



Jahrbuch Sucht

22

 PABST

  
Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.  
**DHS Jahrbuch Sucht 2022**



# DHS Jahrbuch Sucht 2022



Herausgeberin:  
DEUTSCHE HAUPTSTELLE  
FÜR SUCHTFRAGEN E.V.

---

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

---

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



Lengerich · 2022

---

*Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek*

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

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

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

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

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

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



© 2022 Pabst Science Publishers  
49525 Lengerich · Deutschland  
[www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)  
[www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com)  
[pabst@pabst-publishers.com](mailto:pabst@pabst-publishers.com)

Umschlagbild: © siraphol · Fotolia.com  
Formatierung: Bernhard Mündel  
Druck: KOPA · Vilnius · Litauen

Print: ISBN 978-3-95853-765-1  
eBook: ISBN 978-3-95853-766-8  
ISSN: 0940-4910

# Inhaltsverzeichnis

---

	<b>Vorwort</b>	
	<i>Peter Raiser</i> .....	7
<b>1</b>	<b>Daten, Zahlen und Fakten</b>	
	<i>Christine Kreider, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp</i> .....	9
<b>2</b>	<b>Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen</b>	
2.1	<b>Alkohol</b>	
	<i>Ulrich John, Monika Hanke, Jennis Freyer-Adam, Sophie Baumann, Christian Meyer</i> .....	33
2.2	<b>Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum</b>	
	<i>Anne Starker, Benjamin Kuntz</i> .....	53
2.3	<b>Glücksspiel – Zahlen und Fakten</b>	
	<i>Gerhard Meyer</i> .....	87
2.4	<b>Essstörungen</b>	
	<i>Eva Wunderer, Anna Hofer, Carina Neuner, Sigrid Borse, Andreas Schnebel</i> .....	107
2.5	<b>Rauschgiftlage 2020 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland</b>	
	<i>Bundeskriminalamt, SO21-Lage</i> .....	117
2.6	<b>Delikte unter Alkoholeinfluss</b>	
	<i>Stanley F. Friedemann</i> .....	123
2.7	<b>Suchtmittel im Straßenverkehr 2020 – Zahlen und Fakten</b>	
	<i>Leon Straßgüt, Martina Albrecht</i> .....	133
<b>3</b>	<b>Suchtcrankenhilfe in Deutschland</b>	
3.1	<b>Jahresstatistik 2020 der professionellen Suchthilfe</b>	
	<i>Larissa Schwarzkopf, Jutta Künzel, Monika Murawski, Sara Specht</i> .....	147

3.2	<b>Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits- erkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung</b> <i>Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Johannes Falk</i> .....	<b>173</b>
<b>4</b>	<b>Aktuelle Themen</b>	
4.1	<b>Sucht unter Corona-Bedingungen</b> <i>Christine Kreider</i> .....	<b>187</b>
<b>5</b>	<b>Autoren- und Autorinnenverzeichnis</b> .....	<b>205</b>
<b>6</b>	<b>Anschriften aus dem Suchtbereich</b>	
6.1	<b>Bundesweit tätige Organisationen</b> .....	<b>211</b>
6.2	<b>Anschriften in den Bundesländern</b> .....	<b>223</b>
6.3	<b>Europäisches Ausland</b> .....	<b>233</b>

# Vorwort

---

Das Jahr 2022 hat mit einer weiteren Corona-Welle begonnen. Die Infektionszahlen mit der Omikron-Variante übertrafen vorige Inzidenzen um ein Vielfaches. Vielen Leserinnen und Lesern wird es auch so gehen – wir sind coronamüde und wünschen uns endlich eine gewisse Normalität zurück. Dabei ahnen wir längst, dass eine Normalität, wie wir sie vor der Pandemie gewohnt waren, nicht in gleicher Weise eintreten wird. Wir werden wahrscheinlich mit dem Corona-Virus dauerhaft leben müssen. Fraglich ist natürlich, mit welchen Maßnahmen und Vorkehrungen des Infektionsschutzes wir dauerhaft leben können und wollen. Dabei gibt es aber auch gute Nachrichten: Weniger schwere Krankheitsverläufe, weniger Intensivbehandlungen und weniger Todesfälle begleiten die Omikron-Welle.

Das lässt uns hoffen, genauso wie der Rückgang der Neuinfektionen Anfang März des Jahres 2022. Sollte uns, wie es Vermutungen nahelegen, nun ein etwas ruhigerer Sommer bevorstehen, müssen wir die Zeit gut nutzen. Wir brauchen Klarheit, wie wir mit erneutem Ansteigen der Infektionszahlen, möglichen neuen Virusvarianten fertig werden wollen und welche Schutzmaßnahmen gelten werden. Denn zwei wesentliche Erkenntnisse können wir aus den vergangenen Jahren ziehen: Wir werden Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen so lange brauchen, wie das Virus in unserer Gesellschaft vorhanden ist. Und das Virus wird nicht verschwinden. Zweitens, wir können nicht so weitermachen wie in den vergangenen zwei Jahren.

Angesichts der aktuellen Situation vieler Menschen von Corona-Müdigkeit zu sprechen, kommt einer Untertreibung gleich. Denn wir sehen mehr und mehr, welche Belastungen durch zwei Jahre Ausnahmezustand entstanden sind und welche Folgen dies für die psychische Gesundheit hat. Bei (Schul-)Kindern und Studierenden, Kulturschaffenden, Beschäftigten im Veranstaltungs- und Gastronomiegewerbe, Pflegekräften und anderen Angestellten im Sozial- und Gesundheitswesen – schon jetzt zeigen Untersuchungen mehr Auffälligkeiten, Zukunftsängste, Erschöpfung und Resignation. Die Umstände und Begleiterscheinungen der berechtigten Schutzmaßnahmen haben schwerwiegende Folgen, mit denen wir uns auch befassen müssen.

Wie Daten und Untersuchungen aus 2020 und 2021 nun zeigen, sind Veränderungen auch beim riskanten Konsum von Suchtmitteln oder bei riskanten Verhaltensweisen zu finden. Dabei zeigt sich durchgängig, dass für besonders Gefährdete und vulnerable Gruppen die Risiken durch die Begleitumstän-



de der Pandemie noch einmal erhöht sind. Menschen, die vor der Pandemie schon riskant Alkohol tranken, haben ihren Konsum in der Pandemie erhöht, Raucher und Raucherinnen rauchten mehr. Der Konsum, der mit Sorgen und Zukunftsängsten verbunden ist, in Isolation und Einsamkeit stattfindet, ist oftmals mit besonderen Problemen behaftet. Besondere Aufmerksamkeit muss also denjenigen gelten, die gefährdet waren und es nun umso mehr sind. Prävention, Frühintervention, Beratung und Behandlung braucht es gerade deshalb umso mehr. Gleichzeitig wird auf der bevölkerungsbezogenen Ebene kein gesteigerter Konsum beobachtet, oft wird der Zusammenhang mit dem Wegfallen von Trinkgelegenheiten angeführt, wenn in der Gesamtschau gar ein Rückgang berichtet wird. Ein aktueller Beitrag in diesem Jahrbuch widmet sich diesem Überblick über die Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie.

Auch jenseits der Pandemie gibt es im aktuellen DHS Jahrbuch Sucht Bemerkenswertes zu berichten. So zeigen John und Kolleginnen und Kollegen neuere Forschungsergebnisse zum individuellen Risiko des Alkoholkonsums. Früher verbreitete Annahmen, moderater Konsum sei nicht mit Gesundheitsrisiken verbunden oder gar gesundheitsfördernd, müssen endgültig als widerlegt angesehen werden. Im Bereich des Nichtraucherschutzes und der Tabakpolitik hat sich in 2021 gesetzgeberisch wieder etwas getan, wie Starker und Kuntz in ihrem Beitrag berichten. Neue Verordnungen sehen die Anhebung der Steuer auf Zigaretten und Feinschnitt vor und regeln die Besteuerung von erhitztem Tabak („Heat-not-Burn-Produkte“), E-Zigaretten und Wasserpfeifentabak neu. In 2020 wurde ein Tabakwerbeverbot verabschiedet, das nun auch Werbung für Tabakprodukte auf Außenflächen ab 2022 untersagt. Ab dem 1. Januar 2023 gilt das Verbot für neuartige Tabakerzeugnisse (Erhitzer) und ab dem 1. Januar 2024 für (nikotinhaltige und -freie) E-Zigaretten. Als letztes Land in der EU schließt Deutschland damit eine längst überfällige Lücke beim Verbot der Werbung für Suchtmittel – zumindest bei Tabak und Nikotin.

Das vorliegende Jahrbuch bündelt in gewohnter Weise aktuelle Statistiken, Daten und Untersuchungen zu Ausmaß, Verbreitung und Folgen des Konsums von Suchtmitteln und Verhaltensweisen mit Abhängigkeitsgefahren. Wir wünschen Ihnen, verehrte Leserinnen und Leser, eine aufschlussreiche Lektüre mit erneut guten und brauchbaren Informationen auf wissenschaftlicher Basis.

Hamm, im März 2022

*Dr. Peter Raiser*  
Geschäftsführer der DHS

# 1 Daten, Zahlen und Fakten

---

*Christine Kreider, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp*

## Alkohol

### Verbrauch an Reinalkohol<sup>1</sup> pro Kopf im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Liter
1970	14,4
1980	15,1
1990	13,4
2000	12,0
2010	10,7
2012	11,0
2014	10,6
2016	10,6
2018	10,7
2019	10,2

<sup>1</sup> bis zum Jahr 2014: (John, Hanke, 2018), 2015 bis 2018: (John et al., 2021), 2019: (John et al., 2022).

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

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

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

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

Jahr	Bier	Wein	Schaumwein	Spirituosen
1900	125,1	–	–	–
1929/30	90,0	–	–	–
1938/39	69,9	–	–	–
1950	35,6	4,7	–	2,5
1960	94,7	10,8	1,9	4,9
1970	141,1	15,3	1,9	6,8
1980	145,9	21,4	4,4	8,0
1990	142,7	21,9	5,1	6,2
2000	125,5	19,0	4,1	5,8
2010	107,4	20,5	3,9	5,4
2012	107,3	20,4	4,2	5,5
2014	106,9	20,7	3,9	5,4
2016	104,1	21,1	3,7	5,4
2018	102,0	20,5	3,4	5,4
2019	99,7	20,1	3,4	5,3
2020 <sup>1</sup>	94,6	20,7	3,3	5,2

<sup>1</sup> vorläufige Angaben.

Quelle: Berechnungen des ifo-Instituts. In: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2021): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken sank im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr (2019: 128,5 l) um 3,7 % (4,7 Liter) auf 123,8 Liter Fertigware pro Kopf der Bevölkerung. Auf den gesamten Alkoholkonsum, gemessen in Reinalkohol pro Kopf, entfallen 4,5 Liter auf Bier, 2,3 Liter auf Wein, 1,7 Liter auf Spirituosen und 0,4 Liter auf Schaumwein.

Quelle: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2021): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

## Gesamtalkoholkonsum (Liter pro Kopf) im europäischen Vergleich (inkl. Nicht-OECD-Staaten) in den Jahren 2008 und 2018 (bei Erwachsenen ab 15 Jahren)

Land	Alkoholverbrauch (Liter)	
	2008	2018
Lettland	11,8	12,6
Österreich	12,4	12,2
Tschechische Republik	12,1	11,8
Frankreich	12,5	11,6
Bulgarien	10,7	11,4
Litauen	13,9	11,2
Luxemburg	12,0	11,0
Irland	12,2	11,0
<b>Deutschland</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>
Polen	10,8	10,7
Ungarn	11,8	10,7
Portugal	11,5	10,4
Spanien	10,2	10,4
Rumänien	12,4	10,1
Kroatien	11,4	10,1
Slowakische Republik	11,2	10,1
Estland	14,2	10,1
<b>EU27</b>	<b>11,0</b>	<b>10,0</b>
Slowenien	11,0	10,0
Dänemark	10,9	9,7
Zypern	12,0	9,6
Belgien	10,5	9,4
Finnland	10,3	8,4
Niederlande	9,7	8,3
Malta	6,9	7,9
Italien	8,0	7,8
Schweden	7,0	7,2
Griechenland	8,7	6,1
Vereinigtes Königreich	10,8	9,8
Montenegro	10,9	9,3
Schweiz	10,2	9,1
Island	7,2	7,7
Serbien	9,6	7,4
Norwegen	6,8	6,0
Albanien	5,6	4,7
Nordmakedonien	4,0	3,8
Türkei	1,5	1,4

Quelle: OECD/European Union (2020): Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. Internet: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>, Zugriff: 29.01.2022.

### Umsatz der Alkoholindustrie in Deutschland im Jahr 2019 und 2020 (in Tausend Euro)

	Umsatz	Inlandsumsatz	Auslandsumsatz
<b>Herstellung von Spirituosen</b>			
2019	2.216.934	1.776.545	440.389
2020	2.207.451	1.863.937	343.515
<b>Herstellung von Wein</b>			
2019	k.A.	k.A.	k.A.
2020	k.A.	k.A.	k.A.
<b>Herstellung von Bier</b>			
2019	8.346.955	7.452.435	894.520
2020	7.612.317	6.788.445	823.872

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Jahresbericht für Betriebe im Verarbeitenden Gewerbe. Deutschland. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 31.01.2022.

### Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern (in Mio. Euro)

Jahr	Biersteuer	Schaumwein- steuer	Alkohol <sup>1</sup> - und Zwischenerzeugnis- steuer <sup>2</sup>	Insgesamt <sup>2</sup>
2000	844	478	2.185	3.507
2005	777	424	2.179	3.380
2010	713	422	2.014	3.149
2012	697 (-0,8) <sup>3</sup>	450 (-1,0) <sup>3</sup>	2.137 (-1,4) <sup>3</sup>	3.284 (-1,2) <sup>3</sup>
2014	684 (+2,3) <sup>3</sup>	412 (-5,2) <sup>3</sup>	2.076 (-2,0) <sup>3</sup>	3.172 (-1,5) <sup>3</sup>
2016	678 (+0,2) <sup>3</sup>	401 (-6,6) <sup>3</sup>	2.086 (±0,0) <sup>3</sup>	3.165 (-0,8) <sup>3</sup>
2018	655 (-1,3) <sup>3</sup>	378 (+2,7) <sup>3</sup>	2.153 (+1,9) <sup>3</sup>	3.186 (+1,3) <sup>3</sup>
2019	617 (-5,8) <sup>3</sup>	384 (+1,6) <sup>3</sup>	2.138 (-0,7) <sup>3</sup>	3.139 (-1,5) <sup>3</sup>
2020	566 (-8,2) <sup>3</sup>	405 (+5,5) <sup>3</sup>	2.271 (+6,2) <sup>3</sup>	3.243 (+3,3) <sup>3</sup>
2021	584 (+3,2) <sup>3</sup>	341 (-15,9) <sup>3</sup>	2.106 (-7,3) <sup>3</sup>	3.031 (-6,5) <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Alkoholsteuer (bis 2017 Branntweinsteuer).

<sup>2</sup> Die Einnahmen ab 2005 enthalten die Alkopopsteuer.

<sup>3</sup> Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Bundesministerium der Finanzen (2022): Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Steuerarten. Berlin. Internet: <https://www.bundesfinanzministerium.de>, Zugriff: 31.01.2022.

## Alkoholsteuern in Deutschland: Übersicht und Änderungen seit 1950

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

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

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

## Preisindizes für Alkoholgetränke und für die Lebenshaltung

Jahr	Spirituosen	Wein	Bier	Alkoholische Getränke insgesamt	Lebenshaltung insgesamt
1995	87,2	79,1	79,8	80,4	75,1
2000	86,8	82,1	81,5	82,2	79,9
2005	88,1	83,9	87,5	86,4	86,2
2010	95,9	91,7	93,8	93,4	93,2
<b>2015</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
2016	100,0	99,9	100,5	100,1	100,5
2017	100,1	100,3	101,2	100,6	102,0
2018	100,4	102,4	104,7	102,8	103,8
2019	101,1	102,9	106,2	103,7	105,3
2020	100,8	102,6	105,2	103,1	105,8
2021	102,8	104,6	106,8	105,0	109,1

Alle Preisindizes sind bezogen auf das Jahr 2015 (2015 = 100).

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Verbraucherpreisindex für Deutschland. Deutschland. Verbraucherpreisindex. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 31.01.2022.

## Ausgaben für die Bewerbung alkoholischer Getränke (in Mio. Euro)<sup>1</sup>

Jahr	Spirituosen	Bier	Wein	Sekt	Insgesamt
1995	140	361	27	46	575
2000	125	388	31	51	595
2005	87	410	21	47	565
2010	105	377	19	51	552
2012	125	373	17	50	565
2014	115	359	18	72	564
2016	93	379	21	66	559
2018	105	424	18	70	617
2019	115	392	24	78	609
2020	93	296	35	53	477

<sup>1</sup> Werbeausgaben für alkoholhaltige Getränke beziehen sich auf folgende Werbearten: Internet, Print, Fernsehen/Bewegt看, postalische Direktwerbung, Außenwerbung, Radio/Audio.

Quelle: Nielsen Media Research zitiert nach: Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2021): Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.

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

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

## Konsumierende, Missbrauchende, Abhängige

### 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums und Rauschtrinkens im Jahr 2018

	Gesamt %	Geschlecht %		Altersgruppen %						
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–64
<b>Konsumprävalenz<sup>1</sup></b>										
Abstinenz	29,0	24,0	34,2	33,3	29,0	29,1	34,4	27,1	23,5	30,5
Risikoarmer Konsum	58,4	63,6	53,0	49,6	55,1	57,2	56,2	61,3	63,1	54,5
Riskanter Konsum	12,6	12,4	12,8	17,2	15,9	13,7	9,5	11,6	13,4	15,0
<b>Rauschtrinken<sup>2</sup></b>										
0 Tage	65,5	57,2	75,4	42,5	46,6	55,8	61,0	71,2	73,3	77,1
1 bis 3 Tage	22,3	26,5	17,2	35,0	35,4	29,7	26,9	18,3	17,5	11,1
4 oder mehr Tage	12,3	16,3	7,4	22,5	18,0	14,5	12,1	10,5	9,1	11,8

<sup>1</sup> Risikoarmer Konsum: 0–12/24 g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer. Riskanter Konsum: > 12/24 g Reinalkohol pro Tag in den letzten 30 Tagen für Frauen/Männer.

<sup>2</sup> Bezogen auf Konsumierende der letzten 30 Tage: Tage mit fünf oder mehr Gläsern Alkohol in den letzten 30 Tagen. Gewichtete Prozent.

Quelle: Querschnitt aus: Seitz, N.-N. et al. (2019): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung. Internet: [https://www.esa-survey.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Berichte/ESA\\_2018\\_Tabellen\\_Alkohol.pdf](https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Alkohol.pdf), Zugriff: 02.02.2022.

36,9 Mio. Personen zwischen 18 und 64 Jahren tranken in den letzten 30 Tagen Alkohol. Episodisches Rauschtrinken<sup>1</sup> betrieben 12,7 Mio. Menschen. 6,7 Mio. Personen tranken riskant<sup>2</sup> Alkohol.

(Umrechnung auf die Personenzahl in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, basierend auf 51.544.494 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, Stichtag: 31.12.2017, Statistisches Bundesamt)

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

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

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



## Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren<sup>1</sup>

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

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

KI = Konfidenzintervall

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

## Mortalität

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

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

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

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

## Volkswirtschaftliche Kosten

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

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

## Straftaten unter Alkoholeinfluss

### Alkoholeinfluss bei Tatverdächtigen 2019 und 2020

Ausgewählte Straftatengruppen mit besonders hohen Anteilen; Bundesgebiet insgesamt

Straftaten(gruppen)	2019			2020		
	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %	ins-gesamt	mit Alkoholeinfluss	in %
Widerstand gegen die Staatsgewalt	33.120	18.089	54,6	33.629	17.390	51,7
Gewaltkriminalität	173.140	43.648	25,2	168.237	38.521	22,9
Mord	884	162	18,3	763	119	15,6
Totschlag und Tötung auf Verlangen	2.111	581	27,5	1.914	559	29,2
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im bes. schweren Fall einschl. mit Todesfolge	8.189	2.013	24,6	8.480	1.922	22,7
Raubdelikte	26.678	3.912	14,7	25.813	3.576	13,9
Körperverletzung mit Todesfolge	83	25	30,1	105	25	23,8
Gefährliche und schwere Körperverletzung, Verstümmelung weibl. Genitalien	141.232	37.718	26,7	137.188	33.075	24,1
Sachbeschädigung	124.216	27.469	22,1	126.224	25.127	19,9
(Vorsätzliche) Brandstiftung und Herbeiführen einer Brandgefahr	4.134	599	14,5	4.172	545	13,1
<i>Alle Tatverdächtigen</i>	<i>2.019.211</i>	<i>222.232</i>	<i>11,0</i>	<i>1.969.617</i>	<i>198.685</i>	<i>10,1</i>

Quellen: Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2020): PKS Jahrbuch 2019. Band 3. Tatverdächtige. 66. Ausgabe. V 6.0, S. 117, Tab. 3 – 2.7 – T06. Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.

Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2021): PKS Jahrbuch 2020. Tabellen. PKS 2020 Bund - Tatverdächtige insgesamt. Wiesbaden: <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/PKSTabellen/BundTV/bundTV.html?nn=145506>, Zugriff: 04.03.2022.

## Alkohol im Straßenverkehr

### Alkoholunfälle<sup>1</sup> mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte

	2000	2005	2010	2014	2016	2018	2019	2020
Alkoholunfälle	27.375	22.004	15.070	13.612	13.403	13.934	13.949	13.003
dabei Getötete	1.022	603	342	260	225	244	228	156
alkoholisierte Beteiligte	27.375	22.345	15.221	13.742	13.532	14.056	14.070	13.098

<sup>1</sup> Alkoholunfälle sind Unfälle, bei denen mindestens ein Beteiligter alkoholisiert war.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2021): Verkehrsunfälle. (Fachserie 8: Verkehr, Reihe 7). Wiesbaden.

## Tabak

### Pro-Kopf-Verbrauch (Stück/Jahr)<sup>1</sup>

	2011	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021 <sup>2</sup>
Zigaretten	1.092	1.025 (-6,1) <sup>3</sup>	982 (-1,3) <sup>3</sup>	911 (-8,4) <sup>3</sup>	897 (-2,2) <sup>3</sup>	898 (+0,1) <sup>3</sup>	888 (-1,1) <sup>3</sup>	863 (-2,8) <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Berechnet mit den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

<sup>2</sup> Vorläufiges Ergebnis.

<sup>3</sup> Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2022): Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1). Wiesbaden.

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

	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Zigaretten (Mio.)	139.625	95.827	83.565	81.267	74.596	73.809	71.767 (-2,8) <sup>1</sup>
Zigarren/Zigarillos (Mio.)	2.557	4.028	3.967	2.956	2.645	2.743	2.780 (+1,4) <sup>1</sup>
Feinschnitt (t)	14.611	33.232	25.486	25.470	23.813	26.328	24.854 (-5,6) <sup>1</sup>
Pfeifentabak (t)	909	804	756	1.732	4.150	5.989	8.387 (+40,0) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2022): Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1). Wiesbaden.

**Ausgaben für Tabakwaren (Kleinverkaufswerte) in Mio. Euro (netto)**

2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021
20.765	23.989	22.522	26.223	27.413	28.793	29.382 (+2,0) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2022): Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1). Wiesbaden.

**Tabaksteuereinnahmen in Mio. Euro (netto)**

2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021
11.436	14.247	13.478	14.907	14.247	14.636	14.714 (+0,5) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2022): Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1). Wiesbaden.

**Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring 2018 und 2019 in Mio. Euro**

	2018	2019	Veränderung in %
<b>Werbeausgaben insgesamt</b>	<b>193.495</b>	<b>209.512</b>	<b>+8,3</b>
<b>Direkte Werbung</b>	63.409	53.994	-14,8
– Werbung in Printmedien	50	42	-16,0
– Außenwerbung	61.968	52.523	-15,2
– Werbung im Kino	1.368	1.426	+4,2
– Werbung im Internet	2	3	+50,0
– Sonstige Werbung	22	0	-100,0
<b>Promotion</b>	122.332	144.632	+18,2
<b>Sponsoring</b>	7.754	10.886	+40,4

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

### **Schrittweise Reglementierung der Tabakwerbung:**

**1975:** Verbot der Fernseh- und Radiowerbung.

**1984:** Werbebeschränkung im Kino.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Konsumierende, Abhängige, Passivrauchende und Nichtraucher**

Nach den aktuellen Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2018, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, rauchen 26,4% der Männer und 20,2% der Frauen.

**Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung**

Datenquelle	Jahr	Alter	Prävalenz (%)		
			Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2020/21	14+	34,0	26,0	30,0
GEDA Studie: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2019/20	18+	33,9	24,0	28,9
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforchung)	2018	18–64	26,4	20,2	23,3
Mikrozensus: Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2017	15+	26,4	18,6	22,4
Sozio-oekonomisches Panel (SOEP): Aktueller Rauchstatus (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)	2016	18+	29,5	22,4	25,9
Drogenaffinitätsstudie: 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2019	12–25	17,3	12,9	15,2
KiGGS Welle 2: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2014–17	11–17	7,0	7,4	7,2
HBSC-Studie: 30-Tage-Prävalenz (Weltgesundheitsorganisation)	2017/18	11–15	6,3	7,0	6,7
ESPAD-Studie (Bayern): 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforchung)	2019	15–16	20,4	22,5	21,4

GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell; KiGGS Welle 2 = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Welle 2); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children; ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen.

Quelle: Starker, A.; Kuntz, B. (2022): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

**Prävalenz der Tabakabhängigkeit nach DSM-IV bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren<sup>1</sup>**

	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt N	Gesamt N (95%-KI)
Abhängigkeit	8,6	9,8	7,3	4,4 Mio.	(4,0; 4,9)

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

KI = Konfidenzintervall

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

### Anteil der Rauchenden in verschiedenen Altersgruppen

Alter	Männer %	Frauen %
15–19 Jahre	12,7	8,6
20–29 Jahre	32,7	22,5
30–39 Jahre	36,3	24,7
40–49 Jahre	32,6	24,1
50–59 Jahre	31,0	25,4
60–69 Jahre	22,5	17,8
ab 70 Jahre	9,3	5,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2017. Wiesbaden.

### Anteil der Rauchenden in verschiedenen Altersgruppen nach Bildungsstatus

Alter	Bildungsstatus					
	untere Bildungsgruppe		mittlere Bildungsgruppe		obere Bildungsgruppe	
	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %	Frauen %
18–29	50	47	40	29	27	19
30–44	58	46	52	33	29	17
45–64	48	37	42	29	23	19
65 und älter	21	12	14	11	12	10

Quelle: Starker, A.; Kuntz, B. (2022): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

### Anteile der Passivrauchenden

Laut aktueller GEDA-Studie (2019/2020) sind rund 8 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung, die selbst nicht rauchten, mindestens einmal pro Woche, in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, 4 % täglich. Auf Männer trifft dies häufiger zu als auf Frauen (11 % bzw. 5 % gegenüber 6 % bzw. 3 %).

Die höchste Exposition betrifft junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, besonders deutlich ab dem 60. Lebensjahr.

Quelle: Starker, A.; Kuntz, B. (2022): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Nach den Daten der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2014 bis 2017 leben 40 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahren mit mindestens einem rauchenden Elternteil zusammen. Bei 14 % der Heranwachsenden rauchen sogar beide Elternteile.

Quelle: Starker, A.; Kuntz, B. (2022): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

## **Mortalität**

Im Jahr 2018 starben allein in Deutschland rund 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Das waren 13,3 % aller Todesfälle.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2020): Tabakatlas Deutschland 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers.

## **Volkswirtschaftliche Kosten**

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

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

## **Psychotrope Medikamente**

### **Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit**

Es wird geschätzt, dass etwa 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen medikamentenabhängig sind, insbesondere von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sowie opioidhaltigen Schmerzmitteln – vor allem ältere Frauen, weil sie häufig über einen langen Zeitraum Psychopharmaka verschrieben bekommen.

Insgesamt zeigen Untersuchungen, dass sich der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten weiter erhöhen. Dies betrifft insbesondere auch die vor allem missbräuchlich häufige und unnötig hoch dosierte Anwen-



dung, teilweise auch die Gewöhnung an nicht-opioidhaltige Schmerzmittel. Auf hochgerechnet 1,6 Mio. bis 3,9 Mio. der 18- bis 64-Jährigen trifft diese Entwicklung zu.

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

Glaeske, G. (2021): Medikamente 2019 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst Science Publishers. 91-110.

## **Illegale Drogen**

### **Konsum illegaler Drogen**

Nach aktuellen Schätzungen haben 15,2 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren und etwa 481.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert, dabei ist Cannabis sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen die am häufigsten konsumierte Droge. In den letzten 25 Jahren zeigt die Cannabisprävalenz einen zunehmenden Trend.

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

Orth, B.; Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

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

	DAS 2019			ESA 2018		
	(12 bis 17 Jahre)			(18 bis 64 Jahre)		
	Gesamt	Männlich	Weiblich	Gesamt	Männlich	Weiblich
Andere Drogen als Cannabis	1,1	1,1	1,0	1,2	1,3	1,1
Amphetamine	0,3	0,4	0,2	1,2	1,5	0,9
Methamphetamin	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1
Ecstasy	0,5	0,4	0,5	1,1	1,2	1,0
LSD	0,2	0,2	0,1	0,3	0,5	0,1
Heroin/andere Opiate	0,0	0,1	0,0	0,4	0,5	0,4
Kokain/Crack	0,2	0,1	0,4	1,1	1,4	0,8
Schnüffelstoffe	0,1	0,1	0,0	0,2	0,4	0,0
Pilze	0,3	0,4	0,2	0,4	0,6	0,2
Neue psychoaktive Substanzen	0,1	0,1	0,1	0,9	1,1	0,8

Quelle: Orth, B. et al. (2021): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst Science Publishers. 111–118.

## Cannabiskonsum in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

368.000 der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Der Anteil der Jungen liegt bei 10,8 %, der der Mädchen bei 5,3 %.

Bei den 18- bis 64-jährigen Erwachsenen haben 7,1 % (ca. 3,7 Mio.) in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert. Davon konsumierten 8,9 % der Männer und 5,3 % der Frauen.

Quelle: Orth, B. et al. (2021): Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst Science Publishers. 111–118.

## Konsumierende, Missbrauchende, Abhängige

Nach Hochrechnungen des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2018 sind 309.000 Personen abhängig von Cannabis, eine Kokainabhängigkeit liegt bei 41.000 und eine Amphetamin-Abhängigkeit bei 103.000 Personen vor.

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

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

		Gesamt % <sup>1</sup>	Männer % <sup>1</sup>	Frauen % <sup>1</sup>	Hochrechnung <sup>2</sup>
<b>Cannabis</b>	Missbrauch	0,5	0,7	0,4	309.000
	Abhängigkeit	0,6	1,0	0,3	309.000
<b>Kokain</b>	Missbrauch	0,1	0,2	0,0	57.000
	Abhängigkeit	0,1	0,1	0,0	41.000
<b>Amphetamine</b>	Missbrauch	0,1	0,1	0,1	57.000
	Abhängigkeit	0,2	0,2	0,2	103.000

<sup>1</sup> ungewichtete Anzahl; % gewichtete Prävalenz [95 %-Konfidenzintervall].

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

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

## Drogenbedingte Todesfälle

	2005	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Deutschland gesamt	1.326	1.237	944	1.032	1.333	1.276	1.398	1.581

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2021): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2020. Wiesbaden.

Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 1.581 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert. Dies entspricht einem deutlichen Anstieg gegenüber dem Vorjahr (2019: 1.398 Tote; +13,1 %).

Die meisten Drogentoten wurden, wie bereits in den Vorjahren, in den bevölkerungsreichsten Ländern Nordrhein-Westfalen (401 Tote) und Bayern (248 Tote) festgestellt.

Quelle: Bundeskriminalamt (BKA) (2021): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild 2020. Wiesbaden.

## Glücksspiel

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

	2002	2012	2018	2019	2020	Veränderung in 2020 gegenüber Vorjahr in %
<b>Gesamt</b>	<b>27.359</b>	<b>36.825</b>	<b>45.831</b>	<b>44.226</b>	<b>38.324,6</b>	<b>-11,3</b>
Spielbanken <sup>1</sup>	10.900	5.935	7.611	9.558	6.293	-34,2
Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit <sup>2</sup>	5.710	22.962	29.258	24.017 <sup>3</sup>	17.904 <sup>3</sup>	-25,5
Deutscher Lotto- und Toto-Block	8.311	6.415	7.364	7.277	7.915,4	+8,8

<sup>1</sup> Hochrechnung auf der Basis des Bruttospielertrages und einer Auszahlungsquote von 91 % (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquote).

<sup>2</sup> Hochrechnung auf der Basis der Bruttospielertrages und einer Auszahlungsquote von 77,1 % (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquote, vor 2006: 60 %).

<sup>3</sup> Zur Berechnung des Umsatzes von Geldspielautomaten wurden erstmals für 2019 und 2020 die Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel herangezogen.

Quelle: Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

### Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt in 2020 (in Mio. Euro) (Gesamt: 10.112 Mio. Euro)

	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Geldspielautomaten	2.350	3.940	5.300	5.900	5.500	4.100
Glücksspiele in Spielbanken	952	557	557	685	860	566

Quelle: Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

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

	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Vergnügungssteuer	212	357	837	1.018	947	709
Umsatzsteuer <sup>1</sup>	–	–	429	477	582	422

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

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

Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2021): Jahresreport 2020 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder. Der deutsche Glücksspielmarkt 2020 – eine ökonomische Darstellung. Wiesbaden.

## Pathologisches und problematisches Spielverhalten

In der 2021 durchgeführten Bevölkerungsbefragung wurde die Prävalenz einer „Störung durch Glücksspielen, F 63.0“ erstmals durch die Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5“ erfasst und der aktuelle Schweregrad der Störung bestimmt. Bei 2,3 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren weisen die Befunde auf eine Glücksspielstörung hin (95 %-Konfidenzintervall, KI: 1,9 %–2,7 %). Bei 1,1 % ist eine leichte Störung, bei 0,7 % eine mittlere und bei 0,5 % eine schwere Störung diagnostizierbar.

Quelle: Buth, S.; Meyer, G.; Kalke, J. (2022): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).

Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst Science Publishers.

## Versorgung

Die DHS hat eine umfassende Bestandsaufnahme zu den Hilfen und Angeboten für Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland verfasst. Darin wird die Versorgungssituation in speziellen Einrichtungen der Suchthilfe sowie im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen berücksichtigt. Auch dort nehmen Menschen mit Suchtproblemen sowohl suchtspezifische als auch nicht suchtspezifische Leistungen in Anspruch. Trotz eingeschränkter Datenlage und oft fehlender Dokumentation enthält die Analyse erstmals eine umfassende Beschreibung von Angeboten, die neben und ergänzend zu den Leistungen der Suchthilfe bestehen. Eine ausführliche Versorgungsanalyse der DHS (2019) findet sich unter [www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik: Unsere Arbeit → Stellungnahmen.

## Ausgewählte Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe

	Einrichtungen/ Angebote	Behandelte/ Plätze
Niederschwellige Hilfen	ca. 300	k.A.
Suchtberatung und Begleitung	ca. 1.300	etwa 500.000 Fälle
Substitutionstherapie	2.496 substituierende Ärzte und Ärztinnen <sup>1</sup>	81.300 Substituierte <sup>1</sup>
Psychoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung	In 58 % der Einrichtungen wird die Psychoziale Begleitbetreuung wahrgenommen.	Etwa 50 % der Substituierten erhalten Leistungen im Rahmen der PSB. <sup>2</sup>
Stationäre medizinische Rehabilitation	ca. 180	13.000 Plätze und knapp 50.000 Fälle
Ganztägig ambulante Rehabilitation	ca. 50	600 Plätze und 2.500 Behandlungen
Ambulante medizinische Rehabilitation	ca. 400	8.000 Fälle
Adaption	114 (42 interne und 72 externe Adaption)	1.360 Plätze und ca. 4.500 Fälle
Nachsorge	ca. 400	10.000 Fälle
Ambulante oder ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung	k.A.	< 200 Fälle
Kombinationsbehandlung	k.A.	ca. 2.000 Fälle
Leistungen im Bereich Wohnen (ambulante Betreuung)	ca. 500	ca. 12.000
Tagesstrukturierende Angebote	k.A.	ca. 1.200
Besondere Wohnformen (frühere stationäre Einrichtungen)	ca. 260	23.000
Übergangseinrichtungen	ca. 12	ca. 300 Plätze
Suchtbehandlung im Maßregelvollzug	k.A.	ca. 3.000
Selbsthilfegruppen	ca. 7.100 <sup>3</sup>	k.A.

<sup>1</sup> Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2022. Bonn.

<sup>2</sup> Schwarzkopf, L. et al. (2021): Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. Internet: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>, Zugriff: 24.02.2021.

<sup>3</sup> DHS-Umfrage 2017/2019.

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote. Update 2019. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die\\_Versorgung\\_Suchtkranker\\_in\\_Deutschland\\_Update\\_2019.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf), Zugriff: 04.02.2022.

## Registrierte Substitutionspatienten/-patientinnen und Ärzte/Ärztinnen in Deutschland

Stichtag	Patientinnen/ Patienten	Substituierende Ärztinnen/Ärzte
	Anzahl (ca.)	
01.07.2002 (Beginn der Meldepflicht)	46.000	
01.07.2005	61.000	2.664
01.07.2010	77.400	2.710
01.07.2012	75.400	2.731
01.07.2014	77.500	2.650
01.07.2016	78.500	2.590
01.07.2018	79.400	2.585
01.07.2020	81.300	2.545
01.07.2021	81.300	2.496

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2022. Bonn.

## **2 Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen**

---





## 2.1 Alkohol

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

### Zusammenfassung

Der Alkoholkonsum in Deutschland sank im Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr. International betrachtet war der Verbrauch aber wiederum sehr hoch mit 10,2 Litern Reinalkohol pro Bundesbürgerin oder -bürger im Alter ab 15 Jahren. Im weltweiten Vergleich weist Deutschland Verbrauchszahlen auf, die es nach wie vor als Hochkonsumland für Alkohol ausweisen. Alkoholkonsum bildet einen Risikofaktor für verbreitete und chronische Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, weitere Krankheiten des Atemwege-, Verdauungs- und Nervensystems sowie psychische Störungen. In diesem Beitrag sind zunächst Daten über Alkoholmengen dargestellt, die von den produzierenden Unternehmen in den Markt gegeben wurden. Aus diesen Daten schätzen wir den Konsum von Alkohol in der Bevölkerung Deutschlands. Im zweiten Teil berichten wir einzelne Zusammenhänge zwischen geringem bis moderatem Alkoholkonsum und der Wahrscheinlichkeit vorzeitig zu versterben. Das Fazit aus dem Stand der Forschung lautet: Es besteht dringender Bedarf an Reduktion auch geringen bis moderaten Alkoholkonsums in der Bevölkerung. Alkoholabstinenz ist am besten, um Krankheiten zu vermeiden. Alle Menschen, die Alkohol trinken und etwas für ihre Gesundheit und Vorbeugung von Erkrankungen tun wollen, sollten ihren Konsum reduzieren mit dem optimalen Ziel eines Lebens frei von Alkohol. Dem entsprechend ist eine Aufgabe der Prävention, die Menschen vor Risiken von Alkoholkonsum zu schützen. Der Fokus der Prävention sollte auf Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der gesamten Bevölkerung ausgerichtet sein. Ziel dieses Beitrages ist, die neuesten verfügbaren Zahlen zum Alkoholkonsum in Deutschland darzustellen und in einem zweiten Teil niedrigen bis moderaten Alkoholkonsum in Bezug auf seine Assoziationen mit Krankheit und Tod zu beleuchten. Das ist rudimentär in Detailspekten bereits in unseren Beiträgen zum „DHS Jahrbuch Sucht 2020“ und „DHS Jahrbuch Sucht 2021“ geschehen. Im vorliegenden Beitrag wollen wir neuere wissenschaftliche Ergebnisse darstellen. Wir berichten

Befunde über Zusammenhänge von geringem bis moderatem Alkoholkonsum mit Todesursachen in Bevölkerungen.

## **Abstract**

*Alcohol drinking in Germany decreased in the year 2019 in comparison to the year before. By international comparison, Germany is a high per capita consumption country with a consumption of 10.2 liters of pure alcohol per year and per resident aged 15 years or older. Alcohol consumption is a risk factor for common and chronic health disorders of cardiovascular, aerodigestive, neural system disorders, cancer, and mental disease. This paper includes, first, data about the amount of alcoholic beverages provided for the market in Germany as reported by producers. Based on these data, we estimate the alcohol consumption of the general population of Germany. In the second part of this contribution, we provide an outline of recent research findings about health risks of low to moderate alcohol consumption. Data revealed that low to moderate alcohol consumption is a risk for early death. We conclude from the evidence that everybody who wants to maintain or improve health should reduce alcohol consumption. Abstaining from alcohol is the best choice to avoid common health disorders. Prevention has the responsibility to protect people from the risks of alcohol consumption. The focus of preventive action should be on the reduction of alcohol consumption across the entire general population. The aim of this contribution is to give recent data according to alcohol consumption in Germany. In a second part, relations of low to moderate alcohol consumption with health disorders and mortality will be presented.*

## **1 Alkoholkonsum in der Bevölkerung Deutschlands**

### **1.1 Der Pro-Kopf-Konsum in Deutschland ist sehr hoch**

Der Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol lässt sich schätzen mit Daten des Statistischen Bundesamtes, das gesetzlich vorgeschriebene Meldungen von Unternehmen sammelt, die alkoholische Getränke herstellen, und für Informationszwecke aufbereitet. Die Angaben sind aussagekräftig, wenn es um die Summe des Konsums alkoholischer Getränke in Deutschland geht, im Wesentlichen Bier, Wein, Sekt und Spirituosen. Wir nutzten die Daten über alkoholische Getränke, die im Jahr 2019 in den Handel gebracht wurden. Zwar liegen auch Daten bereits für das Jahr 2020 vor, sie sind aber vorläufig und werden erfahrungsgemäß nachträglich korrigiert. Daher beschränken wir uns auf

2019 und frühere Jahre. Für diese finden sich auch Beschreibungen in vorangegangenen Ausgaben des „DHS Jahrbuch Sucht“. Zudem liegt eine gesonderte Analyse zu Zeitreihen vor (John, Hanke, 2018). Die Mengen in den Handel gebrachten Bieres berechneten wir aufgrund der Meldungen der Hauptzollämter an das Statistische Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 2021b, 2021c). Dabei wurden Im- und Exporte von Bier berücksichtigt. Zur Bestimmung des Alkoholgehaltes in Bier zogen wir Angaben zur Stammwürze in Grad Plato heran (Statistisches Bundesamt, 2021b), die dann in Reinalkohol umgerechnet wurden (Uhl et al., 2009). Dieses Vorgehen lässt den Trend zu Biergetränken mit geringerem Alkoholgehalt berücksichtigen. Der Alkoholgehalt des in Deutschland produzierten und in den Handel gebrachten Weines wurde aufgrund der Öchsle-Grade des Rot- und Weißmostes geschätzt (Bundesamt für Justiz, 2018; Statistisches Bundesamt, 2020). Die Angaben zu den Weinmengen, die in Deutschland im Handel waren, stammen vom Statistischen Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 2021d). Zum Spirituosenverbrauch wurden Angaben der herstellenden Unternehmen zu Litern Reinalkohol aus Spirituosen genutzt (Statistisches Bundesamt, 2021e).

Die Schätzung des Konsums an Reinalkohol einer Nation aufgrund der Angaben von herstellenden Unternehmen ist die beste verfügbare Methode, sowohl um den Konsum eines Jahres als auch um Trends zu beschreiben (John, Hanke, 2018). Die Methode ist dabei Selbstaussagen in Bevölkerungsbefragungen überlegen. Bisher verfügbare Daten zeigen, dass die Angaben in Bevölkerungsbefragungen nur einen Teil der Konsummenge einer Nation ergeben, die sich aus den Angaben der produzierenden Unternehmen erschließt (John, Hanke, 2018). Alle Daten wurden aus öffentlich zugänglichen Quellen gewonnen, Im- und Exporte berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass bei den herrschenden sehr niedrigen Preisen für Alkohol in Deutschland illegale Herstellungen, Einfuhren und Vertriebe von Alkohol nicht nennenswert sind (John, Hanke, 2018). Wir gehen weiterhin davon aus, dass auch zollfrei eingekaufter Alkohol keine nennenswerte Beeinträchtigung der Schätzzahlen mit sich bringt und über die Jahre keinen wesentlichen Schwankungen unterliegt. Eine bedeutsame Beeinträchtigung der Aussagekraft von Unternehmensangaben gibt es aber. Sie liegt in den Schätzungen der Alkoholmengen aus Wein. Wein wird in Deutschland nicht besteuert. In den Jahren 2018 bis 2019 betrug der Anteil ausländischer Weine am Gesamtverbrauch von Wein in Deutschland 56,7 % laut Schätzung durch das Deutsche Weininstitut, eine Einrichtung der Weinwirtschaft (Deutsches Weininstitut, 2020b). Die Importe können höhere Alkoholanteile haben als Weine, die in Deutschland angebaut wurden. Dafür spricht, dass mehrere ausländische Weinanbaugebiete besonders sonnenexponiert sind. Allein ein Prozent mehr Reinalkohol von importiertem

Wein im Vergleich zum in Deutschland angebauten würde eine Erhöhung der Schätzung des gesamten Alkoholkonsums um 0,1 Liter Reinalkohol mit sich bringen. Diese Fehlerquelle muss bei den Angaben zum Alkoholverbrauch berücksichtigt werden.

Der Alkoholkonsum in Deutschland betrug 10,2 Liter Reinalkohol pro Bundesbürgerin oder -bürger im Jahr 2019 und im Lebensalter ab 15 Jahren (Tab. 1, 2). Er ist im Vergleich zum Vorjahr und auch längerfristig gesunken: von 14,4 Litern Reinalkohol im Jahr 1970 auf 10,2 Liter im Jahr 2019. Im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2018 ist von einer weitgehenden Stagnation der Alkoholkonsummengen zu sprechen. Zu berücksichtigen ist auch der Marktanteil alkoholfreier und alkoholreduzierter Weine. Schätzungen des Deutschen Weininstitutes zufolge sind weniger als ein Prozent der Trinkweine und ca. fünf Prozent der Schaumweine alkoholfrei (Deutsches Weininstitut, 2020a). Wir gehen davon aus, dass diese Getränke nicht in die Angaben zum Weinverbrauch eingingen. Laut Weinrecht (Weinverordnung, § 47) enthalten sogenannte alkoholfreie Weine weniger als 0,5 Prozent Alkohol (vgl. Klug, 2020). Insgesamt bilden alkoholfreie Weine ein wachsendes Marktsegment (Deutsches Weininstitut, 2020a).

**Tab. 1:** Verbrauch an Reinalkohol\* je Einwohnerin oder Einwohner im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Liter
1970	14,4
1980	15,1
1990	13,4
2000	12,0
2010	10,7
2011	11,0
2012	11,0
2013	10,7
2014	10,6
2015	10,7
2016	10,6
2017	10,5
2018	10,7
2019	10,2

\* Quellen: bis zum Jahr 2014: (John, Hanke, 2018), 2015 bis 2018 (John et al., 2021a), 2019: siehe Text.

In allen Jahren sind nur Einwohnerinnen oder Einwohner der Bundesrepublik Deutschland im Alter ab 15 Jahren berücksichtigt.

**Tab. 2:** Verbrauch an Reinalkohol\* aus Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen je Einwohnerin oder Einwohner im Alter ab 15 Jahren

Jahr	Bier	Wein inkl. Schaumwein	Spirituosen
1970	8,8	1,8	3,9
1980	8,5	2,9	3,7
1990	8,0	3,0	2,4
2000	6,6	2,8	2,6
2010	5,4	2,9	2,3
2011	5,5	3,1	2,4
2012	5,3	3,2	2,5
2013	5,2	3,1	2,4
2014	5,3	2,8	2,5
2015	5,2	3,1	2,5
2016	5,1	3,0	2,5
2017	5,0	3,0	2,5
2018	5,0	3,2	2,6
2019	4,9	3,0	2,4

\* Auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.

Quellen: bis zum Jahr 2014: (John, Hanke, 2018), 2015 bis 2019: (John et al., 2021a), 2019: siehe Text.

In allen Jahren sind nur Einwohnerinnen oder Einwohner der Bundesrepublik Deutschland im Alter ab 15 Jahren berücksichtigt.

## 1.2 Deutschland ist ein Hochkonsumland im internationalen Vergleich

Die Menge in Deutschland vermarkteten Trinkalkohols ist im internationalen Vergleich sehr hoch. Vergleiche mit Daten von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) weisen Deutschland als Hochkonsumland aus. Hochkonsum ist als Trinkmenge zu verstehen, die mehr als die durchschnittliche ausmacht. Laut einer Angabe der WHO konsumierten im Jahr 2016 die Bevölkerungen aller Nationen durchschnittlich 6,4 Liter Reinalkohol pro Bürgerin oder Bürger im Alter ab 15 Jahren (World Health Organization, 2018). Deutschland fiel mit mehr als dem Doppelten der Menge, mit 13,4 Litern auf (World Health Organization, 2018). Dieser besonders hohe Wert kommt dadurch zustande, dass die WHO stets auch unregistrierten, etwa illegal produzierten oder eingeführten Trinkalkohol schätzt. Dem liegen aber noch weniger öffentlich verfügbare Daten zugrunde als den legal hergestellten alkoholischen Getränken. Für Deutschland sind uns keine adäquaten Untersuchungen bekannt.

Die OECD schließt Länder ein, die eine hohe Industrialisierung zeigen, u. a. die USA, Japan und europäische Länder. Die OECD wendet größere Schätzungen des Alkoholverkaufes an, als eingangs dargestellt, und kommt auf einen Durchschnittskonsum von 10,6 Litern Reinalkohol für das Jahr 2019 in Deutschland. Es hatte danach die dreizehnte Position im Konsum unter 44 Nationen in der OECD-Statistik und liegt deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 8,7 Litern Reinalkohol pro Bürgerin oder Bürger im Alter ab 15 Jahren (OECD, 2021).

Die internationalen Daten der WHO und der OECD zum Alkoholverbrauch sprechen eindeutig dafür, Deutschland als Hochkonsumland einzuordnen. Es hat neben dem hohen Gesamtkonsum als zusätzliches Problem einen besonders hohen Anteil mit Rauschkonsum in der Bevölkerung. Für Deutschland besteht infolge des Status als Hochkonsumland dringende Handlungsnotwendigkeit. Der nationale Alkoholkonsum sollte reduziert werden.

### 1.3 Schätzung von Erkrankungsrisiken bei Alkoholkonsum

Dass hohe Mengen des Alkoholkonsums zur Entstehung von Krankheiten beitragen, ist bekannt. Zwei Neuerungen im Wissen betreffen niedrige Konsummengen. Erstens ließen sich auch niedrige Mengen Alkohol als wahrscheinlich krankheitsverursachend nachweisen. Zum Zweiten verhalten sich Menschen, die keinen Alkohol trinken, nach dem Stand des Wissens optimal in Bezug auf die Minimierung von Erkrankungsrisiken. Zuvor waren sie in einzelnen Studien als gefährdet für Krankheiten eingestuft worden. Die neuen Erkenntnisse deuten damit auf einen Wechsel im Verständnis von Risiko bei Alkoholkonsum. Darauf gehen wir im Folgenden ein.

Seit langem existierender Wissensbestand ist, dass im Vergleich zu moderatem oder geringem Alkoholkonsum hohe Trinkmengen auch zu erhöhten Erkrankungsrisiken führen. Das Gleiche galt aber auch für Alkoholabstinenz angehende Menschen. Aus diesem Befund wurde zum Teil der Schluss gezogen, einen geringen Alkoholkonsum zu empfehlen in der Erwartung, dass dadurch positive Effekte auf den Körper, insbesondere das Herz-Kreislauf-System entstünden. Heute sprechen Resultate dafür, dass es sich um einen Trugschluss handelte. Ausgewählte Befunde dazu finden sich im folgenden Abschnitt 2.

## 2 Gesundheitsförderung durch Reduktion von Alkoholkonsum mit dem optimalen Ziel der Freiheit von Alkohol

### 2.1 Hintergrund

Alkoholkonsum ist ein bedeutender Risikofaktor für die Wahrscheinlichkeit vorzeitig zu versterben, das heißt vor dem durchschnittlichen Sterbealter in der Bevölkerung. Dieses Sterbealter betrug in Deutschland für Frauen 82 und für Männer 76 Jahre im Kalenderjahr 2020 (Statistisches Bundesamt, 2021a). Im Folgenden berichten wir Mortalitätsdaten, d. h. Todesfälle bezogen auf jeweils eine Bevölkerung. Alkoholkonsum wurde von einer Arbeitsgruppe der WHO weltweit als einer von sieben führenden Risikofaktoren für Mortalität für das Jahr 2016 bezeichnet. Auf Alkoholkonsum seien 2,2 % der Todesfälle unter Frauen und 6,8 % der Todesfälle unter Männern zurückzuführen (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Unter den 15- bis 49-jährigen Menschen wurde Alkoholkonsum weltweit als führender Risikofaktor bewertet (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Unter den Frauen rührten in dieser Altersgruppe 3,8 % und unter den Männern in dieser Altersgruppe 12,2 % der Todesfälle vom Alkoholkonsum her (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Deutschland ist ein Hochkonsumland. Daher sind höhere Prozentzahlen aufgrund von Alkoholkonsum verstorbener Menschen zu erwarten als die gemäß der WHO weltweit geltenden. Die Auswertung der WHO-Arbeitsgruppe von Daten zu 23 alkoholbezogenen Todesursachen umfasste fünf Herz-Kreislauf-Krankheiten (Vorhofflimmern, haemorrhagischer Schlaganfall, Herzerkrankung durch Bluthochdruck, ischämische Herzerkrankung, ischämischer Schlaganfall), sieben Krebserkrankungen (Krebs der Lippen oder Mundhöhle, des Nasen- oder Rachenraumes, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Brust, der Leber, des Darms oder Enddarms), zwei weitere Erkrankungen innerer Organe (Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenentzündung), Diabetes, zwei Erkrankungen der Atemwege (Tuberkulose, Erkrankungen unterer Atemwege), eine Krankheit des Zentralnervensystems (Epilepsie), eine Gruppe psychiatrischer Erkrankungen (Alkoholgebrauchsstörungen), vier Todesursachen durch Gewalt (interpersonale Gewalt, Selbstbeschädigung, Verletzungen bei Transporten, unbeabsichtigte Verletzungen). In Deutschland starben an einer dieser Todesursachen 19.000 Frauen und 43.000 Männer im Jahr 2016 (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Das waren den Autorinnen und Autoren zufolge 4,0 % aller Todesfälle unter Frauen und 9,9 % aller Todesfälle unter Männern.

Unstrittig ist, dass Menschen ein erhöhtes Sterberisiko aufweisen, die hohe Mengen Alkohol trinken. Als hohe Mengen lassen sich Überschreitungen von



12 Gramm Reinalkohol pro Trinktag bei Frauen und 24 Gramm Reinalkohol pro Trinktag bei Männern verstehen (Seitz et al., 2008). Die 24 Gramm sind in ca. einem halben Liter Bier oder einem viertel Liter Wein enthalten, wenn er 12 % Alkohol enthält. In Deutschland zeigte eine jüngere Studie einer Bevölkerungsstichprobe, die im Alter von 18 bis 64 Jahren zum ersten Mal kontaktiert und über zwanzig Jahre hinweg beobachtet wurde: Je mehr Alkoholkonsum die Menschen angegeben hatten, desto höher war auch der Anteil der Verstorbenen im Laufe der 20 Jahre (John et al., 2021b). Von den Menschen, bei denen eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert worden war, verstarben in dem Zeitraum unter Männern 30,3 %, unter Frauen 36,7 %. Die Vergleichsgruppe bildeten Menschen ohne psychische Störung. Unter ihnen verstarben 16,7 % der Männer und 11,2 % der Frauen (John et al., 2020).

Alkoholkonsum ist weiterhin mit besonders frühem Versterben verknüpft. Im Jahr 2020 waren von den Frauen mit einer Todesursache, die Alkoholkonsum zwingend voraussetzt, 79,2 % jünger als 75 Jahre verstorben. Unter den entsprechenden Männern waren es 86,2 %. Im Vergleich dazu traten die Todesfälle unter den Frauen ohne eine Erkrankung, die Alkoholkonsum zwingend voraussetzt, lediglich in 20,5 %, unter den Männern in 35,6 % im Alter unter 75 Jahren ein (Statistisches Bundesamt, 2021f) (Tab. 3). Tabelle 3 zeigt zudem, dass die Differenz bei Frauen pro Kalenderjahr besonders groß ist. Bei Männern hat diese alkoholbedingte Übersterblichkeit zwischen den Kalenderjahren stark zugenommen.

Angesichts der Zahlen zur alkoholbezogenen Mortalität stellt sich die Frage: Wie sollten wir mit Alkohol umgehen, wenn wir etwas für unsere Gesundheit tun wollen? Bei Vermeiden von Tabakrauchen, Übergewicht und körperlicher Inaktivität ist diese Frage beantwortet. Je weniger wir rauchen mit dem Optimum der Rauchfreiheit durch das ganze Leben, je schlanker wir sind bis zu einer Grenze zum Untergewicht und je mehr wir uns bewegen, desto

**Tab. 3:** Anteil im Alter unter 75 Jahren verstorbener Personen an allen Verstorbenen: mit versus ohne Alkoholdiagnose\*

Kalenderjahr	Prozent verstorbene Frauen			Prozent verstorbene Männer		
	mit Alkoholdiagnose*	ohne Alkoholdiagnose*	Differenz	mit Alkoholdiagnose*	ohne Alkoholdiagnose	Differenz
2000	90,0	26,4	63,6	94,6	55,1	39,5
2010	85,9	23,4	62,4	90,1	46,0	44,0
2020	79,2	20,5	58,7	86,2	35,6	50,7

Quellen: (Statistisches Bundesamt, 2021f);

\* Alkoholdiagnose: Todesursache, die Alkoholkonsum zwingend voraussetzt (Rehm et al., 2010)

mehr nützen wir unserer Gesundheit (Zhang et al., 2021). Bezüglich des Alkoholkonsums wurden die Befunde häufig anders interpretiert. Studien mit Bevölkerungsstichproben zeigten in der Vergangenheit wiederholt, dass Konsum geringer bis moderater Mengen von Alkohol mit einer scheinbar niedrigeren Sterbewahrscheinlichkeit assoziiert war als Abstinenz. Diese Ergebnisse basieren auf Aussagen befragter Personen (Roerecke, Rehm, 2014). Sie wurden interpretiert mit dem Bild der „J-Kurve“, die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Sterbewahrscheinlichkeit verdeutlichen soll. Der kurze Schenkel des J bezeichnet das erhöhte Risiko zu versterben unter alkoholabstinent lebenden Menschen. Der niedrigste Punkt des J bezeichnet das scheinbar niedrigste Risiko bei den gering bis moderat Alkohol konsumierenden Menschen. Der rechte, lange Schenkel des J kennzeichnet die höchsten Risiken zu versterben bei den am stärksten Alkohol konsumierenden Menschen. Aus den Ergebnissen wurde in der Praxis viele Jahre hindurch bis heute das Fazit gezogen, geringer bis moderater Alkoholkonsum könne Gesundheit fördern. Im Lichte der eindeutigen Wissenschaftslage über Tabakrauchen, Körpergewicht und Bewegung erscheint das erstaunlich. Es lässt sich fragen, warum einer der vier grundlegenden verhaltensbezogenen Risikofaktoren eine andere Beziehung zur Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen sollte als die anderen drei. Zwei Umstände machen die Lösung dieser Frage bedeutsam. Erstens ließe sich Alkoholkonsum empfehlen, wenn er gesundheitsförderliche Wirkungen haben sollte. Eine solche Empfehlung lässt in einem Hochkonsumland Entgegenkommen erwarten. Denn vielfach suchen Menschen nach Rechtfertigungen ihrer Gewohnheiten, wenn sie gleichzeitig darum wissen, dass sie ihnen nicht guttäten. Zweitens wird in der Öffentlichkeit die Verhaltensnorm eines „verantwortungsvollen“ Alkoholkonsums beworben. Auch diese Verhaltensnorm ist aus wissenschaftlicher Sicht in Frage zu stellen. Eine ausführliche Auseinandersetzung damit lässt sich nachlesen (Shevills, 2021).

Einen Zugang zur Frage von Sterbewahrscheinlichkeiten bei geringem bis moderatem Alkoholkonsum und bei Alkoholabstinenz schaffen wissenschaftliche Erkenntnisse ab dem Jahr 2016. Es zeigte sich, dass Alkoholkonsum in früheren Studien zu wenig präzise erfragt und abstinent lebende Menschen zu wenig auf alternative mögliche Ursachen einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit untersucht worden waren (Stockwell et al., 2016). Wurden nur besonders sorgfältig erstellte Studien betrachtet, ergab sich kein Bild gemäß einer J-Kurve mehr (Stockwell et al., 2016). Im Zuge der Diskussion um die sogenannte J-Kurve wurde versucht, mögliche Ursachenfaktoren für eine vermeintlich gesundheitsfördernde Wirkung geringen bis moderaten Alkoholkonsums zu finden. Neuere Befunde berichten wir im folgenden Abschnitt. Danach geht es

um die Frage, ob Abstinenz von Alkohol tatsächlich mit einem höheren Mortalitätsrisiko verknüpft ist als geringer bis moderater Alkoholkonsum.

## **2.2 Mangelnde Überzeugungskraft von Gründen für Gesundheitsförderung durch Alkoholkonsum**

Auf der Suche nach Ursachen für die früheren Befunde zu der niedrigen Sterbewahrscheinlichkeit bei gering bis moderat Alkohol konsumierenden Menschen wurden Eigenschaften alkoholhaltiger Getränke untersucht. Besonders in Rotwein sind Polyphenole, vor allem Resveratrol, enthalten. Diesen Nahrungsbestandteilen wurden gesundheitsförderliche Wirkungen nachgesagt (Weiskirchen, Weiskirchen, 2016). Daraus könnte man ableiten, dass der Konsum von Rotwein gesundheitsförderliche Wirkungen entfaltet. Der Stand der Forschung zu Resveratrol zeigt aber, dass es keine Ursachennachweise gibt. Bei Abwägung der Schäden an unserem Körper durch Alkohol mit potenziellen gesundheitsförderlichen Wirkungen von Resveratrol ist eine Empfehlung zum Konsum von Rotwein auf keinen Fall gerechtfertigt (Santos-Buelga et al., 2021). Ein Mensch müsste 50 Liter Wein pro Tag trinken, um einen gesundheitlich nützlichen Effekt zu erzielen (Chudzinska et al., 2021). Dieser Befund lässt die Einnahme von Resveratrol aus Wein absurd erscheinen. Zudem bliebe die Möglichkeit, diesen Stoff auch ohne Alkohol aufzunehmen (Weaver et al., 2021). Rotwein wird allgemein zur mediterranen Ernährung gezählt, die als gesundheitsförderlich gilt. Dennoch empfehlen die Ernährungsleitlinien der Gesellschaft für Ernährung der Bevölkerung Spaniens, alkoholische Getränke auch in begrenzten Mengen zu meiden (Aranceta-Bartrina et al., 2019). Eine optimale Ernährung könne auch ohne Alkoholkonsum ihre Wirkung entfalten. Menschen, die keinen Alkohol trinken, sollten Alkoholkonsum nicht beginnen wegen vermeintlicher förderlicher Effekte.

