien verfügen die Kostenträger über weitere Qualitätssicherungsinstrumente.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen ein (gesetzlich vorgeschriebenes) anerkanntes Qualitätsmanagement (QM) implementieren, um von gesetzlichen Rehabilitationsträgern (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen) belegt werden zu können. Es stehen über 30 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) anerkannte QM-Verfahren zur Auswahl. Neue Einrichtungen müssen innerhalb eines Jahres nach Eröffnung eine Zertifizierung vorweisen.

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen schließen die federführend zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene im Jahr 2025 neue Versorgungsverträge mit Einrichtungen ab, die diese Leistungsform zu Lasten der Krankenkassen anbieten. Grundlage hierfür sind die mit dem am 19. Juli 2021 in Kraft

getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vorgenommenen Ergänzungen des § 111 SGB V. Ein zum Jahresende 2025 auslaufender Bestandsschutz macht den Abschluss von Versorgungsverträgen erforderlich, damit die Einrichtungen ihr Angebot ab dem 01.01.2026 fortsetzen können.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt seit Mitte der 1990er Jahre jährlich Evaluationen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch. Dabei werden die durch die DRV belegten Einrichtungen in einem standardisierten Peer Review-Verfahren beurteilt und die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Von erfahrenen und speziell geschulten Rehabilitationsärztinnen und -ärzten des jeweiligen Fachgebietes werden zufällig ausgewählte anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation und einem Handbuch. Sowohl stationäre als auch ganztägig ambulante Entwöhnungsrehabilitationen werden in das Verfahren einbezogen und nach gleichen Maßstäben bewertet. Zudem werden die Rehabilitanden zum subjektiven Behandlungserfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt und den verschiedenen Behandlungsmodulen/-anteilen befragt (Simon et al., 2025; DRV, 2016).

In der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken dürfen nur Fachkräfte mit entsprechender Weiterbildung tätig sein. Suchtberatende und -therapierende benötigen eine Grundausbildung in Bereichen wie Soziale Arbeit, Medizin oder Psychologie sowie eine von der DRV anerkannte Zusatzausbildung in Suchtberatung oder -therapie. Suchtmediziner und -medizinerinnen brauchen die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Es gibt auch spezifische Studiengänge, z. B. in Sozialer Arbeit oder Suchttherapie, die eine Zertifizierung integrieren. Zudem können angehende Psychotherapeuten und -therapeutinnen im Rahmen der Weiterbildung Einblicke in die Suchtrehabilitation erhalten, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2023).

Zu den wesentlichen Behandlungsstandards bei Drogenabhängigkeit gehört die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Psychologie, Psychiatrie und anderen Fächern der Medizin. Qualitätssicherung und fachliche Überwachung liegen für die ambulanten Angebote (v. a. Beratungsstellen) überwiegend in den Händen der Einrichtungsträger bzw. der Länder und Kommunen, während bei Entgiftung und Entwöhnung die jeweiligen Leistungsträger (GKV und RV) federführend tätig sind.

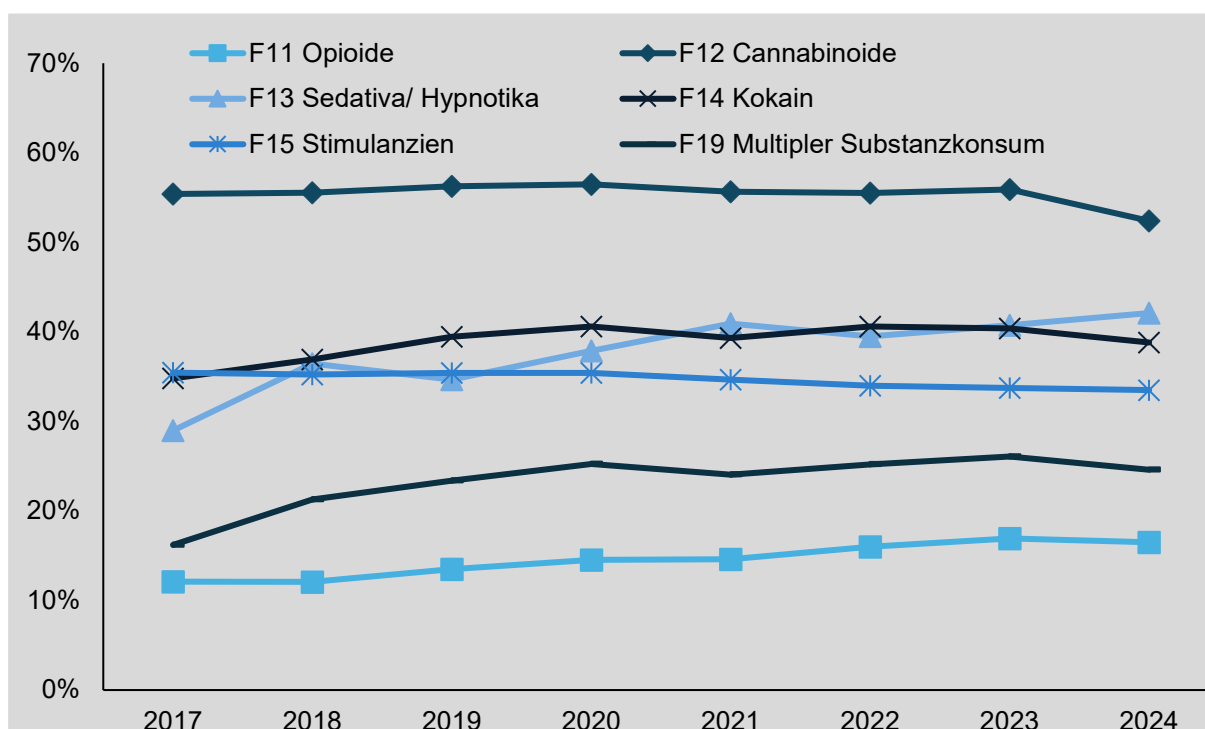
2 TRENDS

2.1 Langzeitbeobachtung der Klientel in Suchtbehandlung

Das folgende Kapitel stellt die Entwicklung ausgewählter Parameter im ambulanten (Typ 1 Einrichtungen) und stationären Bereich (Typ 2 Einrichtungen) in der DSHS seit der Einführung des KDS 3.0 im Datenjahr 2017 dar. Dabei wird ein Vergleich zwischen dem aktuellen Datenjahr 2024 und dem Basisjahr 2017 vorgenommen⁷⁶.

Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose

Gemäß den Daten der DSHS lag der Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen im ambulanten Bereich insgesamt leicht höher als 2017 (von 36,0 % auf 37,1 %; +2,9 %). Ein deutlicher Anstieg an Erstbehandlungen war bei Behandlungen aufgrund von „Opioiden“ (von 12,1 % auf 16,5 %; +26,6 %) und „Multiplen Substanzkonsum“ (von 16,2 % auf 24,6 %; +34,1 %) zu verzeichnen (Abbildung 3) (vgl. dazu auch Schwarzkopf et al. (2024)).



IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a (T2.02), spezielle Berechnung.

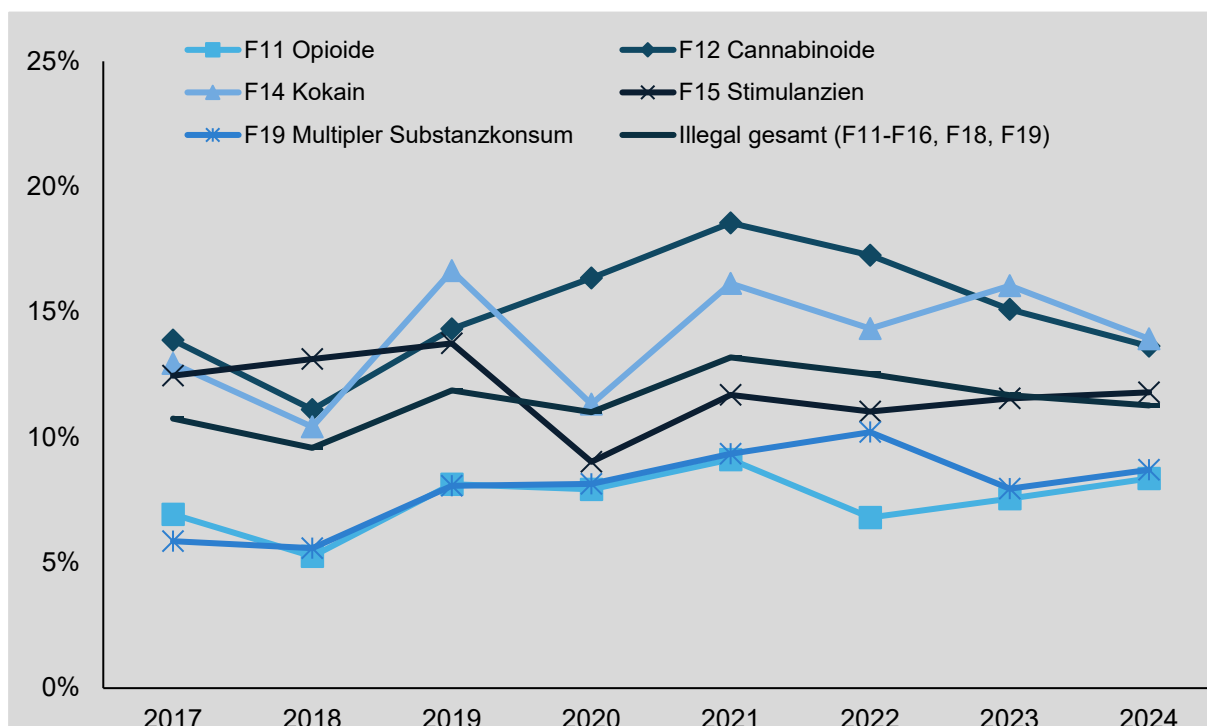
Die Fallzahlen an den Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum unter 215 Fällen. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

Abbildung 3 Anteil der ambulanten Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2024) (%)

⁷⁶ Die Berechnungen basieren auf unveröffentlichten Tabellenbänden der einzelnen Datenjahre analog zum jeweils zitierten Tabellenband des Jahres 2024. Methodologische Anmerkungen zu den Berechnungen auf Basis der DSHS-Daten finden sich in Kapitel 1.3.3. Für die Einordnung des Unterschieds zwischen 2017 und 2024 wurde folgende Einteilung gewählt: Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5 %, Unverändert: <3 %. Zu beachten ist, dass es sich dabei nicht um die absolute Differenz, sondern um die prozentuale Veränderung zwischen den beiden Endpunkten handelt.

Im Vergleich zu 2017 war das Durchschnittsalter über alle Behandlungen hinweg aufgrund „illegaler“ Drogen 2024 um 1,6 Jahre höher (31,2 zu 32,8) (IFT, 2025a) (T3.02, spezielle Berechnung). Der Frauenanteil stieg bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (ähnlich wie im stationären Bereich) im Vergleich zu 2017 weiter stark an (von 16,5 % auf 22,0 %; +33,4 %) (ebd., T3.01, spezielle Berechnung).