## **2.3 Wissenschaftliche Befunde für ein ansteigendes Mortalitätsrisiko bereits bei geringen Alkoholkonsummengen**

Im Gegensatz zu älteren wissenschaftlichen Ergebnissen zeigen Arbeiten nach dem Jahr 2015, dass Alkoholkonsum mit der Sterbewahrscheinlichkeit ganzer Bevölkerungen nicht nach dem Bild einer J-Kurve, sondern geradlinig verknüpft ist. Das bedeutet, je weniger Alkohol die Menschen in ihrem Leben konsumieren, desto höher ist ihre Lebenserwartung. Diejenigen, die langfris-

tig abstinent leben, gehen in einem definierten Beobachtungszeitraum das geringste Sterberisiko ein.

Ältere Studien führten zu falschen Schlüssen, weil Angaben zu Alkoholabstinenz und -konsum nicht ausreichend sorgfältig hinterfragt wurden. Bei Nennung von Alkoholkonsummengen kann es Über- oder Untertreibungen geben. Zumeist ist mit Untertreibungen zu rechnen. Das legen wissenschaftliche Befunde nahe. Der Pro-Kopf-Konsum, geschätzt über Nennungen von Trinkmengen und -häufigkeiten in 39 Bevölkerungsbefragungen in europäischen Ländern betrug im Durchschnitt lediglich 36,5% der Menge, die dem Markt zur Verfügung stand und üblicherweise als Schätzung des Pro-Kopf-Konsums einer Nation dient (Kilian et al., 2020). Wir wissen auch nicht, ob z. B. Menschen mit hohen Trinkmengen anders oder nicht untertreiben im Vergleich zu denjenigen, die moderate Trinkmengen benennen. Trotz dieser Mängel fanden Studien stets Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Mortalität. Je höher die genannten Trinkmengen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit vorzeitig zu versterben.

Abstinenz von Alkohol in den letzten 12 Monaten mag klar vom Konsum abgegrenzt erscheinen. Fehler lassen sich auch bei der Behauptung von Abstinenz nicht ausschließen. Wir können aber Ungenauigkeiten der Wissenschaft in der Vergangenheit minimieren. Dazu zählt die Untersuchung der Abstinenten auf weitere Risikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Befragung oder davor bestanden hatten. Grundsätzlich lautet das Ziel, Menschen ohne von denen mit Risikofaktoren zu unterscheiden, die ein frühes Versterben erklären könnten. Zu diesen Risikofaktoren zählen Tabakrauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Fehlernährung. Zusätzlich müssten scheinbar gesünder lebende Menschen, die geringen bis moderaten Alkoholkonsum angeben, ebenfalls auf die Risikofaktoren aus Gegenwart und Vergangenheit untersucht werden. Diesen Zielen sind wissenschaftliche Arbeiten nähergekommen, die in den Jahren nach 2015 veröffentlicht wurden. Erstens geht es darum, die Zahl der gesund lebenden Abstinenten und der Risikofaktorentragenden zu bestimmen. Zweitens lassen sich Gruppen von Risikofaktorentragenden unterscheiden und ihre Mortalitätsrisiken im Vergleich zu den gesunden Abstinenten bestimmen. Eine weitere Gruppe lässt sich abgrenzen. Das sind die Personen, die von sich sagen, sie hätten in ihrem ganzen bisherigen Leben keinen Alkohol oder weniger Alkohol getrunken als eine minimale benannte Menge.

Gesund und alkoholabstinent lebende Menschen lassen sich möglicherweise über Stichproben finden, die ausreichend viele Abstingente beinhalten. Wir benötigen also Nationen, die hohe Anteile Alkoholabstinenz angegebender Menschen umfassen. Das könnte in Nationen der Fall sein, in denen zum Beispiel aus religiösen Gründen Alkoholkonsum nicht akzeptiert wird. Von der

bereits erwähnten Arbeitsgruppe der WHO wurden 195 Nationen oder Regionen der Welt untersucht hinsichtlich des Anteils von Menschen, die für die letzten 12 Monate vor der Befragung Alkoholabstinenz angaben. In Libyen zum Beispiel waren das 87 % der Frauen und 90 % der Männer, in den USA 40 % der Frauen und 27 % der Männer und im Gegensatz dazu in Deutschland 9,9 % der Frauen und 5,7 % der Männer (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Die Arbeitsgruppe untersuchte Daten einschließlich Befragungsdaten aus 592 Studien mit 2.992 Risikoschätzungen zum Alkoholkonsum in der jeweiligen Nation. Die Autorinnen und Autoren berücksichtigten die Qualität von Studien, etwa ob für die Alkoholabstinenz angebenen Menschen Informationen über früheren Alkoholkonsum vorlagen. Die Ergebnisse zeigen eine lineare Beziehung zwischen der Höhe des Alkoholkonsums und der Wahrscheinlichkeit, an einer der 23 dargestellten alkoholbezogenen Todesursachen zu versterben (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Abstinente lebende Menschen hatten das geringste Sterberisiko. Es war umso höher, je mehr Alkoholkonsum die Menschen angegeben hatten (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Das gilt auch für die geringen bis moderaten Trinkmengen. Lediglich drei der 23 alkoholbedingten Todesursachen fügten sich nicht in dieses Bild einer linearen Beziehung: ischämische Herzerkrankung, ischämischer Schlaganfall und Diabetes. Dagegen zeigten 20 Todesursachen die lineare Beziehung zwischen Trinkmenge und Mortalitätsrisiko. Sie bestimmten letztlich das Gesamtergebnis über alle 23 Todesursachen hinweg. Für Brustkrebs bei Frauen und Verletzungen zeigten sich besonders klare Beziehungen gerade zwischen geringem bis moderatem Konsum und Mortalitätsrisiko. Über Krebs berichteten wir ausführlich im „DHS Jahrbuch Sucht 2021“ (John et al., 2021a). Die Autorinnen und Autoren zogen aus ihren Befunden drei Schlussfolgerungen. Der sicherste Umgang mit Alkohol sei, abstinente zu leben. Trinken von Alkohol führe in jeglicher Menge zu Verlusten von Gesundheit. Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der ganzen Bevölkerung seien ein besonders wirksames Mittel, um Gesundheitsschäden durch Alkoholkonsum abzuwenden (Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators, 2018).

## 2.4 Risikofaktoren in der alkoholabstinenten Bevölkerung

In einem Hochkonsumland wie Deutschland ist unter den vergleichsweise wenigen alkoholabstinent lebenden Menschen ein hoher Anteil von Personen mit vorangegangenen Krankheiten oder Risikofaktoren zu erwarten, die ein vorzeitiges Versterben wahrscheinlich machen. Eine Arbeitsgruppe unter-

suchte 4.093 zufällig ausgewählte Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren in Norddeutschland auf Alkohol- und Tabakkonsum sowie auf das Vorliegen einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit hin. Zwanzig Jahre später verglichen die Autorinnen und Autoren diejenigen, die für die letzten 12 Monate vor der Erstuntersuchung Abstinenz mit denen, die geringen bis moderaten Alkoholkonsum angegeben hatten (John et al., 2021b). Es fanden sich 447 Personen mit Alkoholabstinenz in den letzten 12 Monaten vor der Erstbefragung. Von ihnen waren 405 (90,6 %) frühere Alkoholkonsumierende, und 322 (72,0 %) hatten in ihrer Vorgeschichte mindestens einen Risikofaktor, der dem Stand des Wissens zufolge ein erhöhtes Mortalitätsrisiko mit sich bringt. Von diesen 322 Personen hatten 84 eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit oder einen entsprechenden Missbrauch. Von ihnen waren 32 (38,1 %) verstorben. Weitere 14 Personen hatten üblicherweise viel Alkohol getrunken (Frauen: mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag; Männer: mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag). Von ihnen waren 6 (42,9 %) verstorben. Weitere 16 Personen hatten Versuche unternommen, weniger oder keinen Alkohol zu trinken. Von ihnen waren 6 (37,5 %) verstorben. Weitere 76 Personen waren zur Zeit der Erstbefragung tägliche Rauchende von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag. Von ihnen waren 21 (27,6 %) verstorben. Weitere 39 Personen waren zur Zeit der Erstbefragung tägliche Rauchende von bis zu 19 Zigaretten pro Tag. Von ihnen waren 8 (20,5 %) verstorben. Weitere 46 Personen hatten vor der Zeit der Erstbefragung täglich geraucht. Von ihnen waren 14 (30,4 %) verstorben. Weitere 47 Personen hatten in der Erstbefragung ihre Gesundheit im Allgemeinen als mäßig bis schlecht bewertet. Von ihnen waren 18 (38,3 %) verstorben. Alle diese genannten Risikofaktoren sind nach dem Stand der Wissenschaft mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für vorzeitiges Versterben verknüpft. Die hohen Anteile verstorbener Personen bestätigen das. Denn von den Alkoholabstinenten ohne einen dieser Risikofaktoren waren lediglich 14 (11,2 %) verstorben, statistisch nicht mehr als von den 2203 Personen mit geringem bis moderatem Konsum. Von ihnen waren 248 (11,3 %) verstorben. Von den 447 alkoholabstinenten Personen hatten 42 (9,4 %) Lebenszeitabstinenz von Alkohol angegeben. Auch von diesen 42 Personen waren nach statistischer Prüfung nicht mehr verstorben als von den gering bis moderat Alkohol konsumierenden Personen. Insgesamt zeigt die Studie, dass die Alkoholabstinenz als Ursachenfaktor für vorzeitiges Versterben nicht in Frage kommt. Die Befunde sprechen gegen ein verringertes Sterberisiko unter gering bis moderat Alkohol konsumierenden im Vergleich zu alkoholabstinent lebenden Menschen. Die Befunde sprechen ebenso dagegen, geringem bis moderatem Alkoholkonsum eine gesundheitsförderliche Wirkung zuzusprechen (John et al., 2021b). Hervorzuheben ist, dass es sich bei den untersuchten Todesursachen um besonders häufige Gesundheitsstörun-

gen handelt. Mit der bluthochdruckbedingten Herzkrankheit, mit dem Bluthochdruck (Aladin et al., 2021) sowie mit dem Brustkrebs sind Gesundheitsstörungen betroffen, die besonders häufig in der Bevölkerung vorkommen. So ist z. B. der Brustkrebs unter Frauen die häufigste Krebserkrankung. Diese Befunde zeigen, dass die Reduktion geringen bis moderaten Alkoholkonsums Gewinne für die Gesundheit in der Bevölkerung erwarten lässt.

## **2.5 Wie weit ist geringer bis moderater Alkoholkonsum in Entwicklung und Praxis der Prävention bisher berücksichtigt?**

Wir wissen bisher kaum etwas darüber, wie weit sich gering bis moderat Alkohol konsumierende Menschen für Interventionen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums gewinnen lassen. In Deutschland ist die Reduktion von Alkoholkonsum bisher auf schwerstgeschädigte Menschen fokussiert, insbesondere die mit einer Alkoholabhängigkeit. Die dargestellten Ergebnisse reichen aber für ein Umdenken. Wichtig ist nicht die Fokussierung auf die schwerstgeschädigten, sondern auf alle Alkoholkonsumierenden. Interventionen mit dieser Fokusveränderung sind möglich, wie die im folgenden Absatz beschriebene Arbeit aus Deutschland zeigt (Baumann et al., 2021).

Die Arbeitsgruppe bezog in eine bevölkerungsorientierte individualisierte Intervention zur Reduktion des Alkoholkonsums Menschen mit geringem bis moderatem Alkoholkonsum gezielt ein. Das ist neben den in Deutschland noch nicht realisierten gesetzlichen Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums, z. B. durch Steuererhöhungen und Mindestpreise, eine erste konsequente Intervention, die sich an alle Alkoholkonsumierenden richtet. Geringer bis moderater Konsum war laut einem international bewährten Fragebogen definiert (Frauen z. B. höchstens dreimal pro Woche zwei Gläser eines alkoholhaltigen Getränks). Als kostengünstiger Zugang zur Bevölkerung wurde ein städtisches Amt mit Publikumsverkehr für alle Bürgerinnen und Bürger genutzt. Mitarbeitende sprachen im Wartebereich alle Personen an. Die 18- bis 64-Jährigen unter ihnen erhielten die Einladung, dem Erhalt von drei Feedbackbriefen zu ihrem Alkoholkonsum und insgesamt drei kurzen Befragungen zuzustimmen. Die Briefe waren durch ein Computerprogramm individuell gestaltet. Sie knüpften unter anderem an die jeweilige Motivation zur Veränderung des Alkoholkonsums an. Die Briefe wurden im Abstand von jeweils drei Monaten versendet. Ziel der Intervention war, die Motivation zur Reduktion des Alkoholkonsums zu fördern. Die Studie erbrachte zwei für die Prävention sehr wichtige Ergebnisse. Erstens zeigt sie, dass unter Menschen

mit geringem bis moderatem Alkoholkonsum mindestens ebenso viele für eine Interventionsteilnahme zu gewinnen sind wie unter viel Alkohol konsumierenden (Enders et al., 2021). Zweitens zeigt die Studie, dass mit wenig Aufwand Reduktionen des geringen bis moderaten Alkoholkonsums erzielbar sind (Baumann et al., 2021). Zunächst zur Gewinnung für die Intervention: Von den gering bis moderat konsumierenden Menschen konnten 75 %, von den viel Alkohol konsumierenden 70 % für die Teilnahme an der Intervention gewonnen werden. Von den Teilnehmenden an der Erstbefragung nahmen unter den gering bis moderat Konsumierenden 79 %, unter den viel Alkohol Konsumierenden 73 % auch an der zweiten und dritten Befragung teil (Enders et al., 2021). Die Ergebnisse dieser Kontrollgruppenstudie mit 1085 teilnehmenden gering bis moderat Alkoholkonsumierenden und mit wenig aufwändiger Intervention zeigen, dass sie unter diesen Personen nach sechs Monaten eine Reduktion des Konsums bewirkte (Baumann et al., 2021).

Für die bisherige Praxis der Prävention sind aktuelle Handlungsleitlinien bedeutsam. In ihnen ist das Wissen um die Bedeutung geringen bis moderaten Alkoholkonsums zum Teil bereits berücksichtigt. In der Leitlinie zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten, entwickelt von der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft, wurde das Risiko durch geringen bis moderaten Alkoholkonsum für die Mortalität zwar anerkannt, aber noch nicht in eine konkrete Empfehlung umgesetzt (Visseren et al., 2021). Im Europäischen Kodex gegen den Krebs fand unter den Empfehlungen zur Vorbeugung von Krebserkrankungen die Reduktion von Alkoholkonsum unter allen Menschen, die Alkohol trinken, schon früh eine eindeutige Formulierung: Jeder Mensch, der Alkohol trinke, sollte seinen Konsum reduzieren, um Krebs zu vermeiden. Am besten sei es, keinen Alkohol zu trinken (Scoccianti et al., 2015).

## 2.6 Zehn Konsequenzen für die Praxis der Prävention

Aus den in Kapitel 2 berichteten Wissensständen ergeben sich zehn Konsequenzen für die Praxis der Prävention.

1. Die Ergebnisse der Wissenschaft zeigen zunehmend, dass es keinen potenziell gesundheitsförderlichen Alkoholkonsum gibt.
2. Auch geringe Trinkmengen können zur Verursachung von Krankheiten beitragen.
3. Das betrifft ganz besonders in der Bevölkerung sehr verbreitete Gesundheitsschäden und Krankheiten, unter anderem Bluthochdruck und Brustkrebs.



4. Die wissenschaftlichen Ergebnisse reichen aus, um zu empfehlen: Alkohol sollte nicht aus gesundheitlichen Gründen getrunken werden.
5. Es gibt keinen verantwortungsvollen Alkoholkonsum.
6. Grenzen gesundheitsriskanten Alkoholkonsums sind obsolet.
7. Eine neue Leitlinie für den Umgang mit Alkohol sollte in Übereinstimmung mit dem Europäischen Kodex gegen den Krebs lauten: „Wenn Sie etwas für Ihre Gesundheit tun wollen: Reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum, gleichgültig wie viel Sie trinken. Das optimale Ziel ist, keinen Alkohol zu trinken.“
8. Solch eine neue Leitlinie wird bei Alkoholkonsumierenden wahrscheinlich Dissonanz oder Unstimmigkeit erzeugen. Sie kann so Treiber einer Entwicklung in Richtung bedeutsamer Senkungen des Alkoholkonsums auf Bevölkerungsebene sein.
9. Die Befunde sprechen dafür, in der Prävention den Fokus auf die gesamte Bevölkerung zu legen.
10. Das Ziel von Interventionen der Prävention lautet, dass alle Menschen, die Alkohol trinken, ihren Konsum reduzieren. Dazu müssen Programme realisiert werden. Sie umfassen bekannte Maßnahmen wie z. B. Steuererhöhungen und Werbeverbote sowie bisher weniger bekannte digitalisierte Interventionen, die besondere Bedingungen jeder einzelnen Person berücksichtigen können.

### **3 Fazit**

1. Der Alkoholkonsum pro Einwohnerin oder Einwohner im Alter ab 15 Jahren betrug in Deutschland 10,2 Liter Reinalkohol im Jahr 2019.
2. Im internationalen Vergleich ist Deutschland Hochkonsumland in Bezug auf Alkohol.
3. Die Befundlage in der Wissenschaft zeigt zunehmend, dass Alkoholkonsum mit dem Mortalitätsrisiko in einer linearen Beziehung steht. Danach gibt es weder gesundheitsförderlichen noch verantwortungsvollen Alkoholkonsum.
4. Auch geringer bis moderater Konsum birgt gesundheitliche Risiken.
5. Die Botschaft, die sich aus diesen neuen Befunden ableitet, lautet: „Reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum, gleichgültig, wie viel Sie trinken. Für die Gesundheit ist es optimal, keinen Alkohol zu trinken.“
6. In der Gesellschaft sind soziale Normen für eine gesundheitsorientierte Lebensweise einschließlich der Senkung von Alkoholkonsum mit dem Optimum der Entscheidung für Freiheit von Alkoholkonsum zu stärken.

## Literatur

- Aladin, A.I. et al. (2021): Alcohol Consumption and Systemic Hypertension (from the Third National Health and Nutrition Examination Survey). *The American Journal of Cardiology*, 160, 60–66.
- Aranceta-Bartrina, J. et al. (2019): Updating the Food-Based Dietary Guidelines for the Spanish Population: The Spanish Society of Community Nutrition (SENC) Proposal. *Nutrients*, 11(11).
- Baumann, S. et al. (2021): Effects of a brief alcohol intervention addressing the full spectrum of drinking in an adult general population sample: a randomized controlled trial. *Addiction*, 116(8), 2056–2066.
- Bundesamt für Justiz (2018): Weinverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. April 2009 (BGBl. I S. 827), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2480) geändert worden ist. Anlage 8 zu § 17, Tabelle zur Ermittlung des natürlichen Alkoholgehalts in Volumenprozent aus dem Oechslegrad. Berlin.
- Chudzinska, M. et al. (2021): Resveratrol and cardiovascular system—the unfulfilled hopes. *Irish Journal of Medical Science*, 190(3), 981–986.
- Deutsches Weininstitut (2020a). Alkoholfreie Weine und Schaumweine. Bodenheim. <https://www.deutscheweine.de/wissen/wein-mehr/alkoholfreie-weine/>, Zugriff: 14.12.2020.
- Deutsches Weininstitut (2020b). Deutscher Wein Statistik '20/'21. Bodenheim. [https://www.deutscheweine.de/fileadmin/user\\_upload/Statistik\\_2020.pdf](https://www.deutscheweine.de/fileadmin/user_upload/Statistik_2020.pdf), Zugriff: 23.02.2022.
- Enders, C. et al. (2021): Brief alcohol intervention at a municipal registry office: reach and retention. *European Journal of Public Health*, 31(2), 418–423.
- Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators (2018): Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392(10152), 1015–1035.
- John, U.; Hanke, M. (2018): Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, epub – Open Access(80), 160–171.
- John, U. et al. (2021a): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2021*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 37–54.
- John, U. et al. (2021b): Alcohol abstinence and mortality in a general-population sample of adults in Germany: A cohort study. *PLOS Medicine*, 18(11), e1003819.
- John, U. et al. (2020): Mental disorders and total mortality after 20 years in an adult general population sample. *European Psychiatry*, 63(1), e30.
- Kilian, C. et al. (2020): Why is per capita consumption underestimated in alcohol surveys? Results from 39 surveys in 23 European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 55(5), 554–563.

- Klug, C. (2020): Leichter Genuss. Der Deutsche Weinbau, (12), 36–39.
- OECD (2021): Health at a glance 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1641406594&id=id&acname=guest&checksum=3AC0C6A310EAF6D7FA69E341C24E7042>, Zugriff: 05 Januar 2022.
- Rehm, J. et al. (2010): The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817–843.
- Roerecke, M.; Rehm, J. (2014): Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*, 12(1), 182.
- Santos-Buelga, C.; Gonzalez-Manzano, S.; Gonzalez-Paramas, A.M. (2021): Wine, polyphenols, and mediterranean diets. What else is there to say? *Molecules*, 26(18).
- Scoccianti, C. et al. (2015): European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiology*, 39(Suppl 1), S67–S74.
- Seitz, H.K.; Bühringer, G.; Mann, K. (2008): Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland. 205–209.
- Shevills, C. (2021). Das Problem des verantwortungsbewussten Trinkens. Internet: <https://alkoholpolitik.de/konkret/alkohol-norm/480-das-problem-des-verantwortungsbewussten-trinkens>, Zugriff: 27.12.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021a): Durchschnittliches Sterbealter: Deutschland, Jahre, Geschlecht. Wiesbaden. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, Zugriff: 06.01.2022.
- Statistisches Bundesamt (2021b): Absatz von Bier, Jahr 2020. (Fachserie 14, Reihe 9.2.1). Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/\\_inhalt.html#sprg236436](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/_inhalt.html#sprg236436), Zugriff: 17.11.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021c): Brauwirtschaft 2020. (Fachserie 14, Reihe 9.2.2). Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/\\_inhalt.html#sprg236436](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/_inhalt.html#sprg236436), Zugriff: 17.11.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021d): Verbrauch von alkoholischen Getränken und Tabakwaren in Deutschland. Wiesbaden. <https://gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 18.11.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021e). Finanzen und Steuern, Arbeitsunterlage zur Alkoholsteuerstatistik 2020. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/\\_inhalt.html#sprg236436](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchsteuern/_inhalt.html#sprg236436), Zugriff: 17.11.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021f): Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes. Suchbegriff: Sterbefälle, ICD-10. Wiesbaden. <https://gbe-bund.de/gbe/>, Zugriff: 17.01.2022.

- Statistisches Bundesamt (2020): Wachstum und Ernte – Weinmost – 2019. (Fachserie 3, Reihe 3.2.1). Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/\\_publikationen-fachserienliste-3.html?nn=206136](https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-3.html?nn=206136), Zugriff: 01.12.2021.
- Stockwell, T. et al. (2016): Do „moderate“ drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 185–198.
- Uhl, A. et al. (2009): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. [https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Textband-handbuch\\_alkohol\\_-\\_oesterreich\\_2009\\_-\\_zahlen,\\_daten\\_fakten\\_trends.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Alkohol/Textband-handbuch_alkohol_-_oesterreich_2009_-_zahlen,_daten_fakten_trends.pdf), Zugriff: 17.01.2022.
- Visseren, F.L.J. et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337.
- Weaver, S.R. et al. (2021): Fine wine or sour grapes? A systematic review and meta-analysis of the impact of red wine polyphenols on vascular health. *European Journal of Nutrition*, 60(1), 1–28.
- Weiskirchen, S.; Weiskirchen, R. (2016): Resveratrol: How much wine do you have to drink to stay healthy? *Advances in Nutrition*, 7(4), 706–718.
- World Health Organization (2018): Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>, Zugriff: 23.02.2022.
- Zhang, Y.B. et al. (2021): Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with mortality and incident cardiovascular disease: two prospective cohort studies. *BMJ*, 373, n604.



## 2.2 Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum

*Anne Starker, Benjamin Kuntz*

### Zusammenfassung

Der Verbrauch von Fertigzigaretten ist im Jahr 2021 gesunken und betrug 71,8 Mrd. Stück (-2,8 % gegenüber dem Vorjahr). Der Verbrauch von Feinschnitt war ebenfalls rückläufig und lag bei 24.854 Tonnen (-5,6 %); diese Menge entspricht etwa 37,3 Mrd. selbstgedrehten Zigaretten. Der Verbrauch von Zigarren/Zigarillos stieg auf 2,8 Mrd. Stück (+1,4 %). Der Verbrauch von (Wasser-)Pfeifentabak nahm wie in den Vorjahren deutlich zu, auf 8.387 Tonnen (+40,0 %). Die Konsumausgaben für Tabakprodukte erhöhten sich im Jahr 2021 auf 29,4 Mrd. Euro (+2,0 %). Die Einnahmen aus der Tabaksteuer sind leicht gestiegen und lagen bei 14,7 Mrd. Euro (+0,5 %).

Im Jahr 2020 rauchten 24 % der Frauen und 34 % der Männer ab 18 Jahren. Zuvor war der Anteil der Raucher und Raucherinnen seit einigen Jahren rückläufig. Auch das Ausmaß der Passivrauchbelastung ist rückläufig, aber noch immer sind 11 % der 18-jährigen und älteren Männer und 6 % der Frauen, die selbst nicht rauchen, regelmäßig in Innenräumen mit Tabakrauch konfrontiert. Bei Jugendlichen zeichnet sich seit rund 15 Jahren ein Trend zum Nichtrauchen ab. Aktuell liegt die Rauchprävalenz bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen bei 6 % bzw. 5 % (Zahlen für 2019). Am stärksten verbreitet sind das Rauchen und die Passivrauchbelastung nach wie vor in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Die Zahlen belegen, dass die in den letzten Jahren umgesetzten Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik zu einem Rückgang des Rauchens geführt haben, und zwar insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Für eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums und der Passivrauchbelastung wird als notwendig erachtet, diese weiter fortzuführen und zu intensivieren.

## **Abstract**

*Consumption of manufactured cigarettes decreased and amounted to 71.8 billion in 2021 (2.8% down on the previous year). The consumption of fine-cut tobacco also declined to 24,854 tonnes (-5.6%); this quantity corresponds to about 37.3 billion roll-up cigarettes. Consumption of cigars/cigarillos rose to 2.8 billion (+1.4%). As in previous years, the consumption of (water)pipe tobacco significantly increased to 8,387 tonnes (+40.0%). Consumer spending on tobacco products went up to EUR 29.4 billion (+2.0%) in 2021. Revenue from tobacco tax slightly increased to EUR 14.7 billion (+0.5%).*

*In 2020, 24% of women and 34% of men aged 18 and over were smokers. Previously, smoking prevalence has been declining for several years. Exposure to secondhand smoke has also declined, although 11% of non-smoking men aged 18 years and older and 6% of women are still regularly exposed to tobacco smoke indoors. A trend towards non-smoking among young people has been emerging for around 15 years. Current data from 2019 shows that smoking prevalence is about 6% among 12- to 17-year-old boys and 5% among girls of the same age. Smoking and second-hand smoke exposure are most widespread among socially disadvantaged population groups.*

*It can therefore be concluded that the tobacco-prevention measures and tobacco control policies implemented in recent years have led to a decline in smoking, particularly among adolescents and young adults. In order to secure a sustainable reduction of tobacco consumption and secondhand smoke exposure these efforts should be continued and intensified.*

## **Einleitung**

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Erkrankungen, die bei Rauchern und Raucherinnen vermehrt auftreten, gehören z.B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. Aktuelle Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zufolge ist der Tabakkonsum für knapp ein Fünftel (19%) aller Krebsneuerkrankungen in Deutschland verantwortlich (Mons et al., 2018). Darüber hinaus wirkt sich das Rauchen negativ auf das Immunsystem, den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2014; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020a). An den Folgen des Rauchens starben im Jahr 2018 allein in Deutschland rund 127.000

Menschen (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020a). Zu berücksichtigen sind auch Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden sowie vorzeitige Todesfälle, die durch eine regelmäßige Passivrauchexposition verursacht werden (U.S. Department of Health and Human Services, 2006; Öberg et al., 2011; Fischer, Kraemer, 2015; Keil et al., 2016; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020a). Die direkten Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich aktuellen Schätzungen für das Jahr 2018 zufolge auf 30,3 Mrd. Euro. Unter Einbeziehung von Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfällen – den sog. indirekten Kosten (66,9 Mrd. Euro) – ist sogar von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 97,2 Mrd. Euro pro Jahr auszugehen (Effertz, 2020).

Vor diesem Hintergrund stellt die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik dar. Dies spiegelt sich unter anderem in den Jahresberichten der Drogenbeauftragten, der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung und dem nationalen Gesundheitszieleprozess wider (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2015; Bundesregierung, 2021; Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und Verbesserung des Nichtraucherschutzes ist eine regelmäßige Berichterstattung, die frühzeitig auf aktuelle Entwicklungen und Trends verweist. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die vom Robert Koch-Institut (RKI) gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt wird, und den Veröffentlichungen des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am DKFZ wird dies auch durch das DHS Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gewährleistet.

Für den vorliegenden Beitrag wird zum einen auf die Tabaksteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, die unter anderem Auskunft über den Absatz und die Preise der verschiedenen Tabakprodukte sowie die Konsumentenausgaben und Steuereinnahmen gibt. Zum anderen werden Daten repräsentativer Bevölkerungsbefragungen genutzt, um Aussagen über die Verbreitung des Rauchens und der Passivrauchbelastung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen treffen zu können. Zudem enthält der Beitrag einen Abschnitt zu elektrischen Inhalationsprodukten wie E-Zigaretten und Tabakerhitzern, in dem auch die Diskussion über Nutzen und Risiken dieser Produkte zusammengefasst wird und ein Überblick über deren Gebrauch in Deutschland gegeben wird. Vorab wird auf den aktuellen Stand der Tabakkontrollpolitik und des Nichtraucherschutzes in Deutschland und Europa eingegangen.



## **Tabakkontrollpolitik und Nichtrauchererschutz in Deutschland**

In den Jahren 2002 bis 2008 hat die Bundesregierung zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtraucher und Nichtraucherinnen vor Passivrauchbelastungen zu schützen. Dazu zählen die mehrstufige Tabaksteuererhöhung in den Jahren 2002 bis 2005, die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2002, die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Kauf und Konsum von Tabakprodukten im Jahr 2007 sowie die seit 2007 erlassenen Nichtrauchererschutzgesetze des Bundes und der Länder, die sich auf öffentliche Gebäude und Verkehrsmittel, Schulen und Krankenhäuser sowie auf gastronomische Betriebe beziehen. In den Jahren 2011 bis 2015 wurden jeweils Anhebungen der Tabaksteuer umgesetzt. Nach einer langen Pause wurden dann mit dem Tabaksteuermodernisierungsgesetz vom August 2021 das Tabaksteuergesetz und gleichzeitig die Tabaksteuerverordnung geändert. Das Gesetz regelt die Anhebung der Steuer auf Zigaretten und Feinschnitt in den nächsten fünf Jahren und passt die Besteuerung von erhitztem Tabak („Heat-not-Burn-Produkte“) sowie Substanzen, die in E-Zigaretten konsumiert werden, an. Auch Wasserpfeifentabak unterliegt damit einer angepassten, höheren Besteuerung.

Der Nichtrauchererschutz ist in Deutschland über das Bundesnichtraucherschutzgesetz und die Landesgesetze geregelt. Nach dem Bundesgesetz besteht Rauchverbot in Einrichtungen des Bundes und Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs sowie in Personenbahnhöfen der öffentlichen Eisenbahnen. Die Arbeitsstättenverordnung regelt den Nichtrauchererschutz für Beschäftigte. Daraus ergibt sich eine besondere Problematik für Arbeitsbereiche, in denen Kundinnen und Kunden oder Gäste anwesend sind, da von Arbeitgebenden Schutzmaßnahmen nur insoweit zu treffen sind, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen. Für den Schutz der Gäste im Gastronomiebereich sind seit dem Jahr 2006 die Länder zuständig (Gaststättenrecht). Die Nichtrauchererschutzgesetze der Länder verbieten das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen der Länder, in Bildungseinrichtungen, in Sportstätten, in medizinischen Einrichtungen und in der Gastronomie. In den meisten Ländern gibt es jedoch Ausnahmeregelungen für Raucherräume und Raucherkneipen. Nur in Bayern, im Saarland und in Nordrhein-Westfalen gibt es uneingeschränkten Schutz vor Passivrauchbelastungen in der Gastronomie (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2010; Schaller et al., 2014).

In 2020 wurde ein neues Tabakwerbeverbot verabschiedet. Deutschland war zuletzt das einzige EU-Land, in dem noch für Tabakprodukte auf Außenflächen (Plakatwände, Litfaßsäulen etc.) geworben werden durfte. Mit Inkrafttreten des „Zweiten Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes“ geht

die schrittweise Einführung des Verbots der Außenwerbung einher. Dieses gilt ab dem 1. Januar 2022 für herkömmliche Tabakprodukte, ab dem 1. Januar 2023 für neuartige Tabakerzeugnisse (Erhitzer) und ab dem 1. Januar 2024 für (nikotinhaltige und -freie) E-Zigaretten. Ausgenommen ist lediglich die Werbung an Außenflächen des Fachhandels. In Kinos darf seit Jahresbeginn 2021 vor Filmen, die für unter 18-Jährige freigegeben sind, keine Tabakwerbung mehr gezeigt werden. Zudem ist die kostenlose Abgabe von Zigaretten und anderen Tabakprodukten außerhalb von Fachgeschäften – etwa bei Musikfestivals – nunmehr untersagt (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2020). Die Tabakerzeugnisverordnung regelt die Details für Verpackungsgestaltung und gesundheitsbezogene Warnhinweise. Danach dürfen z.B. keine Zigaretten, kein Tabak zum Selbstdrehen und kein Wasserpfeifentabak ohne kombinierte Text-Bild-Warnhinweise mehr verkauft werden.

Im internationalen Vergleich sind die in Deutschland bislang umgesetzten Maßnahmen zur Tabakkontrolle (bis 2019) noch relativ schwach und somit ausbaufähig (Schaller, Mons, 2018). Diese Einschätzung spiegelt sich auch in der europäischen Tabakkontrollskala von 2019 wider, für die insgesamt 36 Länder hinsichtlich ihrer Bemühungen um effektive Tabakprävention und Tabakkontrolle miteinander verglichen wurden. Deutschland liegt in diesem Ranking auf dem letzten Platz, Spitzenreiter sind Großbritannien, Frankreich und Irland (Joossens et al., 2020).

Damit sich das ändert, wurde im Jahr 2021 die „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ von einem breiten Bündnis von Gesundheits- und zivilgesellschaftlichen Organisationen veröffentlicht (Deutsches Krebsforschungszentrum et al., 2021). Ziel ist, dass im Jahr 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse konsumieren, insbesondere, wenn diese das suchterzeugende Nikotin enthalten. Für die Zielerreichung werden zehn konkrete Maßnahmen zur Tabakkontrolle benannt inklusive eines Zeitplans für deren Umsetzung.

## **Verbrauch von Tabakprodukten**

Der Konsum von in Deutschland versteuerten Fertigzigaretten ist seit Beginn der 2000er Jahre sukzessive gesunken (Kuntz et al., 2017a). Im Jahr 2021 ist ein Rückgang von 2,8 % im Vergleich zum Vorjahr auf nunmehr 71,8 Mrd. Stück festzustellen (Tab. 1). Der Pro-Kopf-Verbrauch betrug 863 Zigaretten (2020: 888 Zigaretten) (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Das ist der niedrigste Wert seit der Wiedervereinigung.

**Tab. 1:** Tabakwarenverbrauch 2006 bis 2021 in Millionen Stück bzw. Tonnen (entsprechend Nettobezug von Steuerzeichen)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	Mio. 93.465	91.497	87.977	86.607	83.565	87.556	82.405	80.266	79.521	81.267	75.016	75.838	74.360	74.596	73.809	71.767
Zigarren/Zigarillos	Mio. 5.545	6.519	4.991	3.777	3.967	4.216	3.795	3.560	3.858	2.956	3.049	2.823	3.007	2.645	2.743	2.780
Feinschnitt	t 22.702	22.381	21.849	24.404	25.486	27.043	26.922	25.734	25.700	25.470	25.188	24.258	24.298	23.813	26.328	24.854
Pfeifentabak	t 922	1.608	1.883	806	756	915	1.029	1.200	1.359	1.732	2.521	3.245	3.333	4.150	5.989	8.387

**Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	-2,5	-2,1	-3,8	-1,6	-3,5	+4,8	-5,9	-2,6	-0,9	+2,2	-7,7	+1,1	-1,9	+0,3	-1,1	-2,8
Zigarren/Zigarillos	+37,7	+17,6	-23,4	-24,6	+5,0	+6,3	-10,0	-6,2	+8,4	-23,4	+3,2	-7,4	+6,5	-12,1	+3,7	+1,4
Feinschnitt	-31,7	-1,4	-2,4	+11,7	+4,4	+6,1	-0,4	-4,4	-0,1	-0,9	-1,1	-3,7	+0,2	-2,0	+10,6	-5,6
Pfeifentabak	+14,7	+74,5	+17,0	-57,2	-6,3	+21,1	+12,4	+16,6	+13,2	+27,5	+45,6	+28,7	+2,7	+24,5	+44,3	+40,0

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

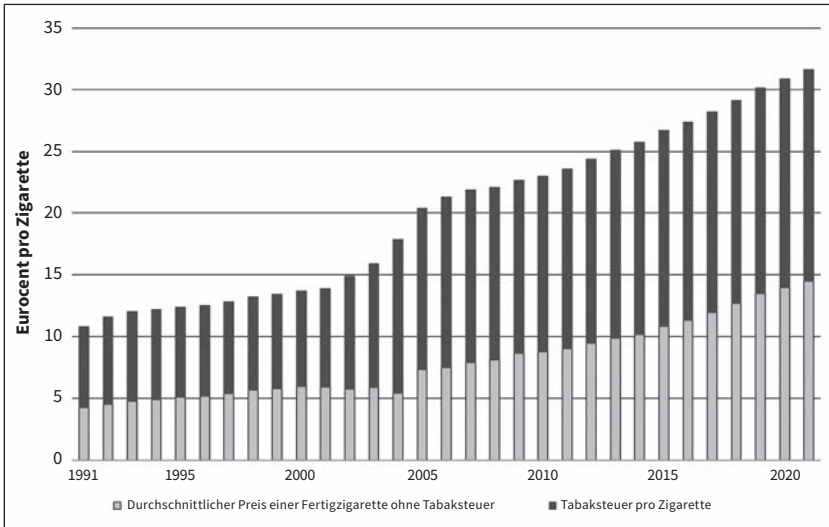
Bezüglich des Absatzes von Feinschnitt ist die zeitliche Entwicklung weniger eindeutig. Der Verbrauch erhöhte sich in den Jahren von 2009 bis 2011 auf bis zu 27.043 Tonnen und ging seither sukzessive, aber nur langsam, zurück. Nach einem Anstieg im Vorjahr ist der Absatz von Feinschnitt in 2021 wieder gesunken (-5,6 %) und lag bei 24.854 Tonnen. Diese Menge entspricht schätzungsweise 37,3 Mrd. Zigaretten (Annahme: 1 kg Feinschnitt ergibt 1.500 selbstgedrehte Zigaretten; vgl. (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2014a). Leicht zugenommen hat im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr der Verbrauch von Zigarren und Zigarillos (+1,4 % auf 2,8 Mrd. Stück).

Der Verbrauch von Pfeifentabak hat hingegen im Jahr 2021 gegenüber 2020 deutlich auf 8.387 Tonnen zugenommen (+40,0 %), nachdem er in den Vorjahren bereits kontinuierlich angestiegen war (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Dies dürfte insbesondere auf die seit einigen Jahren anhaltende Beliebtheit des speziellen Wasserpfeifentabaks zurückzuführen sein, der vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuhause oder in sog. Shisha-Bars geraucht wird (Kuntz et al., 2015, 2017a; Orth, Merkel, 2020). Auch die für elektrische Tabakerhitzer verwendeten Tabakmengen zählen zu dieser Kategorie.

Über die letzten Jahre betrachtet verdeutlichen die Verbrauchsdaten, wie preissensibel ein Teil der Tabakkonsumierenden reagiert. Im Wechselspiel zwischen Produktneueinführungen der Tabakindustrie und konsekutiven Anpassungen der Besteuerung wählen sie das jeweils günstigste Produkt. Dabei konkurrieren im Niedrigpreissegment billige Fertigzigaretten von Markenherstellern mit den sogenannten Handelsmarken, die von Lebensmittelketten vertrieben werden, und anderen Tabakerzeugnissen wie Feinschnitt oder Eco-Zigarillos. Darüber hinaus decken einige Raucher und Raucherinnen ihren Bedarf an Tabakwaren auch durch die legale Einfuhr aus Ländern mit niedrigeren Zigarettenpreisen oder aus illegalen Quellen. Folgen sind neben den fehlenden Steuereinnahmen zusätzliche Gesundheitsgefahren durch gefälschte Tabakerzeugnisse.

Möglicherweise haben sich in den letzten zwei Jahren die besonderen Handelsbedingungen und die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf den Tabakabsatz ausgewirkt: Da die Grenzen zu den Nachbarländern zeitweise geschlossen waren und Urlaubsreisen entfielen, griff ein Teil der Verbrauchenden auf der Suche nach einer Alternative zu den preisgünstigeren Zigaretten aus dem Ausland wohl vermehrt zum Feinschnitt, um sich Zigaretten selbst zu drehen.

**Abb. 1:** Durchschnittlicher Verkaufspreis von Zigaretten pro Stück 1991–2021



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

## Preisentwicklung bei Fertizigaretten

Im Jahr 2021 kostete eine Fertizigarette durchschnittlich 31,65 Eurocent (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Seit Anfang der 1990er Jahre hat sich der Preis für Zigaretten mehr als verdoppelt (Abb. 1). Staatlicherseits hat neben der mehrstufigen Tabaksteuererhöhung in den Jahren 2002 bis 2005 und den neuerlichen Anhebungen in den Jahren 2011 bis 2015 auch die im Jahr 2007 umgesetzte Mehrwertsteuererhöhung von 16 % auf 19 % zur Verteuerung von Fertizigaretten beigetragen. Der Anteil der Tabaksteuer am durchschnittlichen Verkaufspreis von Fertizigaretten betrug 2021 ca. 54 % und liegt damit inzwischen deutlich niedriger als noch in den Jahren 2003–2008 (Abb. 1). Inklusive der Mehrwertsteuer ergibt sich damit insgesamt ein Steueranteil von rund drei Viertel des Verkaufspreises. Etwa zwei Drittel des restlichen Viertels gehen an die Herstellenden und ein Drittel an den Handel.

## Ausgaben für Tabakwaren

Die Ausgaben für Tabakwaren sind im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr um 2,0 % auf 29,4 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 2). Ein Zuwachs ist dabei nicht in

**Tab. 2:** Ausgaben für Tabakwaren 2006 bis 2021 (Kleinverkaufswerte), in Mio. Euro

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	19.913	19.992	19.425	19.625	19.200	20.643	20.106	20.147	20.462	21.697	20.521	21.377	21.659	22.490	22.807	22.718
Zigarren/Zigarillos	783	823	720	630	656	736	747	714	773	691	705	673	738	661	737	775
Feinschnitt	2.339	2.162	2.170	2.436	2.583	3.033	3.304	3.350	3.516	3.670	3.655	3.515	3.539	3.627	4.198	4.094
Pfeifentabak	95	132	145	88	84	97	105	121	131	165	235	347	426	635	1.052	1.796
<b>Summe</b>	<b>23.130</b>	<b>23.110</b>	<b>22.460</b>	<b>22.779</b>	<b>22.522</b>	<b>24.509</b>	<b>24.261</b>	<b>24.332</b>	<b>24.882</b>	<b>26.223</b>	<b>25.116</b>	<b>25.912</b>	<b>26.362</b>	<b>27.413</b>	<b>28.793</b>	<b>29.382</b>

**Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	+1,9	+0,4	-2,8	+1,0	-2,2	+7,5	-2,6	+0,2	+1,6	+6,0	-5,4	+4,2	+1,3	+3,8	+1,4	-0,4
Zigarren/Zigarillos	+18,0	+5,1	-13,0	-13,0	+4,0	+12,3	+1,7	-4,4	+8,3	-10,6	+2,0	-4,6	+9,7	-10,5	+11,6	+5,1
Feinschnitt	-36,9	-7,5	+0,4	+12,2	+6,0	+17,4	+8,9	+1,4	+4,9	+4,4	-0,4	-3,8	+0,7	+2,5	+15,7	-2,5
Pfeifentabak	+11,8	+39,3	+9,9	-39,4	-4,8	+15,5	+8,3	+15,3	+8,8	+25,3	+42,9	+47,4	+22,8	+49,2	+65,6	+70,7
<b>Summe</b>	<b>-3,6</b>	<b>-0,1</b>	<b>-2,8</b>	<b>+1,4</b>	<b>-1,1</b>	<b>+8,8</b>	<b>-1,0</b>	<b>+0,3</b>	<b>+2,3</b>	<b>+5,4</b>	<b>-4,2</b>	<b>+3,2</b>	<b>+1,7</b>	<b>+4,0</b>	<b>+5,0</b>	<b>+2,0</b>

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

allen Produktklassen zu verzeichnen. Während die Ausgaben für Fertigzigaretten (-0,4 % auf 22,7 Mrd. Euro) und Feinschnitt (-2,5 % auf 4,1 Mrd. Euro) gesunken sind, haben die Ausgaben für Zigarren/Zigarillos (+5,1 % auf 775 Mio. Euro) und insbesondere (Wasser-)Pfeifentabak (+70,7 % auf 1,8 Mrd. Euro) zugenommen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022).

## **Tabaksteuereinnahmen**

Die Nettoeinnahmen aus der Tabaksteuer sind 2021 im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 % auf 14,7 Mrd. Euro gestiegen (Tab. 3). Den auffälligsten Zuwachs an Einnahmen aus der Tabaksteuer verzeichnete die Produktklasse (Wasser-)Pfeifentabak. Von den gesamten Tabaksteuereinnahmen entfielen im Jahr 2021 rund 83,6 % auf Fertigzigaretten, gefolgt von Feinschnitt mit 13,3 %. Zigarren/Zigarillos und (Wasser-)Pfeifentabak sind zusammen nur für 3,1 % des Tabaksteueraufkommens verantwortlich (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022).

## **Ausgaben für Tabakwerbung**

Gemäß einer im Jahr 2005 getroffenen Vereinbarung teilen die Verbände und Firmen der Tabakindustrie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung jährlich und notariell beglaubigt die Aufwendungen für Tabakwerbung mit. Diese Angaben werden im Jahresbericht der Drogenbeauftragten veröffentlicht (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Im Jahr 2019 beliefen sich die Werbeausgaben der Tabakindustrie insgesamt auf rund 210 Mio. Euro (Tab. 4). Gegenüber dem Vorjahr haben die Werbeausgaben um 8,3 % zugenommen. Während für direkte Werbung, darunter Außenwerbung, deutlich weniger Geld als in den Vorjahren ausgegeben wurde, flossen mehr Mittel in die Bereiche Promotion und Sponsoring. Auffällig ist, dass sich mit dem Inkrafttreten des Tabakwerbeverbots in Printmedien und im Internet Ende des Jahres 2006 die Werbeausgaben der Tabakindustrie zunehmend in die nicht regulierten Marketingbereiche wie Außenwerbung und Promotion verlagert haben. Im Fernsehen und Hörfunk ist die Werbung für Tabakprodukte schon seit Längerem untersagt. Verboten ist außerdem das Sponsoring von Veranstaltungen mit grenzüberschreitender Wirkung, wie z.B. Formel-1-Rennen. Das Sponsoring von Veranstaltungen mit regionaler Bedeutung ist allerdings nach wie vor erlaubt.

**Tab. 3:** Netto-Tabaksteuererlöse 2006 bis 2021 in Mio. Euro

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	12.974	12.862	12.261	11.951	11.992	12.677	12.197	12.214	12.260	12.871	12.125	12.362	12.294	12.251	12.349	12.303
Zigarren/Zigarillos	83	111	86	60	64	95	132	122	130	95	97	93	93	87	84	84
Feinschnitt	1.291	1.232	1.167	1.323	1.399	1.604	1.772	1.760	1.835	1.893	1.889	1.832	1.840	1.760	1.975	1.955
Pfeifentabak	26	43	50	24	23	27	30	34	39	48	71	95	106	149	228	370
<b>Summe</b>	<b>14.375</b>	<b>14.248</b>	<b>13.563</b>	<b>13.357</b>	<b>13.478</b>	<b>14.404</b>	<b>14.130</b>	<b>14.130</b>	<b>14.263</b>	<b>14.907</b>	<b>14.182</b>	<b>14.361</b>	<b>14.334</b>	<b>14.247</b>	<b>14.636</b>	<b>14.714</b>

**Relative Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in %)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Zigaretten	+4,7	-0,9	-4,7	-2,5	+0,3	+5,7	-3,8	+0,1	+0,4	+5,0	-5,8	+2,0	-0,5	-0,3	+0,8	-0,4
Zigarren/Zigarillos	+28,4	+33,6	-23,0	-30,8	+7,6	+48,7	+38,3	-7,7	+6,4	-26,7	+1,9	-4,0	+0,3	-6,5	-3,2	+2,0
Feinschnitt	-27,1	-4,6	-5,3	+13,4	+5,8	+14,7	+10,5	-0,7	+4,3	+3,2	-0,2	-3,0	+0,4	-4,4	+12,2	-1,1
Pfeifentabak	+10,3	+62,5	+16,0	-52,1	-4,1	+15,1	+9,7	+13,0	+13,1	+24,9	+45,9	+33,2	+11,4	+39,9	+53,2	+62,3
<b>Summe</b>	<b>+0,9</b>	<b>-0,9</b>	<b>-4,8</b>	<b>-1,5</b>	<b>+0,9</b>	<b>+6,9</b>	<b>-1,9</b>	<b>0,0</b>	<b>+0,9</b>	<b>+4,5</b>	<b>-4,9</b>	<b>+1,4</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,6</b>	<b>+2,7</b>	<b>+0,5</b>

Prozentangaben beziehen sich auf die exakten Werte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022



**Tab. 4:** Ausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring 2008–2019 (in 1.000 Euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Werbeausgaben insgesamt</b>	192.769	222.262	199.089	200.883	220.761	205.639	196.124	231.989	211.783	247.379	193.495	209.512
<b>Direkte Werbung</b>	86.296	81.345	69.214	70.270	80.225	70.186	73.957	93.813	87.808	98.008	63.409	53.994
Werbung in Printmedien	504	1.536	719	345	235	300	156	220	43	93	50	42
Außenwerbung	78.010	70.983	66.798	68.133	75.986	69.807	72.718	91.206	87.204	95.865	61.968	52.523
Werbung im Kino	1.512	2	1.216	1.785	3.950	78	1.080	2.383	554	2.047	1.368	1.426
Werbung im Internet	188	277	1	7	4	1	4	3	8	3	2	3
Sonstige Werbung	6.005	8.494	480	0	50	0	0	1	0	0	22	0
Keine Zuordnung	77	53	0	0	0	0	0	0	0	–	–	–
<b>Promotion</b>	102.792	137.495	127.105	122.887	135.397	128.944	116.557	133.091	118.511	141.561	122.332	144.632
<b>Sponsorship</b>	3.681	3.422	2.770	4.517	5.139	6.509	5.610	5.086	5.463	7.810	7.754	10.886

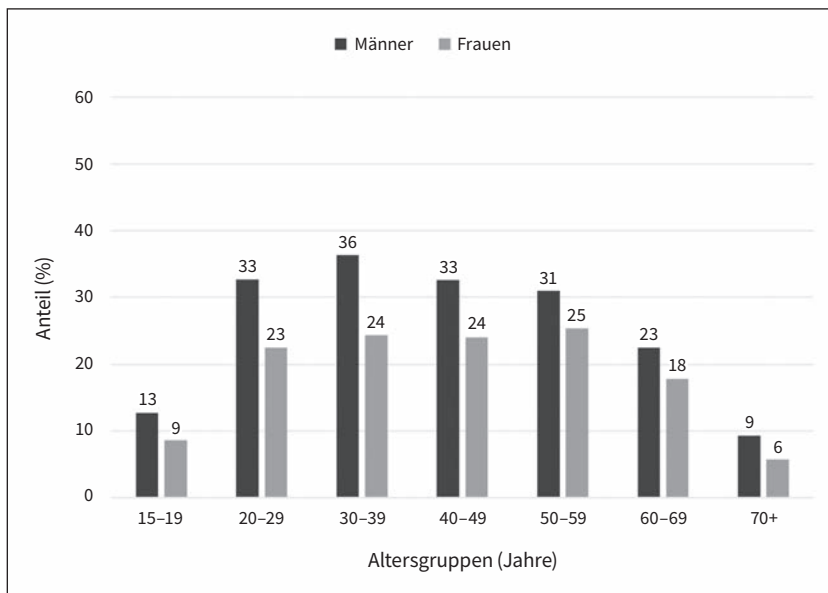
Quelle: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2019 und 2021 (basierend auf den Angaben der deutschen Tabakwirtschaft nach Art. 13 der Tabakrahmenkonvention)

## Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung

Aussagen zur Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung sind anhand bundesweit repräsentativer Studien möglich. Dazu zählt der Mikrozensus mit den Angaben zu Rauchgewohnheiten, zuletzt für 2017 publiziert. Demnach rauchen 26 % der 15-jährigen und älteren Männer und 19 % der gleichaltrigen Frauen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018). Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen und mittleren Erwachsenenalter (Abb. 2). Erst ab einem Alter von 60 Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang beobachten, der auch vor dem Hintergrund der mit dem Alter stattfindenden Zunahme tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle zu sehen ist.

Weitere repräsentative Surveys zeigen für Erwachsene folgendes Bild: Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2018, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, haben 26 % der Männer und 20 % der Frauen innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung Zigarette, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife geraucht (Atzendorf et al., 2019). Auch mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) (Heilert, Kaul, 2017), der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) (Robert Koch-Institut, 2021; Starker, 2021) und

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



Quelle: Mikrozensus 2017, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

**Tab. 5:** Aktuelle Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

Datenquelle	Jahr	Alter	Prävalenz (%)		
			Jungen/ Männer	Mädchen/ Frauen	Gesamt
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA): Aktueller Rauchstatus (Universität Düsseldorf)	2020/21	14+	34,0	26,0	30,0
GEDA Studie: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2019/20	18+	33,9	24,0	28,9
Epidemiologischer Suchtsurvey: 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2018	18–64	26,4	20,2	23,3
Mikrozensus: Aktueller Rauchstatus (Statistisches Bundesamt)	2017	15+	26,4	18,6	22,4
Sozio-oekonomisches Panel (SOEP): Aktueller Rauchstatus (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)	2016	18+	29,5	22,4	25,9
Drogenaffinitätsstudie: 30-Tage-Prävalenz (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	2019	12–25	17,3	12,9	15,2
KiGGS Welle 2: Aktueller Rauchstatus (Robert Koch-Institut)	2014–17	11–17	7,0	7,4	7,2
HBSC-Studie: 30-Tage-Prävalenz (Weltgesundheitsorganisation)	2017/18	11–15	6,3	7,0	6,7
ESPAD-Studie (Bayern): 30-Tage-Prävalenz (Institut für Therapieforschung)	2019	15–16	20,4	22,5	21,4

GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell; KiGGS Welle 2 = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Welle 2); HBSC = Health Behaviour in School-aged Children; ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen

der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) (Kastaun, 2021) kann gezeigt werden, dass etwa ein Viertel bis ein Drittel der erwachsenen Männer und ein Fünftel bis ein Viertel der erwachsenen Frauen rauchen (Tab. 5). Zu berücksichtigen ist dabei, dass ein direkter Vergleich der Prävalenzen nicht möglich ist, weil sich die Erhebungen auf unterschiedliche Altersspannen beziehen und unterschiedliche Erhebungsmethoden (Telefon/Papier/Online) bzw. unterschiedliche Befragungsinstrumente zum Einsatz kamen.

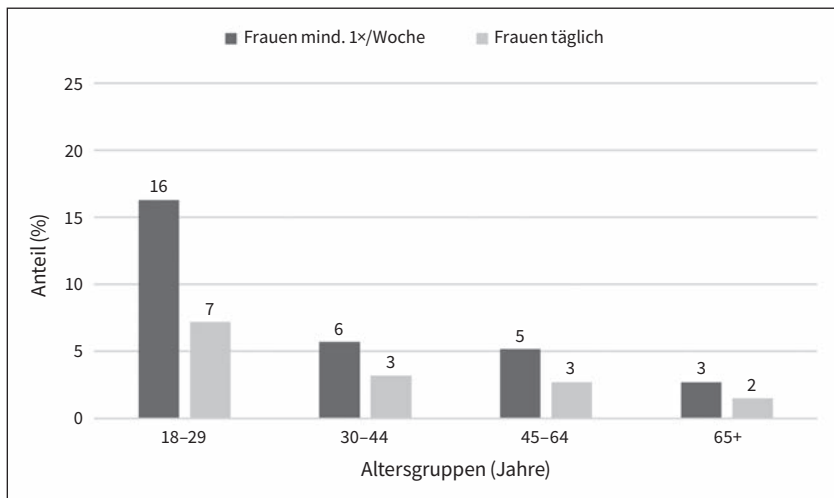
Bei den Studien zum Rauchverhalten von Jugendlichen kommen die methodischen Unterschiede besonders stark zum Tragen. Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2019 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) rauchen 6 % der 12- bis 17-jährigen Jungen und rund 5 % der gleichaltrigen Mädchen (Orth, Merkel, 2020). Den in den Jahren 2014 bis 2017

erhobenen Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) zufolge, beträgt die Rauchprävalenz in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen rund 7%, wobei sich auch hier keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern abzeichnen (Zeiser et al., 2018). Laut der zuletzt 2017/18 durchgeführten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) haben rund 7% der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und 6% der gleichaltrigen Schüler mindestens einmal in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht (HBSC-Studienverbund Deutschland, 2020). Die vergleichsweise hohen Anteile von Rauchenden der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) rühren daher, dass hier lediglich die 15- bis 16-Jährigen betrachtet werden, die zu einem deutlich höheren Anteil rauchen als die 11- bis 14-Jährigen, die in den anderen Studien mit berücksichtigt werden (Seitz et al., 2020).

## Ausmaß der Passivrauchbelastung

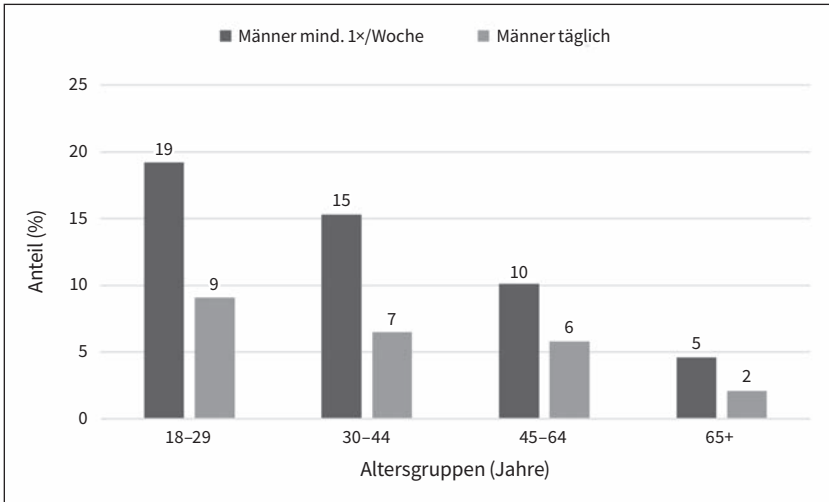
Um die Passivrauchbelastung der erwachsenen Bevölkerung abzuschätzen, kann auf die Daten der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) zurückgegriffen werden (Robert Koch-Institut, 2021;

**Abb. 3a:** Anteil der Nichtraucherinnen, die regelmäßig in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS, Robert Koch-Institut, 2021

**Abb. 3b:** Anteil der Nichtraucher, die regelmäßig in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, in verschiedenen Altersgruppen



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS, Robert Koch-Institut, 2021

Starker, 2021). Danach sind rund 8 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung, die selbst nicht rauchten, mindestens einmal pro Woche, in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, 4 % täglich. Auf Männer trifft dies häufiger zu als auf Frauen (11 % bzw. 5 % gegenüber 6 % bzw. 3 %). Die höchste Exposition betrifft junge Erwachsene im Alter von 18 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab, besonders deutlich ab dem 60. Lebensjahr (Abb. 3a und Abb. 3b).

Die aktuelle GEDA-Studie gibt keine Auskunft darüber, an welchen Orten eine Passivrauchbelastung auftritt. Nach früheren GEDA-Daten sind erwerbstätige Männer im Alter von 18 bis 64 Jahren weitaus häufiger als Frauen an ihrem Arbeitsplatz mit Tabakrauch konfrontiert (12 % gegenüber 4 %). Auch in Kneipen, Cafés, Bars und Diskotheken sowie bei Freunden und Bekannten sind mehr Männer als Frauen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt. In Bezug auf die Passivrauchexposition in der eigenen Wohnung sowie in öffentlichen Gebäuden und Restaurants zeigen sich hingegen keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede (Zeiber et al., 2018a).

Aussagen zur Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen sind mit Daten der KiGGS-Studie des RKI möglich. Die zuletzt verfügbaren Daten stammen aus den Jahren 2014 bis 2017 (Welle 2). Danach leben 40 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mit mindestens einem rauchen-

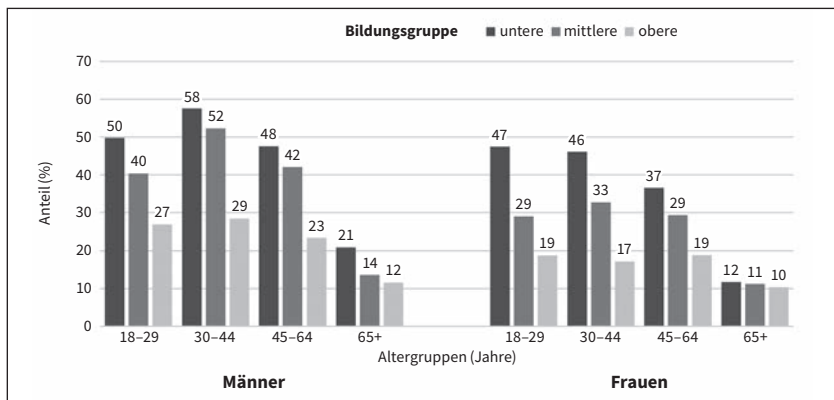
den Elternteil zusammen (Kuntz et al., 2019). Bei 14 % der Heranwachsenden rauchen sogar beide Elternteile. Dass in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung zumindest gelegentlich geraucht wird, wird von rund 9 % der Eltern angegeben. Nach Selbstauskunft der Jugendlichen in der KiGGS Welle 2 im Alter von 11 bis 17 Jahren halten sich etwa 59 % derjenigen, die selbst nicht rauchen, zumindest gelegentlich in Räumen auf, in denen geraucht wird. Einer täglichen Passivrauchbelastung sind rund 8 % der Jugendlichen ausgesetzt, weitere 6 % sind mehrmals in der Woche mit Tabakrauch konfrontiert.

## Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede

Für die Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik ist von großer Bedeutung, in welchen Bevölkerungsgruppen das Rauchen und die Passivrauchbelastung am stärksten verbreitet sind. Anhaltspunkte hierzu liefern Analysen, die auf Zusammenhänge mit dem sozialen Status (Lampert, 2010; Kuntz et al., 2016) oder dem Bildungsstand hinweisen (Kuntz et al., 2014).

Mit Daten der GEDA-Studie 2019/2020-EHIS kann gezeigt werden, dass Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsstand deutlich häufiger rauchen als diejenigen mit hohem Bildungsstand (nach internationaler Standardklassifikation für das Bildungswesen [ISCED]; Eurostat, 2016). Lediglich in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren sind keine auffälligen Bildungsunterschiede im Rauchverhalten festzustellen (Abb. 4).

**Abb. 4:** Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen nach Bildungsstatus



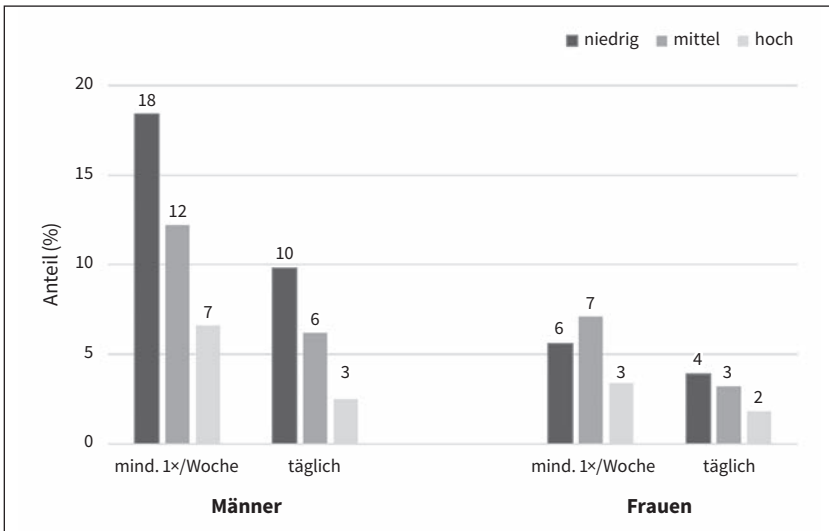
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS, Robert Koch-Institut, 2021

Auch bei Jugendlichen zeichnen sich soziale Unterschiede im Rauchverhalten ab. Nach den Daten der KiGGS-Studie zählen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger zu den aktuell, regelmäßig oder täglich Rauchenden als Gleichaltrige aus Familien mit hohem Sozialstatus (Lampert et al., 2014; Zeiher et al., 2018). In der KiGGS-Studie und im Rahmen anderer Studien wurden zudem deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der besuchten Schulform der Jugendlichen gefunden. Gymnasiasten rauchen demzufolge seltener als Gesamt-, Haupt- und Realschülerinnen und -schüler (Rathmann et al., 2016; Zeiher et al., 2018b; Moor et al., 2020; Seitz et al., 2020).

Auch bezüglich der Passivrauchbelastung sind deutliche Bildungsunterschiede festzustellen. Wie die Daten der GEDA-Studie 2019/2020-EHIS belegen, ist das vor allem bei Männern der Fall: Männer der oberen Bildungsgruppe sind deutlich seltener von regelmäßiger Passivrauchbelastung in geschlossenen Räumen betroffen als die der unteren und mittleren Bildungsgruppe (Abb. 5). Bei Frauen sind diese Unterschiede nicht signifikant.

Ebenso deutlich fallen die statusspezifischen Unterschiede in der Passivrauchbelastung bei den Heranwachsenden aus. Nach den KiGGS-Daten aus den Jahren 2014 bis 2017 lebt mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen

**Abb. 5:** Anteil der Nichtraucher und Nichtraucherinnen, die regelmäßig (mind. 1-mal pro Woche oder täglich) in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, nach Bildungsstand



Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS, Robert Koch-Institut, 2021

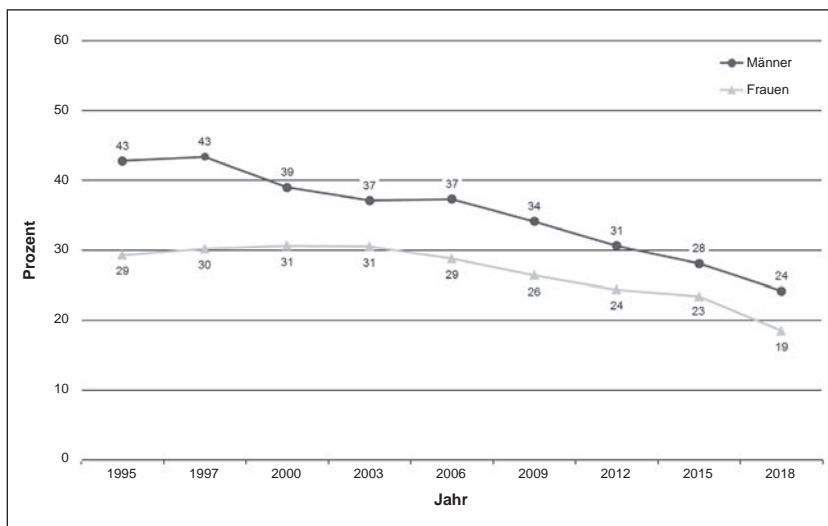
mit niedrigem Sozialstatus mit mindestens einem rauchenden Elternteil zusammen, während dies lediglich auf ein Fünftel der Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe zutrifft (Kuntz et al., 2019). Zudem geben Eltern mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger an, dass in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung geraucht wird, als Eltern mit hohem Sozialstatus. Auch bei jugendlichen Nichtraucherinnen gilt: Je niedriger der soziale Status, desto höher ist der Anteil der Jungen und Mädchen, die sich mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird (Kuntz, Lampert, 2016a).

## Zeitliche Entwicklungen und Trends des Rauchverhaltens

Erkenntnisse über zeitliche Entwicklungen und Trends des Rauchverhaltens und der Passivrauchbelastung sind eine wichtige Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle.

Für die erwachsene Bevölkerung belegen die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (18- bis 59-Jährige) einen deutlichen Rückgang der Rauchquoten für die letzten 20–25 Jahre (Seitz et al., 2019b). Im Zeitraum von 1995 bis 2018 ging die Rauchquote bei Männern um 19 Prozentpunkte und bei Frauen um 10

**Abb. 6:** Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei 18- bis 59-jährigen Männern und Frauen



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1995–2018 (Seitz et al., 2019b)



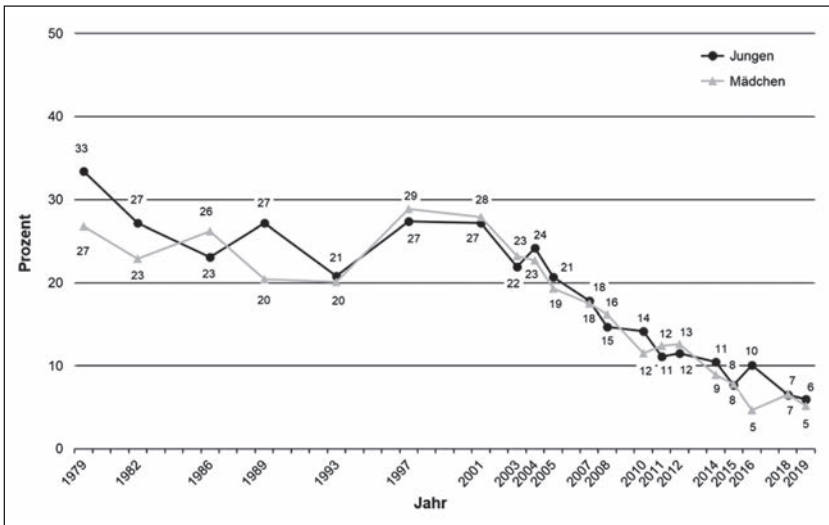
Prozentpunkte zurück (Abb. 6). Mit der Zeit haben sich die Rauchquoten von Männern und Frauen sukzessive angenähert.

Auch die Ergebnisse des Mikrozensus sprechen für einen Rückgang des Rauchens in der erwachsenen Bevölkerung. Danach hat der Anteil der Raucher bezogen auf die 15-jährige und ältere Bevölkerung von 2003 bis 2017 von 33 % auf 26 % abgenommen, der Anteil der Raucherinnen ist von 22 % auf 19 % zurückgegangen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018). Legt man die Daten der Gesundheitssurveys des RKI bis 2014/2015 zugrunde, dann ist seit 2003 die Rauchquote bei Männern und Frauen um 11 bzw. 8 Prozentpunkte gesunken (Zeihner et al., 2018c).

Eine altersdifferenzierte Betrachtung der Daten macht deutlich, dass der Rückgang des Rauchens vor allem auf Verhaltensänderungen bei jungen Erwachsenen zurückzuführen ist. Im mittleren und höheren Lebensalter fällt der Rückgang – wenn er überhaupt beobachtet werden kann – weitaus schwächer aus (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018; Zeihner et al., 2018c; Seitz et al., 2019a).

Für Jugendliche kann die langfristige Entwicklung der Rauchprävalenzen anhand der Repräsentativerhebungen der BZgA nachgezeichnet werden (Abb. 7). Für den Zeitraum von 1979 bis 1993 ist ein Rückgang des Rauchens zu beobachten, dem Ende der 1990er Jahre ein neuerlicher Anstieg folgte. Seitdem

**Abb. 7:** Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen



Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 1979–2019 (Orth, Merkel, 2020)

sind die Prävalenzen deutlich rückläufig. Im Jahr 2019 rauchten insgesamt rund 6 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen – so wenig wie noch nie zuvor seit Beginn der Datenerhebung (Orth, Merkel, 2020). Den Trendauswertungen der KiGGS-Studie zufolge ist die Rauchquote bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen im Zeitraum von 2003–06 bis 2014–17 von rund 21 % auf 7 % gesunken (Zeiber et al., 2018). Gleichzeitig rauchen immer weniger Jugendliche täglich (14 % vs. 4 %) (Zeiber et al., 2018b). Dies zeigt sich nicht nur bei Jugendlichen aus sozial bessergestellten Familien, sondern auch bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien (Kuntz, Lampert, 2016) und nicht nur bei Jugendlichen an Gymnasien, sondern auch bei Schülern und Schülerinnen weiterführender Schulen (Kuntz et al., 2018a).

## **Zeitliche Entwicklungen und Trends der Passivrauchbelastung**

Die zeitlichen Entwicklungen und Trends beim Passivrauchen können für Erwachsene auf Basis unterschiedlicher Studien beschrieben werden, wobei aber keine langen Zeitreihen existieren (Kuntz et al., 2017b). Laut Daten der GEDA-Studie ist der Anteil der nichtrauchenden Erwachsenen, die mindestens an einem Tag in der Woche einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind, allein zwischen 2009 und 2012 von 33 % auf 27 % zurückgegangen. Allerdings lassen sich diese Zahlen nicht mit den vorab in diesem Beitrag berichteten Ergebnissen aus GEDA 2019/2020-EHIS vergleichen, da sich sowohl die Fragestellung als auch die vorgegebenen Antwortkategorien im Zuge einer methodischen Anpassung an den European Health Interview Survey (EHIS) verändert haben (Robert Koch-Institut, 2017, 2021). Werden die Daten der letzten beiden Wellen der GEDA-Studie verglichen, zeigt sich aber eine weitere Abnahme der Passivrauchbelastung von 11,3 % auf 8,3 % (Zeiber et al., 2018a; Starker, 2021). Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys weisen ebenfalls auf eine Verringerung der Passivrauchbelastung nach Einführung der Nichtraucherchutzgesetze ab dem Jahr 2007 hin. Während im Jahr 2006 noch 31 % der nichtrauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden angaben, am Arbeitsplatz mit Tabakrauch konfrontiert zu sein, waren es im Jahr 2009 nur noch 15 %. Der Anteil der Nichtraucher, die in der Freizeit mit Passivrauch belastet waren, sank von 27 % auf 14 %, während der Anteil der Nichtraucher, die in der eigenen Wohnung Passivrauch ausgesetzt waren, mit 10 % (2006: 11 %) weitestgehend unverändert blieb (Baumeister et al., 2008; Kraus et al., 2010). Aktuellere Zahlen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey liegen nicht vor. Auch die Daten zweier Erhebungswellen des Gesundheitsmonitors, eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung mit der BARMER GEK, belegen, dass die

Belastung durch Passivrauchen zwischen 2007 und 2014 merklich zurückgegangen ist (Schaller et al., 2014). Der Anteil der befragten Erwerbstätigen, die angaben, über einen komplett rauchfreien Arbeitsplatz zu verfügen, erhöhte sich in dieser Zeit von rund 63 % auf 81 %. Auch der Anteil der 18- bis 79-Jährigen, die zu Hause nie Passivrauch ausgesetzt sind, war mit 79 % gegenüber 71 % höher als sieben Jahre zuvor. Die auffälligste Entwicklung gab es in der Freizeit: Während im Jahr 2007 nur 12 % der Befragten keinerlei Passivrauchbelastung in ihrer Freizeit angaben, waren es 2014 ganze 80 %.

Mit Blick auf Kinder und Jugendliche ist die KiGGS-Studie die einzige bundesweite Erhebung, die eine Einschätzung der zeitlichen Entwicklung in der Passivrauchbelastung zulässt. Trendauswertungen zeigen, dass der Anteil 0- bis 17-jähriger Kinder, die in Wohnungen aufwachsen, in denen geraucht wird, im Zeitraum von 2003–06 bis 2014–17 von rund 32 % auf 9 % gesunken ist (Kuntz et al., 2019). Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil raucht, von 51 % auf 40 % zurückgegangen. Auch bei Jugendlichen ist ein Rückgang der Passivrauchbelastung festzustellen: Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Nichtrauchernden, die sich mehrmals pro Woche oder täglich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, hat sich im Zeitraum von 2003–06 bis 2014–17 von rund 35 % auf 14 % mehr als halbiert. Dabei gilt, dass sich unabhängig vom sozialen Status das Ausmaß der Passivrauchbelastung in allen Statusgruppen reduziert hat, deutliche Unterschiede zu Ungunsten sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher jedoch nach wie vor bestehen (Kuntz, Lampert, 2016b).

## **Elektrische Inhalationsprodukte: E-Zigarette und Tabakerhitzer**

Die Gruppe der elektronischen Inhalationsprodukte umfasst E-Zigaretten, bei denen ein flüssiges Chemikaliengemisch (Liquid) mit oder ohne Nikotin verdampft wird und Tabakerhitzer, bei denen Tabak erhitzt, aber nicht verbrannt wird. E-Zigaretten bestehen in der Regel aus einem Mundstück, einer Kartusche mit Liquid und einem durch eine Batterie betriebenen Heizelement (Verdampfer). Es gibt auch Produkte, bei denen das Liquid per Ultraschall vernebelt wird (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020b). Die Zusammensetzung der Liquids ist je nach Produkt unterschiedlich. Hauptbestandteile sind üblicherweise Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromastoffe und Nikotin in unterschiedlichen Konzentrationen. Es sind aber auch nikotinfreie Liquids erhältlich (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020b). Beim Erhitzen des Liquids entsteht ein Aerosol, das aus den Inhaltsstoffen des Liquids besteht. Darüber hinaus entstehen aus den Hauptbestandteilen aber

weitere Substanzen, u. a. Formaldehyd, Acrolein, reaktive Sauerstoffbindungen und Metalle (Chrom, Nickel, Blei), die gesundheitsschädigend sind und das Herz-Kreislauf-System und die Lunge schädigen (Bravo-Gutiérrez et al., 2021). Die Konzentration im Aerosol variiert in Abhängigkeit von der Leistung und der Art der E-Zigarette, dem verwendeten Liquid und dem Nutzerverhalten (Goniewicz et al., 2014). Werden nikotinhaltige Liquids verdampft, besteht zudem die Gefahr der Abhängigkeit und weiterer Gesundheitsstörungen (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2015). Bei Tabakerhitzern wird im Unterschied zu E-Zigaretten echter Tabak verwendet. Dieser wird in Form von Tabakstiften auf ca. 350 Grad Celsius erhitzt, aber nicht verbrannt, weswegen Tabakerhitzer auch „Heat-not-burn“-Produkte genannt werden (Auer et al., 2017; Pieper et al., 2018; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2020b). Das dabei entstehende Aerosol wird vor dem Konsum kanalisiert und in einem Filter abgekühlt.

Inhaltsstoffe, Emissionswerte und Informationspflichten von Tabak- und verwandten Erzeugnissen werden in Deutschland über das Gesetz über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und die darauf gestützte Tabakerzeugnisverordnung geregelt.

In den letzten Jahren ist in Deutschland wie auch international kontrovers über Chancen und Risiken von elektrischen Inhalationsprodukten diskutiert worden (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2016; Schaller, Mons, 2017; Green et al., 2018; Warner, 2019). Diese Debatte hält auch weiterhin an, da vor allem über die langfristigen Auswirkungen von elektrischen Inhalationsprodukten noch Forschungsbedarf besteht (Gotts et al., 2019; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2021; Fairchild, 2021).

Im Sinne einer Schadensminimierung (harm reduction) wird auf die im Vergleich zu den herkömmlichen Tabakzigaretten reduzierte Emission von schädlichen bzw. potenziell schädlichen Stoffen im Rauch von elektrischen Inhalationsprodukten verwiesen (Goniewicz et al., 2014; Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2017; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018a; Mallock et al., 2018). Außerdem wird das Potenzial von E-Zigaretten als Hilfsmittel zur Tabakentwöhnung als Alternative zu herkömmlichen Nikotinersatztherapien betont (Hartmann-Boyce et al., 2021; Myers Smith et al., 2022), allerdings gibt es hierzu noch keine gesicherte Evidenz (Hanewinkel, 2021).

Die Inhaltsstoffe von E-Zigaretten und Tabakerhitzern sind jedoch gesundheitlich nicht unbedenklich. So kann bereits kurzzeitiger Gebrauch von E-Zigaretten zu Atemwegsreizungen und allergischen Reaktionen führen (Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2013; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018a; Reidel et al., 2018). Und die Nutzung von Tabakerhitzern wird trotz Reduzierung des Gehalts gesundheitsschädlicher Stoffe als

gesundheitsgefährdend eingestuft (Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR], 2017; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2018b; Mallock et al., 2018). Bei nikotinhaltenigen E-Zigaretten wie auch bei Tabakerhitzern besteht darüber hinaus ein Sucht- und Abhängigkeitspotenzial wie bei Tabakzigaretten (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2015, 2018a). Somit bleibt bei einem Umstieg von Tabakzigaretten auf nikotinhaltige elektrische Inhalationsprodukte die Nikotinabhängigkeit weiter bestehen.

Kritisch beurteilt wird der Umstand, dass E-Zigaretten und Tabakerhitzer als Lifestyle-Produkte und gesündere Alternative zum Tabakrauchen beworben werden, und vor allem auch Jugendliche hiervon angesprochen werden (Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2014b; Hansen et al., 2018; Arnau et al., 2021). Hier greift in Zukunft das Tabakwerbeverbot auf Außenflächen, das ab dem Jahr 2023 auch für Tabakerhitzer und ab 2024 auch für E-Zigaretten gilt. Um Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Konsums von E-Zigaretten (und E-Shishas) zu schützen, wurde das Jugendschutzgesetz bereits im Jahr 2016 dahingehend überarbeitet, dass die Regelungen zum Rauchen in der Öffentlichkeit und Verkauf von Tabakwaren auch für elektronische Inhalationsprodukte gelten.

Zur Einschätzung, in welchem Umfang elektrische Inhalationsprodukte aktuell in Deutschland genutzt werden, kann auf bevölkerungsrepräsentative Querschnittsbefragungen zurückgegriffen werden.

Nach aktuellen Daten der DEBRA-Studie der Wellen 27 bis 32 von Oktober/November 2020 bis August/September 2021 (Kastaun, 2021) liegt der Anteil der Befragten, die aktuell E-Zigaretten konsumieren, bei 1,2 %, wobei die meisten E-Zigarettennutzerinnen und -nutzer gleichzeitig auch Tabak konsumieren. Die Ergebnisse der GEDA-Studie zur aktuellen Nutzung liegen mit 3,2 % etwas höher (Starker, 2021). Werden nur Jugendliche und junge Erwachsene betrachtet (Daten der DEBRA-Studie für 2019), liegt der prozentuale Anteil aktueller E-Zigarettennutzerinnen und -nutzer höher: bei den 14- bis 17-Jährigen bei 2,1 % und bei den 18- bis 24-Jährigen bei 4,5 % (Kastaun, Kotz, 2019). Nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2019 der BZgA beträgt die 30-Tage-Prävalenz der E-Zigaretten-Nutzung bei 12- bis 17-Jährigen 4,1 %, bei 18- bis 25-Jährigen 6,9 % (Orth, Merkel, 2020). Die Ergebnisse der BZgA belegen darüber hinaus, dass der kombinierte Konsum von Tabakzigaretten und Wasserpfeife und/oder E-Produkte/Tabakerhitzer bei den 12- bis 17-Jährigen weiter verbreitet ist (3,7 %) als der ausschließliche Konsum von Tabakzigaretten (2,9 %). Bei jungen Erwachsenen geben 11,1 % einen kombinierten Konsum an. Nach den Daten der DEBRA-Studie nutzen aktuell sehr wenige Menschen Tabakerhitzer (0,3 %), wobei auch diese mehrheitlich gleichzeitig auch Tabak konsumieren (Kastaun, 2021).

Die Repräsentativerhebungen der BZgA ermöglichen Aussagen zum Trend bei Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) (Orth, Merkel, 2020). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Jugendlichen, die schon einmal E-Zigaretten probiert haben (Lebenszeitprävalenz), im Zeitraum von 2012 bis 2019 statistisch signifikant angestiegen ist, was vor allem auf eine Zunahme bei den männlichen Jugendlichen zurückzuführen ist. Bei den weiblichen Jugendlichen zeigt sich keine Veränderung. Bei den jungen Erwachsenen ist in diesem Zeitraum sowohl bei Männern als auch Frauen ein Anstieg des E-Zigaretten-Konsums zu verzeichnen. Auch der aktuelle E-Zigaretten-Konsum (in den letzten 30 Tagen) hat sich im Vergleich zu 2015 in allen Gruppen, mit Ausnahme der jungen erwachsenen Frauen, statistisch signifikant erhöht. Bei der Nutzung von Tabakerhitzern lassen sich im Vergleich zu 2018 kaum Änderungen feststellen.

Nach Gründen für die Nutzung von E-Zigaretten befragt, unterscheiden sich Jugendliche und Erwachsene. Die Mehrzahl der Jugendlichen gibt an, dies aus „Spaß“ zu tun, während Erwachsene mehrheitlich angeben, dass E-Zigaretten billiger und weniger schädlich seien als Tabakzigaretten (Kotz, Kastaun, 2018). Rauchende geben als Gründe für die Verwendung von E-Zigaretten an, um weniger zu rauchen, um ganz mit dem Tabakrauchen aufzuhören bzw. um ihre Gesundheit zu verbessern (Eichler et al., 2016).

## **Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Tabakkonsum**

Rauchen wurde bereits zu Beginn der COVID-19-Pandemie als Risikofaktor für einen schweren Krankheitsverlauf diskutiert (Simons et al., 2020). Der Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und dem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf und dem erhöhten Risiko, an COVID-19 zu sterben, ist inzwischen bestätigt (Hou et al., 2021; Clift et al., 2022). Dabei gibt es Hinweise auf einen Dosis-Wirkungszusammenhang (Lowe et al., 2021). Es gab aber auch Untersuchungen, die aufgrund dessen, dass der Anteil von Raucherinnen und Rauchern unter den an COVID-19-Erkrankten geringer war als in der Bevölkerung, darauf hindeuten, dass sich Rauchende womöglich seltener infizieren (Miyara et al., 2020). Als Erklärung dafür wird eine hemmende Wirkung des Nikotins bei der Ausbildung von ACE2-Rezeptoren auf der Zelloberfläche aufgeführt, an denen das Coronavirus andockt. Nikotin könnte so vor Infektionen schützen (Changeux et al., 2020). Die Ergebnisse eines aktuellen Reviews legen aber nahe, dass die Behauptungen über eine schützende Wirkung mit Vorsicht zu betrachten sind (Usman et al., 2021) und weitere Untersuchungen über die Wechselwirkung zwischen Rauchen und COVID-19 erforderlich sind, um das

Risiko einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 bei Rauchenden und das Fortschreiten der Erkrankung bis hin zur mechanischen Beatmung oder zum Tod bei Patienten und Patientinnen mit COVID-19 genau beurteilen zu können.

Da vor allem zu Beginn der Pandemie über Rauchen als möglichem Risikofaktor für einen schweren Krankheitsverlauf berichtet wurde, erscheinen Rauchstopp bzw. Rauchstoppversuche plausibel. Andererseits können soziale Isolation und Existenzsorgen infolge der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu einem vermehrten Konsum von Tabakprodukten führen, da Raucherinnen und Raucher den Tabakkonsum als stressmildernd erleben (Parrott, 1999). Die Daten der DEBRA-Studie (Kastaun, 2021) und der GEDA-Studie (Starker, 2021) belegen aktuell einen gestiegenen Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung. Ob das ursächlich mit der Pandemie zusammenhängt, kann anhand der Daten nicht beurteilt werden. Die Ergebnisse der COSMO-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring) zeigen aber, dass die Verbreitung und Häufigkeit des Konsums von Tabak- und E-Zigaretten während der Pandemie zugenommen haben (COVID-19 Snapshot Monitoring [COSMO], 2021). Es erscheint daher wichtig, gezielte Unterstützungsangebote zum Rauchausstieg bereitzustellen (Jordan et al., 2020) sowie laufende Präventionsmaßnahmen an die Pandemie anzupassen.

## Fazit

Die vorliegenden Daten lassen den Schluss zu, dass die bislang umgesetzten Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu einer Verringerung des Tabakkonsums geführt haben (Kuntz et al., 2018b). Mit einem deutlichen Rückgang der Rauchquoten im mittleren und höheren Erwachsenenalter ist wahrscheinlich erst zu rechnen, wenn die Geburtsjahrgänge, die zu einem geringeren Anteil mit dem Rauchen angefangen haben, in diese Altersphasen kommen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Bemühungen zur Eindämmung des Tabakkonsums weiter intensiviert werden. Die „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ zeigt die hierfür notwendigen Schritte auf (Deutsches Krebsforschungszentrum et al., 2021). Die darin beschriebenen Maßnahmen orientieren sich am WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), das Deutschland bereits 2004 unterzeichnet und sich damit zur Ratifizierung verpflichtet hat. Folgende Maßnahmen werden in der Strategie benannt: Tabaksteuererhöhung, Unterstützung von Rauchenden beim Rauchstopp, Werbeverbot und standardisierte Verpackung, Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten, Schutz

vor Passivrauchbelastung, Umsetzung der Kinderrechte und Jugendschutz in Bezug auf Tabak, Aufklärungskampagnen, Initiativen zur Tabakkontrolle und Alternativen zum Tabakanbau im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit, Schutz politischer Entscheidungen und deren Organisationen vor Beeinflussung durch die Tabakindustrie sowie regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der genannten Maßnahmen. Eine Studie, die den möglichen langfristigen Nutzen der im Zusammenhang mit FCTC empfohlenen Maßnahmen untersucht hat, belegt ein erhebliches Präventionspotenzial (Levy et al., 2013). Durch einen umfassenden „policy mix“ könnte die Raucherquote bei Erwachsenen in Deutschland deutlich gesenkt werden und eine Vielzahl tabakassoziierter Erkrankungen und Sterbefälle vermieden werden.

Positiv hervorzuheben ist der mit Einführung der Nichtrauchererschutzgesetze deutliche Rückgang in der Passivrauchbelastung und dass Rauchverbote verstärkt Zustimmung in der Bevölkerung erfahren und Nichtrauchen immer mehr zur sozialen Norm wird (Schaller et al., 2014).

## Literatur

- Arnaud, N. et al. (2021): Nutzung elektronischer Zigaretten (E-Zigaretten) und E-Shishas durch Kinder und Jugendliche: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 1–11. <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1422-4917/a000831>, Zugriff: 17.02.2022.
- Atzendorf, J. et al. (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten: Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt International, 116(35-36), 577–584.
- Auer, R. et al. (2017): Heat-not-burn tobacco cigarettes: Smoke by any other name. JAMA Internal Medicine, 177(7), 1050–1052.
- Baumeister, S.E. et al. (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht, 54(7), 26–35.
- Bravo-Gutiérrez, O.A. et al. (2021): Lung damage caused by heated tobacco products and electronic nicotine delivery systems: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(8), 4079.
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hrsg.) (2017): Vorläufige Risikobewertung von Tobacco Heating-Systemen als Tabakprodukte. Mitteilung Nr. 015/2017 des BfR vom 27. Juli 2017. Berlin. <https://www.bfr.bund.de/cm/343/vorlaeufige-risikobewertung-von-tobacco-heating-systemen-als-tabakprodukte.pdf>, Zugriff: 14.10.201.



- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (Hrsg.) (2013): Liquids von E-Zigaretten können die Gesundheit beeinträchtigen. Stellungnahme Nr. 016/2012 des BfR vom 24. Februar 2012, ergänzt am 21. Januar 2013. Berlin. <https://www.bfr.bund.de/cm/343/liquids-von-e-zigaretten-koennen-die-gesundheit-beeintraechtigen.pdf>, Zugriff: 14.10.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2015): Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. Berlin.
- Bundesregierung (Hrsg.) (2021): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021. Berlin. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873516/7c0614aff0f2c847f51c4d8e9646e610/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-barrierefrei-data.pdf?download=1>, Zugriff: 14.10.2021.
- Changeux, J.P. et al. (2020): A nicotinic hypothesis for Covid-19 with preventive and therapeutic implications. *Comptes Rendus – Biologies*, 343(1), 33–39.
- Clift, A.K. et al. (2022): Smoking and COVID-19 outcomes: an observational and Mendelian randomisation study using the UK Biobank cohort. *Thorax*, 77(1), 65.
- COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) (Hrsg.) (2021): Rauch- und Trinkverhalten. Erfurt. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/70-rauchen-trinken/>, Zugriff: 26.01.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2021): Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) zu E-Zigaretten. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS\\_Stellungnahme\\_E-Zigarette.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Stellungnahme_E-Zigarette.pdf), Zugriff: 14.10.2021.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2016): „Harm Reduction“: Verringerung von tabakrauchbedingten Gesundheitsschäden durch E-Zigaretten? Stellungnahme. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS\\_Positionspapier\\_Harm\\_Reduction.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Positionspapier_Harm_Reduction.pdf), Zugriff: 14.10.2021.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutsche Krebshilfe Aktionsbündnis Nichtrauchen (Hrsg.) (2021): Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. Heidelberg. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonst\\_Veroeffentlichungen/2021\\_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonst_Veroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf), Zugriff: 25.01.2022.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2020a): Tabakatlas Deutschland 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2020b): E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2018a): E-Zigaretten. (Fakten zum Rauchen). Heidelberg.

- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2018b): Tabakerhitzer. (Fakten zum Rauchen). Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2015): Gesundheitsrisiko Nikotin. (Fakten zum Rauchen). Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2014a): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. (Aus der Wissenschaft – für die Politik). Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2014b): Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? (Aus der Wissenschaft – für die Politik). Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2010): Nichtrauchererschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. (Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle; Band 15). Heidelberg.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2021): Jahresbericht 2021. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2020): Jahresbericht 2020. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2019): Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Effertz, T. (2020): Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers. 225–234.
- Eichler, M.; Blettner, M.; Singer, S. (2016): Nutzung elektronischer Zigaretten. Eine bevölkerungsrepräsentative Querschnittsbefragung unter 4002 Personen aus dem Jahr 2016. Deutsches Ärzteblatt International, 113(50), 847–854.
- Eurostat (Hrsg.) (2016): Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International\\_standard\\_classification\\_of\\_education\\_%28ISCED%29/de](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de), Zugriff: 07.01.2022.
- Fairchild, A.L. (2021): Is good enough good enough? E-Cigarettes, evidence, and policy. American Journal of Public Health, 111(2), 221–223.
- Fischer, F.; Kraemer, A. (2015): Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. BMC Public Health, 15(1), 1202.
- Goniewicz, M.L. et al. (2014): Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. Tobacco Control, 23(2), 133.
- Gotts, J.E. et al. (2019): What are the respiratory effects of e-cigarettes? The BMJ, 366.

- Green, L.W.; Fielding, J.E.; Brownson, R.C. (2018): The Debate About Electronic Cigarettes: Harm Minimization or the Precautionary Principle. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 189–191.
- Hanewinkel, R. (2021): E-Zigaretten zur Rauchstopp-Unterstützung: Mehr offene Fragen als Gewissheiten. Kommentar zu: Hartmann-Boyce, J. et al., Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021(4):CD010216. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (146), 364–365.
- Hansen, J.; Hanewinkel, R.; Morgenstern, M. (2018): Electronic cigarette marketing and smoking behaviour in adolescence: a cross-sectional study. *ERJ Open Research*, 4(4), 00155-02018.
- Hartmann-Boyce, J. et al. (2021): Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4), CD010216.
- HBSC-Studienverbund Deutschland (Hrsg.) (2020): Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2017/18. [http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt\\_Tabakkonsum\\_2018\\_final\\_05.02.2020.pdf](http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt_Tabakkonsum_2018_final_05.02.2020.pdf), Zugriff: 14.10.2021.
- Heilert, D.; Kaul, A. (2017): Smoking Behaviour in Germany – Evidence from the SOEP. Berlin: DIW.
- Hou, H. et al. (2021): Smoking Is Independently Associated With an Increased Risk for COVID-19 Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis Based on Adjusted Effect Estimates. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(11), 1947–1951.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2004): Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Volume 83. Lyon: IARC.
- Joossens, L.; Feliu, A.; Fernandez, E. (Eds.) (2020): The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues. <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf>, Zugriff: 14.10.2021.
- Jordan, S. et al. (2020): Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. *Journal of Health Monitoring*, 5(S8), 2–16.
- Kastaun, S. (2021): Aktuelle Daten zum Konsum von Tabak und alternativen Nikotinprodukten (DEBRA Studie). Düsseldorf: Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche\\_Konferenzen\\_fuer\\_Tabakkontrolle/Kastaun-TK-Konferenz\\_2021\\_DKFZ\\_Kastaun\\_final.pdf?m=1640250913&](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/Kastaun-TK-Konferenz_2021_DKFZ_Kastaun_final.pdf?m=1640250913&), Zugriff: 12.01.2022.
- Kastaun, S.; Kotz, D. (2019): Aktueller E-Zigarettenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis September 2019. DEBRA (Factsheet 01/2020). Düsseldorf: Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2021/06/Factsheet-01-v3-3.pdf>, Zugriff: 14.10.2021.

- Keil, U.; Prugger, C.; Heidrich, J. (2016): Passivrauchen. *Public Health Forum*, 24(2), 84–87.
- Kotz, D.; Kastaun, S. (2018): E-Zigaretten und Tabakerhitzer: repräsentative Daten zu Konsumverhalten und assoziierten Faktoren in der deutschen Bevölkerung (die DEBRA-Studie). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(11), 1407–1414.
- Kraus, L. et al. (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz von Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Passivrauchen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2009. München: IFT Institut für Therapiefor-schung.
- Kuntz, B.; Hoebel, J.; Lampert, T. (2014): Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchausstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 und 2010. *Gesundheitswesen*, 76(10), 647–654.
- Kuntz, B.; Lampert, T. (2016a): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(3), 23–30.
- Kuntz, B.; Lampert, T. (2016b): Social disparities in parental smoking and young children’s exposure to secondhand smoke at home: A time-trend analysis of repeated cross-sectional data from the German KiGGS study between 2003-2006 and 2009-2012. *BMC Public Health*, 16(1).
- Kuntz, B.; Lampert, T.; KiGGS Study Group (2015): Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen) bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(4–5), 467–473.
- Kuntz, B. et al. (2019): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Wo stehen wir heute? *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*, 45(5), 217–226.
- Kuntz, B. et al. (2018a): Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(1), 7–19.
- Kuntz, B. et al. (2018b): Bekämpfung des Rauchens: Erfolge in der Tabakkontrollpolitik. *Public Health Forum*, 26(3), 252–256.
- Kuntz, B. et al. (2017a): Zeitliche Entwicklung des Absatzes von Tabakwaren in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 82–89.
- Kuntz, B. et al. (2017b): Passivrauchbelastung der Bevölkerung in Deutschland: 10 Jahre Bundesnichtraucherschutzgesetz. *Epidemiologisches Bulletin*, 33, 325–329.
- Kuntz, B. et al. (2016): Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. *Suchttherapie*, 17(3), 115–123.

- Lampert, T. (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53(2), 108–116.
- Lampert, T.; Kuntz, B.; KiGGS Study Group (2014): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), 830–839.
- Levy, D.T. et al. (2013): Germany Simsmoke: The effect of tobacco control policies on future smoking prevalence and smoking-attributable deaths in Germany. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(2), 465–473.
- Lowe, K.E. et al. (2021): Association of Smoking and Cumulative Pack-Year Exposure with COVID-19 Outcomes in the Cleveland Clinic COVID-19 Registry. *JAMA internal medicine*, 181(5), 709–711.
- Mallock, N. et al. (2018): Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Archives of Toxicology*, 92(6), 2145–2149.
- Miyara, M. et al. (Ed.) (2020): Low rate of daily active tobacco smoking in patients with symptomatic COVID-19. (version 4). <https://doi.org/10.32388/WPP19W.4>, Zugriff: 26.01.2022.
- Mons, U. et al. (2018): Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(35-36), 571–577.
- Moor, I. et al. (2020): Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 73–92.
- Myers Smith, K. et al. (2022): E-cigarettes versus nicotine replacement treatment as harm reduction interventions for smokers who find quitting difficult: randomized controlled trial. *Addiction*, 117(1), 224–233.
- Öberg, M. et al. (2011): Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377(9760), 139–146.
- Orth, B.; Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen. Aktuelle Verbreitung und Trends. (BZgA-Forschungsbericht). Köln.
- Parrott, A.C. (1999): Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54(10), 817–820.
- Pieper, E. et al. (2018): Tabakerhitzer als neues Produkt der Tabakindustrie: Gesundheitliche Risiken. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(11), 1422–1428.

- Rathmann, K. et al. (2016): Schulisches Wohlbefinden, Schulform und Tabakkonsum von Jugendlichen: Ergebnisse der SILNE-Studie. *Sucht*, 62(6), 383–395.
- Reidel, B. et al. (2018): E-cigarette use causes a unique innate immune response in the lung, involving increased neutrophilic activation and altered mucin secretion. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 197(4), 492–501.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2021): Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 88–106.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2017): Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 105–135.
- Schaller, K.; Braun, S.; Pötschke-Langer, M. (2014): Erfolgsgeschichte Nichtraucherschutzes in Deutschland: Steigende Unterstützung in der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen. *Bertelsmann Stiftung, BARMER GEK: Gesundheitsmonitor Newsletter*, 4, 1–9.
- Schaller, K.; Mons, U. (2018): Tabakprävention in Deutschland und international. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(11), 1429–1438.
- Schaller, K.; Mons, U. (2017): E-Shishas und E-Zigaretten: Debatte um Schaden und Nutzen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(3), 649–655.
- Seitz, N.-N. et al. (2019a): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Tabakkonsums und Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1990–2018. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Seitz, N.N. et al. (2019b): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Auswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys von 1995 bis 2018. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 585–591.
- Seitz, N.N.; Rauschert, C.; Kraus, L. (2020): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. (IFT-Berichte; Band 191). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Simons, D. et al. (Hrsg.) (2020): The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from COVID-19: A living rapid evidence review (Preprint v1). <https://doi.org/10.32388/UJR2AW>, Zugriff: 26.01.2020.
- Starker, A. (2021): Neue Daten zum Rauchverhalten. Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche\\_Konferenzen\\_fuer\\_Tabakkontrolle/Starker\\_RC\\_Tabakkontrollkonferenz\\_16.12.2021.pdf?m=1640251126&](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/Starker_RC_Tabakkontrollkonferenz_16.12.2021.pdf?m=1640251126&), Zugriff: 12.01.2022.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14 Reihe 9.1.1). Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2017. Wiesbaden.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014): The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.) (2006): The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Usman, M.S. et al. (2021): Is there a smoker's paradox in COVID-19? *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26(6), 279.
- Warner, K.E. (2019): How to think – not feel – about tobacco harm reduction. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(10), 1299–1309.
- Zeiher, J.; Starker, A.; Kuntz, B. (2018): Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 40–46.
- Zeiher, J. et al. (2018a): Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 72–80.
- Zeiher, J. et al. (2018b): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 23–44.
- Zeiher, J. et al. (2018c): Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(11), 1365–1376.

## 2.3 Glücksspiel – Zahlen und Fakten

*Gerhard Meyer*

### Zusammenfassung

Der deutsche Glücksspiel-Markt wurde in 2020, wie das Wirtschaftsgeschehen insgesamt, durch die COVID-19-Pandemie stark belastet. Spielhallen, Spielbanken und Wettbüros mussten, je nach landesrechtlichen Bestimmungen, für einen bestimmten Zeitraum schließen. Sportveranstaltungen und Pferderennen wurden abgesagt. Auf der anderen Seite vergaben die Bundesländer im Herbst 2020 die ersten 21 Erlaubnisse zum Veranstanen von Sportwetten im Internet und stationären Bereich. Die Umsätze (Spieleinsätze) auf dem legalen Glücksspiel-Markt verweisen – im Vergleich zum Vorjahr – auf einen Umsatzrückgang von 11,3 % auf 38,3 Mrd. Euro. Als größtes Marktsegment verzeichneten die rund 220.000 aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben einen Rückgang des Umsatzes und Bruttospielertrags um 25,5 % auf 17,9 Mrd. Euro bzw. 4,1 Mrd. Euro. Die Bruttospielerträge des regulierten Marktes erreichten ein Volumen von 10,112 Mrd. Euro (minus 8,7 %). Auf dem nicht-regulierten Markt wurde ein geschätzter Ertrag von 1,568 Mrd. Euro erzielt (minus 29 %). Die glücksspielbezogenen Einnahmen des Staates aus erlaubten Angeboten lagen 2020 bei 5,341 Mrd. Euro (minus 1,3 %).

Nach der aktuellen Erhebung der 12-Monats-Prävalenz in 2021 (Telefon- und Online-Befragung) haben sich 29,7 % der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung an irgendeinem Glücksspiel beteiligt, ein Rückgang um 8,0 %. Die Teilnahmeprävalenz an Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial war deutlich geringer ausgeprägt. Lediglich 3,3 % der Bevölkerung wetteten auf Sportereignisse mit Festquoten (plus 1,6 %), 2,0 % spielten an Geldspielautomaten (minus 0,7 %), weitere 2,0 % beteiligten sich an Online-Casinospielen (plus 1,3 %), 1,3 % waren in Spielbanken aktiv (minus 0,6 %) und 1,4 % wetteten auf Live-Sportereignisse (plus 0,6 %).

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2020 für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen beziffert – vor dem Hintergrund potenzieller Auswirkungen der COVID-19-Pandemie – die Anzahl der Einzeldiagnosen „Pathologisches Spielen“ (ohne Einmalkontakte) auf 7.088, die der Hauptdiagnosen auf



6.289. Die Anteile bezogen auf die Gesamtzahl der Klientel betragen 5,0 % bzw. 4,5 %. Die Daten dokumentieren im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang der Behandlungsnachfrage um 12,8 %. Unter Einbeziehung der Klientel mit Einmalkontakten wurden 12.397 Einzel- und 10.938 Hauptdiagnosen registriert. Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Spielerinnen und Spieler in ambulanten Suchtberatungsstellen (mit Einmalkontakten) verweist auf rund 20.400 Fälle (Einzeldiagnose, Hauptdiagnose: 18.000). Spielerinnen und Spieler mit der Hauptspielform „Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten“ bilden mit 60,5 % nach wie vor mit Abstand die größte Gruppe, gefolgt von Sportwetten (online und terrestrisch) mit 12,9 %. In stationären Einrichtungen wurden 1.295 Einzel- und 659 Hauptdiagnosen registriert (Rückgang um 8,6 % bzw. 26,1 %).

In der 2021 durchgeführten Bevölkerungsbefragung wurde erstmals neben dem Methodenwechsel der Schweregrad der „Störung durch Glücksspielen“ durch die Kriterien des DSM-5 erfasst. Bei 2,3 % der Bevölkerung weisen die Befunde auf eine „Störung durch Glücksspielen“ hin. Eine leichte Störung ist bei 1,1 % erkennbar, eine mittlere bei 0,7 % und eine schwere Störung bei 0,5 %.

Das Spielersperrsystem OASIS, das auf Glücksspiele in Spielbanken, Sportwetten und Lotterien mit besonderem Gefährdungspotenzial ausgerichtet ist, enthielt in 2020 insgesamt 46.948 Sperrsätze, ein Zuwachs von 5,0 % im Vergleich zum Vorjahr. Von den 42.243 Spielsperren in Spielbanken beruhen 84,7 % auf einer Selbstsperrung und 15,3 % auf einer Fremdsperrung (durch Anbietende oder Angehörige). Darüber hinaus boten Ende 2020 nur Spielhallen in Hessen (seit 2014) und Rheinland-Pfalz (seit April 2020) eine landesweite Sperrung. Der kumulierte Sperrbestand lag in Hessen bei 19.443 Einträgen (Zuwachs: 5,0 %, Selbstsperrungen: 98,9 %) und in Rheinland-Pfalz bei 3.534. Eine Hochrechnung auf das Bundesgebiet – basierend auf den Daten aus Hessen – ergibt eine Gesamtzahl von 235.000 Spielsperren in Spielhallen.

## **Abstract**

*The German gambling market was hit hard in 2020 as was the economic process as a whole due to the COVID-19 pandemic. Arcades, casinos, and betting shops had to shut down for a period of time depending on state regulations. Sporting events and horse racing were cancelled. On the other side the federal states gave the first 21 permissions for sports betting on the internet and in shops in the fall of 2020. The turnover (stakes) of the legal gambling market has decreased by 11.3 % to 38.3 billion euros compared to the previous year. As largest marked segment the 220,000 private*

amusement with prizes (AWP) machines in arcades and pubs recorded a decrease of turnover and gross gambling revenue by 25.5% to 17.9 billion euros resp. 4.1 billion euros. The gross gambling revenue of the regulated market reached a volume of 10.112 billion euro (minus 8.7%). The non-regulated market generated an estimated revenue of 1.568 billion euros (minus 29%). The state gambling revenue of the legal market was 5.341 billion euros (minus 1.3%) in 2020.

According to the current 12-month prevalence in 2021 (telephone and online survey), 29.7% of the population aged 16 to 70 took part in any kind of gambling, a reduction of 8.0%. The prevalence of participation in games with high addiction potential was significantly less distinctive. Only 3.3% of the population betted on sporting events with fixed odds (plus 1,6%), 2.0% gambled on AWP machines (minus 0.7%), another 2.0% gambled in online casinos (plus 1.3%), 1.3% were active in casinos (minus 0.6%) and 1.4% participated in live-action sports betting (plus 0.6%).

Against the backdrop of potential impacts of the COVID-19 pandemic, the German Addiction Treatment Statistics 2020 for outpatient centres specify the number of single diagnoses of pathological gambling (without one-time contacts) to 7,088, and of main diagnoses to 6,289. The proportion related to the total number of clients was 5.0% resp. 4.5%. The data document a decline in demand for treatment of 12.8% compared to the previous year. 12,397 single and 10,938 main diagnoses were registered, clients with one-time contacts included. An extrapolation to the total number of gamblers in outpatient centres (with one-time contacts) refers to 20,400 cases (single diagnoses, main diagnoses; 18,000). The biggest group by far is still represented by AWP machine gamblers in arcades and pubs with 60.5%, followed by sports bettors (online and terrestrial) with 12.9%. Inpatient treatment centres registered 1,295 single and 659 main diagnoses (reduction of 8.5% resp. 26.1%).

The population survey of 2021 recorded for the first time on the basis of a change of methods the severity of the diagnosis “gambling disorder” with the criteria of DSM-5. The findings indicate that 2.3% of the population have a gambling disorder. A mild disorder is recognizable in 1.1% of German citizens, a moderate in 0.7%, and a severe disorder in 0.5%.

The German exclusion system for gamblers (OASIS), geared towards gambling in casinos, sports betting and lotteries with higher risk potential, contained in 2020 altogether 46,948 exclusion sets, a growth of 5.0% compared to the previous year. Of 42,243 exclusions in casinos 84.7% are based on self-exclusion and 15.3% on exclusion by providers or relatives. Moreover only arcades in Hesse (since 2014) and Rhinland-Palatinate (since April 2020) offer an exclusion system at the end of 2020. The accumulated number of exclusions in Hesse was 19,443 (growth: 5.0%, self-exclusion: 98.9%) and in Rhinland-Palatinate 3,534. An extrapolation to the federal territory – based on data of Hesse – results in a total number of 235,000 exclusions in arcades.

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

Glücksspiel	Erhebungsjahr							Veränderung in 2020 gegenüber Vorjahr in %
	1974	1982	1992 <sup>1</sup>	2002	2012	2019	2020	
<b>Spielbank<sup>2</sup></b>								
– Glücksspielautomaten, Roulette, Black Jack etc.	1.023	3.426	6.854	10.900	5.935	9.558	6.293	-34,2
<b>Spielhalle/Gaststätte<sup>3</sup></b>								
– Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit	–	–	–	5.710	22.962	24.017 <sup>4</sup>	17.904 <sup>4</sup>	-25,5
<b>Sportwetten<sup>5</sup></b>								
	–	–	–	–	–	–	4.457	+100
<b>Deutscher Lotto- und Toto-Block</b>								
– Zahlenlotto	1.407	2.634	4.144	5.309	3.591	3.548	3.978,9	+12,2
– Eurojackpot	–	–	–	–	321	1.250	1.475,2	+18,0
– Fußballtoto	143	166	168	95	45	42	34,8	-16,8
– Oddset	–	–	–	541	140	161	0,0	-100
– Spiel 77	–	438	802	1.044	1.128	914	960,4	+5,1
– Super 6	–	13	229	733	477	387	406,4	+5,1
– Glücksspirale	55	42	159	245	229	232	250,4	+8,0
– Sofort-Lotterien	–	–	287	269	277	516	555,7	+7,6
– Bingo	–	–	–	75	61	63	73,1	+15,6
– Keno	–	–	–	–	132	132	145,5	+10,0
– Plus 5	–	–	–	–	14	12	12,2	+4,0
– Sieger-Chance	–	–	–	–	–	20	22,8	+13,7
<b>Gesamt</b>	<b>1.605</b>	<b>3.239</b>	<b>5.788</b>	<b>8.311</b>	<b>6.415</b>	<b>7.277</b>	<b>7.915,4</b>	<b>+8,8</b>
<b>Klassenlotterie</b>								
							974	
– Nordwestdeutsche	46	93	419	558	180	139	128,0	-8,0
– Süddeutsche	–	139	522	778	216	194	184,5	-4,9
<b>Fernsehloterie</b>								
– ARD Fernsehlotterie	–	29	65	107	172	193	187,9	-2,7
– ZDF Aktion Mensch	–	100	107	320	432	495	524,0	+5,9
<b>Sparkasse/Bank</b>								
– PS-Sparen	–	162	255	296	271	283	285,0	+0,8
– Gewinnsparen	–	32	129	147	222	289	294,2	+1,7
<b>Pferdewetten</b>								
– Galopper (Totalisator)	53	99	130	103	32	27	26,0	-2,5
– Traber (Totalisator)	121	192	211	121	24	15	13,6	-9,5
<b>Postcode-Loterie</b>								
						65	112,0	+72,0
<b>Gesamtumsatz</b>	<b>2.848<sup>6</sup></b>	–	–	<b>27.352</b>	<b>36.825</b>	<b>43.226</b>	<b>38.342,6</b>	<b>-11,3</b>

<sup>1</sup> Ab 1992 einschließlich neue Bundesländer.<sup>2</sup> Hochrechnung auf der Basis des Bruttospielertrages und einer Auszahlungsquote von 91% (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquote).<sup>3</sup> Hochrechnung auf der Basis des Bruttospielertrages und einer Auszahlungsquote von 77,1% (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquote; vor 2006: 60%).<sup>4</sup> Zur Berechnung des Umsatzes von Geldspielautomaten wurden erstmals für 2019 und 2020 die Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel herangezogen.<sup>5</sup> Seit Oktober 2020, Hochrechnung auf der Basis des Bruttospielertrages und einer mittleren Auszahlungsquote von 18 Anbietern in Höhe von 93%.<sup>6</sup> Ohne Einbeziehung der Geldspielautomaten, die damals noch nicht die Kriterien eines Glücksspiels erfüllten.

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

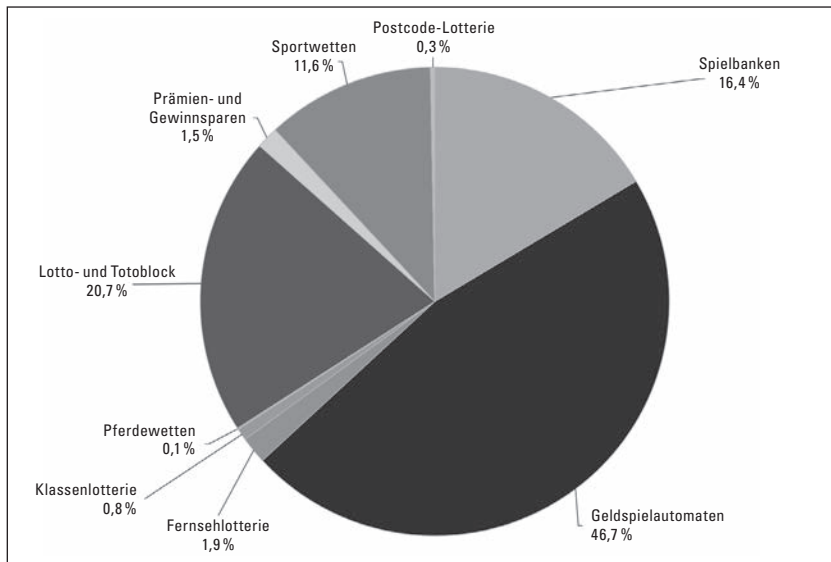
## Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt

Der deutsche Glücksspiel-Markt wurde in 2020 durch die COVID-19-Pandemie stark belastet. Spielhallen, Spielbanken und Wettbüros mussten, je nach landesrechtlichen Bestimmungen, für einen bestimmten Zeitraum schließen. Sportveranstaltungen und Pferderennen wurden abgesagt. Auf der anderen Seite vergaben die Bundesländer im Herbst 2020 die ersten 21 Erlaubnisse zum Veranlassen von Sportwetten im Internet und stationären Bereich.

Auf dem legalen deutschen Glücksspiel-Markt (ohne Soziallotterien) wurde 2020 ein Umsatz (gleichbedeutend mit Spieleinsätzen) von 38,3 Mrd. Euro erzielt (Tab. 1)<sup>1</sup>. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang von 11,3 % zu verzeichnen. Die gesamte deutsche Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt) ist im gleichen Jahr um 4,9 % gesunken.

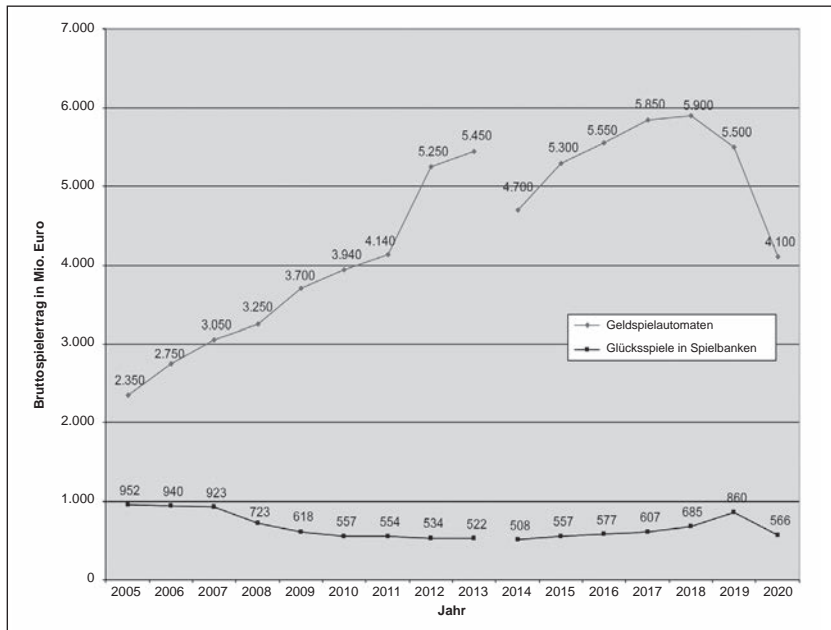
Der Deutsche Lotto- und Toto-Block (DLTB) konnte dagegen über alle Produkte in Lotto-Annahmestellen, über das Internetportal und die regionalen

**Abb. 1:** Anteile am Gesamtumsatz der Glücksspiel-Anbietenden auf dem legalen Markt in 2020



<sup>1</sup> Bei einem Vergleich der Umsätze ist zu berücksichtigen, dass bei Glücksspielen mit geringer Ereignisfrequenz (wie Lotto 6 aus 49 mit zwei Ziehungen pro Woche) eine direkte Erfassung der Einsätze möglich ist, während bei Spielformen mit einer Spielabfolge im Sekunden- oder Minutentakt (wie Geldspielautomaten, Roulette oder Sportwetten) jedes einzelne Spiel bzw. jeder Einsatz einen Teil des Umsatzes darstellt und eine Hochrechnung des Umsatzes auf der Basis des Bruttospielertrages sowie der durchschnittlichen Auszahlungsquote erfolgt.

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



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

Homepages der Gesellschaften ein Umsatzplus von 8,8 % verbuchen. Der größte Umsatzträger „Zahlenlotto“ wuchs sogar um 12,2 %.

Der Umsatz der gewerblichen Geldspielautomaten ist um 25,5 % auf 17,9 Mrd. Euro gesunken. Die Geräte bleiben aber mit Abstand der größte Umsatzträger legaler Spielangebote in Deutschland (Abb. 1). Der Anteil am Gesamtumsatz betrug 46,7 %. Bei Spielgewinnen von 77,1 % (untere Grenze des Spektrums der Auszahlungsquoten) verblieb den Aufstellenden der Geldspielgeräte nach Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel (2021) im Jahr 2020 ein Bruttospielertrag von 4,1 Mrd. Euro (rund 18.636 Euro pro Gerät), nach 5,5 Mrd. Euro im Jahr 2019 (Abb. 2).

Die Anzahl der aufgestellten Automaten in gastronomischen Betrieben und rund 9.000 Spielhallen wird – wie im Vorjahr – mit 220.000 Geräten angegeben (Gaststätten: 77.000, Spielhallen: 143.000)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Vieweg (2022) verweist in einem Gutachten für die Deutsche Automatenindustrie auf 210.000 aufgestellte Geldspielautomaten in 2020, mit denen ein Bruttospielertrag von 2,8 Mrd. Euro erzielt wurde (minus 45,7 % im Vergleich zum Vorjahr).

## Ausblick

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie hat in 2021 eine Evaluierung der in 2014 novellierten Spielverordnung (SpielV) in Auftrag gegeben. Eine Vorlage des Berichts ist für Ende 2022 vorgesehen. Mit der Novellierung der SpielV sollten Umgehungen der Einsatz- und Gewinn Grenzen (0,20 bzw. 2 Euro) sowie der Mindestspieldauer (5 Sekunden) unterbunden werden, um dem Sinn und Zweck der Verordnung gerecht zu werden. Es bleibt zu hoffen, dass nach wie vor erkennbare trickreiche Übertragungen von Geld in Punkte und zurück in Geld, die Einsätze bis zu 400 Punkten bzw. 4 Euro pro Spiel, Höchstgewinne von 440.000 Punkten bzw. 4.400 Euro sowie Spiele im Sekundentakt ermöglichen, als Umgehungstatbestände gewertet werden, da sie das Suchtpotenzial der Geldspielgeräte deutlich erhöhen (Meyer, 2019).

Neue Produktentwicklungen der Automatenindustrie sind auf eine weitere „Steigerung des Spielerlebnisses“ ausgerichtet. So wirbt die Firma „Mercur“ für das Spielformat „Multi Play“, bei dem drei Spiele gleichzeitig im Sekundentakt spielbar sind, mit einem Einsatz bis zu 100 Bits (Punkte) pro Spiel bzw. insgesamt 3 Euro<sup>3</sup>. Drei parallele Spiele in drei verschiedenen Spielwelten sollen dreimal so viele Erfolgserlebnisse ermöglichen. Gleichzeitig bietet der Automatenhersteller „Bally Wulff“ Automaten aufstellenden an, hohe Auszahlungen bei Einzelgewinnen und Freispielen anteilig zu erstatten (bspw. bei Auszahlungen von mehr als 1.000 Euro in Spielhallen)<sup>4</sup>.

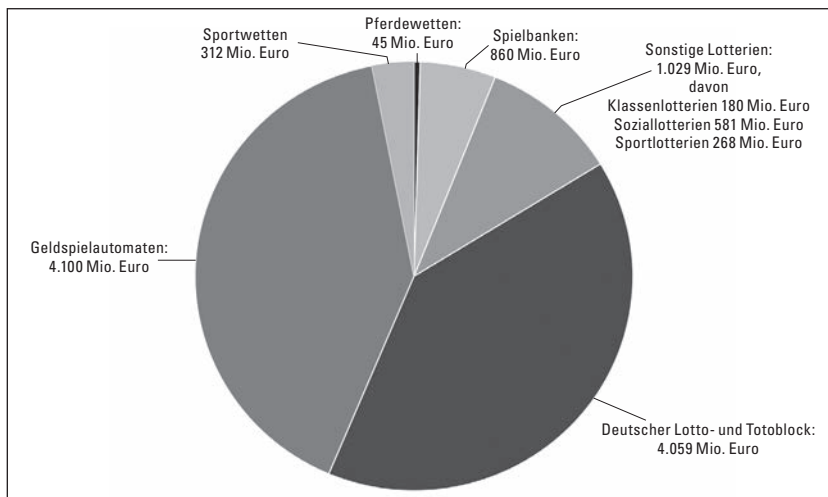
Die 46 bundesdeutschen Vollspielbanken (mit Roulette, Black Jack, Poker und Glücksspielautomaten) und 25 Automaten-Dependancen erwirtschafteten einen Bruttospielertrag von 566,4 Mio. Euro, ein Rückgang um 293,9 Mio. Euro (minus 34,2 %) im Vergleich zum Vorjahr (Abb. 2). Im Klassischen Spiel ging der Ertrag um 50,9 % zurück, bezogen auf Glücksspielautomaten um 30,3 %. Der Anteil des Automatenspiels am Gesamtertrag lag bei 86,1 %. Einen Betrag von 40,4 Mio. Euro (Klassisches Spiel: 24,4 Mio. Euro; Glücksspielautomaten: 16 Mio. Euro) zahlten die Spielerinnen und Spieler nach zwischenzeitlichen Gewinnen in den Tronc, die Trinkgeldkasse der Spielbanken, ein. Unter Einbeziehung des Tronc betrug der Bruttospielertrag insgesamt 606,8 Mio. Euro, nach 941 Mio. Euro im Jahr 2019. Die Besuchszahl verringerte sich auf 3,343 Mio. (2019: 6,394; minus 47,7 %).