Über alle Hauptdiagnosen in Zusammenhang mit „illegalen“ Drogen hinweg ist im stationären Bereich 2024 ein leicht höherer Anteil der Erstbehandlungen an allen Behandlungen zu verzeichnen als 2017 (von 10,8 % auf 11,3 %; +4,6 %). Erstbehandlungen aufgrund von „Multiplen Substanzkonsum“ (von 5,9 % auf 8,7 %; +32,7 %) nahmen deutlich zu, während für „Stimulanzien“ ein leichter Rückgang zu beobachten war (von 12,5 % auf 11,8 %; -5,6 %) (Abbildung 4).



IFT, 2025b (T2.02), spezielle Berechnung.

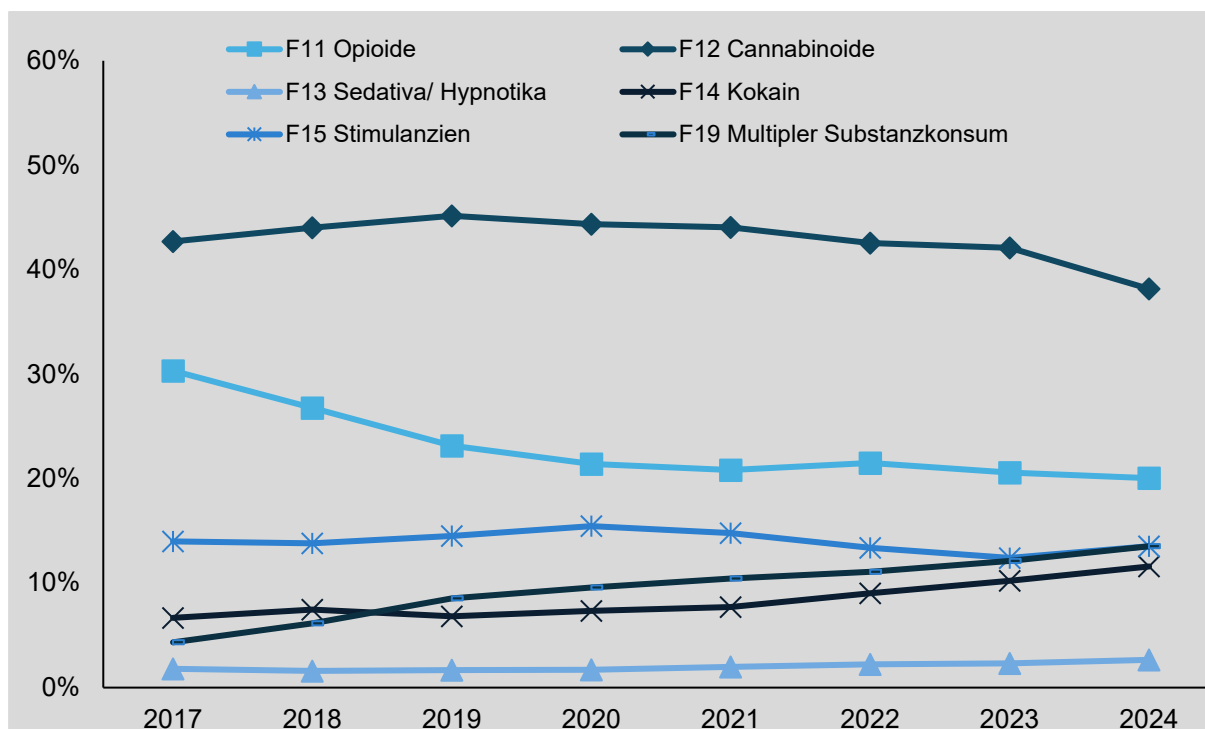
Abbildung 4 Anteil der stationären Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2024) (%)

Das Durchschnittsalter stieg insgesamt um 1,5 Jahre (von 31,8 auf 33,3 Jahre), wobei der Anstieg bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ (von 28,3 auf 30,8; +2,5 Jahre) und „Stimulanzien“ (von 30,0 auf 34,2; +4,2 Jahre) besonders hoch ausfällt (IFT, 2025b) (T3.02, spezielle Berechnung).

Der Frauenanteil bei Behandlungen aufgrund von „Cannabinoiden“ stieg im Vergleich zu 2017 deutlich an (von 16,1 % auf 20,3 %; +26,0 %), während er bei „Opioiden“ nach dem letzten Jahr wieder auf ein vergleichbares Niveau anstieg (von 20,5 % auf 17,1 % in 2023, auf 20,2 % in 2024, -1,6 %) (ebd., T3.01, spezielle Berechnung).

Behandelte Patientinnen und Patienten insgesamt

Im ambulanten Bereich ist der Anteil an Behandlungen aufgrund von "Opioiden" zwischen 2017 und 2024 deutlich gesunken (von 30,3 % auf 20,0 %; -33,9 %). Gleichzeitig war für „Multiplen Substanzkonsum“ eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (von 4,3 % auf 13,5 %; +212,1 %). Weiterhin wurde 2024 ein deutlich höherer Anteil an Behandlungen aufgrund von "Kokain" durchgeführt als 2017 (von 6,7 % auf 11,6 %; +73,6 %). Behandlungen aufgrund von "Stimulanzien" erfolgten hingegen anteilmäßig deutlich seltener (von 14,0 % auf 13,5 %; -3,3 %) (Abbildung 5) (vgl. dazu auch Schwarzkopf et al., 2024).