Der regulierte (erlaubte) Markt für Sportwetten bestand 2020 aus dem Angebot von Fußballtoto des DLTB und 21 Anbietenden von Sportwetten (seit Oktober/November 2020). Nach der Erlaubniserteilung erzielten die Unterneh-

<sup>3</sup> Werbebotschaft, vgl. <https://youtube.com/watch?v=SLWGAXX6TXc>, Zugriff: 10.11.2021.

<sup>4</sup> Pressemitteilung, vgl. <https://ballywulff.de/2021/10/abs-fuer-mehr-sicherheit-bei-hohen-gewinnen>, Zugriff: 30.10.2021.

**Abb. 3:** Bruttospielerträge auf dem regulierten deutschen Glücksspiel-Markt in 2020 (Gesamt: 10.112 Mio. Euro)



Quelle: Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel, 2021

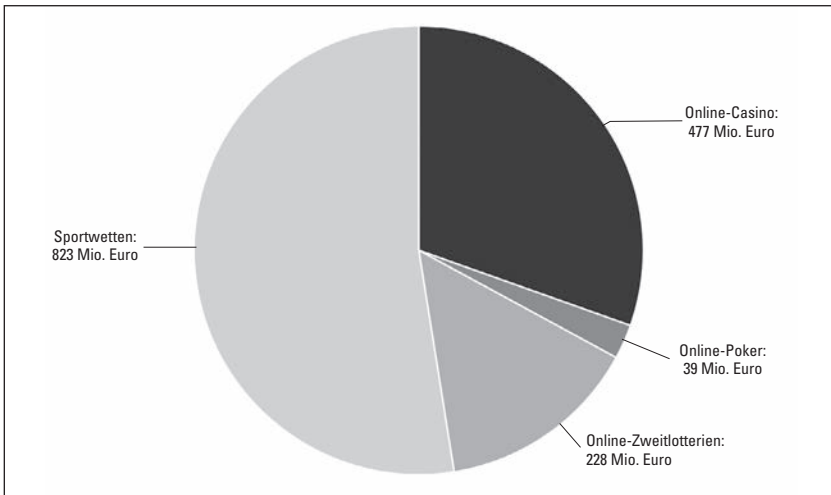
men einen Umsatz (Spieleinsätze) von 4,5 Mrd. Euro (Bruttospielertrag: 312 Mio. Euro).

Insgesamt erreichen die Bruttospielerträge des regulierten deutschen Glücksspiel-Marktes ein Volumen von 10,112 Mrd. Euro (Abb. 3). Dies entspricht einem Rückgang von 958 Mio. Euro (minus 8,7 %) gegenüber dem Vorjahr (11,070 Mrd. Euro). Geldspielautomaten erzielten mit 40,5 % den höchsten Ertragsanteil, gefolgt von den staatlichen Lotterien mit 40,1 %.

Außerdem existierte in 2020 weiterhin ein nicht-regulierter Markt von Sportwetten, Online-Casinos, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien, für den in allen Segmenten Umsatzrückgänge festgestellt wurden. Die geschätzten Bruttospielerträge dieses Marktes beliefen sich nach Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel (2021) auf insgesamt 1,568 Mrd. Euro (Abb. 4), nach 2,207 Mrd. Euro im Jahr 2019 (minus 29 %). Die höchsten Marktanteile weisen dabei unerlaubte Sportwetten mit 823 Mio. Euro bzw. 53 % sowie Online-Casinos mit 477 Mio. Euro bzw. 30 % auf. Der Anteil am Gesamtmarkt beträgt 13 % (2019: 17 %).

Unter Einbeziehung der unerlaubten Angebote wurden 81 % der Erträge des Gesamtmarktes stationär und 19 % online erzielt. Im Vorjahr lag das Verhältnis bei 85 % zu 15 %.

**Abb. 4:** Bruttospielerträge auf dem nicht-regulierten (unerlaubten) deutschen Glücksspiel-Markt in 2020 (gesamt: 1.567 Mio. Euro)

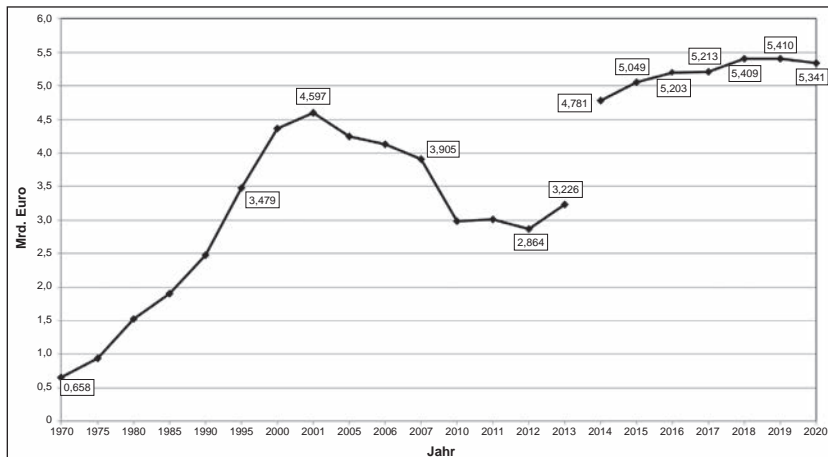


Quelle: Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel, 2021

Der Ertrag illegaler Anbietender von Online-Casinos, Online-Poker und Online-Sportwetten wird aktuell immer häufiger dadurch reduziert, dass gerichtliche Urteile aus dem gesamten Bundesgebiet Spielerinnen und Spielern Rückforderungsansprüche zugestehen (Stand: November 2021). Nach den Urteilen hätten die Beklagten mit dem Angebot von Online-Glücksspielen in Deutschland gegen das bis 1. Juli 2021 geltende Verbot im GlüStV 2012 verstoßen. Daher sei der Vertrag der Klägerinnen und Kläger über die Teilnahme an Online-Glücksspielen nichtig. Die Zahlung der Einsätze sei ohne Rechtsgrund erfolgt, und die Anbietenden müssten den Klägerinnen und Klägern die Verluste vollständig ersetzen. Die Entscheidungspraxis zu Rückzahlungsansprüchen verweist in 2021 auf 24 Urteile zugunsten der Spielteilnehmenden und drei Urteile zugunsten der Online-Glücksspielanbietenden (ein weiteres Urteil stammt aus 2016)<sup>5</sup>. Eine erste Bestätigung der Ansprüche durch ein Oberlandesgericht (OLG) ist bereits erfolgt (OLG München, Az.: 5 U 549/21). Das OLG Hamm hat zudem einem Spieler mit Beschluss vom 12.11.2021 (Az.: I-12 W 13/21) Prozesskostenhilfe bewilligt

<sup>5</sup> In einer kritischen Stellungnahme zu einem Urteil des LG München I, das die Klage eines Spielers abgewiesen hat, verweist Cocron (2021) u. a. auf Besonderheiten im zeitlichen Ablauf des Verfahrens. So soll der Kläger im November 2020 nur wenige Tage an illegalen Online-Casinospielen teilgenommen und dabei Verluste in Höhe von 5.128,35 Euro erlitten haben. Kurz danach beauftragte er – nur schwer nachvollziehbar – eine Kanzlei mit der Geltendmachung seiner Rückzahlungsansprüche, die auch die Interessen von Glücksspielanbietenden vertritt.



**Abb. 5:** Staatliche Einnahmen aus legalen Glücksspielangeboten in Mrd. Euro

Quelle: Statistisches Bundesamt bis 2013, Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel ab 2014

und sich dabei bzgl. der wesentlichen Rechtsfragen zugunsten von geschädigten Spielerinnen und Spielern geäußert. Der Spieler hatte in knapp drei Jahren nachweislich 292.000 Euro bei dem Anbieter „Tipico Games Ltd.“ verloren. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 22.07.2021 (Az.: I ZR 194/20), nach der das deutsche Online-Glücksspielverbot laut § 4 Abs. 4 GlüStV mit geltendem EU-Recht vereinbar ist, stärkt ebenfalls die Position der Spielteilnehmenden. Mit dem BGH-Urteil sind allerdings noch nicht alle Rechtsfragen bzgl. der Erstattungsansprüche abschließend geklärt. So steht die Entscheidung des BGH in Bezug auf die Ansprüche gegen Zahlungsdienstleistende noch aus. In diesem Kontext haben die Gerichte bisher überwiegend zugunsten der Dienstleistenden geurteilt.

Die Einnahmen des Staates aus regulierten Glücksspielen (Totalisator-, Buchmacher-, Sportwett-, Lotterie-, Vergnügungs- und Umsatzsteuer, Gewinnablieferungen verschiedener Lotterien, Spielbankabgabe) gingen in 2020 nur leicht auf 5,341 Mrd. Euro zurück (2019: 5,410 Mrd. Euro, Abb. 5).

Weitere Einnahmen erzielt der Staat aus nicht-regulierten Sportwetten von Anbietenden, die auf die von Spielerinnen und Spielern in Deutschland abgeschlossenen (unerlaubten) Wetten eine Sportwettsteuer entrichten. 2020 lag dieses Steueraufkommen bei 283 Mio. Euro (2019: 420 Mio. Euro)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Seit 2015 wird außerdem für Online-Glücksspiele, die nicht der nationalen Besteuerung unterliegen, auf europäischer Ebene Umsatzsteuer (EU-VAT) erhoben. Zu dem Steueraufkommen in Deutschland liegen bisher keine Angaben vor.

## Nachfrage in der Bevölkerung

Nach dem aktuellen Survey zur 12-Monats-Prävalenz der Spielteilnahme der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung, der von August bis Mitte Oktober 2021 per Telefon- und Online-Befragung (Mixed-Mode-Design,  $N = 7.501/4.802$  nach Gewichtung, Antwortrate 27 %/ca. 10 %) durchgeführt wurde (Buth, Meyer, Kalke, 2022), lag die Spielteilnahme an irgendeinem Glücksspiel bei 29,7 %, ein Rückgang um 8,0 % im Vergleich mit 2019<sup>7</sup> (Tab. 2). 9,6 % der befragten Personen nutzten mehrere Spielformen (2–3 Spiele: 8,2 %, 4 oder mehr: 1,4 %). An Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial (Meyer, Bachmann, 2017) hat nur ein geringer Anteil teilgenommen. Lediglich 3,3 % der Bevölkerung wetteten auf

**Tab. 2:** 12-Monats-Prävalenz der Beteiligung an verschiedenen Glücksspielen in Befragungen der Jahre 2007 bis 2021

Glücksspiel	12-Monats-Prävalenz (in %)							
	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021 <sup>1</sup>
Irgendein Glücksspiel	55,0*	53,8*	50,7*	40,0*	37,3	37,3	37,7	29,7
Keno	1,3*	0,9*	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3	1,1
Geldspielautomaten	2,2	2,7	2,9	3,7	2,6	2,6	2,7	2,0
Kleines Spiel i. d. Spielbank	1,1	1,2	1,0	0,8	0,8	0,9	0,7	0,4
Großes Spiel i. d. Spielbank	1,9*	1,9*	1,6	1,3	1,3	1,1	1,2	0,9
Casinospiele im Internet	0,7*	0,9*	0,8	0,6	0,5	0,6	0,7	2,0
Live-Wetten	–	–	0,9	1,0	0,9	1,0	0,8	1,4
Sportwetten mit Festquoten	–	–	–	–	–	–	1,7	3,3
Pferdewetten	0,7*	0,6*	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2	0,4
Sofortlotterie, Rubbellose	11,7*	10,2	12,9*	10,6	9,7	10,0	9,2	7,4
Lotto 6 aus 49	35,5*	40,0*	31,5*	25,2*	22,7	22,6	21,0	19,3
Eurojackpot	–	–	–	5,0*	7,1	8,3	10,8	10,7
Fernsehlotterien <sup>3</sup>	8,4*	8,1*	7,3*	5,2*	4,2	4,6	n.v.	4,4
Privates Glücksspiel	8,6*	7,9*	9,2*	6,7	6,0	5,9	5,9	0,7 <sup>2</sup>

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

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

<sup>2</sup> Prägnante Unterschiede in der Abfrage dieser Form des Glücksspiels (in 2021 sonstige Glücksspiele).

<sup>3</sup> In 2021 andere Soziallotterien.

Quelle: Banz, 2019, bis zum Jahr 2019; Buth et al., 2022

<sup>7</sup> Aufgrund des Methodenwechsels von der reinen Telefonbefragung zu einer Telefon-/Online-Stichprobe und differierender Klassifikationen einzelner Spielformen sind die Befunde allerdings nur eingeschränkt vergleichbar.

Sportereignisse mit Festquoten (plus 1,6 %), 2,0 % spielten an Geldspielautomaten (minus 0,7 %), weitere 2,0 % beteiligten sich an Online-Casinospielen (plus 1,3 %), 1,3 % waren in Spielbanken aktiv (minus 0,6 %) und 1,4 % wetteten live auf Sportereignisse (plus 0,6 %).

## Pathologisches Spielverhalten

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2020 für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Künzel et al., 2021a) verweist in 836 Einrichtungen bei 7.088 Betroffenen auf die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (ohne Einmalkontakte, Tab. 3). Die durchschnittliche Anzahl der Betreuungs- bzw. Behandlungsfälle pro Einrichtung (Mehrfachzählungen sind möglich) lag bei 8,5 Fällen. Der Anteil bezogen auf die Gesamtzahl der Klientel (mit abgeschlossener Diagnosestellung) ist mit 5,0 % zu beziffern. Die Daten belegen – vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie – einen Rückgang der Behandlungsnachfrage um 12,8 %. Unter Einbeziehung der Klientel mit Einmalkontakten (einschließlich potenzieller Übernahmen aus dem Vorjahr, Künzel et al., 2021b) wurden 12.397 Einzeldiagnosen registriert, 14,6 Fälle pro Einrichtung (2019: 13.937 bzw. 16,3).

Die Anzahl der Hauptdiagnosen betrug 6.289. Pro Einrichtung ( $N = 811$ ) wurden 7,8 Fälle erfasst, ebenfalls verbunden mit einem Rückgang um 12,2 %. Der Anteil an der Gesamtzahl der Klientel (mit Diagnose) lag bei 4,5 % (Män-

**Tab. 3:** Pathologisches Spielverhalten bei Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (ohne Einmalkontakte, Zugänge: Einzeldiagnosen)

Einzeldiagnose	1994	1996	2000	2004	2008	2012	2014	2016	2017 <sup>1</sup>	2019	2020
<b>Anzahl der Beratungsstellen (N)</b>											
	396	436	401	591	558	598	633	652	844	844	836
<b>Pathologisches Spielverhalten</b>											
Gesamt	1.221	1.520	1.302	2.965	4.329	8.816	10.683	10.909	10.174	8.132	7.088
<b>Durchschnittliche Anzahl behandelter Spieler pro Einrichtung</b>											
	3,1	3,5	3,2	5,0	7,8	14,7	15,0	16,7	12,1	9,6	8,5
<b>Prozentsatz bezogen auf die Gesamtzahl der Klienten (%)</b>											
	2,5	2,3	2,3	2,8	3,6	7,1	7,7	8,0	4,4	5,6	5,0
<b>Gesamtzahl der Klienten (100%)</b>											
	49.563	65.573	57.647	105.183	119.292	123.559	139.500	136.585	158.280	146.488	141.875

<sup>1</sup> Da sich in der Struktur der Datendokumentation seit 2017 einiges geändert hat, ist die Vergleichbarkeit der Daten mit denen der vergangenen Jahre eingeschränkt.

Quelle: Künzel et al., 2021a, Tab. 4.17

ner: 5,4 %; Frauen: 2,1 %, Frauenanteil: 12,0 %). Werden Einmalkontakte berücksichtigt, bezieht sich die Anzahl der Hauptdiagnosen auf 10.938 Fälle.

Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Spielerinnen und Spieler in bundesweit 1.398 ambulanten Einrichtungen (Stand: 2020) verweist auf rund 11.900 Fälle (ohne Einmalkontakte) bzw. 20.400 Fälle (mit Einmalkontakten) mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 10.800 bzw. 18.000).

In den Beratungsstellen bilden Spielerinnen und Spieler an Geldspielautomaten nach wie vor mit Abstand die größte Gruppe. Das Spiel an den Geräten in Spielhallen und Gaststätten nannten 54,4 % bzw. 6,4 % als Hauptspielform (2019 waren es allerdings noch 62,9 % bzw. 8,0 %), gefolgt von Sportwetten mit 5,7 % und Spielbanken mit 2,1 % im terrestrischen Bereich. Einen Anstieg der Teilnahme verzeichneten Online-Glücksspiele, wie das Online-Automatenspiel mit 11,2 % (Vorjahr: 6,4 %), Online-Sportwetten mit 7,3 % (5,6 %) und Online-Casinospiele, ohne Poker mit 5,8 % (3,5 %). Über ein polyvalentes Spielmuster berichteten 6,3 % der Spielerinnen und Spieler.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2020 für stationäre Einrichtungen (Künzel et al., 2021c) weist 1.295 Einzeldiagnosen und 659 Hauptdiagnosen in 135 Einrichtungen aus (Tab. 4). Im Vergleich zum Vorjahr ist damit ein Rückgang von 8,5 % bzw. 26,1 % erkennbar. Die Anzahl der Einzel- und Hauptdiagnosen pro Einrichtung betrug 9,6 bzw. 4,9 Fälle. Der Anteil pathologischer Spielerinnen und Spieler an der Gesamtzahl der Betroffenen lag bei 4,5 % bzw. 2,3 %. 68,4 % der Betroffenen nannten als Hauptspielform die Geldspielautomaten in Spielhallen, 12,3 % die Geräte in Gaststätten, 3,9 % terrestrische Sportwetten und 11 % Glücksspiele im Internet. 18,7 % berichteten über ein polyvalentes Spielverhalten.

Eine Auswahl stationärer Einrichtungen, die sowohl Suchtfachkliniken als auch psychosomatische Fachkliniken und entsprechende Abteilungen einbe-

**Tab. 4:** Einzel- und Hauptdiagnose „Pathologisches Spielverhalten“ in stationären Einrichtungen

	2000		2002		2009		2011		2013		2015		2017 <sup>1</sup>		2019		2020	
Einrichtungen (N)	83		85		121		161		196		189		152/150		142		135	
Einzel-/Hauptdiagnose	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
Pathologisches Spielverhalten																		
n	264	33	131	136	769	336	1.609	945	1.988	1.159	2.111	1.040	1.568	1.279	1.488	937	1.295	659
%	2,2	0,3	0,6	0,6	3,6	1,6	5,2	3,1	5,1	3,1	5,3	2,6	4,9	4,1	5,2	3,0	4,5	2,3
Gesamtzahl (100 %)	12.195		23.201		21.521		30.738		39.105		39.891		32.125/ 31.548 <sup>2</sup>		28.458/ 31.031 <sup>2</sup>		28.909/ 28.749 <sup>2</sup>	

<sup>1</sup> 2017 haben unterschiedliche Einrichtungszahlen Angaben zu den Einzel- und Hauptdiagnosen gemacht.

<sup>2</sup> Betrifft die unterschiedlichen Grundgesamtheiten zu den Einzel- und Hauptdiagnosen.

Quelle: Künzel et al., 2021c, Tab. 3.01, 4.17

**Tab. 5:** Anzahl behandelter Spielerinnen und Spieler in ausgewählten stationären Versorgungseinrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Erhebungsjahr												
	1985	1987	1991	1997	1999	2002	2004	2007	2010	2013	2016	2019	2020
Fachkliniken Nordfriesland, Bredstedt (S+P)	1	12	47	44	69	75	64	87	66	128	124	112	78
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg (S)	30/40	38	64	18	23	26	31	33	50	73	59	k.A.	k.A.
Bernhard-Salzmann-Klinik, Gütersloh (S)	1	18	16	41	51	57	82	62	127	167	130	124	91
Therapiezentrum Münzesheim, Kraichtal (S)	3	10	28	37	29	47	52	87	148	196	226	300	224
AHG Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar (S+P)	-	7	51	104	84	128	174	253	263	312	347	295	249
AHG Klinik Schweriner See, Lübstorf (S+P)	-	-	-	18	27	78	99	105	138	168	167	142	137
AHG Kliniken Daun, Daun (S+P)	-	-	-	-	-	-	-	28	125	162	205	193	150
salus Klinik Lindow (S+P)	-	-	-	-	-	-	-	-	77	165	122	98	92
salus Klinik Hürth (S+P)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	201	189	162
salus Klinik Friedrichsdorf (S+P)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	123	88	83
Fachklinik St. Marienstift, Neunkirchen (S)	-	-	-	-	-	-	-	-	74	111	98	88	47
Asklepios Fachklinikum, Wiesen (S)	-	-	-	-	6	27	39	56	108	113	103	74	49
AHG Klinik Wilhelmsheim, Wilhelmsheim (S)	-	-	-	-	-	-	-	-	43	76	96	67	60
AHG Klinik Wigbertshöhe, Bad Hersfeld (S)	-	-	-	21	27	96	147	158	257	261	219	141	129
AHG Klinik Berus, Überherrn-Berus (P)	-	-	-	26	35	47	54	80	91	121	35	23	k.A.
Fachklinik Fredeburg, Bad Fredeburg (S)	-	-	-	18	25	45	57	39	49	91	71	81	66
Fachklinik Hochsauerland, Bad Fredeburg (P)	-	-	-	29	61	78	105	79	130	151	156	99	103
<b>Gesamt</b>	-	-	-	<b>356</b>	<b>437</b>	<b>704</b>	<b>904</b>	<b>1.067</b>	<b>1.746</b>	<b>2.295</b>	<b>2.482</b>	<b>2.114</b>	<b>1.720</b>

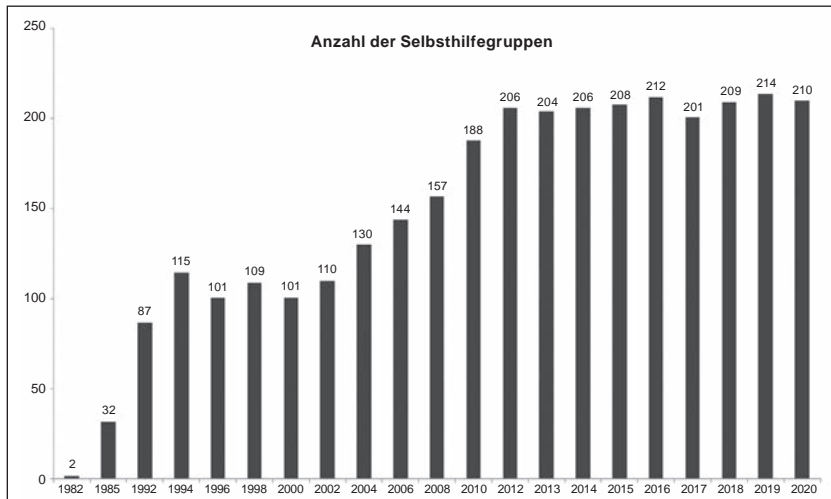
S = Suchtfachklinik bzw. -abteilung

P = Psychosomatische Fachklinik bzw. Abteilung

Quelle: Eigene Erhebung

zieht, beziffert die Anzahl behandelter Spielerinnen und Spieler 2020 auf 1.720 (Hauptdiagnose: 1.294; Neben-/Zweit-/Drittdiagnose: 426, Tab. 5), gleichbedeutend mit einem Rückgang um 18,6 %.

Nach den Adressenlisten der Selbsthilfegruppen „Anonyme Spieler (GA)“ in Hamburg und der „Fachstelle Glücksspielsucht“ in Neuss gab es 2020 210 Meetings von Selbsthilfegruppen für Spielerinnen und Spieler in 141 Städten (Abb. 6). Der Datenbestand des Fachverbandes Glücksspielsucht verweist auf 158 Gruppen. Darunter befinden sich 97 Gruppen ohne Zugehörigkeit zu einer

**Abb. 6:** Anzahl der Selbsthilfegruppen für Spielerinnen und Spieler

Quelle: Adressenliste „Anonyme Spieler“ und „Fachstelle Glücksspielsucht“ in Neuss

Organisation, 48 Gruppen „Anonyme Spieler (GA)“ und 13 Gruppen bei einem der Abstinenzverbände<sup>8</sup>.

## Anzahl von Spielerinnen und Spielern mit einer Störung durch Glücksspielen

In der 2021 durchgeführten Bevölkerungsbefragung (Buth et al., 2022) wurde die Prävalenz einer „Störung durch Glücksspielen, F 63.0“ erstmals durch die Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5“ erfasst und der aktuelle Schweregrad der Störung bestimmt. Betroffene mit einer leichtgradigen Störung erfüllen vier bis fünf von neun Kriterien. Eine mittlere Störung entspricht sechs bis sieben Kriterien und die schwerste Ausprägung acht bis neun Kriterien. Bei 2,3 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren weisen die Befunde auf eine Glücksspielstörung hin (95 %-Konfidenzintervall, KI: 1,9 %–2,7 %). Bei 1,1 % ist eine leichte Störung, bei 0,7 % eine mittlere und bei 0,5 % eine schwere Störung diagnostizierbar<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Im November 2021 gründeten Vertretende der Gruppen den Bundesverband Selbsthilfe Glücksspielsucht („Glücksspielfrei e.V.“).

<sup>9</sup> In internationalen Publikationen wird zudem davon ausgegangen, dass suchtkranke Spielerinnen und Spieler das Leben von bis zu 15 Personen aus dem sozialen Nahumfeld (von Ehepartnerinnen und Ehepartnern bis zum Arbeitgebenden) schädlich beeinflussen (Meyer, Bachmann, 2017, S. 173).

Die Anteile mit ein, zwei oder drei erfüllten Kriterien (riskantes Verhalten im Kontext der Glücksspiele) liegen bei 3,4 % bzw. 1,5 % bzw. 0,8 %<sup>10</sup>.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatte in den vorangegangenen Erhebungen die Prävalenzrate auffälligen/riskanten, problematischen und (wahrscheinlich) pathologischen Glücksspielverhaltens (3,52 %/0,39 %/0,34 % der Bevölkerung) anhand der erzielten Punkte im South Oaks Gambling Screen (SOGS) ermittelt (1–2/3–4/5 und mehr Punkte; Banz, 2019). Die Befunde sind daher nur eingeschränkt vergleichbar. Auch der Methodenwechsel sowie veränderte Rahmenbedingungen, wie der neue GlüStV und die COVID-19-Pandemie, dürften sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.

Nach der Analyse der Daten in Bezug auf einzelne Glücksspiele weisen Spielerinnen und Spieler an Geldspielautomaten in Spielhallen und der Gastronomie den größten Anteil mit leichten, mittleren und schweren Störungen durch Glücksspielen auf (33,4 %), gefolgt von denen an Glücksspielautomaten in Spielbanken (31,5 %) und Teilnehmenden an Live-Sportwetten (29,7 %).

## Anzahl gesperrter Spielerinnen und Spieler

Weitere Erkenntnisse zur Größenordnung der Problematik liefert die Deutsche Sperrdatenbank und das Spielersperrsystem OASIS (Onlineabfrage Spielerstatus, seit 2014, Tab. 6). Nach dem GlüStV 2012 (§ 8) sind Spielbanken sowie Veranstaltende von Sportwetten und Lotterien mit besonderem Gefährdungspotenzial (Oddset, Toto, Keno) verpflichtet, Personen, die eine Selbstsperrung beantragen oder erkennbar spielsuchtgefährdet sind, vom Spiel auszuschließen bzw. zu sperren. Mit dem GlüStV 2021 (§ 8) wurde zum 1. Juli 2021 ein bundesweit zentrales, spielformübergreifendes Sperrsystem eingeführt.

Ende des Jahres 2020 enthielt das Spielersperrsystem OASIS insgesamt 46.948 Sperrsätze, davon entfielen 90,0 % auf den Spielbankbereich, 5,0 % auf Sportwetten, 4,9 % auf die Angebote des DLTB sowie 0,1 % auf Pferdewetten. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl um 4.968 Sperrsätze erhöht.

Von den 42.243 Sperrungen in Spielbanken beruhen 35.796 auf einer Selbstsperrung (84,7 %) und 6.447 auf einer Fremdsperrung (15,3 %). Ein ähnliches

---

<sup>10</sup> Studien zur glücksspielbezogenen Schadensbelastung zeigen, dass der Großteil der Belastungen auf Risiko- und Nicht-Problem-Spielerinnen und -Spieler zurückzuführen ist. Sie erleiden zwar geringere Schäden, ihr Bevölkerungsanteil ist jedoch sehr viel höher (Abbott, 2020). Eine wirksame Schadensbegrenzung muss daher auf universelle Interventionen zurückgreifen, die sich im Rahmen eines Konzeptes der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Public Health) an die gesamte Bevölkerung richten (Meyer, Hayer, 2021).

**Tab. 6:** Anzahl der Sperrsätze in der Deutschen Sperrdatenbank

Glücksspielbereich	2009	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
<b>Spielbanken</b>								
Selbstsperrern	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	26.837	31.003	33.990	35.796
Fremdsperrern	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	4.418	4.935	5.723	6.447
Gesamt	18.828	20.633	24.544	27.674	31.255	35.938	39.713	42.243
<b>DTLB</b>								
Selbstsperrern	k.A.	k.A.	370	2.041	1.706	1.818	1.918	2.015
Fremdsperrern	k.A.	k.A.	112	165	194	199	235	285
Gesamt	213	309	482	2.453 <sup>1</sup>	1.900	2.017	2.153	2.300
<b>Sportwetten</b>								
Selbstsperrern	–	–	–	–	–	28	107	2.059
Fremdsperrern	–	–	–	–	–	–	4	306
Gesamt	–	–	–	–	–	28	111	2.365
<b>Pferdewetten</b>								
Selbstsperrern	–	–	–	–	–	–	3	40
Fremdsperrern	–	–	–	–	–	–	–	–
Gesamt	–	–	–	–	–	–	3	40
<b>Gesamt</b>	<b>19.041</b>	<b>20.942</b>	<b>25.026</b>	<b>30.127</b>	<b>33.155</b>	<b>37.983</b>	<b>41.980</b>	<b>46.948</b>

<sup>1</sup> 247 Sperrern nach GlüStV ohne Differenzierung.

Quelle: Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel ab 2014

Verhältnis zeigt sich bei den Sperrern bezogen auf den DLTB (87,6 % vs. 12,4 %) und Sportwetten (87,1 % vs. 12,9 %).

In 2020 haben die Glücksspielanbietenden, die an OASIS angeschlossen waren, rund 112,9 Mio. Abfragen gestellt (ein Anstieg von 152 % gegenüber 2019). Der Zuwachs resultiert hauptsächlich aus rund 72 Mio. Abfragen im Segment Sportwetten (Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel, 2021).

Für den Bereich der Spielhallen bestanden in 2020 lediglich in Hessen (seit April 2014) und Rheinland-Pfalz (seit April 2020) zentrale, landesweite Spielersperrdateien. Der kumulierte Sperrbestand lag Ende 2020 in Hessen bei insgesamt 19.443 Einträgen (plus 5,0 %) und in Rheinland-Pfalz bei 3.534 (persönliche Mitteilungen). Eine Hochrechnung auf der Basis der Daten aus Hessen ergibt für das Bundesgebiet eine Gesamtzahl von 235.000 Spielersperrern in Spielhallen.

Die Spielersperrern in Hessen wurden mit 98,9 % nahezu ausschließlich – wie in den vergangenen Jahren – von den Betroffenen selbst initiiert (für Rheinland-Pfalz liegen keine entsprechenden Angaben vor). Lediglich 220 Sperrern beruhen auf einer Fremdsperrern durch dritte Personen (wie Spielhallenbetreibende oder Angehörige), obwohl das Hessische Spielhallengesetz (§ 6) eine



Verpflichtung zu einer derartigen Sperre für die Betreibenden der Spielhallen enthält.

## Verschuldung

Ein Vergleich der ambulant betreuten Klientel mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen hinsichtlich der Verschuldung zeigt auf (Tab. 7), dass pathologische Spielerinnen und Spieler die höchsten Schulden aufweisen. Der Anteil der Betroffenen, die keine Schulden haben, ist mit 27,3 % vergleichsweise gering. Bei 22,2 % beträgt die Verschuldung mehr als 25.000 Euro, während dies bspw. nur auf 2,9 % der Alkoholabhängigen und 6,6 % der Kokainabhängigen zutrifft.

Unter stationär behandelten Spielerinnen und Spielern liegt der Anteil mit einer Verschuldung von mehr als 25.000 Euro bei 27,8 %.

## Betreuungsverlauf

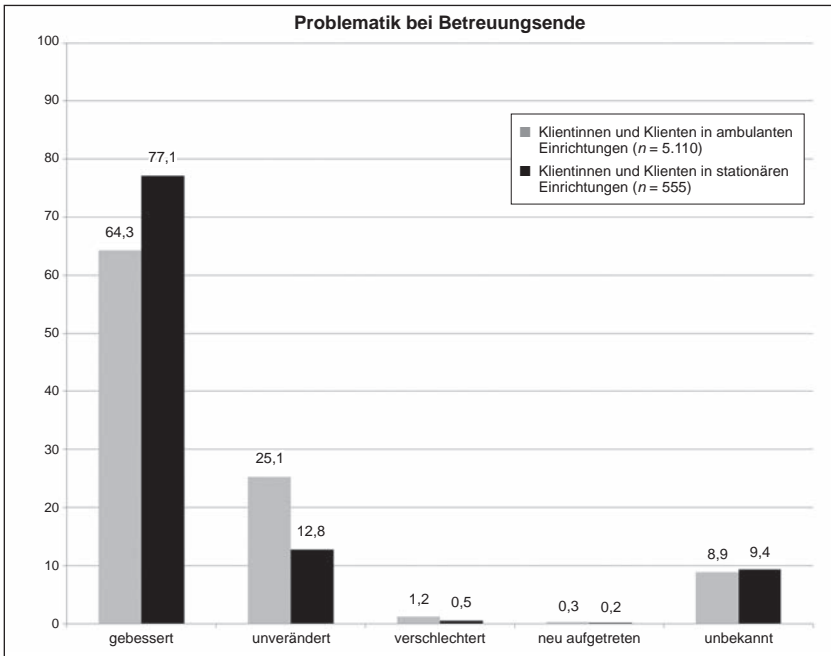
Am Betreuungsende wurde bei 64,3 % der Klientel in den ambulanten Einrichtungen die Problematik als gebessert eingestuft (Abb. 7). 25,2 % zeigten ein unverändertes Störungsbild und bei 1,2 % wurde eine Verschlechterung festgestellt (unbekannt: 8,9 %). Der Anteil der vorzeitigen Abbrüche durch die glücksspielsüchtige Klientel ist bei den Männern mit 36,8 % und den Frauen

**Tab. 7:** Hauptdiagnose und Verschuldung bei Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (Zugänge 2020)

Hauptdiagnose	n	Ausmaß der Verschuldung (in Euro)				
		keine Schulden in %	bis 10.000 in %	bis 25.000 in %	bis 50.000 in %	über 50.000 in %
Alkohol	36.365	81,0	12,5	3,6	1,7	1,2
Opioide	5.993	51,8	35,0	8,5	3,2	1,5
Cannabinoide	14.781	78,9	16,3	3,2	1,1	0,6
Sedativa/Hypnotika	574	82,1	11,8	3,3	1,4	1,4
Kokain	2.420	63,6	23,1	6,8	3,8	2,8
Stimulanzien	5.592	62,6	25,6	7,6	2,9	1,2
Essstörungen	668	93,9	4,5	1,2	0,3	0,1
Pathologisches Spielverhalten	3.306	27,3	34,3	16,2	12,5	9,7

Quelle: Künzel et al., 2021a, Tab. 3.19

**Abb. 7:** Problematik bei Betreuungsende bei ambulant und stationär behandelten Spielerinnen und Spielern



Quelle: Künzel et al., 2021a, Tab. 7.01

mit 32,5 % weiterhin relativ hoch. Unter der Klientel mit Alkoholproblemen liegt dieser Anteil bspw. bei 26,3 % bzw. 24,8 %.

In stationären Einrichtungen lag die Quote der Besserung bei 77,1 % und die der unveränderten Problematik bei 12,8 %. Die Einrichtungen berichten, dass 14,3 % der Spielerinnen und Spieler die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben (Männer: 14,7 %, Frauen: 9,8 %).

## Literatur

- Abbott, M. (2020): The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health*, 184, 41–45.
- Banz, M. (2019): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszen-

- trale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/gluecksspiel/>, Zugriff: 13.01.2021.
- Buth, S.; Meyer, G.; Kalke, J. (2022): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Cocron, I. (2021): Anmerkung: LG München I weist Klage eines Online-Casinospielers gegen Glücksspielanbieter auf Malta ab – Ein Urteil, das viele Fragen aufwirft. Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht, (3/4), 327–330.
- Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2021): Jahresreport 2020 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder. Der deutsche Glücksspielmarkt 2020 – eine ökonomische Darstellung. Wiesbaden.
- Künzel, J. et al. (2021a): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforchung. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>, Zugriff: 15.11.2021.
- Künzel, J. et al. (2021b): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. 3 Alle Betreuungen mit Einmalkontakten. München: IFT Institut für Therapieforchung. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>, Zugriff: 15.11.2021.
- Künzel, J. et al. (2021c): Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. 4 Beender mit Einmalkontakten. München: IFT Institut für Therapieforchung. <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>, Zugriff: 15.11.2021.
- Meyer, G. (2019): Neu zugelassene Geldspielautomaten umgehen die Vorgaben der Spielverordnung. Gewerbearchiv, 65, 184–188.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht – Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2021): Schadensbegrenzung beim Glücksspiel: Eine Aufgabe für die öffentliche Gesundheitsfürsorge. Prävention und Gesundheitsförderung. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-021-00924-y.pdf>, Zugriff: 20.12.2021.
- Vieweg, H.-G. (2022). Die Deutsche Automatenwirtschaft: Lage 2020 – Entwicklung 2021 – Perspektiven 2022. Köln: Institut für Handelsforschung.

## 2.4 Essstörungen

*Eva Wunderer, Anna Hofer, Carina Neuner,  
Sigrid Borse, Andreas Schnebel*

### Zusammenfassung

Verlässliche Zahlen zur Verbreitung von Essstörungen sind schwierig zu ermitteln, auch weil sich die diagnostischen Kriterien in den neusten Versionen der Klassifikationssysteme deutlich verändert haben. Anzeichen gestörten Essverhaltens finden sich in Welle 2 der KiGGS-Studie bei 19,8 % der deutschen Jugendlichen, wobei Mädchen deutlich häufiger betroffen sind. Manifeste Essstörungen treten bei rund jeder fünften Person auf; das zeigen Studien aus Australien und Finnland, die alle im DSM-5 genannten Essstörungen zu erfassen versuchen. Andere Studien kommen jedoch zu deutlich abweichenden, geringeren Werten. Unbestritten sind Frauen deutlich häufiger betroffen, darüber hinaus möglicherweise auch Personen mit einer nicht-heterosexuellen Orientierung. Bezüglich der Auswirkungen durch die COVID-19-Pandemie ergibt sich aufgrund der Aktualität der Thematik eine hohe Dynamik. Erste Forschungsergebnisse zeigen negative Veränderungen bezüglich des Ess- und Bewegungsverhaltens sowie der psychischen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung. Mehrere Studien weisen außerdem darauf hin, dass sich die COVID-19-Pandemie, und die damit verbundenen Einschränkungen, auf die Essstörungssymptomatik und komorbide Störungen negativ auswirken und sich jüngere Personen sowie Frauen insgesamt belasteter fühlen als ältere Personen und Männer.

### Abstract

*Reliable statements on the prevalence of eating disorders are difficult to make, given that diagnostic criteria have changed significantly in the latest versions of the classification systems. In wave 2 of the German KiGGS study 19.8 % of the children and adolescents show eating disorder symptoms, with girls being affected much more frequently. Manifest eating disorders occur in about one in five people, as studies from Australia and Finland found out which tried to record all eating disorders mentioned*

*in the DSM-5. Other studies, however, come to significantly different results and lower prevalence. Undisputedly, there are higher prevalence rates in women, and possibly also in people with a non-heterosexual orientation. Concerning the effects due to the COVID-19 pandemic, there is a high dynamic because of the topicality of the issue. However, negative changes with regard to eating and exercise behaviour as well as mental health in the general population are already evident. Several studies also indicate that the COVID-19 pandemic, and the associated restrictions, have negative impact on eating disorder symptoms and comorbid disorders, with younger people and women feeling more burdened overall than older people and men.*

Verlässliche Zahlen zur Verbreitung von Essstörungen festzustellen, ist aus mehreren Gründen schwierig:

- 1) **Veränderung der diagnostischen Kriterien:** In den neuesten Versionen der Klassifikationssysteme, also der 5. Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen, DSM-5, und der 11. Version der International Classification of Diseases, ICD-11, wurden die diagnostischen Kriterien der Essstörungen modifiziert und neue Unterformen aufgenommen.
- 2) **Studiendesign:** Weiterhin spielen das methodische Vorgehen und die der Untersuchung zugrunde liegende Population eine entscheidende Rolle und führen zu deutlich abweichenden Zahlen (vgl. z. B. Martínez-González et al., 2020). Zudem beziehen viele Studien nicht alle Essstörungen mit ein und unterschätzen somit das Ausmaß klinischer Essstörungen (vgl. Qian et al., 2021).
- 3) **Abgrenzung von gestörtem Essverhalten:** Die Abgrenzung zwischen klinischer Essstörung und gestörtem Essverhalten ist nicht einfach, zumal viele Studien auf Selbstberichten basieren.
- 4) **Weitere verwandte Phänomene:** Darüber hinaus gewinnt Muskeldysmorphie, oft auch als Muskelsucht bezeichnet, vor allem bei jungen Männern an Bedeutung. Muskeldysmorphie ist jedoch keine Essstörung, sondern wird im DSM-5 der körperdysmorphen Störung und damit den Zwangsstörungen zugerechnet (vgl. Wunderer et al., 2020).
- 5) **Auswirkungen der COVID-19-Pandemie:** Auch die im Zuge der COVID-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen haben Auswirkungen auf das Auftreten bzw. den Verlauf der Essstörungen.

Vor dem Hintergrund der genannten Einschränkungen versucht der Beitrag eine Einschätzung der Prävalenz von gestörtem Essverhalten (Kapitel 1) und Essstörungen (Kapitel 2). Kapitel 3 fasst Erkenntnisse zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zusammen.

## 1 Epidemiologie gestörten Essverhaltens: Die zweite Welle der KiGGS-Studie

Das Robert Koch-Institut ging in den Jahren 2014–2017 mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS in die zweite Erhebungswelle (Cohrdes et al., 2019). Befragt wurden 6.599 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren. Für die Erfassung von Essstörungssymptomen wurde erneut das Screening-Instrument SCOFF (Morgan et al., 1999) verwendet, das mit fünf Fragen Kernsymptome von Essstörungen erfasst: „Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?“, „Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?“, „Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?“, „Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?“, „Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?“ Ein Verdacht auf eine Essstörung besteht, wenn mindestens zwei der Fragen bejaht werden.

Auf Basis dieses Schwellenwerts zeigen in der zweiten Erhebungswelle 19,8 % der befragten Kinder und Jugendlichen Symptome einer Essstörung. Dabei ist der Wert für Mädchen mit 27,9 % deutlich höher als für Jungen mit 12,1 %. Während bei den Mädchen die höchste Prävalenz im Alter von 14 bis 16 Jahren auftritt, sind bei den Jungen im Alter von 15 und 16 Jahren vergleichsweise wenige betroffen (9 % bzw. 9,6 %), bei den 17-Jährigen steigt die Prävalenz deutlich an (16 %). Höhere Auftretenshäufigkeiten finden sich zudem bei Kindern und Jugendlichen mit Über- oder Untergewicht, bei Befragten, die sich zu dick bzw. zu dünn fühlen, eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung sowie emotionale Probleme und einen geringen familiären Zusammenhalt berichten.

Im Vergleich zur Basiserhebung in den Jahren 2003–2006 sinkt die Gesamtprävalenz signifikant um 2,8 Prozentpunkte. Dieser Rückgang spiegelt sich vor allem in niedrigeren Werten bei den 11- bis 13-jährigen Jungen wider. Das Risiko bei 14- bis 17-jährigen Jungen und bei Mädchen bleibt auf vergleichbar hohem Niveau.

Zu beachten ist, dass das verwendete Screening-Instrument Körperzufriedenheit lediglich auf der Dimension dick-dünn erfragt, nicht auf der Dimension der Muskulosität. Letztere spielt gerade bei männlichen Heranwachsenden jedoch eine wichtige Rolle (vgl. z. B. Baker et al., 2019). Eine systematische Übersicht bestätigt den SCOFF als valides Screening-Instrument für Anorexia und Bulimia nervosa bei Frauen, mahnt jedoch weitere Studien an, um zu überprüfen, inwieweit der SCOFF die Bandbreite der Essstörungen im DSM-5 bei unterschiedlichen Populationen erfassen kann (Kutz et al., 2020).

## 2 Epidemiologie der Essstörungen

Die chinesische Forschungsgruppe um Qian (Qian et al., 2021) bezieht in ihren Review 33 Studien zur Epidemiologie von Essstörungen weltweit ein. Die Auswertung zeigt deutlich höhere Prävalenzraten in westlichen als in asiatischen Ländern. Die Lebenszeitprävalenz für Essstörungen insgesamt in westlichen Ländern geben die Autorinnen und Autoren mit 1,89 % an. Frauen sind insgesamt deutlich häufiger betroffen (Lebenszeitprävalenz 2,58 %) als Männer, insbesondere von Anorexia nervosa. Die meisten der einbezogenen Studien umfassen jedoch nicht alle Essstörungen und basieren nicht auf den neuesten diagnostischen Kriterien nach DSM-5.

Hingegen stützt sich der Überblick von Lindvall Dahlgren et al. (2017), der methodisch sehr unterschiedliche Studien aus den USA, Kanada, Europa und Australien zusammenfasst, ausschließlich auf die Kriterien nach DSM-5. Die Autorinnen und Autoren ermitteln Lebenszeitprävalenzen für Frauen von 1,7 % bis 3,6 % für die Anorexia nervosa, 2,6 % für die Bulimia nervosa, 3,0 % bis 3,6 % für die Binge-Eating-Störung und 11 % für andere näher bezeichnete Essstörungen. Männer sind wiederum deutlich seltener betroffen, die Anzahl und Methodik der Studien, auf denen die jeweiligen Prävalenzangaben beruhen, variieren stark.

Hohe Prävalenzraten bestätigt auch die Erhebung von Mitchison et al. (2019). Sie untersuchten eine Stichprobe von knapp 5.200 11- bis 19-jährigen australischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und bezogen alle Essstörungen nach DSM-5 ein, die „klassischen“ (Anorexia und Bulimia nervosa sowie Binge-Eating-Störung) sowie die anderen (nicht) näher spezifizierten Formen. 22,2 % der Befragten erfüllen demnach die Kriterien irgendeiner Essstörung (Punktprävalenzen). Werden nur diejenigen berücksichtigt, die Leiden oder Funktionsbeeinträchtigung in deutlichem Ausmaß berichten, bleiben 13,6 %. Am häufigsten finden sich Bulimia nervosa (4,6 %), das Night-Eating-Syndrom (4,1 %), nicht näher bezeichnete Essstörungen (3,8 %) und die Purging-Störung (3,2 %). Hingegen treten Anorexia nervosa und Binge-Eating-Störung vergleichsweise selten auf (0,7 % bzw. 1,0 %). Essstörungen zeigen sich über alle Altersgruppen hinweg, und zwar häufiger bei Frauen, jedoch auch bei 12,8 % der männlichen Befragten.

Während die oben beschriebene Studie bei 1 % der jungen Befragten eine Binge-Eating-Störung feststellt (Punktprävalenz, Mitchison et al., 2019), sind es in einer Stichprobe dänischer Heranwachsender 2,6 % (1-Jahres-Prävalenz; Olsen et al., 2021). In beiden Studien wurden die Symptome im Selbstbericht ermittelt. Eine weitere australische Studie, die die Prävalenz mittels Interview erhob und Personen ab 15 Jahren einbezog (knapp 3.000 Personen, Altersmit-

tel 54 Jahre), kommt auf 3,8 % Lebenszeitprävalenz für Bulimia nervosa und ebenfalls 2,6 % für Binge-Eating-Störung (Bagaric et al., 2020). Eine finnische Studie erbringt 17,9 % Lebenszeitprävalenz für alle Arten von Essstörungen nach DSM-5 für Frauen, 2,4 % für Männer (Silén et al., 2020). Die Stichprobe besteht jedoch ausschließlich aus Zwillingspaaren, was die Verallgemeinerbarkeit einschränkt. Die Reihe ließe sich weiter ergänzen und demonstriert die bereits erwähnte starke Divergenz der Ergebnisse.

Zunehmend werden über das Geschlecht hinaus weitere Kriterien in ihrem Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit untersucht. So zeigt eine US-amerikanische Studie eine deutlich erhöhte Prävalenz von Essstörungen nach DSM-5 für Personen mit einer anderen als einer heterosexuellen Orientierung (Kamody et al., 2020; vgl. auch Parker, Harriger, 2020). Weitere Studien richten ihr Augenmerk beispielsweise auf Schwarze Betroffene, die bislang in der Forschung zu wenig Beachtung fanden (z. B. Goode et al., 2020).

### **3 Entwicklung der Prävalenzen von Essstörungen im Zuge der COVID-19-Pandemie**

Die COVID-19-Pandemie sowie die in ihrem Zuge veranlassten Einschränkungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil in der Allgemeinbevölkerung. So zeigen Ammar et al. (2020) in ihrer Studie, in der sie 1.047 Menschen aus Asien, Afrika und Europa befragten, Veränderungen im Ess- und Bewegungsverhalten. Dabei wirkt sich die COVID-19-Pandemie in eine gesundheitsschädigende Richtung auf die Qualität der konsumierten Nahrung, die Mahlzeitenstruktur und die Intensität der Bewegung aus. Ist bereits eine psychische Erkrankung vorhanden, kann die Situation während der COVID-19-Pandemie diese verschlimmern, wie mehrere Studien beispielsweise für Essstörungen, Depressionen und Angststörungen belegen (Baenas et al., 2020; Brakemeier et al., 2020; Liu et al., 2021; Touyz et al., 2020; Weissman, Hay, 2022). In einer Studie von Schelhorn et al. (2021), in welcher die Ergebnisse von 875 Teilnehmenden aus Deutschland ohne Vorerkrankung im Vergleich zu einer vorpandemischen Normierungsstichprobe ausgewertet wurden, ergeben sich zwischen der Referenzgruppe und der COVID-19-Stichprobe signifikante Unterschiede bei depressiven Symptomen, Zwangssymptomen und Symptomen einer Essstörung mit einer höheren Belastung in der COVID-19-Stichprobe. Insbesondere jüngere Personen und Frauen fühlen sich dabei stark belastet. Für den Vergleich von Bundesländern mit unterschiedlichen Maßnahmen wurden die Daten von 777 Teilnehmenden aus Bayern und Niedersachsen auf-



bereitet. Dabei lassen sich die psychischen Belastungen laut der Studie kaum auf das Ausmaß der Lockdown-Beschränkungen zurückführen.

Die frühen Effekte der COVID-19-Pandemie in Bezug auf Essstörungen analysierten Termorshuizen et al. im April 2020 an einer Stichprobe von mehr als 1.000 Personen mit Essstörungen in den Vereinigten Staaten (US) und den Niederlanden (NL). Daraus wird ersichtlich, dass sich sowohl aktuell Erkrankte (US:  $n = 474$ , NL:  $n = 468$ ) als auch Menschen mit einer zurückliegenden Essstörungssymptomatik (US:  $n = 37$ , NL:  $n = 39$ ) Sorgen machen, was den Zugang zu Lebensmitteln angeht, die den eigenen Essgewohnheiten entsprechen (US: 85 %, NL: 64 %), sowie den Zugang zu ausreichend Nahrungsmitteln generell (US: 70 %, NL: 54 %). Ein sehr großer Teil der Befragten berichtet von Ängsten, dass sich ihre Essstörung aufgrund eines Mangels an Struktur (US: 93 %, NL: 87 %) und sozialer Unterstützung (US: 77 %, NL: 75 %) oder weil sie sich vermehrt in einer Umgebung mit vielen Triggern aufhalten (US: 80 %, NL 76 %), verschlimmern könnte. Für die Pandemiezeit angelegte Lebensmittelvorräte erhöhen das Risiko für Essanfälle insbesondere bei einer Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung. So geben 49 % (US) bzw. 29 % (NL) der Befragten an, in den zwei Wochen vor der Befragung mindestens einmal einen Essanfall gehabt zu haben, bei dem sie auf diese Vorräte zurückgegriffen hätten. Bei Befragten mit einer Anorexia nervosa sind stärkere diätetische Restriktionen sowie essenbezogene Ängste, insbesondere im Hinblick auf die Passung zwischen verfügbaren Lebensmitteln und dem eigenen Essensstil, zu beobachten. Insgesamt schränken 76 % (US) bzw. 63 % (NL) ihre Nahrungsaufnahme aufgrund von Faktoren, die mit COVID-19 einhergehen, ein. 57 % (US) bzw. 62 % (NL) berichten kompensatorische Maßnahmen, wie selbstinduziertes Erbrechen oder Medikamentenmissbrauch.

Die Ergebnisse von Termorshuizen et al. (2020) werden durch die Studie von Vuillier et al. (2021) unterstützt, bei der 207 Personen im Vereinigten Königreich zwischen Juni und Juli 2020 befragt wurden: 83,1 % geben an, die eigene Essstörungssymptomatik habe sich durch die COVID-19-Pandemie verschlechtert.

Schlegl et al. (2020a, 2020b) veröffentlichten zwei in Deutschland durchgeführte Studien an 159 Frauen mit Anorexia nervosa (AN) und 55 mit Bulimia nervosa (BN), die alle einen stationären Aufenthalt durchlaufen hatten. Dabei wird ersichtlich, dass sich bei bis zu der Hälfte der beiden Befragungsgruppen die allgemeine Essstörungssymptomatik seit Beginn der COVID-19-Pandemie verschlechtert hat (AN: 41,5 %, BN: 49,1 %). Die Mehrheit der Teilnehmerinnen (AN: 70 %, BN: 80 %) berichtet vermehrte Essens-, Figur- und Gewichtssorgen.

Eine eigene empirische Erhebung mit 35 Bewohnerinnen und 23 Fachkräften in therapeutischen Wohngruppen für Menschen mit Essstörungen

in München gibt Hinweise darauf, dass sich die Verschlechterung der Essstörungssymptomatik insbesondere auf einen Mangel an Tages- und Mahlzeitenstruktur, vermehrte Freizeit, wenig Ausgleichs- bzw. Ablenkungsmöglichkeiten sowie Einsamkeit während der Pandemie zurückführen lässt. Die Essstörung wird dabei unter anderem als Kompensationsstrategie eingesetzt, um mit dem Gefühl des Kontrollverlustes – ausgelöst durch politisch angeordnete Maßnahmen – umgehen zu können (Hofer, Neuner, 2021).

Die langfristigen Folgen der COVID-19-Pandemie und der im Zuge dieser getroffenen Maßnahmen lassen sich derzeit noch nicht absehen. Es ist zu befürchten, dass es neben einer Verschlechterung der Symptomatik bei bereits Erkrankten auch zu einer Vermehrung an Essstörungen insgesamt kommt.

## Literatur

- Ammar, A. et al. (2020): Effects of COVID-19 home confinement on eating behaviour and physical activity. Results of the ECLB-COVID19 international online survey. *Nutrients*, 12(6), 1–13. DOI: 10.3390/nu12061583.
- Baenas, I. et al. (2020): COVID-19 and eating disorders during confinement. Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 855–863. DOI: 10.1002/erv.2771.
- Bagaric, M. (2020): Are bulimia nervosa and binge eating disorder increasing? Results of a population-based study of lifetime prevalence and lifetime prevalence by age in South Australia. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 260–268. DOI: 10.1002/erv.2726.
- Baker, J.H. et al. (2019): Body dissatisfaction in adolescent boys. *Developmental Psychology*, 55(7), 1566–1578. DOI: 10.1037/dev0000724.
- Brakemeier, E.-L. et al. (2020): Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31. DOI: 10.1026/1616-3443/a000574.
- Cohrdes, C. et al. (2019): Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen. Häufigkeiten und Risikofaktoren. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(10), 1195–1204. DOI: 10.1007/s00103-019-03005-w.
- Goode, R.W. et al. (2020): Binge eating and binge-eating disorder in Black women. A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 53(4), 491–507. DOI: 10.1002/eat.23217.
- Hofer, A.; Neuner, C. (2021): Alles außer Kontrolle? COVID-19 und Essstörungen. Eine Vergleichsstudie zu Perspektiven von Fachkräften und betroffenen jungen Frauen im Wohngruppenkontext. Landshut: Hochschule. [Masterarbeit]

- Kamody, R.C.; Grilo, C.M.; Udo, T. (2020): Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among US adults. *The International Journal Of Eating Disorders*, 53(2), 278–287. DOI: 10.1002/eat.23193.
- Kutz, A.M. et al. (2020): Eating disorder screening. A systematic review and meta-analysis of diagnostic test characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 885–893. DOI: 10.1007/s11606-019-05478-6.
- Lindvall Dahlgren, C.; Wisting, Line; Rø, Øyvind. (2017): Feeding and eating disorders in the DSM-5 era. A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 56.
- Liu, S. et al. (2021): Globale Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 92(6), 556–561. DOI: 10.1007/s00115-021-01068-2.
- Martínez-González, L. et al. (2020): Incidence of anorexia nervosa in women. A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3824. DOI: 10.3390/ijerph17113824.
- Mitchison, D. et al. (2019): DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents. Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990. DOI: 10.1017/S0033291719000898.
- Morgan, J.F.; Reid, F.; Lacey, J.H. (1999): The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467–1468.
- Olsen, E.M. et al. (2021): Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort. A study of prevalence, correlates, and impact. *The International Journal Of Eating Disorders*, 54(4), 492–505. DOI: 10.1002/eat.23458.
- Parker, L.L.; Harriger, J.A. (2020): Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population. A review of the literature. *Journal of Eating Disorders* 8(1), 1-20. DOI: 10.1186/s40337-020-00327-y.
- Qian, J. et al. (2021): An update on the prevalence of eating disorders in the general population. A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. DOI: 10.1007/s40519-021-01162-z.
- Schelhorn, I. et al. (2021): Psychological burden during the COVID-19 pandemic in Germany. *Frontiers in Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.640518.
- Schlegl, S. et al. (2020a): Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic – Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *The International Journal Of Eating Disorders*, 53(11), 1791–1800. DOI: 10.1002/eat.23374.
- Schlegl, S. et al. (2020b): Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic – Results from an online survey of former inpatients. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 847–854. DOI: 10.1002/erv.2773.

- Silén, Y. et al. (2020): DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland. A public health concern. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 520–531. DOI: 10.1002/eat.23236.
- Termorshuizen, J.D. et al. (2020): Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1780–1790. DOI: 10.1002/eat.23353.
- Touyz, S.; Lacey, H.; Hay, P. (2020): Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8(19), 1–3. DOI: 10.1186/s40337-020-00295-3.
- Vuillier, L. et al. (2021): The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–18. DOI: 10.1186/s40337-020-00362-9.
- Weissman, R.S.; Hay, P. (2022): People's lived experience with an eating disorder during the COVID-19 pandemic. A joint virtual issue of research published in leading eating disorder journals. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(2), 155–160. DOI: 10.1002/eat.23653.
- Wunderer, E. et al. (2020): Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 149–156.



## 2.5 Rauschgiftlage 2020 – Straftaten und Verfügbarkeit von illegalen Drogen in Deutschland

*Bundeskriminalamt, SO21-Lage*

### **Vorwort**

Die Lagedarstellung in diesem Beitrag basiert auf Auswertungen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2020 und Auswertungen des Bundeskriminalamtes (BKA). Da es sich bei der Rauschgiftkriminalität um ein klassisches Kontrolldelikt handelt, bei dem ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Kontrollintensität der Strafverfolgungsbehörden und dem polizeilich registrierten Hellfeld besteht, beeinflusst die Schwerpunktsetzung der mit der Rauschgiftbekämpfung befassten Behörden die nachfolgenden Zahlen.

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

### **Zusammenfassung**

Seit zehn Jahren ist ein ständiger Anstieg der in der PKS erfassten Rauschgiftdelikte festzustellen. Neben den Daten der PKS deuten auch weitere Indikatoren wie z.B. die hohen Sicherstellungsmengen einzelner Rauschgiftarten auf eine hohe Verfügbarkeit von und Nachfrage nach Betäubungsmitteln hin. Es liegen keine Informationen vor, dass sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie an der hohen Verfügbarkeit von Drogen jeglicher Art in Deutschland etwas verändert hat.

### **Abstract**

*For the past ten years, a steady increase in narcotics offences recorded in the Police Crime Statistics has been observed. Apart from the data of the Police Crime Statistics,*

*other indicators such as the high seizure quantities of individual types of narcotics also point to a high availability of and demand for narcotics. There is no information available that there has been any change in the high availability of drugs of any kind in Germany since the beginning of the COVID-19 pandemic.*

## Deliktentwicklung

Im Jahr 2020 wurden in der PKS 365.753 Rauschgiftdelikte (2019: 359.747) erfasst, was einem Anstieg von 1,7 % gegenüber dem Vorjahr und einer Steigerung von fast 55 % in den letzten 10 Jahren entspricht.

Zunahmen waren sowohl bei den Handelsdelikten<sup>1</sup> (54.348, +1,8 %) als auch bei den konsumnahen Delikten<sup>2</sup> (287.592, +1,1 %) und den sonstigen Verstößen<sup>3</sup> (23.095, +8,0 %) zu verzeichnen.

Den größten Anteil an der Gesamtzahl der Rauschgiftdelikte haben traditionell Cannabisdelikte (220.414, +1,1 %), mit großem Abstand gefolgt von Amphetamindelikten (39.321, -0,7 %). Der größte Anstieg wurde 2020 bei Delikten mit Crystal verzeichnet (11.840, +18,9 %), nachdem diese im Vorjahr um 3,9 % gesunken waren. Bei Kokaindelikten wurde erneut ein Anstieg um 6,9 % auf 21.502 Delikte verzeichnet, während die Deliktzahlen bei Heroin (10.314, -5,4 %) und Ecstasy (10.288, -11,7 %) gesunken sind.

Auch bezogen auf die Anzahl der Rauschgift-Handelsdelikte nimmt Cannabis mit 31.961 Delikten (+1,5 %) den größten Anteil ein, gefolgt wiederum mit großem Abstand von Amphetamindelikten (5.581, -0,5 %). Der stärkste Anstieg ist hier bei den Kokaindelikten (4.887, +9,6 %) und den Crystaldelikten (1.737, +7,2 %) zu verzeichnen.

Rund zwei Drittel der konsumnahen Delikte betrafen wie in den Vorjahren Delikte im Zusammenhang mit Cannabis. Bedeutend ist auch hier die Entwicklung im Bereich Crystal: Die Anzahl der konsumnahen Delikte stieg ge-

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „Handelsdelikte“ werden in der PKS Delikte des unerlaubten Handels mit und Schmuggels von Rauschgiften nach § 29 BtMG sowie die Delikte der unerlaubten Einfuhr von BtM nach § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG zusammengefasst.

<sup>2</sup> Der Begriff „konsumnahe Delikte“ umschreibt allgemeine Verstöße gegen das BtMG. Diese betreffen Delikte nach § 29 BtMG, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von BtM umfassen (ohne die unter „sonstige Verstöße“ aufgeführten Delikte, s. Fußnote 3).