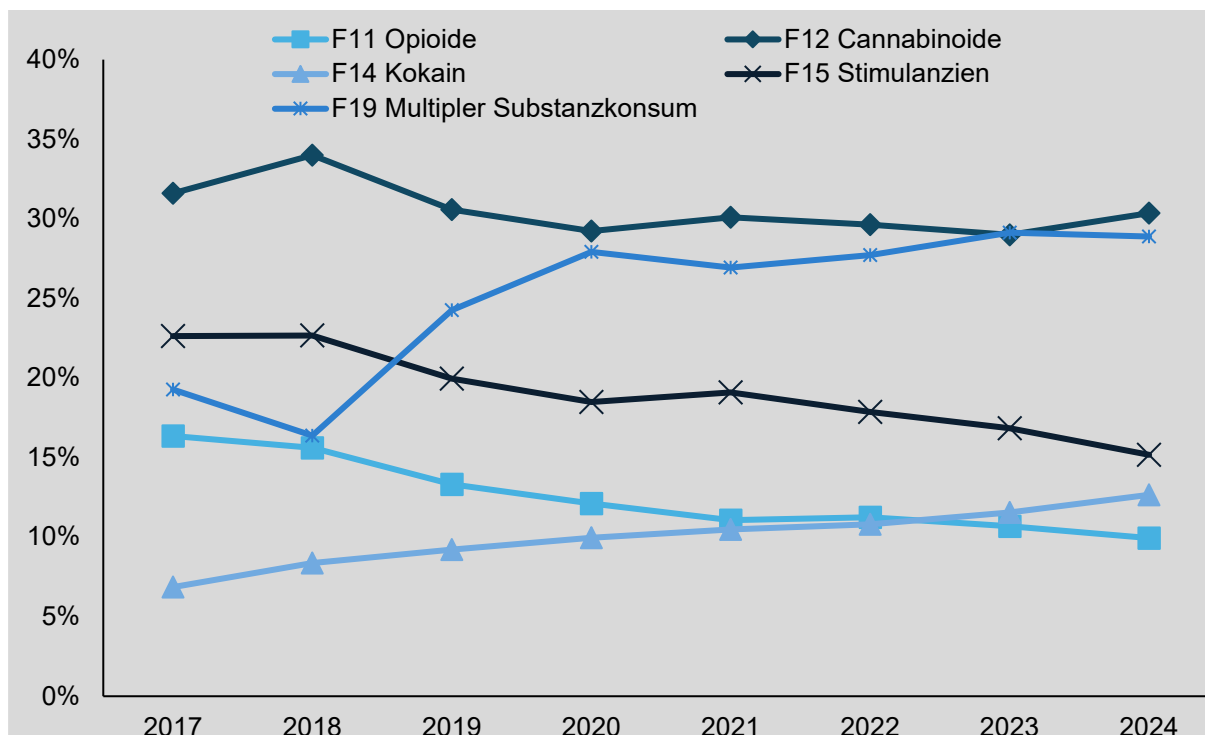
IFT, 2025a (T3.01), spezielle Berechnung.

Die Hauptdiagnosen F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei unter 1 %. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an in der DSHS erfassten Behandlungsfällen mit den Hauptdiagnosen F11-F16, F18-F19.

Abbildung 5 Hauptdiagnoseverteilung ambulanter Behandlungen (2017-2024) (%)

Im Jahresvergleich 2024 zu 2017 ist weiterhin im stationären Bereich ein deutlicher Rückgang des Anteils von Behandlungen aufgrund von "Opioiden" festzustellen (von 16,4 % auf 9,9 %; -39,2 %). Gleichzeitig nahmen Behandlungen aufgrund von "Multiplern Substanzkonsum" anteilmäßig deutlich zu (von 19,3 % auf 28,9 %; +50,0 %). Zudem entfiel 2024 weiterhin ein deutlich größerer Anteil der Behandlungen auf "Kokain" (von 6,9 % auf 12,7 %; +84,6 %), während bei „Stimulanzien“ weiterhin (von 22,6 % auf 15,2 %; -32,9 %) ein deutlicher und bei "Cannabinoiden" ein leichter Rückgang zu beobachten ist (von 31,6 % auf 30,4 %; -3,9 %) (Abbildung 6) (siehe auch Schwarzkopf et al., 2024).



IFT, 2025b (T3.01), spezielle Berechnung.

Die Hauptdiagnosen F13 Sedativa/ Hypnotika, F16 Halluzinogene und F18 Flüchtige Lösungsmittel liegen über den gesamten Beobachtungszeitraum bei $\leq 1\%$. Aufgrund der damit verbundenen schlechten grafischen Darstellungsmöglichkeiten wurden sie daher von der Abbildung ausgeschlossen.

Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der jeweiligen Hauptdiagnose an in der DSHS erfassten Behandlungsfällen mit Hauptdiagnose F11-F16, F18-F19.