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

genüber dem Vorjahr um rund 21,1 %. Auch die konsumnahen Kokaindelikte sind erneut um 6,2 % gestiegen.

Die Gesamtzahl der Delikte der direkten Beschaffungskriminalität<sup>4</sup>, die hauptsächlich von Rauschgift- bzw. Medikamentenabhängigen zur Beschaffung von Drogen und Ersatzstoffen begangen werden, stieg im Jahr 2020 auf 1.856 Fälle an (+16,1 %). Dabei handelte es sich um 964 Fälschungs-, 741 Diebstahls- und 151 Raubdelikte.

## Rauschgifthanbau und Rauschgiftproduktion in Deutschland

Der in Deutschland betriebene Anbau von Cannabispflanzen in Indoor-Plantagen sowie auf Außenflächen setzte sich im Jahr 2020 fort. Dabei wurden – neben einer Vielzahl kleinerer Anpflanzungen – Kleinplantagen mit Anbaukapazitäten ab 20 Cannabispflanzen bis hin zu Profiplantagen mit Anbaukapazitäten von mindestens 1.000 Cannabispflanzen festgestellt.

Die Anzahl sichergestellter Rauschgiftlabore sank im Jahr 2020 deutlich von 31 Laboren im Vorjahr auf 11 Labore im Berichtsjahr. Es wurden Produktionsstätten für Methamphetamin (7) und Amphetamin (3) festgestellt, zudem sollte in einem Fall Mescaline<sup>5</sup> aus Kakteen extrahiert werden.

Die aufgefundenen Labore verfügten über Kapazitäten zur Deckung des Eigenbedarfs oder zur Versorgung eines lokal begrenzten Abnehmerkreises.

## Rauschgifthandel über das Internet

Der Bezug von Betäubungsmitteln über das Internet (Clearnet, Darknet, Messenger-Dienste, Social-Media-Seiten) hat sich mittlerweile fest etabliert. Der Nachrichtenaustausch zur Abwicklung des Rauschgiftgeschäfts erfolgt meist verschlüsselt und weist einen hohen Anonymisierungsgrad auf. Das Darknet ist die wichtigste Bezugsquelle von Betäubungsmitteln im „Online-Handel“. Insbesondere in Zeiten des Lockdowns der COVID-19-Pandemie war das Rauschgiftangebot im Darknet konstant hoch, da der Post- und Paketversand im Vergleich zu anderen Transportmöglichkeiten weltweit fast uneingeschränkt zur Verfügung stand.

<sup>4</sup> Der direkten Beschaffungskriminalität werden alle Straftaten zugeordnet, die auf die Erlangung von BtM oder Ersatzstoffen bzw. Ausweichmitteln gerichtet sind. Im Einzelnen sind dies Raub zur Erlangung von BtM und Ausweichmitteln, Diebstahl aus Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, Diebstahl bei Herstellern und Großhändlern, Diebstahl von Rezeptformularen, Rezeptfälschungen.

<sup>5</sup> Mescaline ist in der Anlage I des BtMG als nicht verkehrsfähiges Betäubungsmittel gelistet.



Im Jahr 2020 wurden insgesamt 39 Marktplätze mit Deutschland-Bezug (deutsche Sprache, Versand nach/aus Deutschland) festgestellt. Hiervon haben 20 Marktplätze im Jahresverlauf aufgrund verschiedener Umstände, wie beispielsweise Exit-Scams<sup>6</sup> der Administratoren oder Abschalten des Marktplatzes durch Strafverfolgungsbehörden, ihren Betrieb eingestellt.

## **Cannabisprodukte**

Von den 220.414 registrierten Cannabisdelikten handelte es sich bei über 85 % (188.453) um konsumnahe Delikte.

Insbesondere bei Haschisch stieg der durchschnittliche THC-Gehalt (Medianwert) der untersuchten Proben in den vergangenen Jahren stetig an. Im Jahr 2020 ist er erstmals wieder leicht auf 20,4 % (2019: 22,6 %) gesunken.

## **Heroin**

Von den 10.314 registrierten Heroindelikten handelte es sich bei über 78 % um konsumnahe Delikte.

Nachdem im Jahr 2019 – insbesondere aufgrund einer einzelnen Großsicherstellung von 670 kg – rund eine Tonne Heroin in Deutschland sichergestellt wurde, belief sich die Gesamtsicherstellungsmenge 2020 nach polizeilichen Erkenntnissen auf mindestens 570 kg.

## **Kokain**

Von den 21.502 registrierten Kokaindelikten handelte es sich bei über 77 % (16.615) um konsumnahe Delikte.

Seit dem Jahr 2017 sind die Sicherstellungsmengen von Kokain in Deutschland signifikant angestiegen. Nachdem im Jahr 2017 mit rund 8 t eine Rekord-sicherstellungsmenge in Deutschland verzeichnet wurde, belief sich die Gesamtsicherstellungsmenge im Jahr 2018 auf mindestens 5 t und erreichte im Jahr 2019 mit mindestens 10 t einen neuen Höchststand. Für das Jahr 2020 ist nach polizeilichen Erkenntnissen von einer Gesamtsicherstellungsmenge von mindestens 11 t auszugehen, was einen neuerlichen Höchstwert darstellt.

---

<sup>6</sup> Als Exit-Scam bezeichnet man das Abziehen der vom Administrator treuhänderisch verwalteten Gelder auf eigene Konten.

## **Amphetamin**

Von den 39.321 registrierten Amphetamindelikten handelte es sich bei knapp 86 % (33.749) um konsumnahe Delikte.

Das sichergestellte Amphetamin stammt überwiegend aus niederländischer Produktion.

## **Crystal/Methamphetamin**

Von den 11.840 registrierten Crystaldelikten handelte es sich bei über 85 % (10.103) um konsumnahe Delikte.

2020 wurden mindestens 290,5 kg Methamphetamin in allen Erscheinungsformen (Pulver, kristallin, flüssig) in Deutschland sichergestellt. In vielen Fällen war die Tschechische Republik der Herkunftsstaat. Daneben stammten nachweislich mindestens 77,5 kg aus Mexiko, 50,6 kg aus den Niederlanden, ca. 32,5 kg aus Asien und ca. 10,5 kg aus Afrika.

## **Ecstasy**

Von den 10.288 registrierten Ecstasydelikten handelte es sich bei über 76 % (7.843) um konsumnahe Delikte.

In Deutschland sichergestellte Ecstasy-Tabletten, zu denen ein Herkunftsnachweis geführt werden konnte, stammten fast ausschließlich aus den Niederlanden.

## **Neue psychoaktive Stoffe (NPS)**

NPS decken die gesamte Bandbreite an Alternativen zu klassischen Drogen ab. Im Jahr 2020 stieg die Anzahl der Handelsdelikte mit den in den Anlagen des BtMG aufgeführten NPS deutlich an (532, +16,2 %). Neben NPS-Handelsdelikten nach dem BtMG wurden im Jahr 2020 718 Delikte gem. § 4 NpSG (Neuepsychoaktive-Stoffe-Gesetz) registriert, was einen signifikanten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bedeutet (+83,6 %).

Mit Hilfe des Statistischen Auswerteprogramms NPS (SAN) des Bundeskriminalamtes wurden für das Jahr 2020 insgesamt 3.403 Datensätze mit Untersuchungsergebnissen von sichergestellten NPS und NPS-Produkten mit einer

Gesamtsicherstellungsmenge von mindestens 640 kg ausgewertet (2019: 3.066 Datensätze mit einer Gesamtmenge von 195 kg; +228 %).

Den mit Abstand größten Anteil der untersuchten NPS machen die synthetischen Cannabinoide mit rund zwei Dritteln der Datensätze aus, gefolgt von Cathinonen (rund jeder zehnte Datensatz).

## Drogentote

Seit dem Jahr 2017 ist ein stetiger Anstieg der drogenbedingten Todesfälle festzustellen. 2020 wurden 1.581 Rauschgifttote registriert, was einem Anstieg von 13,1 % (2019: 1.398) entspricht.

Häufigste Rauschgifttodesursache war auch in 2020 der Konsum von Opioiden/Opiaten allein oder i. V. m. anderen Stoffen (572 Tote; 36,2 %).

## Literatur

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2021a): Polizeiliche Kriminalstatistik. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2020. Wiesbaden. [https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/pks2020\\_node.html;jsessionid=7656E06302035F5C30DC468CA0DF3BD.live301](https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/pks2020_node.html;jsessionid=7656E06302035F5C30DC468CA0DF3BD.live301), Zugriff: 28.01.2021.

Bundeskriminalamt (BKA) (Hrsg.) (2021b): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2020. Wiesbaden. <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2020RauschgiftBundeslagebild.html?nn=27972>, Zugriff: 28.01.2022.

## 2.6 Delikte unter Alkoholeinfluss

Stanley F. Friedemann

### Zusammenfassung

Auch wenn bei zahlreichen Straftaten Alkohol eine Rolle spielt, stellt sich die Frage, inwieweit Alkoholkonsum tatsächlich ursächlich für die Begehung von Straftaten ist. Der Beitrag betrachtet zunächst Kriminalstatistiken mit Angaben zur Häufigkeit von Straftaten unter Alkoholeinfluss. Anschließend werden theoretische Modelle darüber vorgestellt, wie Alkoholkonsum und Kriminalität in Beziehung zueinander stehen könnten. Empirische Befunde unterstützen die Ansicht, dass sowohl die akuten als auch die längerfristigen Wirkungen von Alkohol die Wahrscheinlichkeit der Begehung von Straftaten erhöhen, insbesondere wenn zusätzlich ungünstige personale und situationale Bedingungen vorliegen. Abschließend werden Präventionsmaßnahmen dargestellt.

### Abstract

*Even though alcohol plays a role in many crimes, the question arises to what extent alcohol consumption is actually the cause of committing crimes. The chapter first looks at crime statistics with information on the frequency of crimes under the influence of alcohol. Subsequently, theoretical models are presented on how alcohol and crime might be related. Empirical findings support the view that, above all, the acute and the long-term effects of alcohol increase the probability of committing crimes, especially if additional unfavorable personal and situational conditions are present. Finally, preventive measures are presented.*

### 1 Einleitung

Zwei gegensätzliche Befunde spiegeln die verschiedenen Haltungen zum Thema „Alkohol und Kriminalität“ wider: Einerseits zeigen Statistiken, dass ein verhältnismäßig großer Anteil an straffällig gewordenen Personen bei Deliktbegehung unter Alkoholeinfluss stand und dass viele Strafgefangene zugleich

auch alkoholbedingte Probleme aufweisen (Heimerdinger, 2007). Andererseits ist der Konsum von Alkohol in westlichen Gesellschaften weit verbreitet und Menschen verhalten sich in den allermeisten Fällen während oder nach dem Konsum von Alkohol nicht kriminell. Der Beitrag betrachtet beide Perspektiven, indem zunächst Statistiken zu Delikten unter Alkoholeinfluss vorgestellt und darauffolgend Erklärungen für die Beziehungen zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität erläutert werden. Abschließend werden Strategien zur Prävention von Kriminalität in Zusammenhang mit Alkoholkonsum vorgestellt.

## 2 Kriminalstatistiken

Die jährlich veröffentlichte Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes (BKA) enthält Angaben zu zahlreichen polizeilich registrierten und aufgeklärten Straftaten. Aufklärung bedeutet hier, dass mindestens ein

**Tab. 1:** Ausgewählte Straftaten und Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss 2020

<b>Straftatbestand</b>	<b>Anzahl Fälle</b>	<b>Anzahl Tatverdächtige</b>	<b>Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss in %</b>
Betrug	808.074	339.966	1,7
Fahrlässige Tötung	791	881	1,1
Sexueller Missbrauch von Kindern	14.594	10.929	4,1
Rauschgiftdelikte	365.753	284.723	6,0
Beleidigung	220.291	183.082	13,6
Raub, räuberische Erpressung und räuberischer Angriff auf Kraftfahrer	33.872	25.813	13,9
Mord	719	763	15,6
Sachbeschädigung	576.444	126.224	19,9
Vorsätzliche einfache Körperverletzung	373.206	306.649	22,1
Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und sexueller Übergriff im besonders schweren Fall	9.752	8.480	22,7
Gefährliche/schwere Körperverletzung	130.453	137.188	24,1
Totschlag und Tötung auf Verlangen	1.682	1.914	29,2
Widerstand gegen und tätlicher Angriff auf die Staatsgewalt	37.778	33.629	51,7
<b>Straftaten insgesamt</b>	<b>5.310.621</b>	<b>1.969.617</b>	<b>11,8</b>

Quelle: Bundeskriminalamt, 2021

**Tab. 2:** Straftaten im Straßenverkehr 2019

	Abgeurteilte	Trunkenheit in %
Straftaten im Straßenverkehr nach StGB*	128.369	58,5
davon		
Fahrlässige Tötung	648	7,4
Straßenverkehrsgefährdung	14.101	81,5

\* u. a. unerlaubtes Entfernen vom Unfallort, fahrlässige Körperverletzung, gefährliche Eingriffe in den Straßenverkehr.

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021

Tatverdächtiger polizeilich ermittelt wurde. Verkehrsdelikte und Straftaten, die direkt bei Staatsanwaltschaften angezeigt werden, sind nicht in der PKS, sondern in anderen Kriminalstatistiken aufgeführt. Die PKS gibt Auskunft über den Anteil der Tatverdächtigen, die bei Deliktbegehung offensichtlich oder wahrscheinlich unter Alkoholeinfluss standen (Bundeskriminalamt, 2021; Tab. 1).

Über alle Straftaten hinweg standen 2020 im Durchschnitt 11,8 % (2019: 11,0 %) der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Zwischen den verschiedenen Straftaten bestehen jedoch im Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss große Unterschiede: Während bspw. weniger als 2 % der Tatverdächtigen bei fahrlässiger Tötung und Betrug alkoholisiert waren, wurden 20 % bis 24 % der Tatverdächtigen bei Sachbeschädigungen und Körperverletzungen als alkoholisiert eingestuft. Bei Widerstand gegen die Staatsgewalt standen sogar 51,7 % der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss.

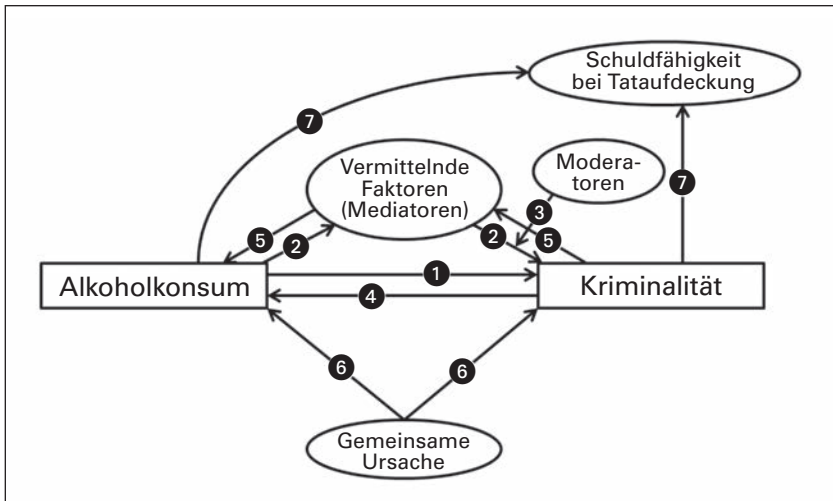
Auskunft über Verkehrsstraftaten unter Alkoholeinfluss gibt die jährlich erscheinende Strafverfolgungsstatistik (Statistisches Bundesamt, 2021). Demnach wurde bei der Mehrzahl der abgeurteilten Straftaten im Straßenverkehr Trunkenheit festgestellt. Unter Trunkenheit wird hier ein Zustand verstanden, der durch alkoholische, aber auch durch andere berauschende Mittel wie Drogen oder Medikamente hervorgerufen wird.

Wie die dargestellten Kriminalstatistiken eindrucksvoll aufzeigen, scheint bei zahlreichen offiziell registrierten Straftaten der Konsum von Alkohol eine Relevanz zu besitzen.

### 3 Theoretische Erklärungen

Statistiken über Alkoholeinfluss oder Trunkenheit in Zusammenhang mit Straftaten liefern bei genauerer Betrachtung lediglich Hinweise auf einen

**Abb. 1:** Theoretische Modelle zu Beziehungen zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität



korrelativen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität, d. h. es ist zunächst nur bekannt, dass beide Phänomene gehäuft gemeinsam auftreten. Inwieweit Alkoholkonsum die Begehung von Straftaten tatsächlich (mit)verursacht, d. h. ihm eine kausale Wirkung zukommt, kann hieraus nicht abgeleitet werden. Vielmehr sind auch andere Beziehungen und Wirkungen zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität möglich. Zur Erklärung ihrer Beziehung existieren vielfältige theoretische Modelle (s. Abb. 1; Bushman, 1997; Exum, 2006; Giancola, 2012; Kerner, 1992).

Alkoholkonsum könnte demnach einen direkten (Modell 1) oder indirekten (Modell 2) kausalen Einfluss auf die Begehung von Straftaten haben. Modell 1 subsumiert Annahmen, welche die akute, psychopharmakologische Wirkung von Alkohol in den Mittelpunkt stellen, infolge dessen eine erhöhte Aggressionsneigung und Gewaltbereitschaft bestehen könnte. Bei diesen Erklärungen wird jedoch eine Vielzahl an Faktoren benannt (z. B. weniger Ängste, euphorische Gefühle, s. 4.1), die den Einfluss von Alkohol auf Kriminalität vermitteln bzw. medieren. Dementsprechend können diese Erklärungen besser der Modellgruppe 2 zugeordnet und die angeführten Mediatoren als unmittelbare Erklärungen herangezogen werden (Foran, O’Leary, 2008). Daher ist fraglich, ob es überhaupt Fälle gibt, bei denen Alkoholkonsum ohne vermittelnde Faktoren einen direkten kausalen Einfluss auf Kriminalität aufweist; eine denkbare Variante ist, dass Alkoholkonsum an sich bereits eine Straftat darstellt (z. B. beim Deliktsbereich „Trunkenheit im Straßenverkehr“). Modell 2 kann

zeitlich auch längerfristige Prozesse umfassen (Foran, O'Leary, 2008). Hierbei werden die Wirkungen eines längerfristigen Alkoholkonsums im Sinne eines Trinkmusters betrachtet.

Modell 3 ist der Aggressionsforschung (Bushman, 1997) entnommen und besagt, dass die Wirkung der alkoholinduzierten psychopharmakologischen Veränderungen auf Kriminalität durch Drittvariablen (Moderatoren) verringert oder verstärkt werden kann. Solche Faktoren können Merkmale der Alkoholkonsumierenden (z. B. Geschlecht oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale) und der Situation (z. B. Hinweisreize auf Aggression anderer Personen) umfassen (Giancola, 2012). Sie können ebenfalls unmittelbar oder längerfristig wirken.

Modell 4 und 5 formulieren eine umgekehrte kausale Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität, indem strafbares Verhalten dazu führen könnte, dass Alkohol konsumiert wird. Die bis hier dargestellten Wirkungen können sich über die Zeit auch wechselseitig beeinflussen und verstärken, indem bspw. Alkoholkonsum zu Kriminalität führt, die wiederum zu verstärktem Alkoholkonsum beiträgt.

Von den angeführten kausalen Erklärungsansätzen sind Modelle zu unterscheiden, die den korrelativen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität auf eine gemeinsame Ursache zurückführen (Modell 6) oder die diesen Zusammenhang in Verbindung mit den negativen Konsequenzen bei Tataufdeckung bringen (Modell 7). Beide Modelle besagen, dass es sich bei dem Zusammenhang von Alkoholkonsum und Kriminalität um eine bloße Scheinkorrelation handelt. Nach Modell 6 kommt es durch eine gemeinsame Ursache von Alkoholkonsum und Kriminalität zu einem gehäuften, gemeinsamen Auftreten beider Phänomene (Foran, O'Leary, 2008), z. B. infolge individueller (z. B. generelle Neigung zu abweichendem Verhalten, geringe Impulskontrolle) oder sozialer Fehlanpassung (z. B. negatives elterliches Erziehungsverhalten, soziale Desorganisation von Stadtvierteln). Modell 7 beschreibt Ansätze, die betonen, dass Alkohol konsumiert wird, um die strafjustiziellen Folgen einer Deliktaufdeckung im Sinne einer verminderten Schuldfähigkeit abzumildern.

#### **4 Vertiefung und empirische Prüfungen theoretischer Erklärungen**

Da der experimentellen Prüfung von Einflussfaktoren auf Kriminalität ethische Grenzen gesetzt sind, ist man hier auf andere Arten von Studien angewiesen: Genutzt wurden experimentelle Studien, die aggressives anstatt kriminelles Verhalten untersuchten, sowie nicht-experimentelle Längsschnittstudien



zur Kriminalität. Im Folgenden werden empirische Befunde zu den Modellen 2, 3 und 6 rezipiert, wobei Modell 2 und 3 zusammen betrachtet werden und zwischen unmittelbaren und längerfristigen Erklärungsansätzen unterschieden wird.

#### **4.1 Empirische Befunde zu Modell 2 und 3 mit unmittelbaren Mechanismen**

Mehrere psychopharmakologische Mechanismen können zur Erklärung der akuten Wirkung von Alkohol auf aggressives und gewalttätiges Verhalten herangezogen werden (Exum, 2006; Giancola, 2012; Pihl et al., 1993):

- 1) Alkohol reduziert Ängste und schwächt somit die Hemmungen, die im nüchternen Zustand vorliegen können.
- 2) Alkohol wirkt psychomotorisch stimulierend, was sich in euphorischen Gefühlen und motorischer Agilität äußern kann, wodurch aggressives Verhalten verstärkt oder die Aggressionsschwelle verringert werden kann.
- 3) Alkohol erschwert die Funktionsfähigkeit höherer kognitiver Funktionen wie der Fähigkeit zu planendem Denken und der kontrollierten und anspruchsvollen, kognitiven Verarbeitung von Reizen. Infolgedessen ist die Aufmerksamkeit eingeschränkt und die verfügbaren kognitiven Ressourcen werden zur Verarbeitung von Reizen verwendet, die unmittelbar wahrgenommen und leichter zu verarbeiten sind. Langfristige Konsequenzen von Verhalten (z. B. Konsequenzen aggressiver Reaktionen) werden daher weniger berücksichtigt.
- 4) Alkohol erhöht die Schmerzsensitivität (außer bei sehr starkem Konsum), wodurch Reize und Ereignisse eher als bedrohlich oder aversiv erlebt werden.

Exum (2006) fasste die verfügbaren Meta-Analysen zu experimentellen Studien zur Wirkung von Alkoholkonsum auf aggressives Verhalten zusammen und zeigte, dass Alkoholkonsum zu erhöhter Aggressivität führt. Zudem wurde festgestellt, dass die Alkohol-Aggressions-Beziehung durch weitere personale und situative Faktoren verstärkt werden kann (Modell 3; z. B. männliches Geschlecht, negative Emotionen infolge von Frustration oder Provokation, eine besonders große Menge an Alkohol, aggressive Reaktionen des Opfers, Abwesenheit alternativer nicht-aggressiver Reaktionsmöglichkeiten). Giancola (2012) berichtet des Weiteren von Persönlichkeitsmerkmalen, die die Wirkung von Alkohol auf Aggression verstärken: Dazu gehören u. a. erhöhte Disposi-

tionen für Aggression, Reizbarkeit, Ärger, tolerante Einstellungen gegenüber Aggression sowie geringes Bewusstseins für eigene emotionale und impulsive Reaktionen, geringe Selbstkontrolle, Empathie und Intelligenz.

Aggressionsexperimente stehen jedoch in der Kritik, da sie möglicherweise nicht aggressives, sondern Anpassungs- oder Wettbewerbsverhalten untersuchen. Eine weitere Kritik ist, dass das in diesen Experimenten gezeigte Verhalten möglicherweise nicht dem Verhalten im wahren Leben entspricht (Tedeschi, Quigley, 1996). Hierzu zeigten die Meta-Analysen von Anderson und Bushman (1997) zumindest auf, dass ausgewählte situationale und personale Merkmale in Zusammenhang mit aggressivem Verhalten stehen, sowohl in Aggressionsexperimenten als auch in nicht-experimentellen Studien. Unklar bleibt jedoch, inwieweit die Erkenntnisse aus den Experimenten auch zur Erklärung von kriminellen Verhalten herangezogen werden können. Eine Übertragbarkeit lässt sich am ehesten für gewalttätiges Verhalten annehmen.

#### **4.2 Empirische Befunde zu Modell 2 und 3 mit längerfristigen Mechanismen**

Neben der akuten Wirkung von Alkohol könnten auch langfristige Wirkungen durch einen anhaltend erhöhten Alkoholkonsum identifiziert werden, die zu Kriminalität beitragen. Als mögliche vermittelnde Mechanismen werden alkoholbedingte Veränderungen in Struktur und Funktion von Gehirnarealen, Verhaltensauffälligkeiten und Lebensstilveränderungen diskutiert (Chao et al., 2017; Mason et al., 2010). In einer Recherche des Autors wurden mehrere Längsschnittstudien und -datensätze ermittelt, die im Rahmen einer Meta-Analyse auswertbar waren. In der vorgenommenen Meta-Analyse werden alle Zusammenhänge von Alkoholkonsum und Delinquenz, die pro Studie/Datensatz zu mindestens zwei Messzeitpunkten als Selbstbericht erfasst wurden, zusammen analysiert, um die wahren Zusammenhänge zu ermitteln (Dormann et al., 2019). In der Meta-Analyse wurden Zusammenhänge aus neun Studien/Datensätzen mit insgesamt 39 Erhebungen aus den Jahren 1985 bis 2015 mit über 26.000 US-amerikanischen Studienteilnehmenden im Alter von 10 bis 42 Jahren berechnet (genauere Informationen sind vom Erstautor erhältlich). Es zeigte sich, dass Alkoholkonsum einen geringen, aber hoch signifikanten Einfluss auf die Veränderung in der Delinquenzhäufigkeit aufweist. Demnach erhöht Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit, sich im zeitlichen Verlauf öfter delinquent zu verhalten. Analysen zu Modell 3 werden aktuell vom Autor durchgeführt.

### 4.3 Empirische Befunde zu Modell 6

Die Frage, ob es sich beim Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Kriminalität um einen Scheinzusammenhang handelt, wurde vergleichsweise wenig untersucht (Chao et al., 2017; Felson et al., 2008; Felson, Teasdale, Burchfield, 2008; Foran, O'Leary, 2008; French, Maclean, 2006). In der Mehrzahl zeigen diese Studien, dass Alkoholkonsum und Kriminalität (untersucht wurden u. a. physische Gewalt, Vandalismus und Diebstahl) kausal zusammenhängen und gemeinsame Ursachen nur in geringerem Maße den Zusammenhang erklärten.

### 4.4 Zusammenfassung der empirischen Befunde

Die Modelle 2 und 3 erfahren bei Betrachtung unmittelbarer und längerfristiger Mechanismen eine starke empirische Bestätigung. Dies zeigt, dass sowohl die akuten als auch die längerfristigen Wirkungen von Alkoholkonsum zur Erklärung von kriminellem Verhalten beitragen.

## 5 Prävention alkoholbedingter Kriminalität

Präventive Ansätze unterscheiden sich dahingehend, ob sie auf eine allgemeine Verringerung des Alkoholkonsums abzielen, so dass situative Bedingungen alkoholbedingter Kriminalität seltener auftreten, oder sich an spezielle Zielgruppen richten. Zu Ersterem zählen:

- 1) Erschwerung des Kontaktes und Zugangs  
Hierzu zählen Beschränkungen der Alkoholwerbung (siehe bspw. Koalitionsvertrag der neuen Ampel-Koalition), der Verteuerung von Alkohol durch Besteuerung (z. B. Alkopopsteuergesetz 2004) und des Verbots von Verkauf und Verzehr von Alkohol für bestimmte Altersgruppen (§ 9 JuschG) und im Verkehr (z. B. in Fahrzeugen der Münchner Verkehrsgesellschaft) sowie zu gewissen Uhrzeiten (z. B. nächtliches Verbot in Baden-Württemberg bis 2017).
- 2) Information  
Informationskampagnen anhand von Plakaten, Broschüren (z. B. der Polizeilichen Kriminalprävention), Fernseh- und Social-Media-Werbung,

Veranstaltungen (z. B. die Aktionswoche „Alkohol? Weniger ist besser!“), Kampagnen (z. B. „Unabhängig im Alter“, „Alkohol? Kenn dein Limit“) und Schulungen sollen die Bevölkerung für die negativen Wirkungen und Konsequenzen von Alkohol sensibilisieren und zu einem Rückgang des Konsums beitragen. Hierzu werden auch Unterrichtseinheiten in Schulen angeboten oder lokale Präventionsprojekte initiiert.

Zielgruppenspezifische Präventionsansätze richten sich an Jugendliche und alkoholkrankte straffällige Personen. Die Maßnahmen unter 1) und 2) konzentrieren sich stark auf Jugendliche. Alkoholkrankte straffällige Personen können in offenen Einrichtungen, im Maßregelvollzug (Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB) und begrenzt auch im Strafvollzug therapeutisch behandelt werden.

## Literatur

- Anderson, C. A.; Bushman, B. J. (1997): External validity of „trivial“ experiments: The case of laboratory aggression. *Review of General Psychology*, 1(1), 19–41.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2021): Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2020. Wiesbaden.
- Bushman, B. J. (1997): Effects of alcohol on human aggression. Validity of proposed explanations. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 227–243.
- Chao, M.; Li, X.; McGue, M. (2017): The causal role of alcohol use in adolescent externalizing and internalizing problems: a Mendelian randomization study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 41(11), 1953–1960.
- Dormann, C.; Guthrie, C.; Cortina, J. M. (2019): Introducing Continuous Time Meta-Analysis (CoTiMA). *Organizational Research Methods*, 23(4), 1–31.
- Exum, M. L. (2006): Alcohol and aggression: An integration of findings from experimental studies. *Journal of Criminal Justice*, 34(2), 131–145.
- Felson, R. et al. (2008): Is the association between alcohol use and delinquency causal or spurious? *Criminology*, 46(3), 785–808.
- Felson, R. B.; Teasdale, B.; Burchfield, K. B. (2008): The Influence of being under the influence: Alcohol effects on adolescent violence. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45(2), 119–141.
- Foran, H. M.; O’Leary, K. D. (2008): Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222–1234.
- French, M. T.; Maclean, J. C. (2006): Underage alcohol use, delinquency, and criminal activity. *Health Economics*, 15(12), 1261–1281.

- Giancola, P. R. (2012): Alcohol and aggression: Theories and mechanisms. In: McMurrin, M. (Ed.). *Alcohol-related violence: Prevention and treatment*. Malden, MA: Wiley. 37–59.
- Heimerdinger, A. (2006): *Alkoholabhängige Täter: Justizielle Praxis und Strafvollzug; Argumente zur Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme*. (Kriminologie und Praxis; 52). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Kerner, H.-J. (1992): Alkohol und Kriminalität. Zur Bedeutung von Alkoholkonsum bei einzelnen Straftaten und bei der Ausprägung krimineller Karrieren. In: Frank, C.; Harrer, G. (Hrsg.): *Kriminalprognose. Alkoholbeeinträchtigung – Rechtsfragen und Begutachtungsprobleme*. Berlin: Springer. 107–124.
- Mason, W. A. et al. (2010): Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: a comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1377–1385.
- Pihl, R. O.; Peterson, J. B.; Lau, M. A. (1993): A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (11), 128–139.
- Statistisches Bundesamt (2021): *Rechtspflege: Strafverfolgung 2020*. (Fachserie 10, Reihe 3). Wiesbaden.
- Tedeschi, J. T.; Quigley, B. M. (1996): Limitations of laboratory paradigms for studying aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 1(2), 163–177.

## 2.7 Suchtmittel im Straßenverkehr 2020 – Zahlen und Fakten

*Leon Straßgütl, Martina Albrecht*

### Zusammenfassung

#### **Alkohol im Straßenverkehr**

Von 2011 bis 2020 hat die Zahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden um 18,2 % abgenommen. Die Zahl der Beteiligten an Alkoholunfällen mit Personenschaden hat sich um 13,6 % reduziert.

Am häufigsten tritt Alkohol als Unfallursache in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen Unfallbeteiligten auf, gefolgt von den Gruppen der 35- bis 44-jährigen und der 18- bis 24-jährigen Beteiligten. Die Anzahl der an Unfällen mit Personenschaden beteiligten alkoholisierten männlichen Beteiligten fällt etwa 6,7-mal so hoch aus wie die der weiblichen.

Alkoholunfälle mit Personenschaden ereignen sich am häufigsten in den Abend- und frühen Morgenstunden und insbesondere in den Wochenendnächten. Unter den Verursachenden dieser nächtlichen Freizeitunfälle sind junge Erwachsene überproportional häufig vertreten.

Seit 2001 gilt in Deutschland eine 0,5-Promille-Grenze für Führende eines Kraftfahrzeugs. Für Fahranfängerinnen und Fahranfänger gilt seit 2007 ein Alkoholverbot. Dieses gilt für alle Personen unter 21 Jahren sowie für Personen, die sich noch in der zweijährigen Probezeit befinden, unabhängig von ihrem Alter.

#### **Drogen im Straßenverkehr**

Die Gefährdung der Verkehrssicherheit durch drogenbeeinflusste Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer hat seit den 1990er Jahren an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 1998 wurde ein Ordnungswidrigkeitstatbestand für das Fahren unter dem Einfluss bestimmter psychoaktiver Substanzen eingeführt. Ausbildungsmaßnahmen für die Polizei zur besseren Erkennung einer Drogenwirkung bei Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern sowie der Einsatz von Drogenschnelltests führten dazu, dass die Dokumentation der Unfallursache „andere berauschende Mittel“ deutlich anstieg. Sie liegt aber immer noch um ein Vielfaches niedriger als die der Unfallursache Alkohol.

## **Abstract**

### **Alcohol**

*The number of alcohol-related road traffic accidents with personal injury decreased by 18.2 % between 2011 and 2020. The number of persons under the influence of alcohol that were involved in personal injury accidents decreased by 13.6 %. Road accidents due to alcohol most often occur within the age group of 25- to 34-year-old drivers, followed by 35- to 44-year-olds and 18- to 24-year-olds. The number of alcohol-related accidents with personal injury caused by male drivers is about 6.7-times compared to female drivers. Alcohol-related accidents with personal injury happen most often during the evening and early morning hours, especially during weekend nights. Young adults occur disproportionately among the responsible parties of these "leisure-time-accidents" at night. Since 2001, there has been a 0.5 g/L limit for drivers of motor vehicles in Germany. Zero tolerance has been in force for novice drivers since 2007. This applies to all persons under 21 years of age and to persons who are still in the two-year probationary period, regardless of their age.*

### **Drugs**

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

## **1 Alkohol im Straßenverkehr**

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

### **Gesetzeslage**

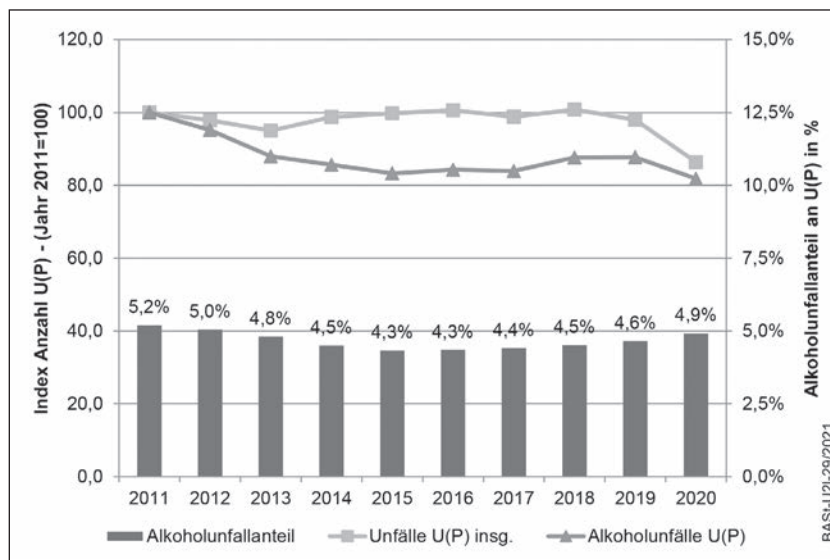
Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt, obwohl er oder sie 0,25 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft oder 0,5 Promille oder mehr Alkohol im Blut

oder eine Alkoholmenge im Körper hat, die zu einer solchen Atem- oder Blutalkoholkonzentration führt. Es handelt ebenfalls ordnungswidrig, wer in der Probezeit oder vor Vollendung des 21. Lebensjahres beim Führen eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr alkoholische Getränke zu sich nimmt oder die Fahrt unter der Wirkung eines solchen Getränks antritt. Liegen neben einem Substanznachweis im Blut auch Anzeichen für Fahruntüchtigkeit vor, zum Beispiel Fahrfehler oder Verhaltensauffälligkeiten, kann es zu einer Ahndung nach §§ 315c, 316 des Strafgesetzbuches (StGB) kommen. Ab einer Blutalkoholkonzentration von 1,1 Promille wird gemäß Rechtsprechung auch ohne weitere Beweisanzeichen von Fahruntüchtigkeit ausgegangen.

## Alkoholunfälle

Im Jahr 2020 ereigneten sich 13.003 Alkoholunfälle mit Personenschaden (U(P)). Das heißt, bei diesen Unfällen wurde mindestens eine Person getötet oder verletzt. Bei diesen Unfällen verunglückten 15.647 Personen. Getötet wurden 156 Personen (1,0 % der Verunglückten). 4.106 Personen (26,2 %) wurden schwer verletzt, sie wurden also für mindestens 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit, nämlich

**Abb. 1:** Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Alkoholunfälle 2011–2020; Index 2011 = 100 [nur Unfälle mit Personenschaden U(P)]





**Tab. 1:** Alkoholunfälle mit Personenschaden und alkoholisierte Beteiligte 2011–2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
U(P) alkoholisiert	15.898	15.130	13.980	13.612	13.239	13.403	13.343	13.934	13.949	13.003
dabei Getötete	400	338	314	260	256	225	231	244	228	156
dabei Schwerverl.	5.515	5.393	4.843	4.688	4.590	4.506	4.531	4.634	4.592	4.106
dabei Leichtverl.	14.294	13.590	12.677	12.168	11.836	12.264	12.040	12.595	12.591	11.385
alkohol. Beteiligte	16.046	15.259	14.115	13.742	13.361	13.532	13.463	14.056	14.070	13.098

BAS-U21-29/2021

11.385 Personen (72,8 %), wurde leicht verletzt. Alkoholunfälle sind dabei noch immer deutlich folgenreicher als Unfälle insgesamt. Auf 1.000 Alkoholunfälle mit Personenschaden kamen im Jahr 2020 12 Getötete und damit 1,2-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt. Der Anteil von Alkoholunfällen mit Personenschaden an allen Unfällen mit Personenschaden beträgt 4,9 %.

Die Zahl der Alkoholunfälle ist langfristig rückläufig. Zwischen 2011 und 2020 reduzierte sich die Zahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden um 18,2 %. Dabei ging die Zahl der Alkoholunfälle im Jahr 2020 besonders stark zurück – im Vergleich zum Vorjahr sank die Zahl um –6,8 %. Dies ist vermutlich auf die stark reduzierte Mobilität in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, 2021; Bundesanstalt für Straßenwesen, 2021). Die Entwicklung der Unfallzahlen ist zusammenfassend in Abb. 1 und Tab.1 dargestellt.

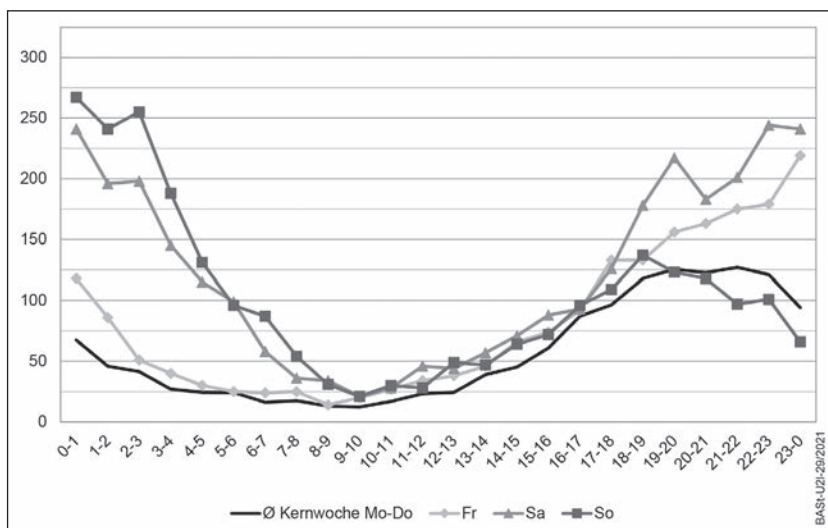
Das Alkoholunfallgeschehen ist sehr stark von der Jahreszeit, vom Wochentag und von der Uhrzeit abhängig. Der Monat mit den meisten Alkoholunfällen war 2020 der August. Allgemein ist das Alkoholunfallgeschehen im Sommer höher im Vergleich zum Rest des Jahres. Auch hier zeigt sich der Einfluss des veränderten Mobilitätsverhaltens in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. So reduzierte sich die Mobilität besonders stark während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 und zusätzlich während des Teil-Lockdowns ab November 2020 (Statistisches Bundesamt, 2021; Bundesanstalt für Straßenwesen, 2021). Dies spiegelt sich auch im Rückgang der Alkoholunfälle wider. In den Zeiten, in denen die Mobilität stärker zurückging, nahm auch die Anzahl der Alkoholunfälle im Vergleich zum Vorjahr überproportional ab. Im Wochenverlauf ereignen sich die meisten Alkoholunfälle am Wochenende. Von den insgesamt 13.003 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2020 fielen 2.960 oder 22,8 % auf einen Samstag und 2.508 oder 19,3 % auf einen Sonntag. Auf Freitage entfielen 15,1 % der Alkoholunfälle und auf Donnerstage 12,9 %. Die Wochentage Montag bis Mittwoch wiesen die geringste Zahl

an Alkoholunfällen auf, im Schnitt ereigneten sich an diesen Tagen 10,0 % der Alkoholunfälle.

Die meisten Alkoholunfälle ereignen sich abends und nachts zwischen 18 Uhr und 2 Uhr. Im Jahr 2020 geschahen 57,4 % der Alkoholunfälle in diesen acht Stunden. Im Vergleich dazu fielen nur 20,4 % der Unfälle mit Personenschaden insgesamt (d.h. mit und ohne alkoholisierte Beteiligte) in diesen Zeitraum.

Etwa ein Viertel (24,8 %) der Alkoholunfälle ereigneten sich dabei in den sechzehn Wochenstunden von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag zwischen 18 und 2 Uhr nachts. Damit ist ein klarer Schwerpunkt der Alkoholunfälle in den Nachtstunden an den Wochenenden auszumachen. Aus der vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) in Auftrag gegebenen Studie „Mobilität in Deutschland 2017“ geht hervor, dass an Wochenenden und Feiertagen mehr als doppelt so oft Wege für Freizeitaktivitäten zurückgelegt werden als in der Kernwoche von Montag bis Donnerstag (Infas et al., 2018). Dabei sind es vor allem auch Freizeitaktivitäten, bei denen häufiger Alkohol konsumiert wird, wie z.B. das Treffen von Bekannten und Verwandten, der Besuch von Veranstaltungen und Restaurants, Kneipen und Clubs (Demers et al., 2003). Zudem ist der Wegezweck „Freizeit“ in den Abend- und Nachtstunden überproportional häufig vertreten. Auch hier sind es insbesondere die zuvor genannten Freizeitaktivitäten, wegen derer die Befragten zu

**Abb. 2:** Alkoholunfälle mit Personenschaden nach Wochentag und Uhrzeit 2020



diesen Uhrzeiten vermehrt unterwegs waren (Infas et al., 2018). Die Verteilung der Alkoholunfälle auf Wochentag und Uhrzeit ist in Abb. 2 dargestellt.

## Alkoholisierter Unfallbeteiligte

Bei den insgesamt 13.003 Alkoholunfällen mit Personenschaden im Jahr 2020 waren 13.098 Unfallbeteiligte alkoholisiert. Gemessen an allen Beteiligten bei Unfällen mit Personenschaden machten alkoholisierte Beteiligte damit einen Anteil von 2,7 % aus. Die meisten alkoholisierten Beteiligten (95,6 %) waren dabei Hauptverursachende des Unfalls.

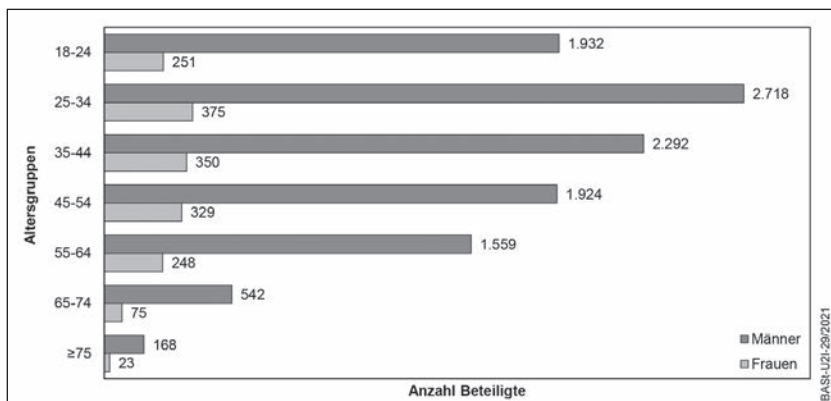
Knapp die Hälfte (47,2 %) der alkoholisierten Beteiligten verunfallten 2020 im Pkw. Die zweitgrößte Gruppe stellten mit 35,5 % Radfahrende dar. Zudem waren Radfahrende überproportional häufig alkoholisiert an Unfällen beteiligt. Ihr Anteil an den Unfallbeteiligten insgesamt betrug lediglich 20,4 %.

Die Thematik „Alkohol im Straßenverkehr“ trägt eindeutig alters- und geschlechtsspezifische Züge (s. Abb. 3). 2020 waren 87,0 % der alkoholisierten Unfallbeteiligten männlich. Auch wenn berücksichtigt wird, dass Männer häufiger an Straßenverkehrsunfällen beteiligt sind als Frauen – 2020 stellten sie 63,2 % der Unfallbeteiligten dar – sind männliche alkoholisierte Unfallbeteiligte deutlich überrepräsentiert.

Alkoholisierte Beteiligte sind zudem im Durchschnitt jünger als Beteiligte insgesamt. Knapp ein Viertel (23,6 %) der alkoholisierten Beteiligten war 2020 zwischen 25 und 34 Jahren alt, gefolgt von den 35- bis 44-Jährigen mit 20,2 %.

Gemessen an der Bevölkerungsstärke ist die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen

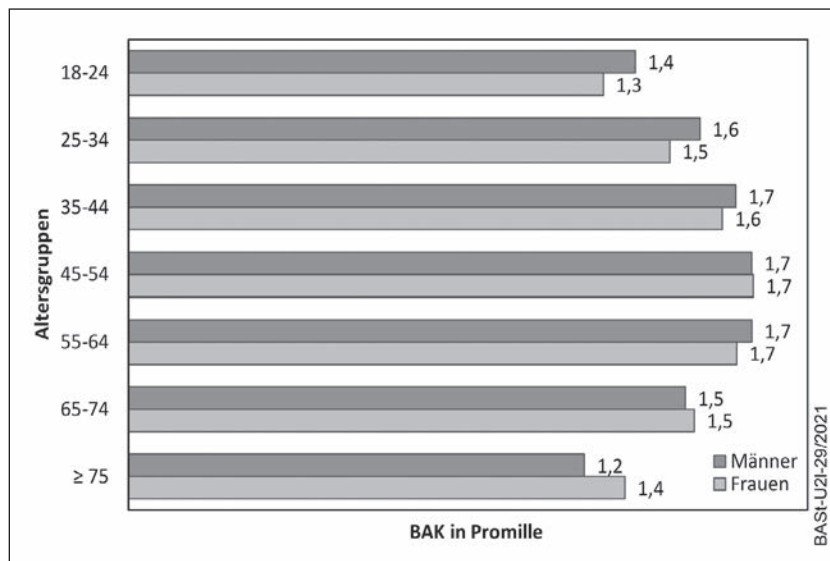
**Abb. 3:** Unfallbeteiligte nach Altersgruppen und Geschlecht 2020



allerdings am stärksten überrepräsentiert. Ihr Anteil an den alkoholisierten Unfallbeteiligten lag 2020 bei 16,7%, während ihr Anteil an der Bevölkerung insgesamt nur 7,4% betrug. Sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen alkoholisierten Beteiligten waren die Beteiligten im jungen Erwachsenenalter überrepräsentiert. Die größte Altersgruppe stellten bei beiden Geschlechtern die 25- bis 34-Jährigen dar.

Von allen alkoholisierten Beteiligten im Jahr 2020 machten männliche Beteiligte im frühen Erwachsenenalter zwischen 18 und 34 Jahren mehr als ein Drittel der Beteiligten aus. Wird noch die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen hinzugenommen, stieg ihr Anteil sogar auf über 50%. Aus Studien geht hervor, dass die Neigung zu riskantem Verhalten in jungen Jahren stärker ausgeprägt ist und mit zunehmendem Alter abnimmt (Gregersen, 2003; Holte, 2012). Dabei weisen Männer eine größere Risikobereitschaft auf als Frauen (ebd.). Zudem gehen jüngere Erwachsene in ihrer Freizeit öfter den oben erwähnten Aktivitäten nach, bei denen häufiger Alkohol konsumiert wird (Infas et al., 2018). Allerdings deuten Studien auch darauf hin, dass junge Erwachsene nicht häufiger Alkohol konsumieren und am Straßenverkehr teilnehmen, aber dass sie, wenn sie es tun, ein erhöhtes Unfallrisiko haben als ältere und erfahrenere Personen (Gregersen, 2003).

**Abb. 4:** Durchschnittliche Blutalkoholkonzentration (BAK) nach Altersgruppen und Geschlecht 2020



Dies spiegelt sich auch im Alkoholisierungsgrad wider. Junge alkoholisierte Beteiligte weisen einen deutlich geringeren Alkoholwert auf als alkoholisierte Beteiligte mittlerer Altersgruppen (s. Abb. 4). Bei den 18- bis 24-jährigen alkoholisierten Beteiligten wurde durchschnittlich eine Blutalkoholkonzentration (BAK) in Höhe von 1,37 Promille nachgewiesen. Am höchsten war der Wert dagegen bei den 45- bis 54-Jährigen mit 1,70 Promille. Damit lag der mittlere Alkoholwert der 18- bis 24-Jährigen 19,3% unter dem der 45- bis 54-Jährigen.

## **2 Drogen im Straßenverkehr**

### **Gesetzeslage**

Gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG) handelt ordnungswidrig, wer unter der Wirkung (definiert als Nachweis im Blut) von bestimmten Drogen im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Die Anlage zu § 24a StVG (Liste der berauschenden Mittel und Substanzen) umfasst derzeit THC, Morphin, Cocain, Benzoylcegonin, Amfetamin, MDA, MDE, MDMA und Metamfetamin. Liegen neben einem Substanznachweis im Blut auch Anzeichen für Fahruntüchtigkeit vor, zum Beispiel Fahrfehler oder Verhaltensauffälligkeiten, kann es zu einer Ahndung nach §§ 315c, 316 des Strafgesetzbuches (StGB) kommen.

### **Entdeckung der Fahrt unter Drogen**

Während die Fahrzeugführenden unter Alkoholeinfluss relativ leicht an dem typischen Atemgeruch erkannt werden können, ist die Entdeckung eines drogen- oder arzneimittelbeeinflussten Fahrenden deutlich schwieriger. Die Polizei ist darauf angewiesen, durch das Erkennen von Auffälligkeiten im Verhalten und Erscheinungsbild des Fahrenden oder durch die Entdeckung von Drogenutensilien im Fahrzeug einen Anfangsverdacht zu erhalten.

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

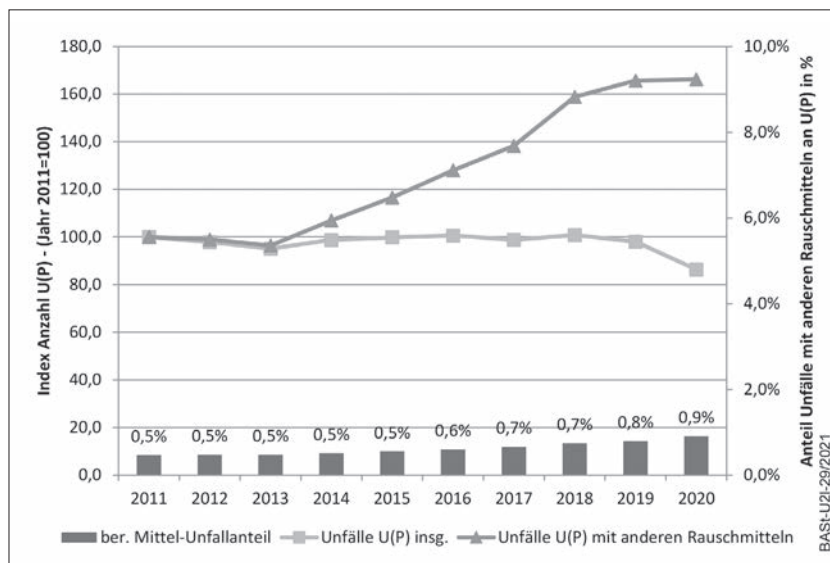
## Schnelltest-Verfahren

Einen beweissicheren Schnelltest wie die Atemalkoholmessung, die am Straßenrand erfolgen kann, gibt es für Drogen zurzeit nicht. In vielen Bundesländern werden aber Schnelltests, die Drogen im Speichel, Schweiß oder Urin feststellen können, als Vortest von der Polizei eingesetzt. Eine Laboranalyse zur Bestätigung ist rechtlich für die Beweissicherung weiterhin notwendig.

## Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“

Die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden und der Unfallursache „Einfluss anderer berauschender Mittel“ stieg seit den 1990er Jahren deutlich an. Zwischen 2011 und 2020 ist die Anzahl der Unfälle um 66,2 % angestiegen (s. Abb. 5). Insbesondere seit 2014 nahm die Zahl dieser Unfälle jedes Jahr stark zu. Für 2020 waren 2.393 Unfälle mit Personenschaden zu verzeichnen, das sind 0,3 % mehr als noch im Vorjahr. Insgesamt verunglückten 2020 bei Unfällen unter dem Einfluss berauschender Mittel 3.207 Personen, davon wurden 37 getötet (1,2 %), 802 schwer verletzt (25,0 %) und 2.368 leicht verletzt (73,8 %).

**Abb. 5:** Entwicklung der Unfälle insgesamt und der Unfälle unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel 2011–2020; Index 2011 = 100 [nur Unfälle mit Personenschaden U(P)]



Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel sind damit deutlich folgenreicher als Unfälle insgesamt. Auf 1.000 Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss berauschender Mittel kamen im Jahr 2020 15 Getötete und damit 1,5-mal so viele wie bei Unfällen mit Personenschaden insgesamt. Der starke Anstieg bei den Unfällen unter Einfluss anderer berauschender Mittel ist jedoch mindestens teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die Drogenerkennung seitens der Polizei in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Der im Vergleich zu den Veränderungen in den Vorjahren geringe Anstieg der Unfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel ist dabei vermutlich vor allem auf die verringerte Mobilität in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, 2021; Bundesanstalt für Straßenwesen, 2021).

Im Jahr 2020 kam es am häufigsten an Donnerstagen, Freitagen und Samstagen zu Unfällen unter dem Einfluss berauschender Mittel mit Personenschaden. Die meisten Unfälle ereigneten sich zudem in der zweiten Tageshälfte mit Spitzen zwischen 16 und 22 Uhr. Die Anzahl der Beteiligten, die unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel standen, belief sich 2020 auf 2.401 Personen. Wie auch beim Alkoholunfallgeschehen sind deutliche geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten zu erkennen. Die meisten Beteiligten waren dabei männlich (89,1 %). Zudem waren Personen zwischen 18 und 34 Jahren mit 61,2 % deutlich überrepräsentiert gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung. Mehr als die Hälfte (55,2 %) der Beteiligten waren männlich und zwischen 18 und 34 Jahren.

Insgesamt steigt die Anzahl der polizeilich registrierten Unfälle unter Einfluss anderer berauschender Mittel seit 2014 überproportional stark an. Wie stark sich die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss anderer berauschender Mittel aber tatsächlich geändert hat, ist aus diesen Zahlen nicht ohne weiteres ableitbar, da hierbei auch die bessere Drogenerkennung eine Rolle spielt.

## Literatur

- Bundesanstalt für Straßenwesen (2021): Verkehrsbarometer 2020 – Entwicklung des Straßenverkehrs auf Bundesfernstraßen nach Monaten (Stand 02.06.2021). Bergisch Gladbach. [https://www.bast.de/BASt\\_2017/DE/Statistik/Verkehrsdaten/Verkehrsbarometer.html](https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Statistik/Verkehrsdaten/Verkehrsbarometer.html), Zugriff: 22.07.2021.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (1998): Drogenerkennung im Straßenverkehr – Schulungsprogramm für Polizeibeamte. (Reihe Mensch und Sicherheit; H. M 96). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Demers, A. et al. (2003): Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Social Science & Medicine*, 55(3), 415–424.
- Gregersen, N. (2003): Young Novice Drivers. In: Engström, I. et al.: *Young Novice drivers, Driver Education and Training*. VTI Rapport 491A. Linköping: Swedish National Road and Transport Research Institute. 21–53.
- Holte, H. (2012): Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer. (Reihe Mensch und Sicherheit; H. 229). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Infas et al. (2018): *Mobilität in Deutschland – Tabellarische Grundausswertung*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur. Bonn; Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2021): *Experimentelle Daten – Mobilitätsindikatoren mit Mobilfunkdaten*. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Service/EXDAT/Datensaetze/mobilitaetsindikatoren-mobilfunkdaten.html>, Zugriff: 22.07.2021.





### **3 Suchtkrankenhilfe in Deutschland**

---



## 3.1 Jahresstatistik 2020 der professionellen Suchthilfe

*Larissa Schwarzkopf, Jutta Künzel, Monika Murawski,  
Sara Specht*

### Zusammenfassung

Im DHS Jahrbuch Sucht werden jährlich die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zusammengefasst. Die aktuell vorliegende Statistik basiert auf den Daten des Jahres 2020, die mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS), der in seiner aktuellen Fassung (KDS 3.0) seit 2017 Verwendung findet, erhoben wurden. Im Datenjahr 2020 wurden in 854 ambulanten und 135 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 315.586 ambulante Betreuungen und 33.880 stationäre Behandlungen durchgeführt. Die Suchthilfe in Deutschland zählt damit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Europa und weist eine hohe Qualifizierung und Differenzierung auf. Ziel dieses Beitrags ist eine breite Ergebnisdarstellung aktueller Daten der DSHS, die aus Platzgründen jedoch keine vertiefenden Analysen oder Langzeitentwicklungen enthält. Im Einzelnen wird ein Überblick über diagnostische Angaben zum primären Betreuungs-/Behandlungsanlass der Klientel oder Patientinnen bzw. Patienten sowie zu weiteren suchtbetragenen Störungen gegeben. Weiterhin werden Informationen zu soziodemographischen Merkmalen wie Alter, Lebens- und Erwerbssituation und überblicksartig auch Angaben zu Dauer und Erfolg der Betreuung/Behandlung berichtet. Ergänzend werden Auswertungen für einige wesentliche Merkmale auch anhand ausgewählter Hauptmaßnahmen („Art der Dienste/Maßnahmen“) erstellt. Der vollständige Bericht der DSHS 2020 ist unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de) verfügbar.

### Abstract

*The most important results of the Statistical Report on Substance Abuse Treatment in Germany (DSHS) are summarized in this annual book. The current statistics are based on data from 2020, which were collected by means of the German Core Data-*

set (KDS 3.0; version valid from 2017) for documentation in the area of substance abuse treatment. The 2020 DSHS data set composes of 854 outpatient and 135 inpatient centres, in which 315,586 and 33,880 treatments were carried out. The German substance abuse treatment system is one of the most comprehensive in Europe. This chapter aims to provide an overview of the current substance abuse treatment situation in Germany. The purpose is a broad presentation of results, but does not contain detailed analyses or long-term trends, due to lack of space. This chapter includes diagnostic data on the primary causes of patient treatment as well as information on further substance-related disorders. Besides, information on sociodemographic characteristics such as age, living situation and employment status as well as results of treatment duration and outcome are reported. Results are also available based on the type of treatment service/program. Therefore, some of the following characteristics are also outlined, besides outpatient and inpatient settings, based on the five most prevalent types of treatment services/programs.

## **1 Einleitung**

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit überwiegend von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erhoben. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgt seit 2017 mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0; Manual verfügbar unter: [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)). Zuvor wurde mit früheren, in weiten Teilen kompatiblen Versionen des Kerndatensatzes dokumentiert. Eine standardisierte Dokumentation im Bereich der Suchthilfe findet bereits seit 1980 statt. Im Rahmen des KDS werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung als auch Informationen zur Klientel erfasst.

## **2 Methodik**

### **2.1 Datenerfassung**

An der DSHS können Einrichtungen der Suchthilfe teilnehmen, die ihre Arbeit entsprechend der Vorgaben des KDS 3.0 dokumentieren und in aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen. Die Statistik wird jährlich vom Institut für Therapieforchung (IFT) erstellt und veröffentlicht. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer zertifizierten Dokumentationssoftware, mittels derer die Daten in standardisierter

Form für die Auswertung aufbereitet werden. Gegenwärtig (Stand: Oktober 2021) verfügen Softwares von 14 Anbieterfirmen über ein entsprechendes Zertifikat für den KDS 3.0. Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden und Jahresberichten. Neben den Berichten und Tabellenbänden der Vorjahre sind auch der aktuelle Jahresbericht der DSHS (Schwarzkopf et al., 2021) sowie die aktuellen (unkommentierten) Tabellenbände des Datenjahres 2020 unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de) frei verfügbar. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) zu entnehmen.

## 2.2 Datenbasis

Die zugrundeliegenden Daten geben eine umfangreiche, aber nicht vollständige Darstellung des Suchthilfesystems in Deutschland. Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen hat sich in den letzten zehn Jahren grundsätzlich erhöht. Da sich durch die Einführung des KDS 3.0 die Systematik der Einrichtungstypen geändert hat (vgl. Braun, Lesehr, 2017), ist die absolute Anzahl ab 2017 im Vergleich zu den Vorjahren jedoch nicht mehr interpretierbar. Im Datenjahr 2020 haben sich 854 (2019: 863) ambulante und 135 (2019: 142) stationäre Einrichtungen an der DSHS beteiligt. Der Rückgang im stationären Bereich hängt damit zusammen, dass ein von elf Einrichtungen genutztes Softwaresystem aufgrund mangelnder Datenqualität im Datenjahr 2020 nicht berücksichtigt werden konnte.

Das IFT führt für die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) ein Register, das die Facheinrichtungen der Suchthilfe in Deutschland nahezu vollständig erfasst (Süss, Pfeiffer-Gerschel, 2009). Ein Vergleich mit diesem Register erlaubt eine Einschätzung der Beteiligungsquote von Suchthilfeeinrichtungen an der DSHS. Das Einrichtungsregister weist validierte Einträge<sup>1</sup> von insgesamt 1.264 ambulanten und 325 stationären Einrichtungen auf (Stand: September 2021). Auf Basis der Angaben der Einrichtungen zu ihrer Teilnahme an der DSHS (ggf. verdeckt durch Einschluss ihrer Daten in den Datensatz einer anderen Einrichtung) und Extrapolation von fehlenden Angaben kann für den ambulanten Bereich eine Beteiligungsquote von  $\geq 69,2\%$  (2019: 71,4 %) und für den stationären Bereich eine Beteiligungsquote von  $\geq 59,3\%$  (2019: 58,7 %) angenommen werden. Eine detaillierte

---

<sup>1</sup> Das heißt, die Einrichtung wurde seit 2017 mindestens einmal als existierend bestätigt.

Darstellung, wie die Beteiligungsquote berechnet wird, findet sich bei Süß, Pfeiffer-Gerschel (2011).

Nach einem Einbruch der Quote im Zuge der Umstellung auf den KDS 3.0 (Datenjahr 2017) kam es über die beiden Folgejahre zu einer beständigen Zunahme. Im Datenjahr 2020 war im Kontext der COVID-19-Pandemie indes wieder ein leichter Rückgang im ambulanten Bereich zu beobachten. Weiterhin ist zu beachten, dass durch die Umstellung der Systematik der Einrichtungstypen die Beteiligungsquote seit dem Datenjahr 2017 nicht mehr direkt mit den Werten vor 2017 vergleichbar ist.

### 2.3 Auswertungen

Für die jährlichen Analysen der DSHS werden, wie in den Vorjahren, die Auswertungen in „ambulant“ und „stationär“ zusammengefasst<sup>2</sup>. Für den *ambulant*en Bereich basieren die hier dargestellten Analysen auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ ( $N = 189.112/N = 171.869$ ), d. h. es werden Daten zu jenen Klientinnen und Klienten<sup>3</sup> berichtet, die 2020 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Dieses Verfahren ermöglicht die Darstellung aktueller Entwicklungen am besten, da Schwankungen in der Zahl jener Personen, die sich bereits seit Jahren in Betreuung befinden, die Datengrundlage nicht verzerren. Für den *stationären* Bereich basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Beender“ ( $N = 29.012$ ), d. h. es werden Daten zu jenen Patientinnen und Patienten berichtet, die 2020 eine Behandlung beendet haben. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich werden für die Auswertung im stationären Bereich nur Daten der „Beender“ herangezogen, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringende und -träger die übliche Bezugsgröße darstellt.

Seit der Einführung des KDS 3.0 können ergänzend zu den ambulanten und stationären Typ-Auswertungen („Art der Einrichtung“) auch Auswertungen anhand der Hauptmaßnahmen („Art der Dienste/Maßnahmen“) erstellt werden. Für diese wird zur besseren Vergleichbarkeit ebenfalls die Bezugsgruppe „Zugänge/Beender“ zugrunde gelegt. Einige wesentliche Merkmale werden daher neben ambulant und stationär auch für ausgewählte Hauptmaßnahmen dargestellt. Hierbei werden Psychosoziale Begleitbetreuung Substitu-

---

<sup>2</sup> Zur Vereinfachung werden im Folgenden die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ entsprechend dieser Definition synonym für Daten ausschließlich aus den genannten Einrichtungstypen bzw. Bereichen verwendet.

<sup>3</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Klientinnen und Klienten (ambulant) bzw. Patientinnen und Patienten (stationär) oder Personen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d. h. eine Person mehrfach als Fall in den aggregierten Datensatz eingehen kann.

ierter (PSB,  $N = 373$  Einrichtungen; im Datenjahr 2019 nicht als eigenständige Hauptmaßnahme ausgewertet), ambulante medizinische Rehabilitation (ARS,  $N = 334$  Einrichtungen) und (Reha-)Nachsorge (NAS,  $N = 373$  Einrichtungen) im Regelfall durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen angeboten, während sich Adaption (ADA,  $N = 99$  Einrichtungen) und ambulant betreutes Wohnen (ABW,  $N = 176$  Einrichtungen) sowohl in ambulanten als auch in stationären Suchthilfeeinrichtungen finden.

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen jeweils auf einem 33 %-Lauf ohne Einmalkontakte. Dies bedeutet zum einen, dass nur Daten von Personen in die Auswertung eingehen, die mehr als einen Kontakt im Rahmen ihrer Betreuung/Behandlung hatten. Zum anderen werden bei jeder Tabelle Daten von Einrichtungen, bei denen  $> 33\%$  der Angaben fehlen, von der Auswertung ausgenommen. Dies soll verhindern, dass die Datenqualität durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote überproportional beeinträchtigt wird. Die Missingquoten zu den einzelnen Items sind in den jeweiligen Tabellen aufgeführt.<sup>4</sup>

### 3 Einrichtungsemerkmale

#### 3.1 Trägerschaft

Mit einem Anteil von 91 % (ambulant) bzw. 61 % (stationär) befindet sich – unverändert seit 2007 – der überwiegende Teil der Einrichtungen in Trägerschaft der *Freien Wohlfahrtspflege* oder anderer gemeinnütziger Träger. Die anderen Einrichtungen haben einen *öffentlich-rechtlichen* (ambulant: 6 %, stationär: 10 %), einen *privatwirtschaftlichen* (ambulant: 1 %, stationär: 25 %) oder einen *sonstigen* Träger (ambulant: 2 %, stationär: 5 %).

#### 3.2 Maßnahmen

In Bezug auf „Beratung & Betreuung“ wird in fast allen Einrichtungen das Angebot *Sucht- und Drogenberatung* (91 %) mindestens einmal in Anspruch genommen. Ebenfalls verbreitet, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau, ist die Nutzung von *PSB* (58 %) und *niedrigschwelligen Hilfen* (37 %). Hinsichtlich „Suchtbehandlung“ wird in zwei von drei Einrichtungen das Angebot

---

<sup>4</sup> Aus Gründen der Interpretierbarkeit werden bei Fallzahlen von unter 30 in den Tabellen keine Prozentangaben genutzt, stattdessen wird die absolute Fallzahl angegeben. Zudem werden Anteilswerte unter 3 % in den Grafiken ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen.



NAS (67 %) wahrgenommen. Mit Abstand folgt die Inanspruchnahme von ARS (46 %) und von *Kombinationsbehandlung* (KOM, 32 %). Im Bereich „Eingliederungshilfe“ wird am häufigsten ABW (22 %) und im Bereich „Justiz“ am häufigsten *Suchtberatung im Justizvollzug* (17 %) wahrgenommen. In gut der Hälfte der Einrichtungen wird das Angebot „Prävention und Frühförderung“ (53 %) genutzt und zwei von fünf Einrichtungen setzen Angebote im Kontext der „Selbsthilfe“ (40 %) um.

Im Bereich „Suchtbehandlung“ wird in drei von vier Einrichtungen eine *stationäre medizinische Rehabilitation* (75 %) in Anspruch genommen. Ebenfalls häufig werden die Angebote KOM (53 %), *Wechsel in die ambulante Entlassform* (41 %) und ADA (38 %) genutzt. Etwas seltener erfolgt eine Inanspruchnahme von *ganztägiger ambulanter Entlassform* (31 %), *ganztägiger ambulanter Rehabilitation* (26 %), *ambulanter Entlassform* (22 %) und NAS (21 %). Mit Abstand seltener wird *Medikamentöse Rückfallprophylaxe* (11 %) oder ARS (9 %) angeboten. Der *Qualifizierte Entzug* (2 %) sowie Leistungsangebote aus weiteren Maßnahmenkategorien spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle.

## 4 Betreuungsvolumen

Im Datenjahr 2020 wurden im Rahmen der DSHS ambulant insgesamt 315.586 Betreuungen und stationär insgesamt 33.880 Behandlungen dokumentiert. Während stationär alle Behandlungen (100 %) aufgrund einer eigenen Problematik erfolgten, wurden ambulant 8 % der Betreuungen mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt. Die Gesamtzahl der Betreuungen/

**Tab. 1:** Anzahl der Betreuungen/Behandlungen 2020

Betreuungen/Behandlungen 2020	ambulant				stationär			
	G	M	F	n	G	M	F	n
<b>N</b>		<b>219.187</b>	<b>96.163</b>	<b>315.586</b>		<b>26.059</b>	<b>7.818</b>	<b>33.880</b>
	%	%	%		%	%	%	
Zahl der Übernahmen aus 2019	40,1	40,0	40,2	<b>126.474</b>	22,0	22,0	22,4	<b>7.468</b>
Zahl der Zugänge 2020	59,9	60,0	59,8	<b>189.112</b>	78,0	78,0	77,6	<b>26.412</b>
Zahl der Beender 2020	54,5	54,8	53,8	<b>171.869</b>	85,6	85,4	86,3	<b>29.012</b>
Zahl der Übernahmen nach 2021	45,5	45,2	46,2	<b>143.717</b>	14,4	14,6	13,7	<b>4.868</b>
<b>Gesamt</b>		<b>69,5</b>	<b>30,5</b>			<b>66,7</b>	<b>33,3</b>	

N = 854 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 0,1 %); N = 135 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,0 %); Bezug: alle Betreuungen inklusive Bezugspersonen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Behandlungen setzt sich aus Übernahmen aus dem Jahr 2019, Neuzugängen des Jahres 2020, im Jahr 2020 beendeten Betreuungen und Übernahmen in das Jahr 2021 zusammen (Tab. 1). Im Gegensatz zu allen nachfolgenden Analysen sind in diesen Angaben, wie beschrieben, auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchtproblematik von Angehörigen oder anderer Bezugspersonen durchgeführt wurden. Zudem umfassen diese Zahlen das gesamte Betreuungs-/Behandlungsvolumen, während in die jährlichen Auswertungen nur die Daten von Zugängen/Beendern im ambulanten und von Beendern im stationären Bereich eingehen (s. auch Abschnitt 2 Methodik). Innerhalb der Hauptmaßnahmen entfallen die meisten Betreuungen auf PSB ( $N = 27.600$ ), ARS ( $N = 10.119$ ) und NAS ( $N = 9.382$ ). Ein wesentlich geringeres Betreuungsvolumen weisen ABW ( $N = 4.772$ ) und ADA ( $N = 2.691$ ) auf.

## 5 Merkmale der Klientel

### 5.1 Hauptdiagnosen

Die diagnostischen Informationen zu den in den Einrichtungen betreuten/ behandelten Personen beruhen auf der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling et al., 2013). Die Hauptdiagnose orientiert sich an der für die jeweilige Person und der für den jeweiligen Betreuungs-/Behandlungsfall primären Problematik. Darüber hinaus erlaubt der KDS die Vergabe weiterer Diagnosen, um suchtbetogene Komorbiditäten oder polyvalente Konsummuster abzubilden. In den Tabellen 2a, 2b und 2c wird die Verteilung der Hauptdiagnosen unter den ambulant betreuten Klientinnen und Klienten, den stationär behandelten Patientinnen und Patienten sowie nach Hauptmaßnahmen dargestellt.

Die Relevanz der einzelnen Hauptdiagnosen ähnelt der im Vorjahr beobachteten Verteilung (Dauber et al., 2020). Erneut sind alkoholbezogene Störungen die häufigste Hauptdiagnose (ambulant: 48 %, stationär: 64 %), gefolgt von Störungen im Zusammenhang mit Cannabinoiden (ambulant: 20 %, stationär: 10 %). Die drittgrößte Gruppe bilden ambulant opioidbezogene Störungen (ambulant: 10 %, stationär: 4 %), während dies stationär für Störungen im Zusammenhang mit anderen psychotropen Substanzen (ambulant: 4 %, stationär: 9 %) der Fall ist. Weitere verhältnismäßig häufige Hauptdiagnosen sind Störungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (MDMA und verwandte Substanzen, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.; ambulant: 7 %; stationär: 6 %) sowie das Pathologische Spielen (ambulant: 5 %, stationär: 2 %). Auf die

**Tab. 2a:** Hauptdiagnosen nach Geschlecht, ambulant

Hauptdiagnose	G	n	M	F
<b>n</b>		<b>139.015</b>	<b>103.311</b>	<b>35.629</b>
F10 Alkohol	48,0 %	66.748	45,0 %	56,8 %
F11 Opioide	9,5 %	13.196	10,0 %	8,1 %
F12 Cannabinoide	19,7 %	27.329	21,9 %	13,3 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,8 %	1.050	0,5 %	1,4 %
F14 Kokain	3,3 %	4.520	3,8 %	1,6 %
F15 Stimulanzien	6,9 %	9.524	6,5 %	7,9 %
F16 Halluzinogene	0,1 %	86	0,1 %	0,1 %
F17 Tabak	0,9 %	1.182	0,7 %	1,4 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	12	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	4,2 %	5.896	4,7 %	3,0 %
F50 Essstörungen	1,0 %	1.450	0,1 %	3,7 %
F55 Missbrauch nicht abhängigkeitszeugender Substanzen	0,1 %	70	0,0 %	0,1 %
F63.0 Pathologisches Spielen	4,5 %	6.289	5,4 %	2,1 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	1,2 %	1.663	1,4 %	0,5 %

N = 843 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,8 %); Bezug: Zugänge/Beender  
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

**Tab. 2b:** Hauptdiagnosen nach Geschlecht, stationär

Hauptdiagnose	G	n	M	F
<b>n</b>		<b>28.749</b>	<b>22.045</b>	<b>6.702</b>
F10 Alkohol	63,9 %	18.378	61,9 %	70,8 %
F11 Opioide	4,0 %	1.156	4,2 %	3,3 %
F12 Cannabinoide	9,7 %	2.792	10,4 %	7,5 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,7 %	211	0,5 %	1,7 %
F14 Kokain	3,3 %	951	3,9 %	1,5 %
F15 Stimulanzien	6,1 %	1.767	6,0 %	6,6 %
F16 Halluzinogene	0,0 %	5	0,0 %	0,0 %
F17 Tabak	0,1 %	37	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	3	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	9,3 %	2.668	9,8 %	7,5 %
F50 Essstörungen	0,1 %	15	0,0 %	0,2 %
F55 Missbrauch nicht abhängigkeitszeugender Substanzen	0,0 %	1	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	2,3 %	659	2,7 %	0,9 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,4 %	106	0,5 %	0,1 %

N = 135 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,1 %); Bezug: Beender  
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

**Tab. 2c:** Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahmen

Hauptdiagnose	PSB	ARS	NAS	ADA	ABW
<b>n</b>	<b>5.509</b>	<b>4.630</b>	<b>4.961</b>	<b>2.001</b>	<b>1.323</b>
F10 Alkohol	1,1 %	68,3 %	75,2 %	46,0 %	52,1 %
F11 Opioide	92,9 %	2,0 %	1,2 %	5,5 %	18,8 %
F12 Cannabinoide	0,7 %	8,6 %	6,2 %	13,1 %	10,9 %
F13 Sedativa/Hypnotika	0,1 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %
F14 Kokain	0,5 %	5,1 %	1,8 %	4,8 %	3,8 %
F15 Stimulanzien	0,3 %	2,9 %	5,5 %	9,6 %	5,5 %
F16 Halluzinogene	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F17 Tabak	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen Polytoxikomanie	4,3 %	2,7 %	3,3 %	18,2 %	6,6 %
F50 Essstörungen	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
F55 Missbrauch nicht abhängigkeits- erzeugender Substanzen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F63.0 Pathologisches Spielen	0,0 %	8,3 %	4,8 %	1,5 %	0,8 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,0 %	0,8 %	1,1 %	0,5 %	0,4 %

PSB = psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter ( $N = 358$ , unbekannt: 1,1 %); ARS = ambulante medizinische Rehabilitation, ( $N = 330$ , unbekannt: 1,1 %); NAS = (Reha-)Nachsorge ( $N = 368$ , unbekannt: 1,0 %); ADA = Adaption ( $N = 99$ , unbekannt: 0,0 %); ABW = Ambulant betreutes Wohnen ( $N = 164$ , unbekannt: 0,2 %); Bezug: Zugänge/Beender.

Hauptdiagnose Exzessive Mediennutzung entfallen nur sehr geringe Anteile (ambulant: 1 %, stationär: 0,4 %).

Insgesamt weisen Männer, wie auch in den Vorjahren, wesentlich höhere Anteile bei nahezu allen Hauptdiagnosegruppen auf. Die Rangreihe der Geschlechterverhältnisse reicht im ambulanten Bereich von einem Verhältnis von 8:1 bei Exzessiver Mediennutzung, 7:1 bei Pathologischem Spielen, 5:1 bei cannabinoidbezogenen Störungen bzw. bei Störungen aufgrund des Konsums anderer psychotroper Substanzen, 4:1 bei opioidbezogenen Störungen, 3:1 bei halluzinogenen Störungen sowie 2:1 bei alkohol- bzw. bei stimulanzienbezogenen Störungen. Stationär zeigt sich ein nahezu identisches Bild.

Hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahmen zeigt sich, dass die Klientel der PSB nahezu ausschließlich aus Personen mit opioidbezogenen Störungen (93 %) besteht, gefolgt von Personen mit Störung aufgrund anderer psychotroper Substanzen (4 %, Tab. 2c). In den übrigen Hauptmaßnahmen dominieren alkoholbezogene Störungen deutlich, wobei ihr Anteil in ARS (68 %) und NAS (75 %) deutlich höher ist als in ADA (46 %) und ABW (52 %). Die Verteilungen innerhalb ADA und ABW ähneln sich, wobei in ADA ein deutlich höherer Anteil an Klientinnen und Klienten mit Störung in

Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen (18 %) und in ABW ein deutlich höherer Anteil an Klientinnen und Klienten mit einer opioidbezogenen Störung (19 %) zu sehen ist. Bei NAS und ARS entfallen geringere Anteile auf opioid-, cannabinoid- oder stimulanzenbezogene Störungen oder Störungen aufgrund anderer psychotroper Substanzen (1 %–9 %) als bei ADA und ABW.

Für die nachfolgenden Ausführungen werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzenbezogene Störungen sowie Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung aufgrund ihrer Häufigkeit bzw. der inhaltlichen Bedeutung jeweils gesondert betrachtet.

## 5.2 Suchtbezogene Komorbiditäten

In der Systematik des KDS werden neben den Hauptdiagnosen auch Einzeldiagnosen für alle Substanzen/Spielformen/Tätigkeiten vergeben, die zusätzlich zur primären Störung in schädlicher oder abhängiger Weise konsumiert/betrieben werden. Dies ermöglicht eine Analyse von Konsummustern (Tab. 3a, b).

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

		Hauptdiagnose					
		F 10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Canna- binoide	F15 Stimu- lanzen	F63.0 Patholo- gisches Spielen	F63.8/F68.8 Exzessive Medien- nutzung
<b>Zusätzliche Einzeldiagnose</b>	<b>n</b>	<b>59.194</b>	<b>10.314</b>	<b>23.721</b>	<b>8.640</b>	<b>5.375</b>	<b>1.513</b>
F10 Alkohol	74.033		22,6 %	21,7 %	26,1 %	11,6 %	7,1 %
F11 Opiode	14.089	1,5 %		2,6 %	3,8 %	1,0 %	0,3 %
F12 Cannabinoide	40.899	9,3 %	26,7 %		42,3 %	7,5 %	6,0 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	3.953	1,0 %	11,0 %	1,4 %	2,0 %	0,4 %	0,1 %
F14 Kokain	12.186	2,7 %	18,6 %	9,0 %	8,4 %	2,4 %	0,6 %
F15 Stimulanzen	19.882	4,1 %	9,6 %	19,3 %		3,4 %	1,3 %
F17 Tabak	28.412	21,3 %	28,6 %	24,7 %	24,1 %	20,8 %	5,5 %
F63.0 Pathologisches Spielen	6.139	0,5 %	0,3 %	0,4 %	1,2 %		2,2 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	1.839	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	1,5 %	

N = 618 ambulante Einrichtungen (unbekannt 6,6%). Bezug: Zugänge/Beender. Mehrfachnennungen möglich.

Bei knapp einem Fünftel (21 %) der ambulant betreuten Klientinnen und Klienten mit primär *alkoholbezogener Störung* wird zusätzlich auch eine tabakbezogene Störung diagnostiziert, stationär wird diese zusätzliche Einzeldiagnose mit 55 % deutlich häufiger vergeben. Darüber hinaus konsumieren Personen mit einer primär alkoholbezogenen Störung auch Cannabinoide (ambulant: 9 %, stationär: 16 %), Stimulanzen (ambulant: 4 %, stationär: 8 %), Kokain (ambulant: 3 %, stationär: 5 %) oder Opioide (ambulant: 2 %, stationär: 3 %) in missbräuchlicher oder abhängiger Weise.

Bei Personen mit primär *opioidbezogener Störung* zeigt sich sowohl ambulant als auch stationär die größte Zahl komorbider suchtbbezogener Störungen. Hier liegen häufig noch Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 29 %, stationär: 60 %), Cannabinoiden (ambulant: 27 %, stationär: 47 %), Alkohol (ambulant: 23 %, stationär: 39 %), Kokain (ambulant: 19 %, stationär: 43 %), Sedativa/Hypnotika (ambulant: 11 %, stationär: 26 %) oder Stimulanzen (ambulant: 10 %, stationär: 25 %) vor. Dies verdeutlicht die erhebliche Mehrfachbelastung, die diese Personengruppe allein aufgrund des Konsums verschiedener Substanzen aufweist.

Personen mit primär *cannabinoidbezogener Störung* zeigen eine mittlere Belastung suchtbbezogener Komorbidität. Hier sind vor allem weitere Einzeldia-

**Tab. 3b:** Suchtbbezogene Komorbidität: Hauptdiagnosen und zusätzliche Einzeldiagnosen, stationär

		Hauptdiagnose					
		F 10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Canna- binoide	F15 Stimu- lanzen	F63.0 Patholo- gisches Spielen	F63.8/F68.8 Exzessive Medien- nutzung
<b>Zusätzliche Einzeldiagnose</b>	<b>n</b>	<b>18.381</b>	<b>1.156</b>	<b>2.791</b>	<b>1.767</b>	<b>659</b>	<b>105</b>
F10 Alkohol	23.217		39,3 %	43,7 %	47,8 %	29,9 %	17,1 %
F11 Opioide	2.823	2,7 %		5,7 %	6,5 %	1,1 %	0,0 %
F12 Cannabinoide	9.654	15,6 %	46,9 %		60,3 %	20,2 %	17,1 %
F13 Sedativa/ Hypnotika	1.582	2,5 %	26,1 %	3,5 %	4,9 %	0,9 %	1,0 %
F14 Kokain	4.329	5,0 %	42,5 %	22,4 %	18,0 %	11,4 %	2,9 %
F15 Stimulanzen	6.536	7,6 %	25,0 %	43,9 %		12,1 %	4,8 %
F17 Tabak	16.486	54,6 %	59,9 %	65,0 %	71,5 %	62,8 %	26,7 %
F63.0 Pathologisches Spielen	1.294	1,5 %	1,4 %	2,8 %	4,8 %		0,0 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	259	0,3 %	0,3 %	1,6 %	1,6 %	0,9 %	

N = 135 stationäre Einrichtungen (unbekannt 0,3 %). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich.

gnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 25 %, stationär: 65 %), Alkohol (ambulant: 22 %, stationär: 44 %), Stimulanzien (ambulant: 19 %, stationär: 44 %) oder Kokain (ambulant: 9 %, stationär: 22 %), aber auch Opioiden (ambulant: 3 %, stationär: 6 %) zu beobachten.

Ein sehr ähnliches Konsummuster weisen Personen mit einer primär *stimulanzienbezogenen Störung* auf. Hier sind vor allem die zusätzlichen Einzeldiagnosen cannabinoid- (ambulant: 42 %, stationär: 60 %), alkohol- (ambulant: 26 %, stationär: 48 %), tabak- (ambulant: 24 %, stationär: 72 %) oder kokainbezogene Störung (ambulant: 8 %, stationär: 18 %) zu nennen. Zusätzlich konsumiert auch diese Personengruppe Opioide (ambulant: 4 %, stationär: 7 %) oder Sedativa (ambulant: 2 %, stationär: 5 %). Zudem treten hier Pathologisches Spielen (ambulant: 1 %, stationär: 5 %) oder Exzessive Mediennutzung (ambulant: 0,2 %, stationär: 2 %) auf. Damit stellt diese Gruppe diejenige mit der zweithöchsten zusätzlichen Belastung (ambulant und stationär) dar.

Personen, die *Pathologisches Spielen* betreiben, sind insgesamt seltener durch suchtbezogene Komorbiditäten belastet. Hier liegen vor allem zusätzliche Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 21 %, stationär: 63 %) oder Alkohol (ambulant: 12 %, stationär: 30 %) vor. In geringerem Ausmaß werden zusätzlich auch Cannabinoide (ambulant: 8 %, stationär: 20 %), Stimulanzien (ambulant: 3 %, stationär: 12 %) oder Kokain (ambulant: 2 %; stationär: 11 %) konsumiert. Ein Teil der Betreuten weist zudem eine Exzessive Mediennutzung (ambulant: 2 %, stationär: 1 %) auf.

Personen mit *Exzessiver Mediennutzung* haben das geringste Ausmaß an suchtbezogener Komorbidität. Zusätzliche Einzeldiagnosen liegen hier insbesondere aufgrund des Konsums von Alkohol (ambulant: 7 %, stationär: 17 %), Cannabinoiden (ambulant: 6 %, stationär: 17 %), Tabak (ambulant: 6 %, stationär: 27 %) oder Stimulanzien (ambulant: 1 %, stationär: 5 %) vor. Gelegentlich tritt auch Pathologisches Spielen als weitere Einzeldiagnose auf (ambulant: 2 %, stationär: 0 %).

### 5.3 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter aller Personen mit einer Hauptdiagnose bei Betreuungsbeginn liegt ambulant bei 39 Jahren und stationär bei 42 Jahren (Tab. 4a, 4b). Zwischen den Gruppen zeigt sich eine erhebliche Variation des durchschnittlichen Alters. Durchschnittlich am jüngsten sind Personen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (ambulant: 26 Jahre; stationär: 30 Jahre), mit jeweils einem Großteil (ambulant, 71 %) bzw. 55 % (stationär) unter 30 Jahren, dicht gefolgt von Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 28

Tab. 4a: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, ambulant

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
bis 14	138.952	102.703	35.293	66.469	46.251	20.042	13.124	10.229	2.864	27.154	22.421	4.658	9.501	6.688	2.791	6.251	5.492	746	1.657	1.467	182
	0,6 %	0,4 %	1,0 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	1,5 %	1,2 %	3,2 %	0,6 %	0,2 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	5,7 %	5,5 %
15-17	4,1 %	4,2 %	3,8 %	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %	0,5 %	14,8 %	15,2 %	11,8 %	3,9 %	2,6 %	7,1 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	8,8 %	9,8 %	1,6 %
18-19	4,4 %	4,8 %	3,3 %	1,2 %	1,4 %	0,8 %	1,0 %	0,9 %	1,2 %	14,2 %	14,7 %	11,8 %	4,6 %	4,0 %	6,3 %	1,1 %	1,2 %	0,1 %	7,1 %	7,4 %	3,8 %
20-24	10,6 %	11,3 %	8,3 %	3,5 %	3,9 %	2,4 %	5,2 %	5,2 %	5,3 %	26,3 %	26,7 %	24,4 %	14,6 %	13,5 %	17,1 %	10,6 %	11,6 %	3,6 %	25,3 %	27,0 %	13,2 %
25-29	9,8 %	10,4 %	7,8 %	4,9 %	5,5 %	3,6 %	8,5 %	8,1 %	9,8 %	14,3 %	14,5 %	13,6 %	16,9 %	16,5 %	17,8 %	20,4 %	21,5 %	11,9 %	17,7 %	18,1 %	14,3 %
30-34	13,0 %	13,4 %	11,8 %	9,0 %	9,6 %	7,7 %	14,7 %	13,8 %	17,8 %	12,7 %	12,5 %	13,8 %	25,0 %	25,4 %	24,0 %	22,0 %	22,2 %	20,1 %	13,6 %	13,0 %	18,1 %
35-39	13,1 %	13,5 %	12,0 %	12,1 %	12,4 %	11,2 %	20,1 %	20,5 %	18,8 %	8,0 %	7,9 %	9,0 %	19,8 %	21,2 %	16,7 %	14,6 %	14,6 %	14,3 %	7,4 %	7,2 %	8,8 %
40-44	10,4 %	10,5 %	10,1 %	11,8 %	12,0 %	11,6 %	18,5 %	19,1 %	16,4 %	3,9 %	3,9 %	4,2 %	9,4 %	10,8 %	6,1 %	9,2 %	9,1 %	10,2 %	5,2 %	4,8 %	8,2 %
45-49	8,3 %	8,1 %	8,9 %	11,5 %	11,2 %	12,0 %	13,3 %	14,1 %	10,5 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	3,0 %	3,5 %	1,8 %	6,8 %	6,6 %	7,9 %	3,3 %	2,9 %	7,1 %
50-54	9,4 %	8,8 %	11,4 %	15,3 %	14,9 %	16,2 %	9,9 %	9,8 %	10,3 %	1,2 %	1,1 %	1,8 %	1,3 %	1,4 %	1,0 %	6,6 %	5,9 %	12,3 %	2,8 %	2,0 %	8,8 %
55-59	8,5 %	7,7 %	10,8 %	15,0 %	14,4 %	16,5 %	5,5 %	5,2 %	6,4 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %	4,7 %	4,0 %	10,1 %	1,9 %	1,4 %	6,0 %
60-64	4,8 %	4,3 %	6,2 %	8,9 %	8,5 %	9,7 %	2,2 %	2,3 %	2,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	2,1 %	1,7 %	5,1 %	0,7 %	0,5 %	2,2 %
65+	3,1 %	2,6 %	4,6 %	5,8 %	5,2 %	7,1 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,2 %	4,3 %	0,7 %	0,5 %	2,2 %
<b>MW<sup>a</sup></b>	<b>38,6</b>	<b>37,8</b>	<b>41,0</b>	<b>46,2</b>	<b>45,5</b>	<b>47,5</b>	<b>40,0</b>	<b>40,2</b>	<b>39,5</b>	<b>25,5</b>	<b>25,4</b>	<b>26,0</b>	<b>31,1</b>	<b>32,0</b>	<b>29,1</b>	<b>36,0</b>	<b>35,2</b>	<b>42,1</b>	<b>27,9</b>	<b>27,0</b>	<b>35,0</b>

N = 841 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 2,2%); Bezug: Zugänge/Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

<sup>a</sup> MW = Mittelwert (in Jahren).



**Tab. 4b:** Altersstruktur nach Hauptdiagnose, stationär

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
bis 14	31.021	23.343	7.675	20.296	14.674	5.622	1.283	1.021	262	2.948	2.452	496	1.923	1.440	481	937	837	100	101	96	5
15-17	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	N=0
18-19	1,6%	1,6%	1,6%	0,3%	0,3%	0,4%	1,6%	1,5%	1,8%	6,9%	6,8%	7,8%	3,8%	3,7%	4,3%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	N=0
20-24	7,4%	7,8%	6,1%	2,1%	2,3%	1,7%	7,4%	7,0%	9,1%	26,4%	26,8%	24,7%	14,8%	13,7%	18,0%	7,7%	8,4%	1,6%	9,4%	7,8%	N=2
25-29	8,8%	9,3%	7,3%	4,1%	4,4%	3,2%	8,6%	8,2%	10,0%	19,9%	20,3%	18,1%	17,4%	16,4%	20,8%	14,7%	15,9%	3,3%	18,9%	18,6%	N=1
30-34	13,7%	14,2%	11,9%	9,1%	9,7%	7,3%	18,9%	19,1%	17,7%	19,7%	19,4%	21,3%	30,4%	30,4%	30,4%	30,4%	18,5%	14,8%	13,2%	12,7%	N=1
35-39	14,6%	15,0%	13,1%	12,6%	13,0%	11,4%	24,6%	24,0%	27,3%	12,4%	12,6%	11,5%	20,6%	21,6%	17,8%	18,1%	19,2%	6,6%	7,5%	7,8%	N=0
40-44	11,9%	12,1%	11,4%	12,9%	12,9%	12,8%	17,7%	19,1%	11,4%	6,3%	6,3%	6,0%	8,3%	9,0%	5,9%	12,0%	11,7%	14,8%	2,8%	2,9%	N=0
45-49	10,2%	10,1%	10,6%	13,0%	13,0%	13,1%	9,6%	10,2%	7,3%	3,4%	3,3%	3,8%	2,8%	3,4%	0,9%	10,9%	10,9%	11,5%	0,9%	1,0%	N=0
50-54	12,2%	11,7%	13,7%	17,2%	16,9%	17,8%	7,1%	7,2%	6,8%	1,9%	1,7%	3,0%	1,0%	1,1%	0,7%	7,0%	6,5%	3,8%	3,8%	3,9%	N=0
55-59	11,0%	10,4%	12,7%	16,2%	15,9%	16,9%	3,5%	2,7%	7,3%	1,0%	0,8%	2,0%	0,3%	0,3%	0,2%	5,3%	4,8%	9,8%	1,9%	1,0%	N=0
60-64	5,6%	5,1%	7,1%	8,4%	7,9%	9,5%	0,8%	0,7%	0,9%	0,4%	0,3%	0,6%	0,1%	0,0%	0,2%	3,3%	2,0%	16,4%	0,9%	2,0%	N=0
65+	2,8%	2,3%	4,3%	4,2%	3,7%	5,7%	0,2%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,2%	9,8%	1,9%	0,0%	N=0
<b>MW<sup>a</sup></b>	<b>41,9</b>	<b>41,3</b>	<b>43,8</b>	<b>47,0</b>	<b>46,5</b>	<b>48,2</b>	<b>37,6</b>	<b>37,6</b>	<b>37,5</b>	<b>29,6</b>	<b>29,4</b>	<b>30,2</b>	<b>31,6</b>	<b>32,1</b>	<b>30,3</b>	<b>38,7</b>	<b>37,7</b>	<b>48,6</b>	<b>29,2</b>	<b>29,4</b>	<b>24,0</b>

N = 135 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,1%); Bezugs: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

<sup>a</sup> MW = Mittelwert (in Jahren).

Jahre, stationär: 29 Jahre). An dritter Stelle folgen Personen mit stimulanzenbezogener Störung (ambulant: 31 Jahre, stationär: 32 Jahre). Bei Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen liegt der Altersdurchschnitt bei 36 (ambulant) bzw. 39 (stationär) Jahren, bei Personen mit einer opioidbezogenen Störung bei 40 (ambulant) bzw. 38 (stationär) Jahren. Die durchschnittlich älteste Gruppe bilden Personen mit einer alkoholbezogenen Störung (ambulant: 46 Jahre, stationär: 47 Jahre): Hier ist knapp die Hälfte (ambulant: 45 %, stationär: 46 %) über 50 Jahre alt.

Die Klientel mit Hauptmaßnahme ADA (37 Jahre) ist die durchschnittlich jüngste, während Personen in NAS (46 Jahre) und ARS (45 Jahre) eher älter sind. Personen in ABW und PSB sind im Durchschnitt jeweils 41 Jahre alt, wobei in PSB die Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen anteilmäßig am stärksten vertreten ist (69 %). Die Klientel in NAS und ARS hat eine ähnliche Altersverteilung, mit nur einem sehr geringen Anteil an Personen unter 30 Jahren (11 %–13 %) und etwa 44 % bzw. 40 % über 50 Jahren. In ADA sind hingegen nur 14 % über 50 Jahre alt, etwa ein Viertel ist jünger als 30 Jahre (27 %).

## 5.4 Familien- und Lebenssituation

Insgesamt lebt weniger als die Hälfte der Betreuten (ambulant: 46 %, stationär: 41 %) in einer festen Partnerschaft (Tab. 5a, 5b). Sowohl ambulant als auch stationär leben Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (ambulant: 58 %; stationär 47 %) oder alkoholbezogener Störung (ambulant: 52 %; stationär 45 %) am häufigsten in einer festen Partnerschaft. Am seltensten trifft dies jeweils auf Personen mit cannabinoidbezogener Störung (ambulant: 34 %; stationär: 32 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 29 %, stationär 17 %) zu. Aufgrund des jüngeren Alters unter bestimmten Störungen ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil von den Personen zwar nicht in fester Partnerschaft, zumindest aber in festen sozialen Bezügen (Familie) lebt.

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen zeigt sich der größte Anteil von Klientinnen und Klienten in fester Partnerschaft in ARS (62 %). Von der Klientel in NAS (49 %) ist etwa die Hälfte in einer festen Partnerschaft, deutlich geringere Anteile zeigen sich in PSB (38 %), ABW (26 %) und ADA (23 %).

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Hinblick auf die Lebenssituation (Tab. 5a, 5b). Ein großer Anteil der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten gibt an, allein zu leben (ambulant: 40 %, stationär: 55 %). Personen mit Störung aufgrund von Opioiden (ambulant: 47 %, stationär: 58 %), Alkohol (ambulant: 43 %, stationär: 55 %) oder Stimulanzien (ambulant: 39 %, stationär: 56 %) leben am häufigsten allein. Am seltensten allein leben Personen

**Tab. 5a:** Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, ambulant

	Gesamt mit HD		Alkohol		Opiode		Cannabinoide		Stimulanzien		Pathologisches Spielen		Exzessive Mediennutzung							
	G	M	G	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
In fester Partnerschaft	117.871	86.380	30.834	57.216	39.409	17.668	10.542	8.103	22.821	18.516	4.008	8.367	5.868	2.466	5.245	4.567	632	1.384	1.218	158
	46,9 %	43,9 %	51,6 %	52,1 %	50,9 %	54,8 %	39,3 %	35,3 %	33,9 %	31,7 %	43,8 %	43,7 %	41,7 %	48,7 %	58,4 %	58,1 %	60,4 %	29,1 %	26,7 %	46,8 %
Nicht alleinlebend	121.971	89.414	31.661	58.792	40.438	18.003	10.916	8.293	24.264	19.818	4.221	8.488	5.934	2.529	5.414	4.688	652	1.439	1.260	167
	60,5 %	59,3 %	64,1 %	56,8 %	54,8 %	61,6 %	53,4 %	50,6 %	70,2 %	69,8 %	71,7 %	60,9 %	56,9 %	70,1 %	66,5 %	66,9 %	63,7 %	67,9 %	68,9 %	60,5 %
Mit minderjährigem Kind	94.787	70.299	24.890	44.823	31.114	14.095	8.678	6.721	19.156	15.769	3.300	6.735	4.744	2.039	4.080	3.628	490	1.100	971	134
	27,0 %	25,5 %	31,5 %	27,6 %	27,2 %	28,7 %	30,5 %	27,7 %	17,6 %	15,4 %	28,8 %	38,8 %	32,9 %	53,5 %	34,7 %	34,8 %	33,3 %	12,5 %	10,2 %	28,4 %

Partnerbeziehung (N = 737 ambulante Einrichtungen, unbekannt: 8,8%); Lebenssituation (N = 761 ambulante Einrichtungen, unbekannt: 28,1%), Kinder (N = 610 ambulante Einrichtungen, unbekannt: 9,6%); Bezug: Zugänge/Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

**Tab. 5b:** Lebens- und Familiensituation nach Hauptdiagnose, stationär

	Gesamt mit HD		Alkohol		Opiode		Cannabinoide		Stimulanzien		Pathologisches Spielen		Exzessive Mediennutzung							
	G	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
In fester Partnerschaft	25.162	19.276	5.951	15.822	11.726	4.146	1.071	870	2.071	1.937	454	1.590	1.185	409	621	561	60	101	97	4
	41,1 %	38,7 %	48,7 %	45,3 %	43,2 %	50,9 %	35,7 %	34,0 %	42,3 %	31,5 %	29,9 %	35,1 %	30,8 %	47,4 %	46,5 %	45,6 %	55,0 %	16,8 %	17,5 %	N=0
Nicht alleinlebend	24.964	19.119	5.859	15.735	11.652	4.071	1.060	860	2.000	1.939	462	1.568	1.174	398	620	560	60	101	97	4
	45,2 %	42,8 %	52,8 %	45,2 %	42,3 %	53,2 %	42,4 %	40,5 %	50,0 %	48,9 %	47,2 %	44,3 %	41,7 %	51,3 %	50,8 %	50,5 %	53,3 %	57,4 %	56,7 %	N=3
Mit minderjährigem Kind	20.189	15.495	4.983	12.394	9.195	3.412	973	795	1.885	1.605	393	1.364	1.024	370	377	341	36	81	78	3
	31,0 %	30,3 %	35,3 %	28,6 %	28,8 %	30,3 %	37,5 %	35,0 %	49,2 %	28,0 %	25,5 %	41,1 %	37,1 %	56,2 %	37,4 %	37,8 %	33,3 %	6,2 %	5,1 %	N=1

Partnerbeziehung (N = 126 stationäre Einrichtungen, unbekannt: 4,5%); Lebenssituation (N = 126 stationäre Einrichtungen, unbekannt: 21,9%), Kinder (N = 113 stationäre Einrichtungen, unbekannt: 7,6%); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

mit einer cannabinoidbezogenen Störung (ambulant: 30 %, stationär: 51 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 32 %, stationär: 43 %), wobei diese Gruppen vermutlich häufig noch nicht selbständig, sondern in ihrer Familie leben.

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen leben Personen in ARS am seltensten allein (37 %). In PSB (50 %) und NAS (45 %) trifft dies etwa auf die Hälfte zu. Deutlich mehr Alleinstehende finden sich in ABW (67 %). Ihr Anteil ist am größten in ADA (75 %).

Insgesamt hat gut ein Viertel bzw. knapp ein Drittel der betreuten/behandelten Personen mindestens ein eigenes minderjähriges Kind (ambulant: 27 %, stationär: 31 %) (Tab. 5a, 5b). Dabei haben Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (ambulant: 39 %, stationär: 41 %) bzw. mit Pathologischem Spielen (ambulant: 35 %, stationär: 37 %) vergleichsweise häufig minderjährige Kinder. Am seltensten haben Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 13 %, stationär: 6 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (ambulant: 18 %, stationär: 28 %) eigene minderjährige Kinder. Klientinnen und Klienten mit Kindern haben ambulant im Durchschnitt 1,69 minderjährige Kinder und leben mit 1,66 minderjährigen Kindern in einem Haushalt. Stationär liegen die Werte bei durchschnittlich 1,63 eigenen minderjährigen Kindern und 1,62 minderjährigen im Haushalt lebenden Kindern.

Entlang der Hauptmaßnahmen ist der Anteil an Personen mit eigenen minderjährigen Kindern in ARS und PSB (jeweils 30 %), am höchsten, gefolgt von ADA und NAS (jeweils 28 %). Ein etwas geringerer Anteil an Personen mit Kindern findet sich in ABW (26 %). In allen Hauptmaßnahmen hat mehr als die Hälfte der Personen mit minderjährigen Kindern nur ein minderjähriges Kind.

## 5.5 Berufliche Integration

In Verbindung mit Indikatoren wie Informationen zur Familien- und Lebenssituation (s.o.) liefert die berufliche Integration ergänzende Hinweise zum Grad der sozialen Inklusion der betreuten/behandelten Personen (Tab. 6a, 6b). Quer über alle Gruppen hinweg findet sich ein verhältnismäßig hoher Anteil an Arbeitslosen (nach SGB III (ALG I) und SGB II (ALG II)), wobei dieser Anteil nicht mit der Arbeitslosenquote der Bundesagentur vergleichbar ist, da die allgemeine Quote auf die Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die Auswertungen hier auch Nichterwerbspersonen einschließt, wodurch Unterschiede zum Teil stark unterschätzt werden.

**Tab. 6a:** Berufliche Integration nach Hauptdiagnose, ambulant

Berufliche Integration	Gesamt mit HD			Alkohol			Opioid			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung				
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F		
<b>Erwerbstätige</b>	117.960	87.561	29.975	57.773	40.310	17.207	10.149	7.878	2.276	23.358	19.329	3.953	7.842	2.306	4.676	614	1.363	1.207	1.363	614	1.363	1.207	150
in Ausbildung	47,3 %	48,2 %	45,1 %	54,1 %	55,1 %	52,0 %	23,1 %	24,4 %	19,3 %	41,7 %	42,8 %	36,6 %	39,0 %	42,0 %	32,1 %	60,3 %	39,4 %	38,6 %	39,4 %	60,3 %	39,4 %	38,6 %	45,3 %
in Ausbildung Arbeitsplatz vorhanden	4,2 %	4,7 %	2,8 %	1,5 %	1,7 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,0 %	12,4 %	12,9 %	9,8 %	4,2 %	4,0 %	4,6 %	1,5 %	8,1 %	8,7 %	8,1 %	1,5 %	8,1 %	8,7 %	4,0 %
in Elternzeit/ Krankenstand	39,9 %	40,8 %	37,3 %	48,4 %	49,5 %	46,0 %	20,6 %	22,1 %	15,9 %	27,4 %	28,6 %	22,0 %	31,4 %	36,1 %	20,5 %	64,1 %	54,4 %	27,5 %	28,4 %	64,1 %	54,4 %	27,5 %	35,3 %
<b>Arbeitslose</b>	3,2 %	2,6 %	5,0 %	4,3 %	3,9 %	5,2 %	1,5 %	1,2 %	2,4 %	1,9 %	1,4 %	4,8 %	3,4 %	1,8 %	2,2 %	1,8 %	2,4 %	2,4 %	2,8 %	1,8 %	4,4 %	2,4 %	6,0 %
Arbeitslos nach SGB III <sup>a</sup> (ALG II) <sup>b</sup>	30,5 %	30,7 %	29,9 %	26,9 %	28,1 %	24,1 %	53,9 %	52,9 %	57,7 %	27,1 %	26,1 %	32,8 %	43,0 %	40,3 %	49,3 %	18,6 %	21,2 %	22,1 %	22,1 %	18,6 %	21,2 %	22,1 %	22,0 %
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II) <sup>b</sup>	6,4 %	6,8 %	5,1 %	7,2 %	7,8 %	5,8 %	5,3 %	5,7 %	3,7 %	4,7 %	5,0 %	3,6 %	6,7 %	7,6 %	4,6 %	7,4 %	7,3 %	4,3 %	4,3 %	7,3 %	7,8 %	4,2 %	4,7 %
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II) <sup>b</sup>	24,1 %	23,9 %	24,8 %	19,7 %	20,3 %	18,4 %	48,6 %	47,2 %	54,0 %	22,4 %	21,1 %	29,1 %	36,3 %	32,7 %	44,7 %	11,3 %	13,4 %	17,8 %	17,8 %	11,3 %	13,4 %	17,8 %	17,3 %
<b>Nicht-erwerbs- personen</b>	21,7 %	20,7 %	24,6 %	18,4 %	16,3 %	23,3 %	22,5 %	22,3 %	22,4 %	30,8 %	30,7 %	30,3 %	17,6 %	18,1 %	11,2 %	10,2 %	17,9 %	37,6 %	37,6 %	10,2 %	17,9 %	37,6 %	31,3 %
in der Schule/ im Studium	6,8 %	6,7 %	6,7 %	1,9 %	1,9 %	2,0 %	1,4 %	1,3 %	1,4 %	20,5 %	20,1 %	21,9 %	5,8 %	4,0 %	9,5 %	2,6 %	0,3 %	26,8 %	26,8 %	2,6 %	0,3 %	26,8 %	12,7 %
Hausfrau/Hausmann	0,9 %	0,2 %	3,0 %	1,4 %	0,3 %	3,9 %	0,6 %	0,1 %	2,0 %	0,4 %	0,2 %	1,5 %	0,6 %	0,2 %	1,6 %	0,5 %	0,2 %	0,7 %	0,7 %	0,2 %	2,4 %	0,4 %	2,7 %
in Rente/Pension	7,0 %	5,8 %	10,5 %	11,5 %	10,3 %	14,6 %	4,8 %	4,2 %	6,6 %	0,8 %	0,7 %	1,7 %	1,4 %	1,5 %	1,2 %	4,6 %	3,5 %	12,9 %	3,1 %	3,5 %	12,9 %	3,1 %	1,9 %
Sonstige Nicht- erwerbsperson (z.B. SGB XII) <sup>c</sup>	7,0 %	7,9 %	4,3 %	3,5 %	3,8 %	2,8 %	15,7 %	16,6 %	12,3 %	9,0 %	9,7 %	5,2 %	9,9 %	11,6 %	5,9 %	3,7 %	3,9 %	7,3 %	7,3 %	3,9 %	2,3 %	7,7 %	4,0 %
<b>In beruflicher Rehabilitation</b>	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,9 %	0,4 %	0,7 %	0,9 %	1,3 %

N = 735 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 9,2%); Bezug: Zugänge/Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.  
<sup>a</sup> SGB = Sozialgesetzbuch; <sup>b</sup> ALG = Arbeitslosengeld.

Tab. 6b: Berufliche Integration nach Hauptdiagnose, stationär

Berufliche Integration	Gesamt mit HD			Alkohol			Opioido			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Medienutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
26.569	20.395	6.182	17.109	12.715	4.390	1.077	877	200	2.527	2.066	465	1.602	1.212	395	618	557	61	101	97	4	
34,1 %	33,7 %	35,5 %	40,2 %	39,7 %	41,6 %	14,2 %	14,8 %	11,5 %	23,5 %	22,8 %	26,0 %	21,3 %	22,1 %	18,7 %	48,5 %	50,4 %	31,1 %	24,8 %	25,8 %	N = 4	
1,0 %	1,1 %	1,0 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,9 %	0,0 %	3,3 %	3,2 %	3,9 %	2,2 %	2,1 %	2,8 %	1,5 %	1,6 %	0,0 %	5,9 %	6,2 %	N = 0	
29,9 %	30,0 %	29,7 %	36,5 %	36,7 %	36,2 %	11,3 %	11,6 %	10,0 %	16,8 %	16,9 %	16,3 %	16,1 %	17,4 %	11,9 %	42,7 %	44,9 %	23,0 %	18,8 %	19,6 %	N = 0	
3,2 %	2,7 %	4,8 %	3,2 %	2,6 %	4,9 %	2,1 %	2,3 %	1,5 %	3,3 %	2,8 %	5,8 %	3,0 %	2,6 %	4,1 %	4,4 %	3,9 %	8,2 %	0,0 %	0,0 %	N = 0	
49,4 %	51,4 %	43,1 %	43,2 %	46,1 %	34,7 %	68,5 %	68,0 %	71,0 %	59,2 %	59,4 %	59,1 %	65,2 %	63,5 %	70,6 %	41,4 %	42,0 %	36,1 %	43,6 %	42,3 %	N = 3	
13,5 %	14,6 %	10,2 %	14,0 %	15,1 %	10,7 %	10,5 %	11,5 %	6,0 %	12,0 %	12,7 %	8,4 %	12,7 %	14,4 %	7,3 %	17,0 %	17,1 %	16,4 %	10,9 %	10,3 %	N = 1	
35,9 %	36,8 %	33,0 %	29,2 %	30,9 %	24,0 %	58,0 %	56,4 %	65,0 %	47,3 %	46,7 %	50,8 %	52,4 %	49,1 %	63,3 %	24,4 %	25,0 %	19,7 %	32,7 %	32,0 %	N = 2	
15,4 %	13,9 %	20,3 %	15,4 %	13,0 %	22,5 %	16,7 %	16,5 %	17,5 %	16,8 %	17,3 %	14,2 %	12,8 %	13,8 %	9,6 %	9,4 %	7,0 %	31,1 %	30,7 %	30,9 %	N = 1	
0,7 %	0,6 %	0,9 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %	1,2 %	1,1 %	1,5 %	3,0 %	2,8 %	3,7 %	0,5 %	0,4 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %	9,9 %	10,3 %	N = 0	
0,8 %	0,1 %	2,8 %	1,1 %	0,2 %	3,7 %	0,5 %	0,1 %	2,0 %	0,2 %	0,0 %	0,9 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	2,1 %	N = 0	
7,5 %	6,3 %	11,4 %	10,3 %	9,0 %	14,0 %	3,2 %	2,5 %	6,5 %	1,1 %	0,9 %	1,9 %	1,2 %	1,2 %	1,5 %	6,5 %	4,5 %	24,6 %	2,0 %	2,1 %	N = 0	
6,5 %	6,9 %	5,2 %	3,8 %	3,7 %	4,3 %	11,8 %	12,8 %	7,5 %	12,5 %	13,6 %	7,7 %	10,9 %	12,1 %	7,1 %	2,4 %	2,0 %	6,6 %	16,8 %	16,5 %	N = 1	
1,0 %	0,9 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	0,6 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	1,0 %	0,6 %	0,5 %	1,6 %	1,0 %	1,0 %	N = 0	

N = 129 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 4,2 %); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

a SGB = Sozialgesetzbuch; b ALG = Arbeitslosengeld.

Der höchste Anteil findet sich unter Personen mit einer opioidbezogenen (ambulant: 54 %, stationär: 69 %) oder einer stimulanzenbezogenen Störung (ambulant: 43 %, stationär: 65 %). Unter Personen mit einer alkoholbezogenen Störung (ambulant: 27 %, stationär: 43 %) oder mit Pathologischem Spielen (ambulant: 19 %, stationär: 41 %) sind die Anteile etwas geringer.

Stationär ist der Anteil Arbeitsloser durchgehend höher als ambulant, was sich am deutlichsten bei Personen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (ambulant: 27 %, stationär: 59 %), aber auch bei Personen mit Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 22 %, stationär: 44 %) zeigt. Im Vergleich zu den anderen Gruppen findet sich hier zudem auch ein relativ hoher Anteil an Nichterwerbspersonen (insbesondere Schüler\*innen und Studierende) – vermutlich bedingt durch das durchschnittlich jüngere Alter in diesen Hauptdiagnosegruppen.

Unter den Hauptmaßnahmen zeigt sich der höchste Anteil Arbeitsloser in ADA (81 %). Etwas geringer ist der Anteil in ABW (64 %) und PSB (62 %), wobei in ABW noch ein weiterer großer Anteil auf Nichterwerbspersonen entfällt (19 %). Deutlich geringer ist der Anteil der Arbeitslosen in ARS (20 %) oder NAS (34 %). Der höchste Anteil Erwerbstätiger liegt mit 65 % in ARS vor.

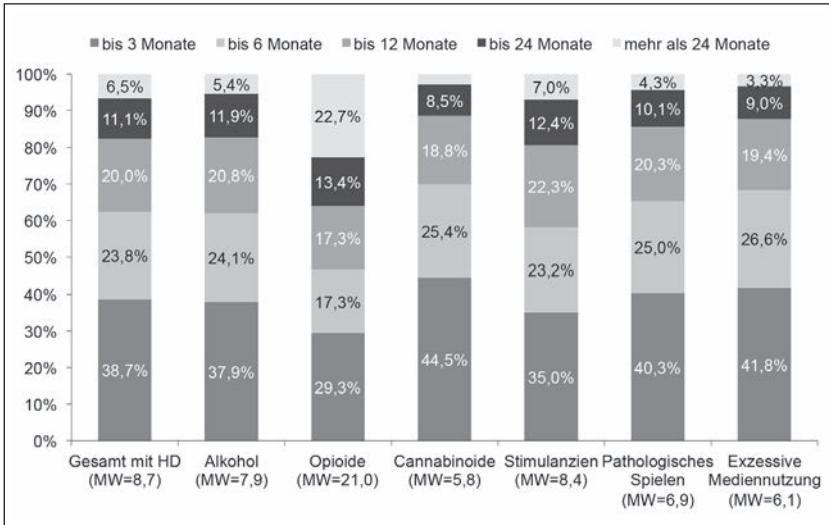
## 6 Behandlungsbezogene Merkmale

### 6.1 Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer liegt ambulant je nach Gruppe im Mittel zwischen 6 und 21 Monaten, stationär fällt die mittlere Behandlungsdauer mit 3 bis 4 Monaten deutlich kürzer aus. Ambulant ist der Anteil der Betreuungen über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren bei einer opioidbezogenen Störung deutlich größer als bei allen anderen Hauptdiagnosegruppen, die betroffenen Klientinnen und Klienten weisen auch die durchschnittlich längste Betreuungsdauer (21 Monate) auf (Abb. 1a, 1b). Die kürzeste Betreuungsdauer zeigt sich bei Klientinnen und Klienten mit cannabinoidbezogenen Störungen bzw. Exzessiver Mediennutzung (jeweils 6 Monate), gefolgt von Personen mit Pathologischem Spielen (7 Monate).

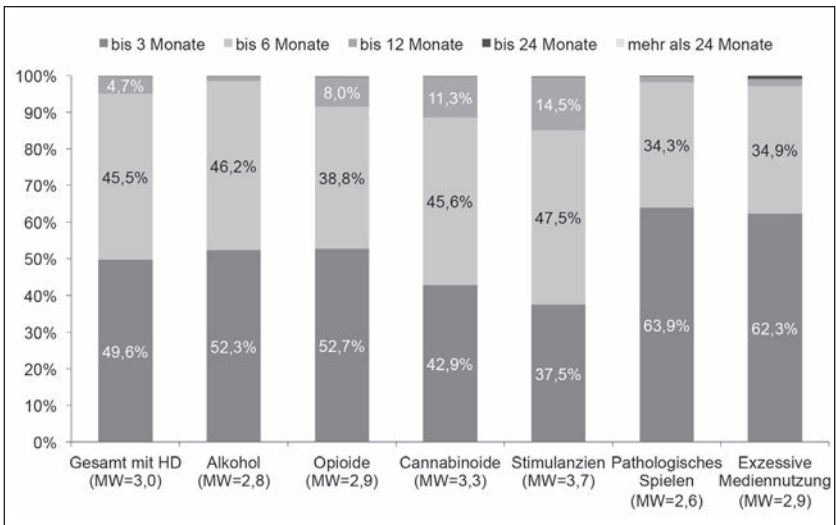
Stationär weisen Patientinnen und Patienten mit Pathologischem Spielen (3 Monate/79 Tage), einer alkoholbezogenen Störung (3 Monate/85 Tage) oder Exzessiver Mediennutzung (3 Monate/87 Tage) die kürzesten mittleren Behandlungsdauern auf. Die im Mittel längste Behandlungsdauer haben Personen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (4 Monate/113 Tage). In nahezu allen Gruppen dauerte keine Behandlung länger als ein Jahr.

**Abb. 1a:** Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose, ambulant



N = 842 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 1,1 %); Bezug: Zugänge/Beender.  
 HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).

**Abb. 1b:** Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose, stationär



N = 135 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 0,1 %); Bezug: Beender.  
 HD = Hauptdiagnose; MW = Mittelwert (in Monaten).



Die durchschnittliche Betreuungsdauer in den einzelnen Hauptmaßnahmen ist am kürzesten bei Personen in ADA (3 Monate). Deutlich höher liegt die Betreuungsdauer in NAS (9 Monate) und ARS (11 Monate). Noch wesentlich länger betreut werden Personen in ABW (18 Monate), am längsten ist die Betreuung in PSB (32 Monate).

## 6.2 Betreuungs-/Behandlungserfolg

Als ein Indikator für den Betreuungs-/Behandlungserfolg wird die Planmäßigkeit der Beendigung der Betreuung/Behandlung erfasst. Als „planmäßig“ werden dabei

- (a) reguläre Beendigung,
  - (b) Beendigung auf therapeutische Veranlassung,
  - (c) vorzeitige Beendigung mit therapeutischem Einverständnis sowie
  - (d) der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung
- gewertet.

Unter unplanmäßiger Beendigung der Betreuung/Behandlung wird

- (a) ein Abbruch durch die betreute/behandelte Person,
- (b) eine disziplinarische Beendigung oder
- (c) ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung sowie
- (d) der Tod der betreuten/behandelten Person

verstanden.

Hinsichtlich der *Planmäßigkeit der Beendigung* zeigen sich Unterschiede sowohl zwischen den Gruppen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ambulant beenden 68 % der Klientel, stationär 80 % der Patientinnen und Patienten (Tab. 7) ihre Betreuung/Behandlung planmäßig. Stationär ist der Anteil planmäßiger Beendigungen über alle Gruppen hinweg höher als ambulant, wobei dies bei Pathologischem Spielen (83 % vs. ambulant: 62 %), Exzessiver Mediennutzung (88 % vs. ambulant: 71 %) oder alkoholbezogener Störung (85 % vs. ambulant: 72 %) besonders stark ausgeprägt ist.

Bei Personen mit opioidbezogener Störung kommt es am seltensten zu planmäßigen Beendigungen (ambulant: 54 %, stationär: 63 %), danach folgen Personen mit einer stimulanzien- (ambulant: 62 %, stationär: 71 %) oder cannabinoidbezogenen Störung (ambulant: 68 %, stationär: 70 %). Die höchste Planmäßigkeit zeigt sich bei Personen mit alkoholbezogener Störung (ambulant: 72 %, stationär: 85 %) oder Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 71 %, stationär: 88 %). Personen, die Pathologisches Spielen betreiben, beenden ihre ambulante Betreuung zu 62 % bzw. ihre stationäre Behandlung zu 83 % planmäßig.

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

	Gesamt mit HD			Alkohol			Opioid			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<b>Ambulant (n)</b>	120.303	89.706	30.753	59.354	41.653	17.782	11.475	8.809	2.681	22.561	18.842	3.792	7.546	5.329	2.181	6.008	5.306	739	1.373	1.216	159
Planmäßig beendet	67,6 %	67,0 %	69,3 %	71,7 %	71,1 %	72,8 %	53,8 %	53,4 %	55,1 %	68,1 %	68,4 %	66,1 %	61,5 %	62,1 %	59,9 %	62,3 %	61,7 %	65,9 %	71,4 %	69,8 %	81,1 %
Unplanmäßig beendet	32,4 %	33,0 %	30,7 %	28,3 %	28,9 %	27,2 %	46,2 %	46,6 %	44,9 %	31,9 %	31,6 %	33,9 %	38,5 %	37,9 %	40,1 %	37,7 %	38,3 %	34,1 %	28,6 %	30,2 %	18,9 %
<b>Stationär (n)</b>	28.493	21.845	6.646	18.280	13.556	4.720	1.132	919	214	2.756	2.261	495	1.728	1.299	429	658	597	61	106	102	4
Planmäßig beendet	79,6 %	78,7 %	82,5 %	85,1 %	84,3 %	87,4 %	63,0 %	63,4 %	61,2 %	70,0 %	69,1 %	73,7 %	70,9 %	70,7 %	71,3 %	82,7 %	82,2 %	86,9 %	87,7 %	87,3 %	N = 4
Unplanmäßig beendet	20,4 %	21,3 %	17,5 %	14,9 %	15,7 %	12,6 %	37,0 %	36,6 %	38,8 %	30,0 %	30,9 %	26,3 %	29,1 %	29,3 %	28,7 %	17,3 %	17,8 %	13,1 %	12,3 %	12,7 %	N = 0

N = 796 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 5,7 %); Bezug: Zugänge/Beender.