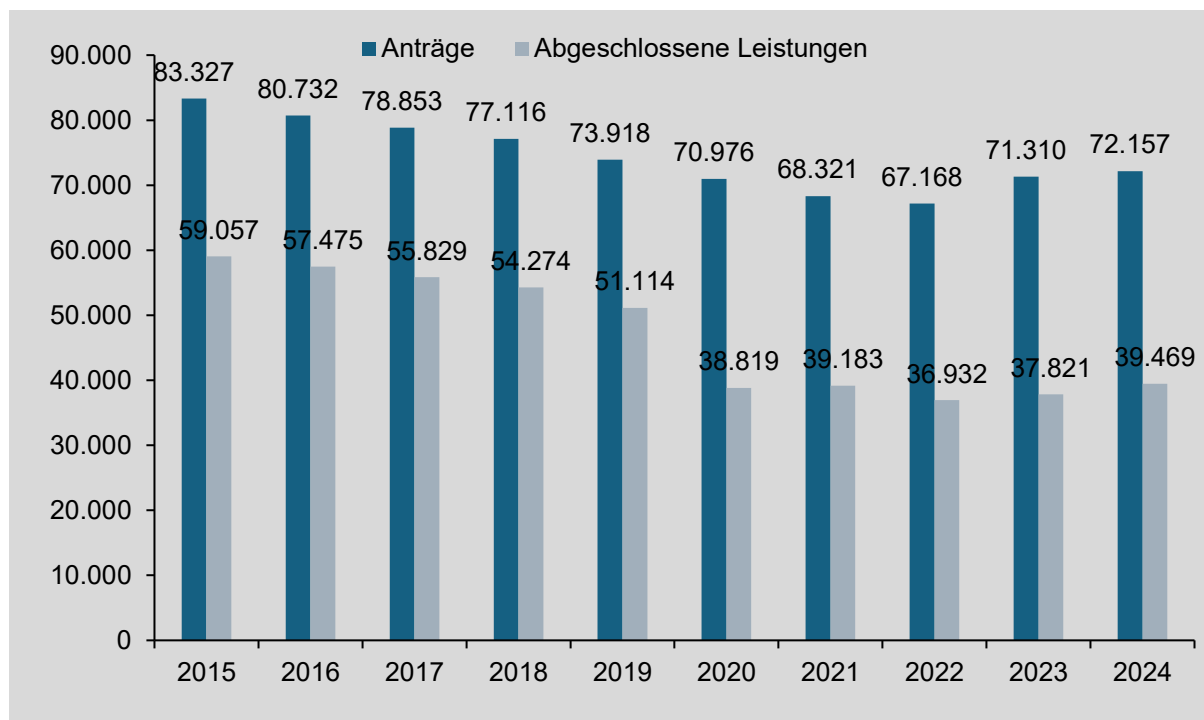
Abbildung 6 Hauptdiagnoseverteilung stationärer Behandlungen (2017-2024) (%)

Substitutionsbehandlungen

Informationen zu Trends in der Substitutionsbehandlung finden Sie in den Kapiteln 1.4.8 und 1.4.9.

Rehabilitation

Die Gesamtzahl der von der DRV finanzierten Rehabilitationsleistungen im Suchtbereich ist bis 2022 stetig zurückgegangen (siehe Abbildung 7). Ein Teil dieses Rückgangs ist seit dem Berichtsjahr 2015 einer veränderten Erhebungsweise geschuldet (Ostholt-Corsten et al., 2019). Weitere Ursachen für den Rückgang werden in der schwierigen Finanzlage der Beratungsstellen und den daraus resultierenden geringen personellen Ressourcen (Koch, 2020) sowie seit 2020 in den Folgen der SARS-COV-2-Pandemie vermutet (Beck et al., 2024). Ab dem Jahr 2023 und auch im Jahr 2024 wurde wieder ein leichter Anstieg beobachtet (DRV, 2025a). Hauptgrund für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (2024: 62 %), gefolgt von Drogen- (35 %) und pathologischem Glückspiels / pathologischem Computer-/Internetgebrauchs (1 %) und Medikamentenabhängigkeit (1 %).



(DRV, 2025a)

Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die Statistiken der DRV für teilstationäre Behandlungen gesondert aufgeführt. Dies und das Wegfallen der Nachsorgefälle führen dazu, dass die Daten zu den Vorjahren nicht mehr vergleichbar und niedriger sind.

Abbildung 7 Sucht-Rehabilitation - Anträge und Anzahl der abgeschlossenen Leistungen (DRV) (2015-2024)

3 NEUE ENTWICKLUNGEN

3.1 Neue Entwicklungen

Teillegalisierung von Cannabis

Mit dem Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 1. April 2024 wurde der rechtliche Rahmen für den Umgang mit Cannabis in Deutschland grundlegend reformiert. Mit dem Cannabisgesetz (CanG) wird der private Eigenanbau durch Erwachsene mit bis zu drei Pflanzen und der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen zum Eigenkonsum legalisiert (Säule 1). Die zweite Säule, die regionale Modellvorhaben mit kommerziellen Lieferketten vorsieht, wird bislang nicht umgesetzt, da hierfür komplexe rechtliche und fachliche Abstimmungen sowie eine EU-Prüfung erforderlich sind. Das CanG sieht eine wissenschaftliche Evaluierung der Wirkungen der Teillegalisierung vor. Die ersten Zwischenergebnisse werden im Herbst 2025 und weitere Ergebnisse für 2026 erwartet.

Veränderungen in Behandlungspraktiken abseits der Zuweisungspraxis zu Frühinterventionsprogrammen sind derzeit nicht absehbar; hierbei spielen die Zeit und die Evaluation des CanG eine entscheidende Rolle, um die Wirksamkeit und Weiterentwicklung entsprechender Maßnahmen beurteilen zu können. Für weitere Informationen zum CanG siehe auch Workbook „Drogenpolitik“ 2025.

Die Teillegalisierung von Cannabis zum 1. April 2024 hat Einfluss auf die Zuweisungspraxis zu Frühinterventionsprogrammen. Vor der Gesetzesänderung erfolgte die Zuweisung zu Programmen wie FreD oder FriDA häufig durch die Polizei oder Staatsanwaltschaft, insbesondere wenn Jugendliche oder junge Erwachsene im Zusammenhang mit dem Besitz oder Konsum von Cannabis polizeilich auffällig wurden. Diese Maßnahmen erfolgten meist im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens oder als Auflage im Zuge einer Einstellung gemäß § 31a BtMG, wobei die Teilnahme an entsprechenden Programmen oftmals eine Voraussetzung dafür war, von einer Strafverfolgung abzusehen.

Mit der aktuellen Gesetzeslage führt der Besitz von Cannabis unterhalb der erlaubten Mengenbegrenzung jedoch nicht mehr zu der Einleitung eines Strafverfahrens. Diese Veränderung erfordert dringend die Entwicklung neuer Ansätze und Konzepte, um Personen, insbesondere minderjährige Kinder und Jugendlichen, mit riskantem oder schädlichem Konsumverhalten wirksam zu erreichen und zu unterstützen. Mit der Weiterentwicklung u. a. des Verbundprojektes FreD next Level⁷⁷ wird hier bereits ein Schritt gemacht, um die Interventionen noch gezielter und wirksamer zu gestalten (LWL – Koordinationsstelle Sucht, 2025).

Verschreibung des Opioid-Antagonisten Naloxon für Einrichtungen

Das Bundesgesundheitsministerium plant über die Arzneimittelverschreibungsverordnung AMVV, den Zugang zum Opioid-Antagonisten Naloxon zu erleichtern, indem Ärztinnen und Ärzte Naloxon-Nasenspray künftig auch einrichtungsbezogen verschreiben dürfen. Zudem soll Naloxon aus der Verschreibungspflicht entlassen und als „Take-Home“-Medikament rezeptfrei verfügbar werden. Dies soll helfen, Todesfälle durch Überdosierungen, insbesondere bei zunehmendem Missbrauch synthetischer Opioide wie Fentanyl, zu verhindern. Die Nasenapplikation ermöglicht eine einfache Anwendung durch Dritte bei Notfällen und kann so die Notfallversorgung verbessern.⁷⁸

Drug-Checking Modellprojekt Berlin

In Berlin ermöglicht das Analyse- und Beratungskonzept Drug-Checking der Drogen- und Suchthilfe seit Juni 2023 Konsumierenden kostenfreie und anonyme Analysen erworbener Substanzen auf mögliche Verunreinigungen. Das Berliner Drug-Checking-Modellprojekt wurde über 30 Wochen evaluiert, um die Wirksamkeit chemisch-toxikologischer Analysen und Beratungsgespräche zum Schutz vor Gesundheitsrisiken bei Substanzkonsum zu bewerten. Von 530 Teilnehmenden, die 1.120 Proben einreichten, enthielten nur 44,8% den erwarteten Wirkstoff, während 53,7 % unerwartete oder gefährliche Beimischungen aufwiesen, was bei den Konsumierenden zu vermehrtem Konsumverzicht und Dosisreduktion führte. Das Angebot wurde von 99,4 % als nützlich bewertet, 73 % hatten zuvor keinen Kontakt zum Suchthilfesystem, und viele hinterfragten ihr Konsumverhalten kritisch. Die Evaluation

⁷⁷ <https://www.lwl-fred.de/de/fred-projekte/fred-next-level/> [letzter Zugriff 19.08.2025].

⁷⁸ https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/Verschreibungspflicht/90Sitzung/anlage3.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff 19.08.2025].

empfiehlt eine rechtliche Absicherung, Kapazitätserweiterungen und Prozessoptimierungen, um das Angebot nachhaltig auszubauen und den Gesundheitsschutz zu fördern (Hirschfeld et al., 2024).

Synthetische Opiode

Das Projekt NEWS dokumentiert die jüngsten Entwicklungen im illegalen Drogenmarkt in Deutschland, wobei 2024 ein zunehmender Mischdrogengebrauch und die Verbreitung hochwirksamer Substanzen wie Crack und synthetischer Opiode festgestellt wurden (Bergmann et al., 2025). Das Projekt NEWS unterstützt mit zeitnahen Analysen und Frühwarnungen die Entwicklung wirksamer Strategien zur Schadensminderung und Bekämpfung des Drogenkonsums (siehe Workbook „Drogen“ 2025).

Digital unterstützte ambulante Sucht-Rehabilitation

Mit der derzeit in der Beantragung befindlichen Nicht-Unterlegenheitsstudie (DigiARS) soll durch die Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Med. Soziologie und Rehabilitationswissenschaft in Kooperation mit Fach- und Wohlfahrtsverbänden, die Möglichkeit für ARS-Einrichtungen, digital unterstützte Therapien in ARS (inkl. amb. Weiterbehandlung und amb. Phasen der Kombi-Reha) in Regelversorgung finanziert durch Kostenträger zukünftig nutzen zu können, untersucht werden.

Sektor unabhängige, digitale Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen

Das Projekt ASSIST, das vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses für 3 Jahre gefördert wurde, verfolgt das Ziel die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen durch eine sektorenunabhängige, digitale Behandlungskoordination zu verbessern. Zentrales Element ist ein regionales Kompetenzzentrum, das mittels einer internetbasierten Plattform und eines Online-Assessment-Tools (MATE) eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Zuweisung der Betroffenen zu passenden Suchthilfeangeboten koordiniert. Die Intervention wird im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie mit zwei Studienarmen evaluiert: Insgesamt erhalten 400 Personen. Zielkriterien sind die Behandlungszufriedenheit nach sechs Monaten, Lebensqualität, Empowerment und Substanzkonsum (Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS), 2023).