N = 133 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,8 %); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

**Tab. 8:** Beurteilung des Problembereichs Sucht zu Beratungs-/Behandlungsende nach Hauptdiagnose, ambulant und stationär

	Gesamt mit HD		Alkohol			Opioid			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung			
	G	M	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	
<b>Ambulant (n)</b>	<b>98.560</b>	<b>73.839</b>	<b>24.813</b>	<b>49.123</b>	<b>34.558</b>	<b>14.470</b>	<b>8.404</b>	<b>6.544</b>	<b>1.913</b>	<b>18.971</b>	<b>15.876</b>	<b>3.110</b>	<b>6.393</b>	<b>4.570</b>	<b>1.808</b>	<b>4.654</b>	<b>4.077</b>	<b>577</b>	<b>1.128</b>	<b>1.018</b>	<b>129</b>
Gebessert	62,9 %	64,1 %	66,7 %	66,2 %	68,2 %	68,2 %	45,7 %	46,2 %	44,7 %	62,5 %	62,4 %	63,2 %	58,7 %	58,0 %	60,2 %	70,7 %	70,2 %	74,4 %	70,2 %	70,2 %	70,5 %
Gleich geblieben	34,1 %	34,6 %	29,8 %	30,5 %	28,2 %	28,2 %	49,5 %	49,2 %	49,7 %	36,0 %	36,1 %	35,3 %	38,0 %	38,7 %	36,3 %	27,8 %	28,3 %	23,9 %	28,7 %	28,6 %	28,7 %
Verschlechtert	2,6 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	4,6 %	4,5 %	5,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %	1,3 %	1,2 %	1,4 %	0,9 %	1,0 %	0,8 %
Neu aufgetreten	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %
<b>Stationär (n)</b>	<b>22.523</b>	<b>17.329</b>	<b>5.001</b>	<b>14.432</b>	<b>10.777</b>	<b>3.515</b>	<b>927</b>	<b>763</b>	<b>171</b>	<b>2.130</b>	<b>1.772</b>	<b>349</b>	<b>1.409</b>	<b>1.054</b>	<b>343</b>	<b>503</b>	<b>415</b>	<b>59</b>	<b>71</b>	<b>65</b>	<b>3</b>
Gebessert	82,3 %	81,5 %	87,4 %	87,0 %	88,8 %	88,8 %	64,1 %	63,3 %	67,8 %	75,9 %	74,9 %	80,8 %	75,4 %	74,7 %	77,0 %	85,1 %	84,3 %	88,1 %	88,7 %	90,8 %	N = 2
Gleich geblieben	16,4 %	17,1 %	13,9 %	11,6 %	12,1 %	10,1 %	33,4 %	33,9 %	31,0 %	23,3 %	24,3 %	18,6 %	22,9 %	23,6 %	21,3 %	14,1 %	14,7 %	11,9 %	11,3 %	9,2 %	N = 1
Verschlechtert	1,0 %	1,1 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	1,8 %	2,2 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	1,6 %	1,5 %	1,7 %	0,6 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	N = 0
Neu aufgetreten	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	1,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	N = 0

N = 596 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 10,1 %); Bezug: Zugänge/Beender.

N = 116 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 7,2 %); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; HD = Hauptdiagnose.

Im Hinblick auf die Hauptmaßnahmen beenden Personen in ADA die Behandlung am häufigsten planmäßig (83 %), gefolgt von ARS (78 %), NAS (73 %) und ABW (63 %). Deutlich seltener sind planmäßige Beendigungen in PSB (49 %).

Hinsichtlich des *Erfolgs der Betreuung/Behandlung* wird bei der Entwicklung des Problembereichs Sucht zwischen einem positiven („gebessert“ bzw. „unverändert“) und einem negativen Ergebnis („verschlechtert“, „neu aufgetreten“) unterschieden (für eine Definition der Begriffe vgl. das Manual zum KDS; DHS, 2020). Dabei zeigt sich über alle Gruppen hinweg ambulant bei 63 % der Klientinnen und Klienten und stationär bei 82 % der Patientinnen und Patienten eine Verbesserung im Problembereich Sucht. Der Anteil von Personen mit Verbesserung ist am höchsten unter Personen mit Pathologischem Spielen (ambulant: 71 %, stationär: 85 %), Exzessiver Mediennutzung (ambulant: 70 %, stationär: 89 %) oder einer alkoholbezogenen Störung (ambulant: 67 %, stationär: 87 %). Hingegen wird unter Personen mit einer opioidbezogenen Störung (ambulant: 46 %, stationär: 64 %) deutlich seltener eine Verbesserung dokumentiert. Über alle Gruppen hinweg haben sich bei einem nur sehr geringen Anteil Suchtprobleme nach Betreuungs-/Behandlungsende verschlechtert oder sind im Betreuungs-/Behandlungsverlauf neu aufgetreten (ambulant: 3 %, stationär: 1 %) (Tab. 8).

## Literatur

- Braun, B.; Lesehr, K. (2017): Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. Konturen, (1), 1–5. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>, Zugriff: 14.12.2021.
- Dauber, H. et al. (2020): Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapiefor-schung. Verfügbar unter: [www.suchhilfestatistik.de](http://www.suchhilfestatistik.de).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2020): Deutscher Kerndaten-satz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) 3.0. Definiti-onen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm. Verfügbar unter: [www.suchhilfestatistik.de](http://www.suchhilfestatistik.de).
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2013): Internationale Klassifika-tion psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitli-nien. (9., überarbeitete Auflage). Bern: Huber.

- Schwarzkopf, L. et al. (2021): Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapiefor- schung. Verfügbar unter: [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de).
- Schwarzkopf, L. et al. (2020): Die Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS. Eine Einfüh- rung in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertun- gen. Konturen online. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>, Zugriff: 14.12.2021.
- Süss, B.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2011): Bestimmung der Erreichungsquote der Deut- schen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. *Sucht*, 57(6), 469–477.
- Süss, B.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2009): Das DBDD-Einrichtungsregister: Hintergrund, Zielsetzung und aktueller Stand. *Sucht*, 55(1), 59–60.

## 3.2 Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung

*Robert Simon, Astrid Steinbrecher, Johannes Falk*

### Zusammenfassung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) trägt regelhaft Leistungen zur Rehabilitation von Menschen mit einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung. In diesem Artikel werden diese Leistungen zunächst im zeitlichen Verlauf nach rehabilitationsbezogenen Merkmalen dargestellt. Die Inanspruchnahme wird durch die Antragsentwicklung, die bewilligten Anträge und die abgeschlossenen Leistungen in einem Zeitfenster über die letzten sechs Jahre abgebildet.

Im zweiten Teil dieses Beitrags werden aktuelle Ergebnisse ausgewählter Instrumente<sup>1</sup> aus der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung vorgestellt, mit denen sich die Qualität der im Versorgungsbereich von Abhängigkeitserkrankungen erbrachten rehabilitativen Leistungen beurteilen lässt. Hierzu gehören der sozialmedizinische Verlauf (SMV), das Peer Review-Verfahren (PRV), die Therapeutische Versorgung (KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen) und die Reha-Therapiestandards (RTS) für „Alkoholabhängigkeit“.

### Abstract

*The following article presents rehabilitation services over time covered by the German federal Pension Insurance (DRV) to provide outpatient and inpatient medical rehabilitation for patients with substance-use related disorders according to rehabilitation-related characteristics and patient-related characteristics.*

*Furthermore, current results of selected tools of the DRV's rehabilitation quality assurance program (Reha-QS) are presented. The so called socio-medical course*

<sup>1</sup> Ein Überblick zu allen Instrumenten und Verfahren im Programm der Reha-Qualitätssicherung der DRV findet sich im Internet auf [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de).

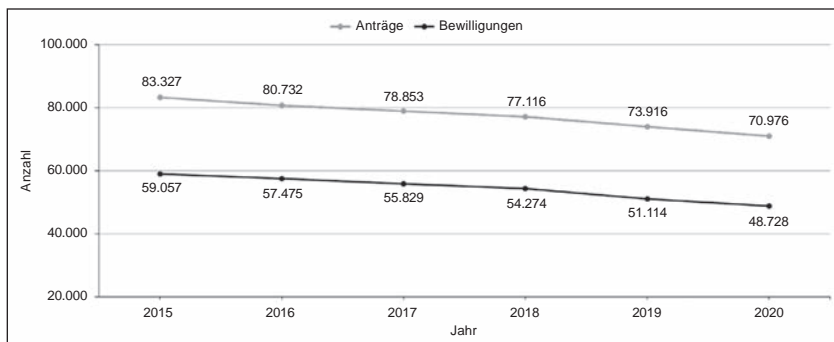
(SMV) shows results of inpatient rehabilitation treatment of patients with addiction disorder with regard to their course of employment/retirement situation two years after completed medical rehabilitation. Results of the Peer Review are pointing out areas of improvement during rehabilitation process for patients with addictive disorders. Besides, the provision of therapeutic services during outpatient and inpatient medical rehabilitation of patients suffering from substance use related disorder is presented by means of the classification of therapeutic services (KTL). Results of the rehabilitation therapy standards (RTS) regarding alcohol use disorder are also shown in this article.

## 1 Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen

Im Jahr 2020 wurden 70.976 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt. Im gleichen Zeitraum wurden 48.728 Leistungen dieser Art bewilligt (s. Abb. 1).

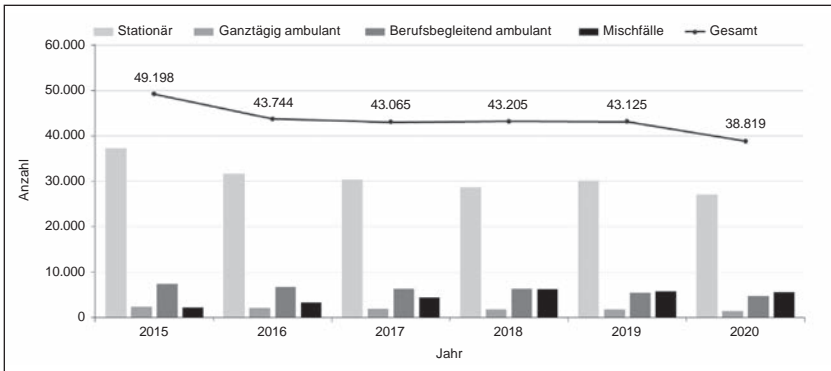
In Abbildung 2 ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen zur Rehabilitation von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen im zeitlichen Verlauf abgebildet. Insgesamt 38.819 abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Jahr 2020 umfassen: 27.038 stationäre Leistungen, 1.433 ganztägig ambulante Leistungen,

**Abb. 1:** Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Zeitverlauf



Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

**Abb. 2:** Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Zeitverlauf – Art der Durchführung bei abgeschlossenen Leistungen



Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

4.756 berufsbegleitende ambulante Leistungen sowie 5.592 Mischfälle (Abb. 2). Als Mischfälle werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezeichnet, bei denen stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Reha-Leistungen in Kombination erbracht werden.

Der Rückgang der Anzahl der durchgeführten Leistungen (bes. im Bereich der stationären Versorgung) im Jahr 2020 ist im Wesentlichen auf die pandemische Lage (COVID-19-Pandemie) mit ihren vielfältigen Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation zurückzuführen (u. a. deutlich verlängerten Reha-Antrittszeiten, Reduzierung der Belegung bis hin zu einem Aufnahme-stopp in den Reha-Einrichtungen). Hiervon war – und ist in einem gewissen Maße – auch die rehabilitative Behandlung von Abhängigkeitsbehandlungen betroffen.

Es ist zu beachten, dass die Zahlen der beantragten und bewilligten Leistungen (Abb. 1) mit denen der abgeschlossenen Leistungen (Abb. 2) nicht direkt verglichen werden können, da das Verhältnis durch unterschiedliche Bezugszeiträume, Wartezeiten, Nichtantrittsquoten bzw. unterschiedliche Behandlungsdauern beeinflusst wird.

Bei der medizinischen Rehabilitation aufgrund substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen sind Leistungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit zu unterscheiden. Dabei ist bei Männern und bei Frauen eine Alkoholabhängigkeit nach wie vor der häufigste Grund für eine Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen im Auftrag der Rentenversicherung (s. Tab. 1 und Tab. 2).



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

<b>Frauen</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	12.025	10.616	10.534	10.924	10.892	9.557
wg. Alkoholabhängigkeit	77 %	77 %	77 %	76 %	75 %	74 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
wg. Drogenabhängigkeit	21 %	20 %	21 %	22 %	23 %	24 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

**Tab. 2:** Abgeschlossene Leistungen substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen nach Suchtmittel im Zeitverlauf (Männer)

<b>Männer</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Leistungen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	37.173	33.128	32.531	32.281	32.233	29.262
wg. Alkoholabhängigkeit	68 %	68 %	67 %	65 %	64 %	62 %
wg. Medikamentenabhängigkeit	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
wg. Drogenabhängigkeit	31 %	31 %	32 %	34 %	35 %	37 %

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

## 2 Qualitätssicherung in der Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

Seit Mitte der 1990er Jahre betreibt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein umfangreiches Reha-Qualitätssicherungsprogramm, das stetig weiterentwickelt wird und verschiedene Instrumente und Verfahren beinhaltet (vgl. Martin, Ostholt-Corsten, 2020). Im Folgenden werden die Ergebnisse ausgewählter Qualitätssicherungsinstrumente mit Blick auf die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen dargestellt (vgl. auch Simon et al., 2020).

### 2.1 Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen

Das zentrale Ziel der Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung ist es, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bzw. wiederherzu-

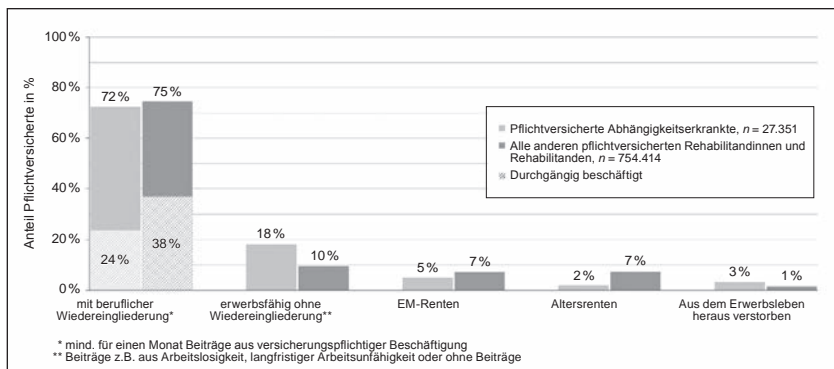
stellen und so nach Möglichkeit eine vorzeitige Berentung zu vermeiden. Der Sozialmedizinische Verlauf (SMV) zeichnet anhand von Routinedaten der DRV den Erwerbsverlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Abschluss einer Rehabilitationsleistung nach.

Bei Routinedaten handelt es sich hier um prozessproduzierte Daten, die bei Verwaltungsvorgängen entstehen. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Arbeitgebenden oder die Erfassung von Anträgen und Bescheiden aus den Bereichen Rehabilitation und Rente. Pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind neben Personen mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung z. B. auch Beziehende von Arbeitslosengeld I oder Krankengeld sowie pflegende Angehörige. Nach abgeschlossener Rehabilitation verbleiben die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entweder im Erwerbsleben („mit beruflicher Wiedereingliederung“ oder „erwerbsfähig ohne berufliche Wiedereingliederung“) oder scheiden aus (Bezug einer Erwerbsminderungs- oder Altersrente, Tod).

Abbildung 3 zeigt den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf pflichtversicherter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer medizinischen Reha-Leistung wegen Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu allen anderen pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung. Beide Gruppen haben eine medizinische Rehabilitation im Jahr 2017 abgeschlossen.

Vergleicht man in beiden Gruppen die berufliche Wiedereingliederungsrate, so unterscheidet sich diese auf den ersten Blick kaum: 72 % der wegen

**Abb. 3:** Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen in 2017



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2012–2019

Abhängigkeitserkrankungen rehabilitierten Personen gelingt im Verlauf von zwei Jahren nach der Rehabilitation die berufliche Wiedereingliederung; 75 % aller anderen pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ebenso. Allerdings bleibt nur ein Teil dieser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die betrachteten zwei Jahre nach Reha-Ende hinweg durchgängig beschäftigt: Bei den Versicherten, die eine Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen durchlaufen haben, sind es 24 % – also etwa ein Drittel der beruflich wiedereingegliederten Personen. Bei den anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bleibt mit 38 % ein deutlich größerer Teil durchgängig erwerbstätig. Auch ist der Anteil der theoretisch erwerbsfähigen, aber beruflich nicht wiedereingegliederten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei den Absolvierenden einer Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung mit 18 % fast doppelt so hoch wie bei allen anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (10 %). Dies verdeutlicht, dass die berufliche (Re-)Integration nach erfolgter Rehabilitation wegen einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung in der Regel schlechter gelingt als nach anderen medizinischen Reha-Leistungen.

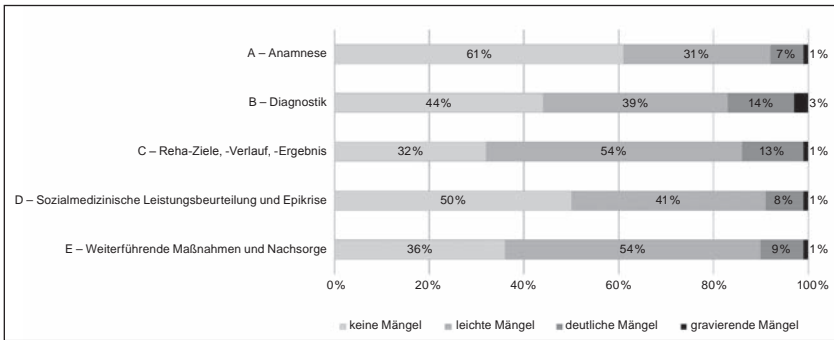
## **2.2 Peer Review-Verfahren der Indikation Abhängigkeitserkrankungen**

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

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

Für das Peer Review-Verfahren der Indikation Abhängigkeitserkrankungen 2021 wurden die Entlassungsberichte (einschl. der dazugehörigen Therapiepläne) von insgesamt 2.077 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine medizinische Rehabilitation aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung

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



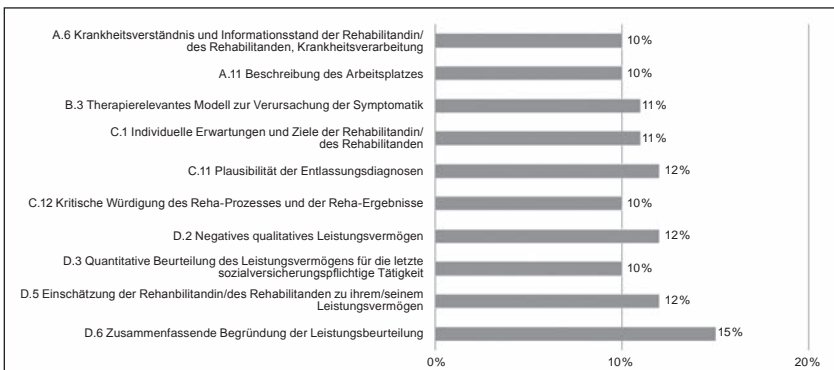
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen,  $n = 2.077$  bewertete Reha-Entlassungsberichte

zwischen dem 1. Februar und dem 31. Juli 2019 abgeschlossen haben, begutachtet. Hierfür waren 112 Peers tätig.

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

Die Bewertungen der Peers belegen eine insgesamt gute Prozessqualität in der rehabilitativen Versorgung abhängigkeitskranker Rehabilitandinnen

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



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen,  $n = 2.077$  bewertete Reha-Entlassungsberichte

und Rehabilitanden durch die Deutsche Rentenversicherung. In allen Prozessbereichen wurden bei mehr als 80 % der ausgewerteten Fälle „keine Mängel“ oder nur „leichte Mängel“ festgestellt (vgl. Abb. 4).

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

Im Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen sind es insgesamt relativ wenig Prozessmerkmale, die einen Anteil von mehr als 10 % „deutliche“ oder „gravierende Mängel“ aufweisen. Diese finden sich vor allem im Prozessbereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ wieder. Mit 15 % hat das Prozessmerkmal „D.6 Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“ den höchsten Anteil dieser Mängelkategorien (vgl. Abb. 5).

### 2.3 Therapeutische Versorgung (KTL)

Die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation wird mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) abgebildet. Art, Anzahl und Dauer der für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden erbrachten therapeutischen Leistungen werden hier durch die Reha-Fachabteilungen codiert bzw. dokumentiert. Die Daten finden ebenfalls Eingang in die Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Abschnitt 2.1) und werden für die Reha-QS-Berichterstattung ausgewertet. Eingeschlossen werden Reha-Fachabteilungen, für die im Bezugsjahr mindestens 25 ärztliche Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL-Codierung elektronisch erfasst wurden (DRV Bund, 2015).

In die nachfolgende Auswertung wurden die Daten von 21.918 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezogen, die im Jahr 2019 eine medizinische Rehabilitation wegen einer Abhängigkeitserkrankung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt haben.

Tabelle 3 ist zu entnehmen, welche Durchschnittswerte (Dauer und Anzahl der Leistungen pro Woche) in den einzelnen KTL-Kapiteln auf Grundlage der KTL-Codierung ermittelt wurden. Zusätzlich ist zu sehen, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben.

**Tab. 3:** Therapeutische Versorgung in der Behandlung abhängigkeitserkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, 2019

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	pro Person		Personen mit mindestens einer Leistung*	
	Dauer (Std.) pro Woche	Leistungen pro Woche	Anzahl	Anteil
A – Sport und Bewegungstherapie	2,1	2,4	21.128	96 %
B – Physiotherapie	0,4	0,7	7.751	35 %
C – Information, Motivation, Schulung	1,5	2,1	21.736	99 %
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1,6	2,2	21.752	99 %
E – Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	5,5	4,2	21.471	98 %
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1,9	1,9	21.122	96 %
G – Psychotherapie	6,2	5,1	21.868	100 %
H – Reha-Pflege und Pädagogik	0,7	1,4	20.100	92 %
K – Physikalische Therapie	0,2	0,7	5.796	26 %
L – Rekreationstherapie	1,9	2,1	19.231	88 %
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	0,4	0,3	15.130	69 %
<b>Insgesamt</b>	<b>21,3</b>	<b>21,6</b>	<b>21.918</b>	<b>100 %</b>

\* Mehrfachnennungen möglich; n = 21.918 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2019

Beispielsweise durchliefen alle abhängigkeitserkrankten Personen mindestens eine Leistung aus dem Kapitel G „Psychotherapie“ (100 %) sowie fast alle eine Leistung aus den Kapiteln C „Information, Motivation, Schulung“, D „Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie“ oder E „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien“ (98 %–99 %). Mit Blick auf die Dauer haben Leistungen aus den Kapiteln G „Psychotherapie“ und E „Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien“ mit 6,2 Stunden bzw. 5,5 Stunden pro Woche den quantitativ größten Anteil bei der therapeutischen Behandlung abhängigkeitserkrankter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Über alle Kapitel der KTL hinweg betrachtet beträgt die durchschnittliche Therapiezeit insgesamt 21,3 Stunden pro Woche (verteilt auf 21,6 Leistungseinheiten pro Woche).

## 2.4 Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“

Die Deutsche Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards definiert, um die Behandlung häufig vorkommender Krankheitsbilder auf eine evidenzba-

sierte Grundlage zu stellen (für das Krankheitsbild „Alkoholabhängigkeit“ s. DRV Bund, 2016b). In den sogenannten „Evidenzbasierten Therapiemodulen“ (ETM) wird festgelegt, welche und wie viele Leistungen eine versicherte Person zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes während einer medizinischen Rehabilitation mindestens erhalten soll. Zusätzlich wird der Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorgegeben, der den Mindestanforderungen entsprechend behandelt werden soll.

Im Folgenden werden aktuelle Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ vorgestellt (s. Tab. 4). Für jedes der insgesamt 14 Therapiemodule werden die Prozentanteile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen erfüllt wurden („IST“), dem geforder-

**Tab. 4:** Therapeutische Behandlung nach den Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“, 2019

ETM	Bezeichnung	Mindestanforderungen erfüllt – „IST“	Mindestanteil zu behandelnder Personen – „SOLL“
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelintervention	93 %	90 %
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppenintervention	93 %	90 %
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten	93 %	50 %
04	Angehörigenorientierte Interventionen	28 %	20 %
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose ( $n = 2.278$ )	77 %	90 %
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitandinnen/Rehabilitanden mit Arbeit Nicht-Erwerbstätige ( $n = 6.111$ )	90 %	75 %
06	Tabakentwöhnung	22 %	15 %
07	Entspannungsverfahren	48 %	40 %
08	Bewegungstherapie	91 %	70 %
09	Gesundheitsbildung	94 %	80 %
10	Ernährungstherapeutische Leistungen	90 %	80 %
11	Gestalterische Ergotherapie und künstlerische Therapien	76 %	70 %
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	98 %	90 %
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen	90 %	90 %

$n = 8.389$  Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (Dauer der medizinischen Rehabilitation: 78–142 Tage).

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis der Deutschen Rentenversicherung 2019

ten Mindestprozentanteil („SOLL“) gegenübergestellt. Die Auswertung bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2019 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“<sup>2</sup> abgeschlossen haben. Insgesamt sind die Reha-Entlassungsberichte von 8.389 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Auswertung eingeflossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapievorgaben der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ in fast allen evidenzbasierten Therapiemodulen erfüllt wurden. Lediglich im ETM 05a „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ wurden die Mindestanforderungen im Durchschnitt nicht erreicht. Hier besteht Verbesserungspotenzial.

### 3 Fazit und Ausblick

Die dargestellten Auswertungen geben einen guten Überblick zum Leistungsgeschehen auf dem Gebiet der Rehabilitation von Menschen mit einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung, die in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt wird. Mit den Aktivitäten auf dem Gebiet der Reha-Qualitätssicherung macht die Deutsche Rentenversicherung deutlich, dass die Qualität der Leistungen eine wichtige Rolle spielt. Die hier dargestellten Daten zeigen bspw. mit Blick auf den Sozialmedizinischen Verlauf (SMV) oder die Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“, dass ein hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Rehabilitation vorherrscht. Dennoch bestehen weiterhin Herausforderungen, wie bspw. die berufliche (Re-)Integration der Versicherten nach erfolgter Rehabilitation.

### Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020): Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html), Zugriff: 01.11.2021.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016a): Peer Review-Verfahren: Indikation Psychosomatik/Sucht. Manual und Checkliste. Berlin. [www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_ein](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_ein)

---

<sup>2</sup> Nach ICD-10-GM, Deutsche Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten.



- richtungen/quali\_peer\_review/PRV\_2015\_Checkliste\_Manual\_Psych\_Sucht.html, Zugriff: 01.11.2021.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016b): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin. [www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetsicherung/rts.html), Zugriff: 01.11.2021.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015): KTL-Klassifikation therapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. (6. Auflage). Berlin. [www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen\\_dokumentationshilfen.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/klassifikationen_dokumentationshilfen.html), Zugriff: 01.11.2021.
- Märting, S.; Ostholt-Corsten, M. (2020): Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund: Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. (DRV-Schriften; Bd.121). Berlin. 63–69.
- Simon, R.; Märting, S.; Falk, J. (2021): Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg): DHS Jahrbuch Sucht 2021. Lengerich: Pabst Science Publishers. 197–206.

## **4 Aktuelle Themen**

---



# 4.1 Sucht unter Corona-Bedingungen

*Christine Kreider*

## **Zusammenfassung**

Die COVID-19-Pandemie hat die Weltbevölkerung innerhalb kürzester Zeit in eine außergewöhnliche Situation gebracht. Die notwendigen Anpassungen und Veränderungen sind und waren global spürbar und durchdringen zeitgleich die kleinsten Teilbereiche unseres gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Lebens.

Auch die Suchthilfe musste sich durch die Entwicklungen – teilweise nachhaltig – anpassen. Dabei drängt sich die Frage auf, wie eine Bevölkerung mit derartigen Veränderungen umgeht, welche psychischen Belastungen sie wahrnimmt und inwieweit diese den Konsum von Suchtmitteln oder problematisches Verhalten fördern und möglicherweise sogar eine Abhängigkeits-erkrankung begünstigen. Schwerpunktmäßig behandelt dieses Kapitel daher die Entwicklung des Konsums und Verhaltens der Bevölkerung Deutschlands, vor allem auch im Hinblick einer möglichen Entwicklung pathologischer Nutzungsmuster. Dabei wird deutlich: Die Pandemie und die Maßnahmen zu deren Eindämmung werden von vielen Menschen als belastend wahrgenommen. Obwohl die aktuelle Datenlage noch recht dünn ist, zeigt sich jetzt schon, dass vulnerable Gruppen besonders betroffen von der Krise und ihren Auswirkungen sind. Das betrifft den Konsum und womöglich sogar die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Erst weitere Forschung wird jedoch aufzeigen, wie ein Zusammenhang genau beschrieben werden kann.

Gleichzeitig wird sich in Zukunft zeigen, welche Lerneffekte wir aus der Krise mitnehmen und nachhaltig in unsere Arbeit der Suchtkrankenhilfe implementieren können.

## **Summary**

*The COVID-19 pandemic led the world population into an extraordinary situation during a short period of time. The necessary changes can be observed globally and have affected our social, interpersonal and economic life.*

*Following these developments the addiction help system had to change too – with sustainable effects. With these changes given, we are wondering how society handles those changes, which psychological burdens were perceived and how those have altered the consumption of drugs or the development of problematic behavior. Or maybe even encourage addictive consumption and/or behavior. This chapter takes a closer look on those developments in the German population. It's evident that the society perceives the pandemic and the measures of its containment as a burden. Although the data situation is still insufficient we can already see that vulnerable groups are particularly affected by the pandemic and its implications. This translates to drug consumption and problematic behavior and maybe also to the development of addictive patterns. Only future research will show how the correlation can be described.*

*Besides that, time will show which effects of the learning process will be implemented into our work permanently and will change it for the better.*

## **Das neue Normal – wie Corona unseren Alltag verändert hat**

Zur Erinnerung: Bereits im Dezember 2019 gab es erste Berichte eines auffälligen Infektionsgeschehens in der chinesischen Millionenstadt Wuhan; immer mehr Menschen erkrankten an dem bis dahin unbekanntem Virus und mussten mit teils schweren Atemwegserkrankungen im Krankenhaus behandelt werden. Am 31. Dezember 2019 meldete die chinesische Regierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Ausbruch, der zu diesem Zeitpunkt als endemisch, also räumlich begrenzt, eingeschätzt wurde. Das Virus hielt sich jedoch an keine Landesgrenze und so stand der Start von 2020 unter keinen guten Vorzeichen: Kurz nachdem Fachleute die Erbgutsequenz des ursächlichen Coronavirus identifizierten, wurde in Wuhan aufgrund der rapiden und exponentiellen Zunahme der Infektionen ein Lockdown angeordnet, der Millionen Menschen quasi unter Hausarrest stellte. Dennoch tauchten kurz darauf weltweit Infektionen auf, sodass die WHO am 30. Januar 2020 den internationalen Gesundheitsnotstand ausrief.

Zu Beginn lagen wenige Erkenntnisse über die neuartige Infektion vor. Coronaviren waren nicht unbekannt, aber der Steckbrief von SARS-CoV-2 war lange Zeit unklar. Die Forschenden liefen den Entwicklungen hinterher, lernten aber mit jeder Infektionskette hinzu. Heute ist bekannt, dass das Coronavirus über eine Tröpfcheninfektion übertragen wird und dass jede aufkommende Mutante neue Herausforderungen birgt, wie beispielsweise eine höhere Infektiosität. SARS-CoV-2 löst bei 55–85 % der Infizierten COVID-19 aus. Die Erkrankten klagten über grippale Symptome wie Husten, Fieber und Schnupfen, aber auch über eine Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, die

auch lange nach Abklingen der Infektion bestehen bleiben kann (RKI, 2021). Ein schwerer Verlauf kann zu einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung führen. Einige Patientinnen und Patienten sind nachhaltig durch die Infektion beeinträchtigt. Die Langzeitfolgen, die unterschiedliche, teils gravierende Ausprägungen haben, werden unter der Bezeichnung „Long Covid“<sup>1</sup> zusammengefasst.

Im Verlauf der Pandemie erhielten die Disziplinen Epidemiologie und medizinische Statistik ungewohnte öffentliche Aufmerksamkeit. Fachbegriffe wie exponentielles Wachstum oder der (7-Tage)-R-Wert, der Auskunft darüber gibt, wie viele Menschen eine infizierte Person im Schnitt ansteckt, wurden Bestandteil täglicher Medienberichte.

Die „Letalität“, ebenfalls ein neuer Begriff des medialen Fokus, zeigt das Fatale dieser Pandemie auf: Menschen sterben an COVID-19. Alarmierende Berichte überfüllter Intensivstationen, Appelle des überforderten medizinischen Personals, Bilder von akut erkrankten Patienten, die an künstliche Lungen (ECMO) angeschlossen sind und überfüllte Bestattungshäuser verdeutlichen die dramatische Lage eindrücklich. Bis Ende Januar 2022 erkrankten in Deutschland 10.096.858 Menschen an COVID-19, 116.754 Menschen starben (RKI, 2022a, 2022b). Wie viele Menschen tatsächlich unter Long Covid leiden, ist derzeit unklar und wird sich wohl erst im Laufe der Zeit herausstellen. Parallel ist ungewiss, wie viele Menschen aufgrund der andauernden psycho-sozialen Belastungen langfristige psychische Erkrankungen entwickeln.

Gesundheitsbehörden verordneten die sogenannten AHA-Regeln, die im Verlauf durch ein weiteres „A“ und ein „L“ ergänzt wurden: Abstand halten, Hygiene (auch Hände waschen/desinfizieren), Alltag mit Maske, Nutzung der Corona-Warn-App und Lüften. Ein neues „Normal“ stellt sich ein.

Im Zuge dieser ganzen Entwicklungen zeigte sich jedoch auch, wozu Wissenschaft und Forschung heutzutage in der Lage sind. Innerhalb kürzester Zeit wurden Impfstoffe gegen das Virus entwickelt, getestet und zugelassen. Einzigartig ist auch, dass es sich hierbei um sogenannte mRNA- und Vektor-Impfstoffe handelt. Die Dringlichkeit der Lage und die Diskussion um die Impfung lassen uns diesen medizinischen Durchbruch fast übersehen.

Es wurde über eine allgemeine Impfpflicht diskutiert, über die Angemessenheit von Maßnahmen und den Schutz vulnerabler Gruppen. Medizinisch betrachtet sind dies vor allem ältere und vorerkrankte Menschen. Weitet man den Blick, stellt man fest, dass nicht nur das Risiko einer Corona-Infektion bei weitaus mehr Menschen gegeben ist, sondern auch dass die Wahrscheinlich-

<sup>1</sup> Beschwerden, die noch 4-12 Wochen nach einer überstandenen Infektion bestehen. Diese längerfristigen gesundheitlichen Folgen sind breit gefächert und schränken die Funktionsfähigkeit im Alltag und die Lebensqualität teils stark ein (RKI, 2021).

keit psychosozialer Herausforderungen mit den einhergehenden Maßnahmen zunimmt. Gerade Menschen, die schon vor der Krise belastet waren, sind auf vielfältigen Ebenen gefährdet. So kann es beispielsweise sein, dass sie eine Sucht entwickeln oder rückfällig werden, dass sich möglicherweise ein Verhalten entwickelt, das während und nach der Pandemie zu Problemen führt. Es ist denkbar, dass Suchtmittel und bestimmte Verhaltensweisen genutzt werden, um mit diesen Belastungen umzugehen (Khantzian, 2013). Menschen mit einer Suchterkrankung gelten außerdem als besonders gefährdet, selber – teilweise schwer – am Coronavirus zu erkranken (Ornell et al., 2020; Testino, 2020).

Festzustellen ist: Auch Sucht(-hilfe) verändert sich während der Krise.

## **Sucht(-hilfe) während der COVID-19-Pandemie**

Wie sich Sucht und Suchthilfe während der Krise verändert haben, lässt sich einerseits anhand der Verhältnisse, also der Rahmenbedingungen, skizzieren. Andererseits ist das individuelle Verhalten der Bevölkerung zu betrachten und wie es sich unter diesen Umständen verändert.

Die Corona-Krise, die das Gesundheitssystem und das Sozialwesen im Allgemeinen auf die Probe stellt, tut dies auch im Spezialbereich der Suchthilfe. Die Versorgung Suchtkranker und -gefährdeter ist ein elaboriertes Netzwerk, das aus unterschiedlichen Hilfen besteht, die auf verschiedenen Ebenen agieren (DHS, 2019). Die Klientinnen und Klienten, die Patientinnen und Patienten weisen mit ihren individuellen Problemlagen und Lebensverhältnissen sehr unterschiedliche Voraussetzungen auf. Das System der Suchtkrankenhilfe geht darauf ein und bietet Hilfen für unterschiedliche Lebenslagen und Bedarfe. Eine beispiellose Situation, in der auf keinerlei Vorkenntnisse aufgebaut werden kann und deren Umgang hauptsächlich aus dem Gebot der Kontaktbeschränkung beruht, stellt ein solches System vor große Herausforderungen. So kennzeichnet die Beziehungsarbeit Suchthilfe in allen Angeboten – sei es niedrigschwellig, im aufsuchenden Bereich oder der Selbsthilfe, Behandlung, Nachsorge und Prävention.

Raiser et al. (2020) geben zu den unmittelbaren Auswirkungen der Pandemie einen Überblick: Im Bestreben, die Ausbreitung des Virus zu verhindern und zeitgleich eine flächendeckende Versorgung erkrankter Personen zu gewährleisten, mussten u. a. aufwendige Hygiene- und Quarantänekonzepte erarbeitet und ambulante Angebote der Suchtberatung eingestellt bzw. auf telefonische Kontakte verlagert werden. Dies brachte vor allem Herausforderungen in der Versorgung älterer Klientinnen und Klienten sowie von Ge-

flüchteten mit sich, für die aufgrund fehlender technischer Kompetenz oder Sprachbarrieren keine ausreichende Versorgung gewährleistet werden konnte (Lochbühler et al., 2021). Parallel wird von einem Anstieg der Nachfrage nach ambulanten Suchtthilfeangeboten berichtet (ebd.).

Neben den Einrichtungen der stationären und ambulanten Suchtkrankenhilfe kam es zu erheblichen Einschränkungen der Angebote im niedrigschwelligen, aufsuchenden Bereich. Durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie konnte die Versorgung von Klientinnen und Klienten teilweise nicht mehr gewährleistet werden. Hierbei handelt es sich um eine Zielgruppe, die meist ohnehin schwer erreichbar ist, beispielsweise aufgrund von Obdachlosigkeit. Durch Corona verschlechterten sich häufig die sowieso prekären und instabilen Lebensverhältnisse (Lochbühler et al., 2021; Krings et al., 2020; Werse, Klaus, 2020).

Auch Konsumierende illegaler Substanzen waren durch die Maßnahmen unmittelbar betroffen, da die Beschaffung von Suchtstoffen zum Teil und zeitweise durch Ausgangsbeschränkungen und Grenzschließungen erschwert wurde. Diese Situation normalisierte sich jedoch schnell wieder, sodass insgesamt keine Versorgungsengpässe auf dem Drogenmarkt zu verzeichnen waren (Stöver, Werse, 2022; Scherbaum et al., 2021).

In Betrachtung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen ist festzustellen, dass die Deutschen die COVID-19-Pandemie als sehr belastend erleben: In einer Studie aus dem Mai 2020 gaben 31,7 % der befragten Deutschen an, sich einsam zu fühlen. Die Hälfte gab an, dass ihr Gefühl von Einsamkeit zugenommen habe (Berger et al., 2020). Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hängt auch mit den zu den unterschiedlichen Zeitpunkt geltenden Maßnahmen zusammen, hat sich also im Verlauf der letzten Monate durchaus verändert. Als Konsequenz hieraus liegt die These nahe, dass Suchtmittel und bestimmte Verhaltensweisen vermehrt als Strategien genutzt werden, um mit diesen sich ständig ändernden, psychosozialen Belastungen umzugehen (Khantzian, 2013). Die bislang vorliegenden Statistiken bestätigen dies zum Teil. Mit Blick auf diese Erkenntnisse sollten jedoch auch folgende Hinweise verbunden werden:

Bei den vorliegenden Studien ist auf das Forschungsdesign und die dadurch eingeschränkte Vergleichbarkeit zu achten. So zeichnet sich die Pandemie durch ständig wechselnde Maßnahmen aus, die sich je nach Infektionsgeschehen sehr dynamisch und teilweise regional stark voneinander abweichend entwickeln. Diese Maßnahmen sind jedoch ein wichtiger Parameter in der Entwicklung psychischer Gesundheit, was generalisierte und vergleichende Aussagen erschwert.



Weiterhin ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Pandemie für wissenschaftliche Forschung vergleichsweise jung ist. Das macht valide Aussagen zur Veränderung von Sucht und süchtigem Verhalten schwer, denn meist entwickeln sich Probleme allmählich bzw. über einen längeren Zeitraum. Es bedarf weiterer Forschung, um den tatsächlichen Effekt und mögliche ursächliche Zusammenhänge zwischen Sucht, süchtigem Verhalten und der COVID-19-Pandemie bewerten zu können. Die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen liefern bereits erste Erkenntnisse zum (Konsum-)Verhalten, sollten aber vor dem Hintergrund der genannten Limitationen interpretiert werden.

## **Alkohol**

Alkohol wird von den meisten Menschen anlassbezogen getrunken. Hochzeiten, Geburtstage, Volksfeste und Kulturveranstaltungen sind häufig Gelegenheiten für Alkoholkonsum. Die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie führten zu einem Wegfall oder zumindest der deutlichen Einschränkung der allermeisten dieser Trinkanlässe. Insofern ist es nicht überraschend, dass wissenschaftliche Untersuchungen zu dem Ergebnis kommen, dass die meisten Deutschen ihren Alkoholkonsum nicht erhöht und teilweise sogar reduziert haben (Betsch et al., 2020; Manthey et al., 2020; pronovaBKK, 2021). Auch die Absatzzahlen der Hersteller (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure, 2021) und die eingekommenen Verbrauchssteuern (Bundesministerium der Finanzen, 2022) bestätigen dies.

Ein systematisches Review im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kommt im Juni 2021 zu dem Ergebnis, dass die Befunde ein uneinheitliches Bild hinsichtlich des Alkoholkonsums – in den bis dahin vorliegenden Studien – zeichnen (Suhren et al., 2021). Während die COSMO-Studie zu dem Ergebnis kommt, dass es kaum Veränderungen im Alkoholkonsum der deutschen Bevölkerung gibt (Betsch et al., 2020), stellt eine Untersuchung, die während des ersten Lockdowns 2021 durchgeführt wurde, fest, dass Personen, die schon vor der Pandemie einen erhöhten Alkoholkonsum aufwiesen, diesen während der Pandemie verstärkten (Georgiadu et al., 2020; Koopmann et al., 2020). Weiterhin identifiziert diese Untersuchung Menschen mit einer Schulbildung, die weniger als 11 Jahre währte, und Personen mit einem subjektiv erhöhten Stresserleben als Risikogruppen eines erhöhten Alkoholkonsums (ebd.). Auch Frauen und Personen, die negative Auswirkungen in Beruf und Finanzen erlebt haben, konsumierten nach einer groß angelegten Studie mehr als vor der Pandemie (Manthey et al., 2020). Ein in dieser Studie festgestellter

allgemeiner Rückgang des Alkoholkonsums wird maßgeblich auf den Wegfall von Trinkanlässen zurückgeführt (ebd.).

Ein erhöhter Alkoholkonsum während der Krise ist als problematisch zu bewerten, da sich dieser auch in Zeiten nach der Pandemie zur neuen Normalität entwickeln kann. Diese Eigenschaft von Alkohol wird auch als Toleranzentwicklung bezeichnet und führt dazu, dass immer mehr Alkohol konsumiert werden muss, um denselben Effekt zu erzielen.

## **Tabak<sup>2</sup>**

Raucherinnen und Raucher werden als Risikogruppe für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung bewertet (RKI, 2021). Daher sind die Entwicklungen während der Pandemie bedenklich: Entgegen dem langjährigen Trend des Rückgangs von Tabakkonsum, stieg dieser mit Beginn der Pandemie wieder an. So gaben 42,7% der befragten Raucherinnen und Raucher in einer Untersuchung an, während der Pandemie mehr Tabak konsumiert zu haben (Georgiadu et al., 2020; Koopmann et al., 2020). Auch hier ist die Wahrscheinlichkeit, mehr zu rauchen, mit dem subjektiven Stresserleben verknüpft (ebd.). Immerhin 11 % der Befragten gaben an, während der Pandemie mit dem Rauchen aufgehört zu haben (ebd.). Gleichzeitig belegen die Daten der DEBRA-Studie (Kastaun, 2021) und der GEDA-Studie (Starker, 2021) aktuell einen gestiegenen Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung. Der Verkauf von Zigaretten ging zwar erneut zurück, allerdings nahm der Absatz anderer Tabakprodukte (z. B. E-Zigaretten und Pfeifentabak) von 2020 auf 2021 erneut deutlich (+40 %) zu (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022).

## **Cannabis und andere illegale Drogen**

Die Ergebnisse beim Cannabiskonsum sind ambivalent: Während jugendlicher Gelegenheitskonsum während der COVID-19-Pandemie rückläufig war (Werse et al., 2021), nahm der Konsum bei ohnehin regelmäßig Konsumierenden zu (Werse, Kamphausen, 2021). Bei dieser Gruppe wurden ähnliche Konsummotive wie beim Alkohol identifiziert, so wurde Cannabis zur Kompensation des subjektiv erhöhten Stresserlebens genutzt. Außerdem schilderten immerhin rund 40 % der Befragten, dass sich die Verfügbarkeit verschlechtert habe (ebd.). Internationale Studien bestätigen diese Befunde (Cousijn, 2021; Bartel, 2020).

Zum Konsum weiterer illegaler Drogen in Deutschland während der COVID-19-Pandemie liegen nur sehr vereinzelt Untersuchungen vor.

---

<sup>2</sup> Einen ausführlichen Artikel zum Thema Tabak finden Sie von Anne Starker und Benjamin Kuntz in diesem DHS Jahrbuch Sucht.

Dennoch berichten Konsumierende in einer Erhebung, dass es gerade zu Beginn des ersten Lockdowns mit Ausgangsbeschränkungen und Grenzschließungen teil- und zeitweise zu einer geringeren Verfügbarkeit diverser illegaler Substanzen kam (Lochbühler et al., 2021). In derselben Studie gab dennoch die Mehrheit der Befragten keine Veränderung im Konsumverhalten an (ebd.).

Daten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) bestätigen dies und zeigen auf, dass es auf europäischer Ebene durch die Ausgangsbeschränkungen zu einem temporären Rückgang von Straßenverkäufen kam. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass Drogenhersteller ein hohes Maß an Flexibilität aufweisen und ihre Absatzmärkte zunehmend auf digitale Strukturen umstellen. Dies ist allerdings ein Trend, der sich schon vor der COVID-19-Pandemie abzeichnete. Zeitgleich konnte anhand von Abwasseranalysen in den Niederlanden und Spanien festgestellt werden, dass der Gebrauch synthetischer Drogen wie Kokain und MDMA während der Pandemie stark zurückgegangen ist. Die Fachstelle führt dies auf den Wegfall von Konsumgelegenheiten zurück (EMCDDA, 2020). Derzeit liegen noch keine Erkenntnisse zur Übertragbarkeit dieser Daten auf Deutschland vor.

### Glücksspiel<sup>3</sup>

Bei der Betrachtung der Prävalenz des pathologischen Glücksspiels in Zeiten von Corona ergibt sich eine besondere Herausforderung, denn neben dem Pandemiegeschehen trat im Juli 2021 der neue Glücksspielstaatsvertrag in Kraft, der deutliche Veränderungen in der Regulierung des Glücksspielmarktes mit sich brachte. Bei einer Bewertung der Prävalenzen sind insofern die Pandemie als Effekt zu berücksichtigen als auch die neuen gesetzlichen Regelungen, die vor allem eine Öffnung des Online-Glücksspielmarktes ermöglichen.

Der Glücksspielmarkt war durch die Maßnahmen zum Infektionsschutz maßgeblich betroffen. Vor allem terrestrische Angebote, also z. B. Spielhallen und Wettbüros, verzeichneten aufgrund der Schließungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Pandemie deutliche Verluste (vgl. Meyer in diesem DHS Jahrbuch Sucht).

Glücksspiel findet jedoch nicht ausschließlich als terrestrisches Angebot statt. So nutzen Spielerinnen und Spieler mittlerweile eine Vielzahl an Onlineangeboten – die durch den neuen Glücksspielstaatsvertrag einen neuen Legalitätsstatus (auch über die Landesgrenzen von Schleswig-Holstein hinaus) erhalten haben. Fachleute (Rumpf et al., 2020) warnten mit Beginn der Pandemie daher vor einer Zunahme verhaltensbezogener Störungen, u. a. im Zusam-

---

<sup>3</sup> Einen ausführlichen Artikel zum Thema Glücksspiel finden Sie von Gerhard Meyer in diesem DHS Jahrbuch Sucht.

menhang mit Glücksspielen, die aufgrund von Ausweichbewegungen weg von terrestrischen Angeboten hin zu Online-Glücksspielen befürchtet wurden. Eine systematische Literaturrecherche kommt in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass mit Online-Glücksspielen ein besonderes Risiko für pathologische Nutzungsmuster einhergeht (Hayer et al., 2019).

Georgiadou et al. (2021) kamen in einer im ersten Lockdown 2020 durchgeführten Untersuchung zu dem Ergebnis, dass 2,4 % derjenigen, die bereits vor der Krise Glücksspiele nutzten, ihre Nutzung während des Lockdowns erhöht haben. 1,4 % der Befragten gaben an, Glücksspiele währenddessen erstmalig genutzt zu haben. Auch hier konnte beobachtet werden, dass das subjektive Stresserleben sowohl mit einem Ein- als auch Anstieg korrelierte. Eine Studie, die den Zusammenhang zwischen der Schließung terrestrischer Angebote auf das Glücksspielverhalten untersuchte, fand heraus, dass ein Teil der Spielerinnen und Spieler die Beschränkungen zum Anlass nahmen, mit dem Spielen aufzuhören (Buth et al., 2021). Auch die Untersuchung von Georgiadou et al. (2021) bestätigt, dass knapp 13 % der befragten Spielerinnen und Spieler während des Lockdowns nicht mehr spielten. Weiterhin konnten keine Ausweichbewegungen auf Onlineangebote festgestellt werden (Buth et al., 2021). Die Autorinnen und Autoren leiten hiervon die Frage ab, ob die (zeitlich begrenzte) Schließung terrestrischer Glücksspielangebote als verhältnispräventive Interventionsmaßnahme bei problematisch Spielenden in Betracht gezogen werden könnte.

### **Computerspielstörung**

Bedingt durch die Maßnahmen zum Infektionsschutz spielte der digitale Raum eine große Rolle in unserem beruflichen und privaten Alltag. Selten war die Notwendigkeit entsprechender Anwendungen so groß wie während der COVID-19-Pandemie und zeitgleich wurde ausgiebig über die möglichen Risiken diskutiert. So fanden Leménager et al. (2020) heraus, dass 71,4 % der befragten erwachsenen Bevölkerung angaben, das Internet aufgrund der Pandemie häufiger zu nutzen. Auch die JIM-Studie, welche die Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren untersucht, kommt zum Ergebnis, dass die tägliche Onlinenutzung im ersten Corona-Jahr 2020 deutlich gestiegen ist (Feierabend et al., 2020). Zwar ging diese Prävalenz im Erhebungsjahr 2021 zurück, ist aber noch nicht auf Vorkrisenniveau angekommen (Feierabend et al., 2021). Auch eine 2020 unter Schülerinnen und Schülern (10- bis 18-Jährige) durchgeführte Studie stellt fest, dass die coronabedingten Schulschließungen mit einer Zunahme der Mediennutzung bei den Befragten einhergingen (Lampert et al., 2021).

Paschke et al. (2021) führten auf Basis des ICD-11 die erste deutsche Studie durch, die die Bildschirmzeit von Kindern und Jugendlichen evaluiert und in diesem Zusammenhang die Prävalenz einer Computerspielstörung (Gaming Disorder) untersucht. Sie kommen zum Ergebnis, dass es zwar einen Zusammenhang zwischen der Frequenz und Dauer der Computerspielnutzung und der Entwicklung einer riskanten oder pathologischen Nutzung gibt, nehmen allerdings an, dass dieser nicht linear ist. Insofern sind die oben genannten Studienergebnisse zunächst mit Vorsicht zu bewerten, denn die prädiktive Aussagekraft der Bildschirmzeit kann derzeit nicht abschließend bestimmt werden. Oder anders ausgedrückt: Jugendliche, deren Bildschirmzeit während der Pandemie doppelt so hoch ist als noch vor der Krise, haben laut dieser Untersuchung nicht automatisch ein doppelt so hohes Risiko, eine Computerspielstörung zu entwickeln. In der Studie werden derzeit weitere Messzeitpunkte ausgewertet, was künftig ein genaueres Bild hinsichtlich des Zusammenhangs zeichnen wird.

## **Die Pandemie geht – was bleibt?**

Nach diesem Rückblick auf das Pandemiegeschehen darf Anfang 2022 insgesamt vorsichtig optimistisch in die Zukunft geschaut werden. Die Entwicklungen zeigen, dass voraussichtlich viele der Maßnahmen zur Eindämmung des Virus im Laufe des Jahres zurückgenommen werden können – möglicherweise sogar langfristig. Der Begriff „Freedom Day“ hält Einzug in die Berichterstattung. Und dennoch werden die Folgen der Pandemie noch lange bestehen und erst die Forschung wird mit der Zeit ein besseres Bild über das gesamte Ausmaß der Auswirkungen zeichnen können. Weiterhin wurde und wird laufend deutlich, dass Krisen dieser Art in den nächsten Jahrzehnten häufiger auftreten können. Diese Erkenntnis macht die Notwendigkeit, aus der Krise zu lernen, umso dringlicher. Gerade die Suchthilfe, die sich auch in Zeiten ohne Pandemie durch eine besondere Systemrelevanz auszeichnet, sollte die vergangenen zwei Jahre auch als Chance bewerten.

Die Daten über die Entwicklung von Konsum und Verhalten müssen zum jetzigen Zeitpunkt noch immer unter Vorbehalt interpretiert werden. Dies trifft noch mehr auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen zu, da sich diese erst mit Verzögerung in den Statistiken abzeichnen werden. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass die Pandemie mit hoher Wahrscheinlichkeit mittel- bis langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der deutschen Bevölkerung haben wird und damit auch die Entwicklung von Konsum- und Verhaltensstörungen beein-

flusst. Die bislang vorliegenden Erkenntnisse weisen bereits darauf hin, dass vulnerable Gruppen besondere Aufmerksamkeit benötigen. Daher ist es umso wichtiger, sich diesen Gruppen – die durch Sucht bereits Betroffenen und auch Gefährdeten – mit Präventions- und Interventionsbemühungen besonders zu widmen (DHS, 2020a). Zeitgleich bleibt abzuwarten, wie die Bevölkerung auf den Wegfall der diversen Maßnahmen zum Infektionsschutz reagieren wird.

Zuletzt sei ein Ausblick auf die möglichen Lerneffekte hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Verhältnisse gegeben:

Buth et al. (2021) beschreiben die COVID-19-Pandemie in ihrer Veröffentlichung als quasi-experimentelles Forschungsdesign und bauen ihre Arbeit auf der erstmaligen Situation landesweiter und zeitlich begrenzter Schließungen terrestrischer Glücksspielangebote auf. Dieser Gedanke lässt sich jedoch beispielsweise auch auf die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke anwenden. So sorgten die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie u. a. dafür, dass regional zeitlich beschränkte Ausgangs- und Alkoholverbote verhängt wurden. Vergleichbare Maßnahmen wurden zuletzt in einem Modellversuch in Baden-Württemberg zwischen 2010 und 2017 ergriffen. Sie verfolgten seinerzeit das Ziel, alkoholbeeinflussten Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung während der Nachtzeit und alkoholbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen. 2017 wurde dieses Gesetz („Alkoholverkaufsverbotsgesetz“) abgeschafft, wengleich wissenschaftliche Untersuchungen das Vorhaben nach drei Jahren evaluierten und dabei belegten, dass es seine Ziele erreicht hat:

- Rückgang der Kriminalität (leichte und schwere Körperverletzung) (Baumann et al., 2020),
- Rückgang von Krankenhausaufenthalten, die im Zusammenhang mit gewalttätigen Übergriffen stehen (Marcus, Siedler, 2015),
- Rückgang alkoholbezogener Krankenhausaufenthalte (ebd.).

Die während der Corona-Krise verhängten Ausgangsbeschränkungen und nächtlichen Alkoholverbote verfolgten das Ziel, das Infektionsgeschehen einzudämmen. Es bleibt abzuwarten, ob wissenschaftliche Untersuchungen auch hierbei einen Effekt auf alkoholbezogene Störungen sowie öffentliche Gesundheit und Sicherheit messbar machen. Sicherlich kann man davon nicht die Forderung ableiten, Ausgangsverbote zum Zweck der Suchtprävention zu verhängen. Vielmehr können solche Maßnahmen und deren Evaluation abermals die hohe Wirksamkeit der Verhältnisprävention aufzeigen und dazu beitragen, dass sie umgesetzt wird (DHS, 2020b). Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung setzt sich hierbei begrüßenswerte, aber auch ambitionierte Ziele. Hierbei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass Suchtprävention

vor allem als Policy-Mix – also dem Zusammenspiel verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen – wirksame und nachhaltige Effekte hat.

Weiterhin zeigte sich in der Krise die Qualität des Versorgungssystems in der Suchtkrankenhilfe und dessen Fähigkeit, auch kurzfristig auf Veränderungen zu reagieren. Dieses hohe Maß an Flexibilität und auch Kreativität wurde vielfach positiv hervorgehoben. Um die Nachhaltigkeit dieser Entwicklungen zu gewährleisten, ist es nicht nur am System der Suchthilfe, sondern auch an den Versorgungsträgern, über notwendige Veränderungen ins Gespräch zu kommen.

## Literatur

- Bartel, S.J.; Sherry, S.B.; Steward, S.H. (2020): Self-isolation: A significant contributor to cannabis use during the COVID-19 pandemic. *Substance Abuse*, 41(4), 409–412.
- Baumann, F. et al. (2020): Beschränktes Alkoholverkaufsverbot in Baden-Württemberg: wirksames Gesetz abgeschafft. *Wirtschaftsdienst*, 100(1), 60–63.
- Berger, K. et al. (2020): Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsblatt*, 64(9), 1157–1164.
- Betsch, C. et al. (2020): COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) – Welle 15. Ergebnisse aus dem wiederholten querschnittlichen Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19-Ausbruchsgeschehens. Stand: 26.06.2020. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.3142>, Zugriff: 17.02.2022.
- Bundesministerium der Finanzen (2022): Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Steuerarten. Berlin. <https://www.bundesfinanzministerium.de>, Zugriff: 31.01.2022.
- Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2021): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2021. Mit Sonderteil Europa. Bonn.
- Buth, S.; Schütze, C.; Kalke, J. (2021): Auswirkungen der Schließung von terrestrischen Glücksspielangeboten aufgrund eines pandemiebedingten Lockdowns auf das Glücksspielverhalten. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). [https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/01/BZgA\\_Bericht\\_final.pdf](https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/01/BZgA_Bericht_final.pdf), Zugriff: 17.02.2022.
- Cousijn, J. et al. (2021): For better or for worse? A pre-post exploration of the impact of the COVID-19 lockdown on cannabis users. *Addiction*, 116(8), 2104–2115.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020a): Suchthilfe rettet Leben – in Krisenzeiten wichtiger denn je! Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/)

- pdf/dhs-stellungnahmen/Stellungnahme\_DHS\_Suchthilfe\_rettet\_Leben.pdf, Zugriff: 17.02.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020b): Sucht wirksam vorbeugen: Gesundheitsfördernde und präventive Verhältnisse gestalten. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Gesundheitsfoerdernde\\_und\\_praeventive\\_Verhaeltnisse\\_gestalten.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Gesundheitsfoerdernde_und_praeventive_Verhaeltnisse_gestalten.pdf), Zugriff: 17.02.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Hamm. [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die\\_Versorgung\\_Suchtkranker\\_in\\_Deutschland\\_Update\\_2019.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf), Zugriff: 17.02.2022.
- EMCDDA (2020): Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug related harms in Europe. EMCDDA Trendspotting briefing. Lisbon: EMCDDA.
- Feierabend, S. et al. (2021): JIM 2021. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- Feierabend, S. et al. (2020): JIM 2020. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- Georgiadou, E. et al. (2021): Changes in gambling behavior during the COVID-19 lockdown in Germany. *International Gambling Studies*, 1–18.
- Georgiadou, E. et al. (2020): Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(25), A-1251–B-1060.
- Hayer, T.; Girndt, L.; Kalke, J. (2019): Das Gefährdungspotenzial von Online-Glücksspielen: Eine systematische Literaturanalyse. Bremen: Universität Bremen.
- Kastaun, S.; Kotz, D. (2019): Aktueller E-Zigarettenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis September 2019. DEBRA (Factsheet 01/2020). Düsseldorf: Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2021/06/Factsheet-01-v3-3.pdf>, Zugriff: 14.10.2021.
- Khantzian, E.J. (2013): Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, 108(4), 668–669.
- Koopmann, A. et al. (2020): Did the general population in Germany drink more alcohol during the COVID-19 pandemic lockdown? *Alcohol and alcoholism*, 55(6), 698–699.
- Krings, A. et al. (2020): Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Präventionsangebote zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. *Epidemiologisches Bulletin*, 42, 3–9.
- Lampert, C. et al. (2021): Mediennutzung und Schule zur Zeit des ersten Lockdowns während der Covid-19-Pandemie 2020: Ergebnisse einer Online-Befragung von



- 10- bis 18-Jährigen in Deutschland. (Arbeitspapiere des Hans-Bredow-Instituts, 53). Hamburg: Leibniz-Institut für Medienforschung, Hans-Bredow-Institut (HBI).
- Leménager, T. et al. (2020): COVID-19 Lockdown restrictions and online media consumption in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 14.
- Lochbühler, K. et al. (2021): Der Konsum etablierter sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen. Ergebnisse des Projekts Phar-Mon plus aus dem Jahr 2020. München: IFT – Institut für Therapiefor- schung.
- Manthey, J. et al. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66(5), 247–258.
- Marcus, J.; Siedler, T. (2015): Reducing binge drinking? The effect of a ban on late- night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55–77.
- Müller, A.; Rumpf, H.-J. (2021): Covid-19: Ein Nährboden für Internetnutzungsstö- rungen? *Sucht*, 67(5), 231–233.
- Ornell, F. et al. (2020): The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Im- plications for prevention and treatment. *Psychiatry Research*, 289(4), 113096.
- Paschke, K. et al. (2021): Adolescent gaming and social media usage before and during the COVID-19 pandemic. Interim results of a longitudinal study. *Sucht*, 67(1), 13–22.
- pronovaBKK (2021): Die Süchte der Deutschen. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Leverkusen. [https://www.pronovabkk.de/media/ downloads/presse\\_studien/die\\_suechte\\_der\\_deutschen\\_2021/Studie\\_ Sucht2021\\_Ergebnisse.pdf](https://www.pronovabkk.de/media/downloads/presse_studien/die_suechte_der_deutschen_2021/Studie_Sucht2021_Ergebnisse.pdf), Zugriff: 16.02.2022.
- Raiser et al. (2020): Die Corona-Pandemie zeigt die unverzichtbare Vernetzung von Leistungen zur Versorgung Abhängigkeitskranker auf. *Sucht*, 66(4), 195–200.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022a): COVID-19-Dashboard. Stand: 16.02.2022. Ber- lin. <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c4544480e823b17327b2b1d4>, Zugriff: 17.02.2022.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022b): Todesfälle nach Sterbedatum (10.02.2022). Ber- lin. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projek- te\\_RKI/COVID-19\\_Todesfaelle.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projek- te_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html), Zugriff: 17.02.2022.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2021): Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Stand: 26.11.2021. Berlin. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/ Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/ Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html), Zugriff: 16.02.2022.
- Rumpf, H.-J. et al. (2020): Covid-19-Pandemie und Verhaltenssuchte. Neue Heraus- forderungen für Verhaltens- und Verhältnisprävention. *Sucht*, 66(4), 212–216.