4 QUELLEN UND METHODIK

4.1 Quellen

- akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (2023). Angehörigenarbeit in der Suchthilfe - Warum Verbesserungen in der Praxis notwendig sind. Positionspapier [Online]. Frankfurt. Available: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/angeh%C3%B6rigenarbeit0623.pdf> [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (2025). Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe ein Update 2025 [Online]. Frankfurt. Available: <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2025/04/HandlungsempfehlungenUpdate2025web.pdf> [Letzter Zugriff 07.08.2025].
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schulte, L., Dammer, E. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Deutschland, Workbook Behandlung, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schneider, F., Dammer, E. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2018). Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018). Deutschland, Workbook Behandlung, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Beck, L., Simon, R., Steinbrecher, A. & Falk, J. (2024). Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung DHS. Jahrbuch Sucht 2024, Pabst Science Publishers, Lengerich. 197-210 DOI: 10.2440/012-0012.
- Bergmann, H., Schneider, F., Beil, A.-M., Janz M., Neumeier, E. (2025). Synthetische Opiode Trendspotter 2025 [Online]. Available: <https://mindzone.info/wp-content/uploads/2025/01/NEWS-Trendspotter Synth Opiode.pdf> [Letzter Zugriff 19.08.2025]
- Brünger, M., Köhn, S., Burchardi, J. M., Schlumbohn, A., Jansen, E., Schall, F. & Spyra, K. (2024). Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Sucht-Rehabilitation. Available: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/auswirkungen-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-sucht-rehabilitation/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Bundesärztekammer (BÄK) (2024). Ärztestatistik zum 31.12.2024, [Online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2024.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Bundeskriminalamt Wiesbaden (BKA) (2025). Rauschgift-Todesfälle 2024 [Online]. Available: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/Presse/2025/2024_Tabelle_RG-Todesf%C3%A4lle.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017). Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3. BtMVVAEndV.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025). Vierte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung [Online]. Available: <https://www.recht.bund.de/bgb1/1/2025/37/VO.html> [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Bundesopiumstelle (BOPST) (2025). Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2025 [Online]. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Available: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2025.pdf?__blob=publicationFile [Letzter Zugriff 19.08.2025].

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2023). Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut*innen. Available: https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_BPtK_d6427e628e.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Bürkle, S. & Harter, K. (2011). Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier der Caritas Suchthilfe.
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G. & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016/2017). Deutschland, Workbook Rechtliche Rahmenbedingungen, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Deimel, D., Ferl L., Gille C., Mühlen A., van Rießen A., Schmitz H., Scholten L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Pabst Science Publishers, Lengerich. DOI: 10.2440/0007
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Hamm. [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024a). Crack und Fentanyl – Maßnahmen der Schadensminderung ausbauen! Hamm. [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-04-19_Positionspapier_Crack_und_Fentanyl_%E2%80%93_Ma%C3%9Fnahmen_der_Schadensminderung_ausbauen.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2024b). Versorgung und Behandlung Opioidabhängiger mit Diamorphin. Positionspapier. Hamm. [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-04-15_Positionspapier_Versorgung_und_Behandlung_Opioidabh%C3%A4ngiger_mit_Diamorphin.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2025). Suchtpolitische Forderungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen an eine Regierungskoalition der Bundesrepublik Deutschland 2025-2029 [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2025-01-27_DHS_Positionen_zur_Bundestagswahl.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2016). Peer Review – Psychosomatik und Sucht. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. 12. Auflage [Online]. Available: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_peer_review/PRV_2015_Checkliste_Manual_Psych_Sucht.pdf?blob=publicationFile&v=2 [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2025). Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit [Online]. Available: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsbehandlung.pdf?blob=publicationFile&v=7> [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2025a). Rehabilitation - Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für Erwachsene, Berichtsjahr 2024, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung [Online]. Available: https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/documents/Reha_Uebersicht.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2025b). Abgeschlossene Leitungen zur medizinischen Rehabilitation - Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für

- Erwachsene, Berichtsjahr 2024, Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung [Online]. Available: https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/medizinische_rehabilitation/ [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS). (2023) Sektorenunabhängige Behandlungskoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Problemen [Online]. Available: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00026996/details> [Letzter Zugriff 19.08.2025]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL). Anlage I Nummer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. Available: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3472/2018-09-06_2018-11-22_MVV-RL_Anlage-I_Nummer-2_Substitutionsgestuetzte-Behandlung_konsolidiert_BAnz.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Hirschfeld, T., Vogt, M., Gutwinski S., Stöver, H.J., Betzler, F., Majić, T. (2024). Evaluationsbericht Drug-Checking in Berlin. Im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Berlin: Charité. Available: https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/assets/service/statistiken-und-berichte/abschlussbericht_dc-berlin_final_bf.pdf?ts=1747323919 [Letzter Zugriff 19.08.2025]
- Hoch, E., Apelt, S., Lauffer, P., Buchner, S. & Wilming, I. (2019). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1). Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- IFT Institut für Therapieforschung (2024a). DBDD Einrichtungsregister: Auszug von Dezember 2024, IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024b). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender-Erstbehandelte. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025a). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1: Ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- IFT Institut für Therapieforschung - Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025b). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 100% Lauf [unveröffentlichter Tabellenband], IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Karachaliou, K., von Glahn-Middelmenne, C., Neumeier, E. & Schneider, F. (2024). Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.
- Kemmann, D., Muhl, C., Bachmeier, R., Klein, T. & Dyba, J. (2025). Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation – FVS+-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2022 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 05/25, 44-51.
- Koch, A. (2020). Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation. Available: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

- LWL - Koordinationsstelle Sucht (2025). Sachbericht Verbundprojekt „FreD Next Level“ Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumierenden (FreD) im digitalen Raum Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Verbundprojekt_FreD_NL.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Ostholt-Corsten, M. & Kley, S. (2019). Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2019. Pabst Science Publishers, Lengerich. 180-191.
- Rummel, C. (2024). Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland, Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen, Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) [Online]. Available: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Schäfer, I., Heinz, A., Penka, S., Lindert, J., Klein, M., Albayrak, S., Lotzin, A., Hiller, P., Milin, S. & Raiser, P. (2024). Prävention und Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Geflüchteten - Der Forschungsverbund PREPARE. Sucht, 69, 235-242 DOI: 10.1024/0939-5911/a000832.
- Schneider, F., Karachaliou, K., Höke, C., Friedrich, M. & Neumeier, E. (2021). Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2020/2021). Deutschland, Workbook Gefängnis, DBDD, München.
- Schneider, F., Karachaliou, K. & Neumeier, E. (2024). Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland, Workbook Drogenpolitik, Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München.
- Schröder, A., Ottmann, S. (2024) Zwischenbericht. Evaluation im Projekt "Suchthilfe UND Wohnungsnotfallhilfe - zwei Hilfesysteme, eine gemeinsame Zielgruppe " (SuWoKo). Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Hochschule Nürnberg. [Online] Available: https://www.sucht-und-wohnungsnotfallhilfe.de/fileadmin/sucht-wohnungsnotfallhilfe/PDF/suwoko_zwischenbericht_2024.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025]
- Schwarzkopf, L., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2024). Suchthilfe in Deutschland 2023: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) [Online]. München: IFT Institut für Therapieforchung. Available: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2023_Jahresbericht.pdf [Letzter Zugriff 19.08.2025].
- Simon, R., Steinbrecher, A. & Falk, J. (2025) Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung DHS. in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2025, Pabst Science Publishers, Lengerich. 219-230. Pabst Science Publishers, Lengerich. DOI: 10.2440/012-0028.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a). Statistischer Bericht - Diagnosen der Krankenhauspatienten 2023 [Online]. https://www.destatis.de/static/DE/dokumente/5231301237015_SB.xlsx. [Letzter Zugriff: 19.08.2025].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b). Grunddaten der Krankenhäuser 2023. EVAS-Nummer 23111 [Online]. Wiesbaden. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?blob=publicationFile&v=6> [Letzter Zugriff 19.08.2025].

Stöver, H. & Kuhlmann, T. (2023). Verbesserung der Opioidsubstitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Suchttherapie, 24, 5-6 DOI: 10.1055/a-1975-1457.

von Glahn-Middelmenne, C., Friedrich, M., Schneider, F., Karachaliou, K. & Neumeier, E. (2022). Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021/2022). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.

von Glahn-Middelmenne, C. (2023). Bericht 2023 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2022/2023). Deutschland, Workbook Behandlung, DBDD, München.

4.2 Methodik

Die grundlegenden Informationen aus den Vorjahren wurden beibehalten.

Im Allgemeinen gilt die Methodik der jeweils zitierten Studie. Bei abweichender Vorgehensweise wird an entsprechender Stelle im Text darauf hingewiesen.

5 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Netzwerk der ambulanten Suchthilfe.....	10
Tabelle 2	Netzwerk der stationären Suchthilfe (Anzahl der Einrichtungen und der Behandelten)	12
Tabelle 3	Anteil der Trägerarten an der ambulanten Behandlung (%).....	13
Tabelle 4	Anteil der Trägerarten an der stationären Behandlung (%)	13
Tabelle 5	Hauptdiagnoseverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024, gesamt und nach Geschlecht (%)	14
Tabelle 6	Stationäre Behandlungen nach Behandlungsanlass (%).....	15
Tabelle 7	Überblick des Behandlungsgeschehens aufgrund illegaler Drogen 2024.....	16
Tabelle 8	Erst- und Wiederbehandlungen der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024 nach Hauptdiagnose.....	16
Tabelle 9	Geschlechterverteilung der ambulanten und stationären DSHS-Fälle 2024 nach Hauptdiagnose (%).....	19
Tabelle 10	Verfügbarkeit von Schlüsselinterventionen in stationären Einrichtungen.....	27

6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Anzahl der meldenden substituierenden Ärztinnen und Ärzten (2014-2024)	41
Abbildung 2	Anzahl gemeldeter Personen in Substitutionstherapie in Deutschland (2014-2024, Stichtag 1. Juli 2024).....	42
Abbildung 3	Anteil der ambulanten Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2024) (%)	46
Abbildung 4	Anteil der stationären Erstbehandlungen an allen Behandlungen nach Hauptdiagnose (2017-2024) (%)	47
Abbildung 5	Hauptdiagnoseverteilung ambulanter Behandlungen (2017-2024) (%)	48
Abbildung 6	Hauptdiagnoseverteilung stationärer Behandlungen (2017-2024) (%)	49
Abbildung 7	Sucht-Rehabilitation - Anträge und Anzahl der abgeschlossenen Leistungen (DRV) (2015-2024)	50

Zitationsempfehlung

Diedenhofen, J., Rummel, C., Karachaliou, K., Neumeier, E. & Schneider, F. (2025). Bericht 2025 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2024/2025). Deutschland, Workbook Behandlung. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, IFT Institut für Therapieforschung, München.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17541675>

Kontakt

IFT Institut für Therapieforschung
c/o Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD
Leopoldstraße 175
80804 München
Tel.: +49 (0)89 360804-0
E-Mail: DBDD@ift.de

Website: <https://www.dbdd.de/>