- Scherbaum, N. et al. (2021): Availability of illegal drugs during the COVID-19 pandemic in Western Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Starker, A. (2021): Neue Daten zum Rauchverhalten. Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche\\_Konferenzen\\_fuer\\_Tabakkontrolle/Starker\\_RC\\_Tabakkontrollkonferenz\\_16.12.2021.pdf?m=1640251126&](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/Starker_RC_Tabakkontrollkonferenz_16.12.2021.pdf?m=1640251126&), Zugriff: 12.01.2022.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2021. (Fachserie 14 Reihe 9.1.1). Wiesbaden.
- Stöver, H.; Werse, B. (2022): Drogenkonsum während der Pandemie. Aktuelle Daten zur Situation Drogen gebrauchender Menschen. *Dr. med. Mabuse*, 47(255), 86–89.
- Suhren, E. et al. (2021): Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssüchten sowie das Suchthilfesystem. Berlin: Institut für Innovation und Technik (iit).
- Testino, G. (2020): Are patients with alcohol use disorders at increased risk for Covid-19 infection? *Alcohol and alcoholism*, 55(4), 344–346.
- Werse, B.; Kamphausen, G. (2021): Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie – Erste Auswertungen der zweiten Online-Kurzbefragung, Anfang 2021. Frankfurt: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Werse, B. et al. (2021): MoSyD Jahresbericht 2020. Drogentrends in Frankfurt am Main. Frankfurt: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Werse, B.; Klaus, L. (2020): Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. *Sucht*, 66(5), 278–285.



## **5 Autoren- und Autorinnenverzeichnis**

---



**Dr. med. Martina Albrecht**

Bundesanstalt für Straßenwesen  
Postfach 10 01 50  
51401 Bergisch Gladbach  
Tel.: +49 2204 43-3100  
Fax: +49 2204 43-3150  
albrecht@bast.de

**Prof. Dr. Sophie Baumann**

Abteilung für Methoden  
der Community Medicine  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald  
Walther-Rathenau-Straße 48  
17475 Greifswald  
Tel.: +49 3834 867761  
sophie.baumann@  
med.uni-greifswald.de

**Sigrid Borse**

2. Vorsitzende des Bundes-  
fachverbandes Essstörungen  
BFE e.V.  
Frankfurter Zentrum für  
Ess-Störungen gGmbH  
Hansaallee 18  
60322 Frankfurt am Main  
Tel.: +49 69 557362  
Fax: +49 69 5961723  
borse@essstoerungen-frankfurt.de

**Bundeskriminalamt**

SO21-Lage  
65173 Wiesbaden  
Tel.: +49 611 55-1  
SO21@bka.bund.de

**Dr. Johannes Falk**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Leiter des Dezernats „Reha-  
Qualitätssicherung, Epidemiologie  
und Statistik“  
Ruhrstraße 2  
10704 Berlin  
Tel.: +49 30 865-31234  
dr.johannes.falk@drv-bund.de

**Prof. Dr. Jennis Freyer-Adam**

Institut für Medizinische  
Psychologie  
Universitätsmedizin Greifswald  
Deutsches Zentrum für  
Herz-Kreislauf-Forschung  
Standort Greifswald  
Walther-Rathenau-Straße 48  
17475 Greifswald  
Tel.: +49 3834 865606  
jennis.freyer-adam@  
med.uni-greifswald.de

**Stanley F. Friedemann**

Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg  
Institut für Psychologie  
Abteilung Psychologische Diagnostik  
und Differentielle Psychologie  
Emil-Abderhalden-Straße 26-27  
06108 Halle (Saale)

**Monika Hanke**

Abteilung für Präventionsforschung  
und Sozialmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald  
Walther-Rathenau-Straße 48  
17475 Greifswald  
Tel.: +49 3834 867703  
monika.hanke@  
med.uni-greifswald.de

**Anna Hofer**

**Carina Neuner**  
Hochschule Landshut  
Am Lurzenhof 1  
84036 Landshut  
anna.hofer@haw-landshut.de

**Prof. Dr. Ulrich John**

Abteilung für Präventionsforschung  
und Sozialmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald  
Deutsches Zentrum für  
Herz-Kreislauf-Forschung  
Standort Greifswald  
Walther-Rathenau-Straße 48  
17475 Greifswald  
Tel.: +49 3834 867720  
ulrich.john@med.uni-greifswald.de

**Jolanthe Kepp**

Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: +49 2381 9015-19  
Fax: +49 2381 9015-30  
kepp@dhs.de

**Christine Kreider**

Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: +49 2381 9015-17  
Fax: +49 2381 9015-30  
kreider@dhs.de

**Jutta Künzel**

IFT Institut für Therapieforschung  
Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel.: +49 89 360804-15  
Fax: +49 89 360804-19  
kuenzel@ift.de

**Dr. Benjamin Kuntz**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie  
und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Straße 62-66  
12101 Berlin  
Tel.: +49 30 18754-3446  
Fax: +49 30 18754-3513  
b.kuntz@rki.de

**Birgit Lehner**

Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: +49 2381 9015-13  
Fax: +49 2381 9015-30  
lehner@dhs.de

**Prof. Dr. Christian Meyer**

Abteilung für Präventionsforschung  
und Sozialmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald  
Walther-Rathenau-Straße 48  
17475 Greifswald  
christian.meyer@  
med.uni-greifswald.de

**Prof. Dr. rer. nat. Gerhard Meyer**

Universität Bremen  
Institut für Psychologie  
Abt. Glücksspielforschung  
Grazer Straße 2  
28359 Bremen  
Tel.: +49 421 218-68701  
gerhard.meyer@uni-bremen.de

**Monika Murawski**

IFT Institut für Therapieforschung  
Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel.: +49 89 360804-63  
Fax: +49 89 360804-19  
murawski@ift.de

**Dr. Peter Raiser**

Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: +49 2381 9015-21  
Fax: +49 2381 9015-30  
raiser@dhs.de

**Andreas Schnebel**

Vorsitzender des Bundesfach-  
verbandes Essstörungen BFE e.V.  
ANAD e.V. Versorgungszentrum  
Essstörungen  
Poccistraße 5  
80336 München  
Tel.: +49 89 2199730  
Fax: +49 89 21997323  
schnebel@anad.de

**PD Dr. Larissa Schwarzkopf**

IFT Institut für Therapieforschung  
Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel.: +49 89 360804-60  
Fax: +49 89 360804-19  
schwarzkopf@ift.de

**Robert Simon**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Stellvertretender Leiter des Bereichs  
„Ergebnisqualität“ im Dezernat  
„Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik“  
Ruhrstraße 2  
10704 Berlin  
Tel.: +49 30 865-31836  
robert.simon@drv-bund.de

**Sara Specht**

IFT Institut für Therapieforschung  
Leopoldstraße 175  
80804 München  
Tel.: +49 89 360804-47  
Fax: +49 89 360804-19  
specht@ift.de



**Anne Starker**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: +49 30 18754-3464  
Fax: +49 30 18754-3513  
a.starker@rki.de

**Dr. Astrid Steinbrecher**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Dezernentin im Bereich „Struktur-  
qualität“ im Dezernat  
„Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik“  
Ruhrstraße 2  
10704 Berlin  
Tel.: +49 30 865-39326  
dr.astrid.steinbrecher@drv-bund.de

**Leon Straßgüt**

Bundesanstalt für Straßenwesen  
Postfach 10 01 50  
51401 Bergisch Gladbach  
Tel.: +49 2204 43-3213  
Fax: +49 2204 43-3250  
strassguetl@bast.de

**Prof. Dr. Eva Wunderer**

Hochschule Landshut  
Am Lurzenhof 1  
84036 Landshut  
wunderer@haw-landshut.de

# 6 Adressen aus dem Suchtbereich

---

## 6.1 Bundesweit tätige Organisationen

- 6.1.1 Verbände der Suchtkrankenhilfe
- 6.1.2 Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen
- 6.1.3 Behörden und Kammern
- 6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung
- 6.1.5 Sonstige Organisationen

## 6.2 Adressen in den Bundesländern

- 6.2.1 Baden-Württemberg
- 6.2.2 Bayern
- 6.2.3 Berlin
- 6.2.4 Brandenburg
- 6.2.5 Bremen
- 6.2.6 Hamburg
- 6.2.7 Hessen
- 6.2.8 Mecklenburg-Vorpommern
- 6.2.9 Niedersachsen
- 6.2.10 Nordrhein-Westfalen
- 6.2.11 Rheinland-Pfalz
- 6.2.12 Saarland
- 6.2.13 Sachsen
- 6.2.14 Sachsen-Anhalt
- 6.2.15 Schleswig-Holstein
- 6.2.16 Thüringen

## 6.3 Europäisches Ausland

- 6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX
- 6.3.2 Sonstige Organisationen



## 6.1 Bundesweit tätige Organisationen

### 6.1.1 Verbände der Suchtkrankenhilfe

**Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V. (DHS)**  
Westenwall 4, 59065 Hamm  
Postfach 13 69, 59003 Hamm  
Tel.: +49 2381 9015-0  
Fax: +49 2381 9015-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

**akzept e.V.**  
Bundesverband für akzeptierende  
Drogenarbeit und humane  
Drogenpolitik  
Südwestkorso 14, 12161 Berlin  
Tel.: +49 30 82706946  
akzeptbuero@yahoo.de  
www.akzept.eu  
www.alternativer-drogenbericht.de  
www.gesundinhafteu  
www.hepatitis-aktion.de  
www.naloxoninfo.de  
www.patientenrechteakzept.de

**Arbeiterwohlfahrt (AWO)**  
Bundesverband e.V.  
Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin  
Tel.: +49 30 26309-157 und -0  
Fax: +49 30 26309-32157  
info@awo.org  
www.awo.org

**Bundesfachverband  
Essstörungen e.V. (BFE)**  
Pilotystraße 6/Rgb., 80538 München  
Tel.: +49 151 58850764  
Fax: +49 89 21997323  
bfe-essstoerungen@gmx.de  
www.bundesfachverband  
essstoerungen.de

**Bundesverband Suchthilfe e.V.  
bus.**  
Wilhelmshöher Allee 273,  
34131 Kassel  
Tel.: +49 561 779351  
Fax: +49 561 102883  
bundesverband@suchthilfe.de  
www.suchthilfe.de

**Caritas Suchthilfe – CaSu**  
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Suchthilfeeinrichtungen im DCV  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Tel.: +49 761 200-303  
Fax: +49 761 200-11303  
stefan.buerkle@caritas.de  
www.caritas-suchthilfe.de

**Deutsche Gesellschaft für  
Essstörungen e.V. (DGESS)**  
Prof. Dr. med. Martin Teufel  
Direktor der Klinik für Psychosoma-  
tische Medizin  
und Psychotherapie  
LVR-Klinikum Essen  
Universität Duisburg-Essen  
Virchowstraße 174, 45147 Essen  
Tel.: +49 201 7227-501  
Fax: +49 201 7227-504  
martin.teufel@lvr.de  
www.dgess.de

**Deutscher Caritasverband e.V.**  
Referat Teilhabe und Gesundheit  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Postfach 420, 79004 Freiburg  
Tel.: +49 761 200-369  
Fax: +49 761 200-11369  
info@caritas.de  
www.caritas.de

**Deutscher Paritätischer  
Wohlfahrtsverband –  
Gesamtverband e.V.**  
Teilhabe behinderter Kinder  
und Jugendlicher, Suchthilfe  
Oranienburger Straße 13–14,  
10178 Berlin  
Tel.: +49 30 24636-317  
Fax: +49 30 24636-140  
juvo@paritaet.org  
www.paritaet.org

**Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)**  
Generalsekretariat  
Carstennstraße 58, 12205 Berlin  
Tel.: +49 30 85404-0  
Fax: +49 30 85404-450  
drk@drk.de  
www.drk.de

**Diakonie Deutschland**  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e.V.  
Caroline-Michaelis-Straße 1,  
10115 Berlin  
Tel.: +49 30 65211-1659  
Fax: +49 30 65211-3659  
katharina.ratzke@diakonie.de  
diakonie@diakonie.de  
www.diakonie.de

**Fachverband Drogen-  
und Suchthilfe e.V. (fdr<sup>+</sup>)**  
Gierkezeile 39, 10585 Berlin  
Tel.: +49 30 85400490  
Fax: +49 30 85400491  
mail@fdr-online.info  
www.fdr-online.info

**Fachverband Glücksspielsucht  
(FAGS) e.V.**  
Meindersstraße 1a, 33615 Bielefeld  
Tel.: +49 521 557721-24  
Fax: +49 521 557721-34  
verwaltung@gluecksspielsucht.de  
selbsthilfe@gluecksspielsucht.de  
www.gluecksspielsucht.de  
www.forum-gluecksspielsucht.de  
www.gluecksspielsucht-  
selbsthilfe.de

**Fachverband Medienabhängigkeit e.V.**

C/o Caritasberatungsstelle  
„Lost in Space“  
Wartenburgstraße 8, 10963 Berlin  
info@fv-medienabhaengigkeit.de  
www.fv-medienabhaengigkeit.de

**Fachverband Sucht<sup>+</sup> e.V.**

**Fachverband für Sucht plus Psychosomatik**  
Walramstraße 3, 53175 Bonn  
Tel.: +49 228 261555  
Fax: +49 228 215885  
sucht@sucht.de  
www.sucht.de

### 6.1.2 Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen

**Al-Anon Familiengruppen**

Selbsthilfegruppen für Angehörige und Freunde von Alkoholikern  
Hofweg 58, 22085 Hamburg  
Tel.: +49 40 226389700  
Fax: +49 40 226389701  
zdb@al-anon.de  
www.al-anon.de

**Alateen**

Selbsthilfegruppen für jugendliche Angehörige von Alkoholikern  
Hofweg 58, 22085 Hamburg  
Tel.: +49 40 226389700  
Fax: +49 40 226389701  
zdb@al-anon.de  
www.al-anon.de

**Anonyme Alkoholiker (AA)**

Interessengemeinschaft e. V.  
Postfach 11 51, 84122 Dingolfing  
Tel.: +49 8731 32573-0  
sekretariat@anonyme-alkoholiker.de  
www.anonyme-alkoholiker.de  
Regionale Kontaktstellen sind noch unter der bundeseinheitlichen Rufnummer (Vorwahl) + 1 92 95 zu erreichen oder über die Website unter Kontakte, Kontakte Deutschland zu finden.

**BKE – Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche**

Bundesverband e.V.  
Julius-Vogel-Straße 44,  
44149 Dortmund  
Tel.: +49 231 5864132  
Fax: +49 231 5864133  
info@bke-bv.de  
info@bke-suchtselbsthilfe.de  
www.bke-suchtselbsthilfe.de

**Blaues Kreuz in Deutschland e.V.**

Schubertstraße 41, 42289 Wuppertal  
Tel.: +49 202 62003-0  
Fax: +49 202 62003-81  
bkd@blaues-kreuz.de  
www.blaues-kreuz.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht  
Sucht- und Sozialberatung in der  
Polizei**

Thomas Scholz  
– Bundesvorsitzender –  
Landespolizeiinspektion Gotha  
Schubertstraße 6, 99867 Gotha  
Tel.: +49 3621 78-1870  
www.bag-sucht.de

**Bundesverband der Elternkreise  
suchtgefährdeter und suchtkranker  
Söhne und Töchter e.V. – BVEK**

Kelsterbachstraße 17,  
60528 Frankfurt  
Tel.: +49 69 677354-159  
Fax: +49 69 677354-113  
info@bvek.org  
www.bvek.org

**Deutscher Frauenbund  
für alkoholfreie Kultur e.V.**

Bundesverband  
Herderstraße 74, 28203 Bremen  
Tel.: +49 421 8473 4724  
oder +49 421 240 14 24  
info@deutscher-frauenbund.de  
www.frau-sucht-hilfe.info  
www.deutscher-frauenbund.de

**FASD Deutschland e.V.**

Hügelweg 4, 49809 Lingen  
Tel.: +49 591 7106700  
info@fasd-deutschland.de  
www.fasd-deutschland.de

**Freundeskreise für  
Suchtkrankenhilfe**

Bundesverband e.V.  
Untere Königsstraße 86, 34117 Kassel  
Tel.: +49 561 780413  
Fax: +49 561 711282  
mail@freundeskreise-sucht.de  
www.freundeskreise-sucht.de

**Guttempler in Deutschland**

Adenauerallee 45, 20097 Hamburg  
Tel.: +49 40 28407699-0  
Fax: +49 40 28407699-99  
info@guttempler.de  
www.guttempler.de

**Stiftung Hilfe zur Selbsthilfe  
Suchtkranker und Suchtgefährdeter**

Gemeinnützige Stiftung dbR  
Römerstraße 3, 69115 Heidelberg  
Tel.: +49 6221 7255552  
Fax: +49 6221 5999267  
kontakt@die-suchthilfestiftung.de  
www.die-suchthilfestiftung.de

**JES Bundesverband e.V.**

Junkies | Ehemalige | Substituierte  
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
Tel.: +49 30 690087-56  
Fax: +49 30 690087-42  
vorstand@jes-bundesverband.de  
www.jes-bundesverband.de

**JUVENTE**

**Juvente e.V.**

c/o AGfJ

Alfred-Wegener-Weg 3,

20459 Hamburg

Tel.: +49 30 28869953

[vorstand@juvente.de](mailto:vorstand@juvente.de)

[www.juvente.de](http://www.juvente.de)

Koordinierungsstelle

**Selbsthilfe junger Abhängiger  
im Deutschen Caritasverband e.V.**

Karlstraße 40, 79104 Freiburg

Tel.: +49 761 200-221

Fax: +49 761 200-11221

[junge-suchtselbsthilfe@caritas.de](mailto:junge-suchtselbsthilfe@caritas.de)

[www.caritas.de/sucht-selbsthilfe](http://www.caritas.de/sucht-selbsthilfe)

**Kreuzbund e.V.**

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft  
für Suchtkranke und Angehörige

Münsterstraße 25, 59065 Hamm

Postfach 18 67, 59008 Hamm

Tel.: +49 2381 67272-0

Fax: +49 2381 67272-33

[info@kreuzbund.de](mailto:info@kreuzbund.de)

[www.kreuzbund.de](http://www.kreuzbund.de)

**Selbsthilfe Sucht in der AWO**

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband  
e.V.

Blücherstraße 62-63, 10961 Berlin

Tel.: +49 30 26309-157

und -0 (Zentrale)

Fax: +49 30 26309-32157

[suchthilfe@awo.org](mailto:suchthilfe@awo.org)

[www.awo.org](http://www.awo.org)

**Narcotics Anonymous**

NA Service Komitee (NARSK e.V.)

Postfach 11 10 10, 64225 Darmstadt

Tel.: +49 800 4453362

[info@narcotics-anonymous.de](mailto:info@narcotics-anonymous.de)

[www.narcotics-anonymous.de](http://www.narcotics-anonymous.de)

**Suchtselbsthilfe Bundeswehr e.V.**

Driesener Straße 13, 10439 Berlin

Tel.: +49 162 2749685

[kontakt@soldatenselbsthilfe.de](mailto:kontakt@soldatenselbsthilfe.de)

[www.suchtselbsthilfe-bundeswehr.de](http://www.suchtselbsthilfe-bundeswehr.de)

**Overeaters Anonymous**

**Interessengemeinschaft e.V.**

Heckenrosenweg 33, 47804 Krefeld

Tel.: +49 2151 771909

Mobil: +49 176 34405555

[kontakt@overeatersanonymous.de](mailto:kontakt@overeatersanonymous.de)

[www.overeatersanonymous.de](http://www.overeatersanonymous.de)



### 6.1.3 Behörden und Kammern

**ABDA – Bundesvereinigung  
Deutscher Apothekerverbände e.V.**  
Heidestraße 7, 10557 Berlin  
Postfach 4 03 64, 10062 Berlin  
Tel.: +49 30 40004-0  
Fax: +49 30 40004-598  
abda@abda.de  
www.abda.de

**Bundesinstitut für Arzneimittel und  
Medizinprodukte (BfArM)**  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3,  
53175 Bonn  
Tel.: +49 228 99307-0  
Fax: +49 228 99307-5207  
poststelle@bfarm.de  
www.bfarm.de

**Bundeskriminalamt (BKA)**  
Allgemeiner Bürgerkontakt  
Referat IZ 35  
65173 Wiesbaden  
Fax: +49 611 55-45294  
www.bka.de

**Bundesministerium  
für Gesundheit**  
Referat Sucht und Drogen (125)  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
Postanschrift: 11055 Berlin  
Tel.: +49 30 18441-2808  
poststelle@bmg.bund.de  
www.bundesgesundheits-  
ministerium.de

**Beauftragter der Bundesregierung  
für Sucht- und Drogenfragen**  
Burkhard Blienert  
im Bundesministerium  
für Gesundheit  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
Postanschrift: 11055 Berlin  
Tel.: +49 030 18441-1452  
Fax: +49 030 18441-4960  
drogenbeauftragter@bmg.bund.de  
www.bundesdrogenbeauftragter.de  
Bundesweite Sucht- und Drogen-  
Hotline: +49 1806 313031

**Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend**  
Glinkastraße 24, 10117 Berlin  
Tel.: +49 30 18555-0  
Fax: +49 30 18555-1145  
poststelle@bmfsfj.bund.de  
www.bmfsfj.de

**Bundesministerium der Justiz (BMJ)**  
Mohrenstraße 37, 10117 Berlin  
Tel.: +49 30 18580-0  
Fax: +49 30 18580-9525  
poststelle@bmj.bund.de  
www.bmj.de

**Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)**  
Maarweg 149-161, 50825 Köln  
Tel.: +49 221 8992-0  
Fax: +49 221 8992-300  
poststelle@bzga.de  
www.bzga.de  
Informationstelefon der BZgA zur  
Suchtprävention: +49 221 892031

**Fachbeirat Glücksspielsucht**  
nach § 10 Abs. 1 Satz 2 GlüStV  
Hessisches Ministerium des Innern  
und für Sport  
Referat II 5 – Gemeinsame  
Geschäftsstelle Glücksspiel  
Friedrich-Ebert-Allee 12,  
65185 Wiesbaden  
Tel.: +49 611 353-1968  
Fax: +49 611 353-1090  
ggs@hmdis.hessen.de  
www.fachbeirat-  
gluecksspielsucht.de

**Robert Koch-Institut**  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Tel.: +49 30 18754-0  
Fax: +49 30 18754-2328  
zentrale@rki.de  
www.rki.de  
Twitter: @rki\_de

#### 6.1.4 Einrichtungen der Suchtforschung

**Deutsche Gesellschaft  
für Suchtforschung und  
Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)**  
Postfach 14 53, 59004 Hamm  
Tel.: +49 2381 417998  
dg-sucht@t-online.de  
www.dg-sucht.de

**Bayerische Akademie für  
Sucht- und Gesundheitsfragen  
BAS Unternehmergesellschaft  
(haftungsbeschränkt)**  
Landwehrstraße 60-62,  
80336 München  
Tel.: +49 89 530730-0  
Fax: +49 89 530730-19  
bas@bas-muenchen.de  
www.bas-muenchen.de

**Deutsches Institut für Sucht- und  
Präventionsforschung (DISuP)**  
Katholische Hochschule NRW,  
Abt. Paderborn  
Prof. Dr. Diana Moesgen  
Leostraße 19, 33098 Paderborn  
Tel.: +49 5251 1225-152  
Fax: +49 5251 1225-52  
d.moesgen@katho-nrw.de  
www.disup.de

**Dt. Zentrum für Suchtfragen des  
Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)**  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, Gebäude W29  
(Erikahaus)  
20246 Hamburg  
Tel.: +49 40 7410-59307  
Fax: +49 40 7410-56571  
sekretariat.dzskj@uke.de  
www.dzskj.de

**Glücksspielforschung an der  
Universität Bremen**

Dr. Tobias Hayer  
Grazer Str. 2, 28359 Bremen  
Tel.: +49 421 218-68708  
tobha@uni-bremen.de

Bibliothek des International Council  
on Alcohol and Addictions  
und dem Deutschen Archiv für Tem-  
perenz- und Abstinenzliteratur:  
**ICAA Library – DATA Archer Tongue  
Collection**

Hochschule Magdeburg-Stendal  
Breitscheidstraße 2,  
39114 Magdeburg  
www.hs-magdeburg.de/ICAA

**IFT Institut für Therapieforschung  
gemeinnützige GmbH**

Leopoldstraße 175, 80804 München  
Tel.: +49 89 360804-0  
Fax: +49 89 360804-19  
ift@ift.de  
www.ift.de

**IFT-NORD**

Institut für Therapie- und  
Gesundheitsforschung gGmbH  
Harmsstraße 2, 24114 Kiel  
Tel.: +49 431 570290  
Fax: +49 431 5702929  
info@ift-nord.de  
www.ift-nord.de

**INDRO e.V.**

Bremer Platz 18-20, 48155 Münster  
Tel.: +49 251 60123  
Fax: +49 251 666580  
indroev@t-online.de  
https://indro-online.de  
Ansprechpartner: Ralf Gerlach

**Institut für interdisziplinäre  
Sucht- und Drogenforschung (ISD)**

Lokstedter Weg 24, 20251 Hamburg  
Tel.: +49 40 87606668  
Fax: +49 40 87606669  
info@isd-hamburg.de  
www.isd-hamburg.de

**Institut für Suchtforschung (ISFF)  
der Frankfurt University of Applied  
Sciences**

Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt  
Tel.: +49 69 1533-2823  
Fax: +49 69 1533-2809  
hstoever@fb4.fra-uas.de  
www.frankfurt-university.de/isff

**Norddeutscher  
Suchtforschungsverbund e.V.**

Zentrum für Interdisziplinäre  
Suchtforschung (ZIS)  
der Universität Hamburg  
Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: +49 40 7410-57902  
Fax: +49 40 7410-58351  
www.nsfev.de

**Stiftung Biomedizinische  
Alkoholforschung**  
Blütenweg 90, 69198 Schriesheim  
info@stiftung-alkoholforschung.de  
www.stiftung-alkoholforschung.de

**Zentralinstitut für Seelische  
Gesundheit (ZI)**  
Klinik für Abhängiges Verhalten  
und Suchtmedizin  
J 5, 68159 Mannheim  
Tel.: +49 621 1703-0  
Fax: +49 621 1703-3505  
sucht@zi-mannheim.de  
www.zi-mannheim.de

**Zentrum für Interdisziplinäre  
Suchtforschung (ZIS)**  
der Universität Hamburg  
UKE – Klinik und Poliklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
Haus W37  
Tel.: +49 40 7410-57902  
Fax: +49 40 7410-58351  
www.zis-hamburg.de

### 6.1.5 Sonstige Organisationen

**Aktionsbündnis Nichtraucher e.V.  
(ABNR)**  
Büro Berlin  
Schumannstraße 3, 10117 Berlin  
Tel.: +49 30 23457015  
Fax: +49 30 25762091  
www.abnr.de

**Aktionsbündnis Nichtraucher e.V.  
(ABNR)**  
Geschäftsstelle Bonn  
C/o Stiftung Deutsche Krebshilfe  
Buschstraße 32, 53113 Bonn  
Tel.: +49 228 72990-610  
www.abnr.de

**Arbeitsgem. Christl. Lebenshilfen**  
Lange Straße 29,  
37194 Bodenfelde/Amelith  
Tel.: +49 5572 9482510  
info@acl-deutschland.de  
www.acl-deutschland.de

**ARCHIDO**  
Informations- u. Forschungs-  
zentrum f. Alkohol,  
Tabak, Medikamente, Drogen  
und Sucht  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt  
Tel.: +49 69 1533-2823/-3155  
Fax: +49 69 1533-2809  
hstoever@fb4.fra-uas.de  
www.frankfurt-university.de/isff  
www.archido.info  
<https://twitter.com/HeinoStoever>

**Bund für drogenfreie Erziehung e.V.  
(BdE)**

Landweg 16, 25712 Hochdonn  
post@drogenfreie-erziehung.de  
www.drogenfreie-erziehung.de

**Bund gegen Alkohol und  
Drogen im Straßenverkehr e.V.**

Hansastraße 13, 20149 Hamburg  
Tel.: +49 40 440716  
Fax: +49 40 4107616  
zentrale@bads.de  
www.bads.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)  
e.V.**

Oranienburger Straße 13-14,  
10178 Berlin  
Tel.: +49 30 24089-0  
Fax: +49 30 24089-134  
info@bag-wohlfahrt.de  
www.bagfw.de

**BAG Kinder- und Jugendschutz e.V.**

Mühlendamm 3, 10178 Berlin  
Tel.: +49 30 40040-300  
Fax: +49 30 40040-333  
info@bag-jugendschutz.de  
www.bag-jugendschutz.de

**Bundesfachverband Betriebliche  
Sozialarbeit e.V.**

c/o KatHO NRW  
Piusallee 89, 48147 Münster  
Tel.: +49 251 41767-22  
info@bbs-ev.de  
www.bbs-ev.de

**Bundesvereinigung Prävention  
und Gesundheitsförderung e.V.  
(BVPG)**

Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn  
Tel.: +49 228 98727-0  
Fax: +49 228 6420024  
info@bvpraevention.de  
www.bvpraevention.de

**Deutsche Aidshilfe e.V.**

Fachbereich Drogen/JES  
und Strafvollzug  
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
Tel.: +49 30 690087-0  
Fax: +49 30 690087-42  
dah@aidshilfe.de  
www.aidshilfe.de

**Deutsche Fachgesellschaft  
Psychose und Sucht e.V.**

**DFPS Geschäftsstelle**  
c/o Arbeiter-Samariter-Bund  
Faßbacher Hof gGmbH  
Neuenhausgasse 15,  
51375 Leverkusen  
Tel.: +49 214 53026  
Fax: +49 214 53027  
dfps.verwaltung@gmail.com  
www.dfps.de

**deQus**

**Deutsche Gesellschaft  
für Qualitätsmanagement  
in der Suchttherapie e.V.**

Wilhelmshöher Allee 273,  
34131 Kassel  
Tel.: +49 561 108441  
Fax: +49 561 102883  
info@dequs.de  
www.dequs.de

**Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) e.V.**

Geschäftsstelle DG-SAS e.V.:  
Alexandra Vogelsang  
C/o LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Schwelingstraße 11, 48145 Münster  
Tel.: +49 251 591-3838  
alexandra.vogelsang@lwl.org

**Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.**

C/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ZIS  
Martinstraße 52, 20246 Hamburg  
Tel.: +49 40 7410-54221  
Fax: +49 40 7410-55121  
info@dgsuchtmedizin.de  
www.dgsuchtmedizin.de

**Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DG SPS)**

Dr. Gallus Bischof  
Zentrum für Integrative Psychiatrie  
ZIP gGmbH  
Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck  
Tel.: +49 451 500-98752  
Fax: +49 451 500-98754  
info@dgsps.de  
www.dgsps.de

**Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI)**

Bernadottestraße 94, 14195 Berlin  
Tel.: +49 30 839001-0  
Fax: +49 30 839001-85  
sozialinfo@dzi.de  
www.dzi.de

**Förderverein der Dt. Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)**

C/o Marianne von Weizsäcker  
Stiftung  
Grünstraße 99, 59063 Hamm  
Tel.: +49 2381 21007  
Fax: +49 2381 21008  
www.dhs-foerderverein.de

**Int. Koordinations- u. Informationsst. f. Auslandsreisen v. Substitutionspatienten**

Bremer Platz 18-20, 48155 Münster  
Tel.: +49 251 60123 oder  
+49 2571 582765  
Fax: +49 251 666580  
indroev@t-online.de  
https://indro-online.de  
Ansprechpartner: Ralf Gerlach

**KiM – Kinder im Mittelpunkt**

Kinderabteilung der Guttempler  
in Deutschland  
Adenauerallee 45, 20097 Hamburg  
Tel.: +49 40 28407699-0  
Fax: +49 40 28407699-99  
kim@guttempler.de  
https://kim.guttempler.de/

**KOALA e.V.**

Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen  
Wörthstraße 10, 50668 Köln  
Tel.: +49 221 7757-0  
Mobil: +49 170 2488554  
Fax: +49 221 7757-180  
koala-online@web.de  
www.koala-online.de  
Hilfe für Kinder auf: www.kidkit.de

**Marianne von Weizsäcker Stiftung**

Integrationshilfe f. ehemals  
Suchtkranke e.V.  
Grünstraße 99, 59063 Hamm  
Tel.: +49 2381 21006  
Fax: +49 2381 21008  
info@weizsaecker-stiftung.de  
www.weizsaecker-stiftung.de

**NACOA Deutschland**

Interessenvertretung für Kinder  
aus Suchtfamilien e.V.  
Gierkezeile 39, 10585 Berlin  
Tel.: +49 30 35122430  
Beratungstelefon: +49 30 35122429  
Fax: +49 30 35122431  
info@nacoa.de  
www.nacoa.de  
www.traudich.nacoa.de  
(Jugendseite)  
www.coakom.de  
www.coa-aktionswoche.de

**Nationale Kontakt- und  
Informationsstelle zur Anregung  
und Unterstützung von  
Selbsthilfegruppen (NAKOS)**

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin  
Tel.: +49 30 31018960  
Fax: +49 30 31018970  
selbsthilfe@nakos.de  
www.nakos.de  
www.schon-mal-an-selbsthilfe  
gruppen-gedacht.de  
www.selbsthilfe-bestimmt-selbst.de

**Nichtraucher-Initiative Deutschland  
e.V. (NID)**

Carl-von-Linde-Straße 11  
85716 Unterschleißheim  
Tel.: +49 89 3171212  
nid@nichtraucherschutz.de  
www.nichtraucherschutz.de

## 6.2 Anschriften in den Bundesländern

### 6.2.1 Baden-Württemberg

#### Landesstelle für Suchtfragen

der Liga der freien Wohlfahrtspflege  
in Baden-Württemberg e.V.

Stauffenbergstraße 3

70173 Stuttgart

Tel.: +49 711 61967-31

info@lss-bw.de

<https://lss-bw.de>

#### Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH

Renchtalstraße 14

77871 Renchen

Tel.: +49 7843 949-141

Fax: +49 7843 949-168

info@bw-lv.de

[www.bw-lv.de](http://www.bw-lv.de)

#### Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Abteilung 5, Referat 55

Else-Josenhans-Straße 6

70173 Stuttgart

Postfach 10 34 43, 70029 Stuttgart

Tel.: +49 711 123-0

Fax: +49 711 123-3997

poststelle@sm.bwl.de

[www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de)

#### Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

#### Landesgesundheitsamt

#### Baden-Württemberg

Nordbahnhofstraße 135

70191 Stuttgart

Tel.: +49 711 904-35000

Fax: +49 711 904-35010

poststelle@sm.bwl.de

[www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de)

### 6.2.2 Bayern

#### Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)

Lessingstraße 1

80336 München

info@kbs-bayern.de

[www.kbs-bayern.de](http://www.kbs-bayern.de)

#### Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Edelsbergstraße 10

80686 München

Tel.: +49 89 5527359-0

Fax: +49 89 5527359-22

info@lsgbayern.de

[www.lsgbayern.de](http://www.lsgbayern.de)

#### Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Referat 56 – Sucht, Drogen und AIDS

Haidenauplatz 1

81667 München

Tel.: +49 89 540233-560

Fax: +49 89 540233-209

referat.sucht-aids@stmgp.bayern.de

[www.stmgp.bayern.de](http://www.stmgp.bayern.de)



### 6.2.3 Berlin

#### **Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V.**

Gierkezeile 39  
10585 Berlin  
Tel.: +49 30 34389160  
Fax: +49 30 34389162  
info@landesstelle-berlin.de  
www.landesstelle-berlin.de

#### **Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH**

Chausseestraße 128/129  
10115 Berlin  
Tel.: +49 30 29352615  
Fax: +49 30 29352616  
info@berlin-suchtpraevention.de  
www.berlin-suchtpraevention.de  
info@kompetent-gesund.de  
www.kompetent-gesund.de

#### **Präventionsprojekt Glücksspiel – pad gGmbH**

Charlottenburger Straße 2  
13086 Berlin  
Tel.: +49 30 84522-112  
Fax: +49 30 84522-117  
Messenger: +49 152 5618 0285  
praevention.gluecksspiel@  
pad-berlin.de  
www.fauler-spiel.de

#### **Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung**

Landessuchtbeauftragte  
Heide Mutter  
Oranienstraße 106  
10969 Berlin  
Tel.: +49 30 9028-1737  
Fax: +49 30 9028-2089  
suchtbeauftragte@sengpg.berlin.de  
www.berlin.de/lb/drogen-sucht/

### 6.2.4 Brandenburg

#### **Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS) e.V.**

Behlertstraße 3 A, Haus H1  
14467 Potsdam  
Tel.: +49 331 581380-0  
Fax: +49 331 581380-25  
info@blsev.de  
www.blsev.de

#### **Landeskoordinierung Suchtprävention**

Brandenburgische Landesstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Ulli Gröger  
Behlertstraße 3 A, Haus H1  
14467 Potsdam  
Tel.: +49 331 581380-22  
ulli.groeger@blsev.de  
www.blsev.de

### **Landeskoordinierung**

#### **Glücksspielsucht**

Brandenburgische Landesstelle  
für Suchtfragen e.V.

Behlertstraße 3 A, Haus H1

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 581380-23

gluecksspielsucht@blsev.de

www.blsev.de

www.spielsucht-brandenburg.de

### **Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg**

Abteilung 4 – Gesundheit

Ref. 41: Grundsatzfragen der

Gesundheitspolitik, Gesundheits-  
ziele, Gesundheitsberichterstattung,  
Psychiatrie

Henning-von-Tresckow-Straße 2–13,  
Haus S

14467 Potsdam

Tel.: +49 331 866-0

Fax: +49 331 866-5108

poststelle@msgiv.brandenburg.de

msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/

## **6.2.5 Bremen**

### **Bremische Landesstelle für Suchtfragen (BreLS) e.V.**

C/o Ambulante Suchthilfe Bremen

Bürgermeister-Smidt-Straße 35

28195 Bremen

Tel.: +49 421 9897917

Fax: +49 421 9897930

info@brels.de

www.brels.de

### **Fachstellen Glücksspielsucht im Land Bremen:**

www.gluecksspielsucht-bremen.de

#### **für Bremen-Stadt:**

Ambulante Suchthilfe Bremen  
gGmbH

Bürgermeister-Smidt-Straße 35

28195 Bremen

Tel.: +49 421 98979-27

www.ash-bremen.de

#### **für Bremerhaven:**

AWO Suchtberatungszentrum

Wurster Straße 55

27580 Bremerhaven

Tel.: +49 471 34021

www.awo-bremerhaven.de

### **Freie Hansestadt Bremen Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz**

Abteilung Gesundheit

Referat 46 Psychiatrie und Sucht

Contrescarpe 72

28195 Bremen

Tel.: +49 421 361-59595

Fax: +49 421 496-59595

eva.carneiroalves@

gesundheit.bremen.de

www.gesundheit.bremen.de

### **Freie Hansestadt Bremen Landesinstitut für Schule**

Am Weidedamm 20

28215 Bremen

Tel.: +49 421 361-14406

office@lis.bremen.de

www.lis.bremen.de

## 6.2.6 Hamburg

### **Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.**

Burchardstraße 19  
20095 Hamburg  
Tel.: +49 40 30386555  
info@landesstelle-hamburg.de  
www.landesstelle-hamburg.de

### **Sucht.Hamburg gGmbH**

Information.Prävention.Hilfe.  
Netzwerk.  
Repsoldstraße 4  
20097 Hamburg  
Tel.: + 49 40 2849918-0  
service@sucht-hamburg.de  
www.sucht-hamburg.de

### **Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde)**

Amt für Gesundheit  
Fachabteilung Drogen und Sucht  
Besucheradresse:  
Billstraße 84  
20539 Hamburg  
Postadresse:  
Hamburger Straße 47  
22083 Hamburg  
Tel.: +49 40 42837-2060  
E-Fax: +49 40 4279-4799  
drogenundsucht@  
soziales.hamburg.de  
www.hamburg.de/drogen-und-  
sucht/

## 6.2.7 Hessen

### **Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)**

Zimmerweg 10  
60325 Frankfurt  
Tel.: +49 69 713767-77  
Fax: +49 69 713767-78  
hls@hls-online.org  
www.hls-online.org  
Twitter: @HLS\_Frankfurt

### **Koordinationsstelle Suchtprävention**

d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen  
e.V. (HLS)  
Zimmerweg 10  
60325 Frankfurt  
Tel.: +49 69 713767-77  
Fax: +49 69 713767-78  
hls@hls-online.org  
www.hls-online.org  
Twitter: @HLS\_Frankfurt

### **Landeskoordination Glücksspielsucht**

d. Hess. Landesstelle f. Suchtfragen  
e.V. (HLS)  
Zimmerweg 10  
60325 Frankfurt  
Tel.: +49 69 713767-77  
Fax: +49 69 713767-78  
hls@hls-online.org  
www.hls-online.org  
Twitter: @HLS\_Frankfurt

**Hessisches Ministerium  
für Soziales und Integration**  
Abteilung V Gesundheit, Referat V 4  
(Prävention, Suchthilfe)  
Sonnenberger Straße 2/2a  
65193 Wiesbaden  
Postfach 31 40  
65021 Wiesbaden  
Tel.: +49 611 3219-0  
Fax: +49 611 32719-3700  
poststelle@hsm.hessen.de  
www.soziales.hessen.de

### 6.2.8 Mecklenburg- Vorpommern

**Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Sport  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Abteilung 4 Gesundheit  
Referat 420 Psychiatrie, Maßregel-  
vollzug, Sucht und Prävention  
Johannes-Stelling-Straße 14  
19053 Schwerin  
Tel.: +49 385 588-19420  
s.penning-schulz@  
sm.mv-regierung.de  
poststelle@sm.mv-regierung.de  
www.sozial-mv.de

**Landeskoordinierungsstelle  
für Suchtthemen (LAKOST)  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Lübecker Straße 24 a  
19053 Schwerin  
Tel.: +49 385 7851560  
Fax: +49 385 7589490  
info@lakost-mv.de  
www.lakost-mv.de

**Standort Demmin**  
Meisengrund 13  
17109 Demmin  
Tel.: +49 3998 253919  
Fax: +49 3998 258438

**Landesfachstelle Glücksspielsucht  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Lübecker Straße 24a  
19053 Schwerin  
Tel.: +49 385 7851560  
Fax: +49 385 7589490  
info@gluecksspielsucht-mv.de  
www.gluecksspielsucht-mv.de

### 6.2.9 Niedersachsen

**Niedersächsische Landesstelle  
für Suchtfragen**  
Gruppenstraße 4  
30159 Hannover  
Tel.: +49 511 626266-0  
Fax: +49 511 626266-22  
info@nls-online.de  
www.nls-online.de

**Landeskoordination  
Glücksspielsucht  
der Niedersächsischen Landesstelle  
für Suchtfragen**  
Gruppenstraße 4  
30159 Hannover  
Tel.: +49 511 626266-0  
Fax: +49 511 626266-22  
info@nls-online.de  
www.nls-gluecksspielsucht.de

**Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit und  
Gleichstellung**

Hannah-Arendt-Platz 2  
30159 Hannover  
Tel.: +49 511 120-0  
Fax: +49 511 120-4296  
+49 511 120-4297  
poststelle@ms.niedersachsen.de  
www.ms.niedersachsen.de

**6.2.10 Nordrhein-Westfalen**

**Suchtkooperation NRW**

C/o Landschaftsverband Rheinland  
Dezernat 8  
50663 Köln  
Tel.: +49 221 809-7794  
kontakt@suchtkooperation.nrw  
https://suchtkooperation.nrw

**Arbeitsausschuss Drogen und  
Sucht der Arbeitsgemeinschaft  
der Spitzenverbände der Freien  
Wohlfahrtspflege des Landes  
Nordrhein-Westfalen**

C/o Diakonisches Werk  
Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. –  
Diakonie RWL  
Geschäftsfeld Krankenhaus und  
Gesundheit  
Arbeitsfeld Suchthilfe und Aids  
Lenaustraße 41  
40470 Düsseldorf  
Tel.: +49 211 6398-273  
Fax: +49 211 6398-299  
sucht@diakonie-rwl.de  
www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de

**Landesfachstelle Prävention  
der Suchtkooperation NRW**

ginko Stiftung für Prävention  
Kaiserstraße 90  
45468 Mülheim an der Ruhr  
Tel.: +49 208 30069-31  
Fax: +49 208 30069-49  
info@ginko-stiftung.de  
www.ginko-stiftung.de

**Landesfachstelle Glücksspielsucht  
der Suchtkooperation NRW**

Niederwall 51  
33602 Bielefeld  
Tel.: +49 521 3995589-0  
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de  
www.gluecksspielsucht-nrw.de  
www.gluexxit.de

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit  
und Soziales des Landes NRW**

Abteilung V –  
Gesundheitsversorgung, Pflege-  
und Gesundheitsberufe, Kranken-  
versicherung  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf  
Tel.: +49 211 855-5  
Fax: +49 211 855-3513  
praevention@mags.nrw.de  
www.mags.nrw/suchterkrankungen

### 6.2.11 Rheinland-Pfalz

#### **Landesstelle für Suchtfragen**

##### **Rheinland-Pfalz**

Karmeliterstraße 20

67346 Speyer

Tel.: +49 6232 664-254

[www.liga-rlp.de/sucht/](http://www.liga-rlp.de/sucht/)

#### **Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz**

Abteilung 7, Referat 71.1

Suchtprävention

Rheinallee 97-101

55118 Mainz

Tel.: +49 6131 967-0

[poststelle-mz@lsjv.rlp.de](mailto:poststelle-mz@lsjv.rlp.de)

[www.lsjv.rlp.de](http://www.lsjv.rlp.de)

#### **Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz**

Abteilung 64 Referat 642

Frau Sabine May

Drogenbeauftragte, Suchtprävention  
und Suchtkrankenhilfe

Bauhofstraße 9

55116 Mainz

Tel.: +49 6131 16-4655

Fax: +49 6131 1617-4655

[sabine.may@masd.rlp.de](mailto:sabine.may@masd.rlp.de)

<https://masd.rlp.de>

### 6.2.12 Saarland

#### **Saarländische Landesstelle für Suchtfragen**

C/o Caritas-Zentrum Saarpfalz

Schanzstraße 4

66424 Homburg

Tel.: +49 6841 93485-0

Fax: +49 6841 93485-19

[www.liga-saar.de/ausschuesse/  
landesstelle-fuer-suchtfragen/](http://www.liga-saar.de/ausschuesse/landesstelle-fuer-suchtfragen/)

#### **Landesinstitut für Präventives Handeln (LPH)**

Hanspeter-Hellenthal-Straße 68

66386 St. Ingbert

Tel.: +49 681 501-2000

(Servicetelefon)

Fax: +49 681 501-3839

[poststelle@lph.saarland.de](mailto:poststelle@lph.saarland.de)

[www.lph.saarland.de](http://www.lph.saarland.de)

#### **Landesfachstelle Glücksspielsucht Saarland**

C/o Haus der Caritas

Johannisstraße 2

66111 Saarbrücken

Tel.: +49 681 30906-90

Fax: +49 681 30906-18

[info@gluecksspielsucht-saar.de](mailto:info@gluecksspielsucht-saar.de)

[www.gluecksspielsucht-saar.de](http://www.gluecksspielsucht-saar.de)

#### **Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**

Franz-Josef-Röder-Straße 23

66119 Saarbrücken

[www.saarland.de/msgff/DE/home/  
home\\_node.html](http://www.saarland.de/msgff/DE/home/home_node.html)

### 6.2.13 Sachsen

**Sächsische Landesstelle  
gegen die Suchtgefahren e.V.**

Glacisstraße 26  
01099 Dresden  
Tel.: +49 351 8045506  
Fax: +49 351 81055533  
info@slsev.de  
www.slsev.de

**Sächsisches Staatsministerium  
für Soziales und Gesellschaftlichen  
Zusammenhalt**

Abteilung 5, Referat 53  
Psychiatrische Versorgung,  
Suchtfragen  
Albertstraße 10  
01097 Dresden  
Tel.: +49 351 564-55501  
referat53@sms.sachsen.de  
www.sms.sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle  
Suchtprävention Sachsen  
Bereich suchtmittelspezifische  
Suchtprävention**

Glacisstraße 26  
01099 Dresden  
Tel.: +49 351 8032031  
Fax: +49 351 81120498  
info@suchtpraevention-sachsen.de  
www.suchtpraevention-sachsen.de

**Fach- und Koordinierungsstelle  
Suchtprävention Sachsen**

**Bereich Lebenskompetenzförde-  
rung | Universelle Suchtprävention**  
Könneritzstraße 5  
01067 Dresden  
Tel.: +49 351 501-93642  
Fax: +49 351 501-93699  
lebenskompetenz@  
suchtpraevention-sachsen.de  
www.suchtpraevention-sachsen.de

### 6.2.14 Sachsen-Anhalt

**Landesstelle für Suchtfragen  
im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)**

Koordinationsstelle für  
Suchtprävention  
Halberstädter Straße 98  
39112 Magdeburg  
Tel.: +49 391 5433818  
Fax: +49 391 5620256  
info@ls-suchtfragen-lsa.de  
www.ls-suchtfragen-lsa.de

**Ministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

Abteilung 3, Referat 33  
Maßregelvollzug, Psychiatrie  
und Sucht  
Turmschanzenstraße 25  
39114 Magdeburg  
Postfach 39 11 55  
39135 Magdeburg  
Tel.: +49 391 567-01  
Fax: +49 391 567-4521  
poststelle@ms.sachsen-anhalt.de  
www.ms.sachsen-anhalt.de

### 6.2.15 Schleswig-Holstein

#### **Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.**

Schreberweg 10  
24119 Kronshagen  
Tel.: +49 431 657394-40  
Fax: +49 431 657394-55  
sucht@lssh.de  
<https://lssh.de/>

#### **Landeskoordination für Glücksspielsuchthilfe und Medienabhängigkeit in Schleswig-Holstein LSSH e.V.**

Schreberweg 10  
24119 Kronshagen  
Tel.: +49 431 657394-50  
Fax: +49 431 657394-55  
sucht@lssh.de  
<https://lssh.de/gluecksspiel/>

#### **Ministerium für Soziales, Gesund- heit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein**

Adolf-Westphal-Straße 4  
24143 Kiel  
Tel.: +49 431 988-0  
Fax: +49 431 988-5416  
poststelle@sozmi.landsh.de  
[www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/viii\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/viii_node.html)

**Institut für Qualitätsentwicklung  
an Schulen Schleswig-Holstein**  
Zentrum für Prävention, Gesunde  
Schule, Sucht- und Gewaltprävention  
Schreberweg 5  
24119 Kronshagen  
Tel.: +49 431 5403-159  
Fax: +49 431 5403-200  
markus.john@iqsh.landsh.de  
[www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IQSH/iqsh\\_node.html](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IQSH/iqsh_node.html)

### 6.2.16 Thüringen

#### **Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V.**

Steigerstraße 40  
99096 Erfurt  
Tel.: +49 361 7464585  
Fax: +49 361 7464587  
info@tls-suchtfragen.de  
[www.tls-suchtfragen.de](http://www.tls-suchtfragen.de)

#### **Thüringer Fachstelle GlücksSpielSucht für Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.**

Dubliner Straße 12  
99091 Erfurt  
Tel.: +49 361 3461746  
Fax: +49 361 3462023  
gluecksspielsucht@fdr-online.info  
[www.gluecksspielsucht-thueringen.de](http://www.gluecksspielsucht-thueringen.de)  
[www.fairspielt.info](http://www.fairspielt.info)



**Thüringer Fachstelle  
Suchtprävention  
fdr Fachverband Drogen-  
und Suchthilfe e.V.**  
Dubliner Straße 12  
99091 Erfurt  
Tel.: +49 361 3461746  
Fax: +49 361 3462023  
praevention@fdr-online.info  
www.thueringer-suchtpraevention.  
info

**Thüringer Lotsennetzwerk  
fdr Fachverband Drogen- und  
Suchthilfe e.V.**  
Dubliner Straße 12  
99091 Erfurt  
Tel.: +49 361 3461746  
Mobil: +49 176 87415073  
Fax: +49 361 3462023  
info@lotsennetzwerk.de  
www.lotsennetzwerk.de  
www.fdr-online.info  
www.gib-mir-einen-lotsen.de  
App Lotsennetzwerk Thüringen

**Thüringer Ministerium für Arbeit,  
Soziales, Gesundheit, Frauen und  
Familie**  
Referat 46 Gesundheitsförderung,  
Gesundheitsberichterstattung,  
Suchthilfe  
Werner-Seelenbinder-Straße 6  
99096 Erfurt  
Postfach 90 03 54, 99106 Erfurt  
Tel.: +49 361 573811460  
Fax: +49 361 573811840  
poststelle@tmasgff.thueringen.de  
www.tmasgff.de

## 6.3 Europäisches Ausland

### 6.3.1 Mitglieder des Europäischen Informationsnetzes REITOX

**Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht  
European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction  
(EMCDDA)**

Praça Europa 1, Cais do Sodré  
1249-289 Lisbon

Portugal

Tel.: +351 211 210200

Fax: +351 211 210380

info@emcdda.europa.eu

www.emcdda.europa.eu

**National Focal Points (NFP)  
befinden sich in:**

**Deutschland (Germany):**

**DBDD –**

**Deutsche Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht  
(German Monitoring Centre for  
Drugs and Drug Addiction)**

**IFT Institut für Therapieforschung**

Leopoldstraße 175

80804 München

Deutschland/Germany

Tel.: +49 89 360804-0

Fax: +49 89 360804-19

ift@ift.de

www.dbdd.de

Weitere Partner: Deutsche Haupt-  
stelle für Suchtfragen e.V. (DHS),  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BzgA)

**Belgien (Belgium)**

**Bulgarien (Bulgaria)**

**Dänemark (Denmark)**

**Estland (Estonia)**

**Finnland (Finland)**

**Frankreich (France)**

**Griechenland (Greece)**

**Irland (Ireland)**

**Italien (Italy)**

**Kroatien (Croatia)**

**Lettland (Latvia)**

**Litauen (Lithuania)**

**Luxemburg (Luxembourg)**

**Malta (Malta)**

**Niederlande (Netherlands)**

**Norwegen (Norway)**

**Österreich (Austria)**

**Polen (Poland)**

**Portugal (Portugal)**

**Rumänien (Romania)**

**Schweden (Sweden)**

**Slowakei (Slovakia)**

**Slowenien (Slovenia)**

**Spanien (Spain)**

**Tschechien (Czechia)**

**Türkei (Turkey)**

**Ungarn (Hungary)**

**Zypern (Cyprus)**

Die jeweiligen Adressen finden Sie  
unter: [https://www.emcdda.europa.  
eu/about/partners/reitox](https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox)

### 6.3.2 Sonstige Organisationen

**Bundesministerium  
für Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz**  
**Stubenring 1**  
1010 Wien  
Österreich/Austria  
Tel.: +43 1 711 00-0  
Fax: +43 1 7158258  
post@sozialministerium.at  
www.sozialministerium.at

**cnapa – Centre National  
de Prévention des Addictions**  
99, rue Andethana  
6970 Hostert  
Luxemburg/Luxembourg  
Tel.: +352 49 7777-1  
info@cnapa.lu  
www.cnapa.lu

**De Nederlandse ggz**  
Piet Mondriaanplein 25  
3812 GZ Amersfoort  
Niederlande/Netherlands  
Tel.: +31 33 4608900  
info@deNederlandseggz.nl  
www.denederlandseggz.nl

**EuroCare – European  
Alcohol Policy Alliance**  
Rue Archimede 17, 3rd floor  
1000 Brussels  
Belgien/Belgium  
Tel.: +32 2 7360572  
info@eurocare.org  
www.eurocare.org

**euro net – Europäisches Netzwerk  
für praxisorient. Suchtprävention**  
C/o LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Schwelingstraße 11  
48145 Münster  
Deutschland/Germany  
Tel.: +49 251 5915481  
Fax: +49 251 5915484  
www.euronetprev.org  
http://www.euronetprev.org

**EMNA – European Mutual-Help  
Network for Alcohol-Related  
Problems**  
C/o Kreuzbund e.V.  
Münsterstraße 25  
59065 Hamm  
Deutschland/Germany  
Tel.: +49 2381 67272-0  
Fax: +49 2381 67272-33  
info@emna.org  
https://emna.org/

**European Centre for Monitoring  
Alcohol Marketing (EUCAM)**  
Postbus 9769  
3506 GT Utrecht  
Niederlande/Netherlands  
Twitter: @EUCAM1  
eucam@eucam.info  
www.eucam.info

**ENCARE – European Network  
for Children Affected by Risky  
Environments within the Family**  
Deutsches ENCARE-Netzwerk  
Katholische Fachhochschule NRW,  
Abt. Köln  
Wörthstraße 10  
50668 Köln  
Deutschland/Germany  
Tel.: +49 221 7757-0 oder  
+49 170 2488554  
Fax: +49 221 7757-180  
www.encare.de

**EURO-TC European Treatment  
Centres for Drug Addiction e.V.**  
Beatrixgasse 6/20  
1030 Wien  
Österreich/Austria  
Tel.: +43 1 7153515  
info@euro-tc.org  
www.euro-tc.org

**Global Alcohol Policy Alliance  
(GAPA)**  
Secretary's office  
Torggata 1  
0181 Oslo  
Norwegen/Norway  
Tel.: +47 416 22135  
Fax: +47 23 214501  
gapa@globalgapa.org  
www.globalgapa.org

**Kommission für Suchtfragen  
Amt für Soziale Dienste**  
Postplatz 2  
Postfach 63  
9494 Schaan  
Liechtenstein  
Tel.: +423 236 7272  
Fax: +423 236 7274  
info@suchtpraevention.li  
www.suchtpraevention.li

**Institut Suchtprävention  
pro mente Oberösterreich**  
Hirschgasse 44  
4020 Linz  
Österreich/Austria  
Tel.: +43 732 778936  
info@praevention.at  
www.praevention.at

**Institute of Alcohol Studies (IAS)**  
Alliance House, 12 Caxton Street  
London SW1H 0QS  
Vereinigtes Königreich/  
United Kingdom  
Tel.: +44 207 222 4001  
info@ias.org.uk  
www.ias.org.uk

**Mission interministérielle de  
lutte contre les drogues et les  
conduites addictives (MILDECA)**  
69 rue de Varenne  
75007 Paris  
Frankreich/France  
Tel.: +33 1 42758000  
www.drogues.gouv.fr

**Nederlands Instituut voor  
Alcoholbeleid STAP**

Goeman Borgesiuslaan 77  
3515 ET Utrecht  
Postbus 9769  
3506 GT Utrecht  
Niederlande/Netherlands  
Tel.: +31 30 6565041  
Twitter: @WimvanDalen  
info@stap.nl  
www.stap.nl

**Nordic Welfare Centre Finland**

C/o Folkhälsan  
Topeliusgatan 20  
00250 Helsingfors  
Finnland/Finland  
Tel.: +358 20 7410 880  
info@nordicwelfare.org  
<https://nordicwelfare.org>

**Österreichische  
Arbeitsgemeinschaft  
Suchtvorbeugung**

C/o Modecenterstraße 14/  
Block B / 2. OG  
1030 Wien  
Österreich/Austria  
Tel.: +43 1 4000-87334  
office@suchtvorbeugung.net

**Pompidou Group**

Council of Europe/Conseil  
de l'Europe  
Avenue de l'Europe  
67075 Strasbourg Cedex  
Frankreich/France  
Tel.: +33 3 88412000  
pompidou.group@coe.int  
[www.coe.int/en/web/pompidou](http://www.coe.int/en/web/pompidou)

**Sucht- und Drogenkoordination  
Wien gemeinnützige GmbH**

Modecenterstraße 14/A/2  
1030 Wien  
Österreich/Austria  
Tel.: +43 1 4000-87375  
Fax: +43 1 4000-87340  
office@sd-wien.at  
[www.sdw.wien](http://www.sdw.wien)

**Sucht Schweiz**

Avenue Louis-Ruchonnet 14  
1003 Lausanne  
Schweiz/ Switzerland  
Tel.: +41 21 3212911  
Fax: +41 21 3212940  
info@suchtschweiz.ch  
[www.suchtschweiz.ch](http://www.suchtschweiz.ch)

Gundula Barsch & Julia Walta

# Baukasten für eine anonyme Drogensprechstunde

## Das Beispiel CheckPoint-C

**M**ethamphetamin, das sich als Crystal im Freizeitbereich verbreitet, führt vor Augen, dass das professionelle Drogenhilfesystem unter einem enormen Modernisierungsdruck steht. Besonders tragisch: Obwohl mit hohen Risiken für die physische, psychische und soziale Gesundheit konfrontiert, meiden Crystal Meth-Konsumierende den Kontakt zu Hilfesystemen sehr lange und melden sich erst, wenn sich bereits dramatische Bündelungen von Problemen entwickelt haben.

In interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelten Professorin Dr. Gundula Barsch (Hochschule Merseburg), Dipl. med. Peter Jeschke (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V.) und Prof. Dr. Andreas Klement (Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle) ein niederschwelliges Angebot, das neue Ansätze einer Versorgung aktuell drogenkonsumierender Menschen auslotete: In einer anonymen Drogensprechstunde, als Peer-to-Peer-Projekt angelegt, konnten sich KlientInnen medizinisch untersuchen und umfangreich beraten lassen. Als Peers arbeiteten Studierende der Medizin und der Sozialarbeit – supervidiert von erfahrenen ÄrztInnen.

Der vorliegende Band beschreibt das gesamte Pilotprojekt so en detail, dass zur Nachahmung geradezu eingeladen wird. Das Buch



kann als konkrete, aber modifizierbare Anleitung für vergleichbare Angebote, nicht nur für Crystal-KonsumentInnen, dienen. Die beigefügte CD enthält die Arbeitsmaterialien zum Ausdrucken.

Die kritische Evaluation belegt, dass die anonyme Drogensprechstunde eine Lücke füllen kann und auch in der institutionalisierten Drogenhilfe überwiegend aufmerksame Zustimmung findet.

Die Erfahrungen mit der Sprechstunde münden in der Entwicklung einer App, mit der KlientInnen interaktiv und individuell beraten werden: quasi ein Coaching, um Risiken zu erkennen und zu managen – und in Notfällen rechtzeitig professionelle Hilfe zu suchen.

### 112 Seiten, mit CD-ROM

ISBN 978-3-95853-199-4

15,00 €

### ebook

ISBN 978-3-95853-200-7

10,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550  
✉ [pabst@pabst-publishers.com](mailto:pabst@pabst-publishers.com)  
🌐 [www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)

Paul Brieler, Andreas Büttner &  
Klaus Püschel (Hrsg.)

# Alkohol, Drogen, Verkehrseignung – Kreuzschiffahrt

Den Kreuzfahrten hängt gelegentlich das Image einer glamourösen, gesellschaftlich anspruchsvollen Veranstaltung an. Die Realität ist jedoch meilenweit vom Traumschiff entfernt. In der vorliegenden Dokumentation konkretisieren Insider die in der Forensik belegte Erkenntnis, dass auf See eine weitaus größere Regellosigkeit herrscht als an Land:

- Veranstalter füllen ihre Kassen mit Alkohol-Pauschalangeboten – „all you can drink“. Zusätzlich bringen Urlauber einen Proviant an Stimulanzien jeglicher Art mit – Drogen inclusive. So reisen viele Passagiere mit einem hohen Spiegel oder bekifft.
- Alkohol und „Stoff“ enthemmen: Diebstahl, Körperverletzungen, sexueller Missbrauch sind häufig. Polizei ist nicht präsent, Crew-Mitglieder versuchen evtl. zu deeskalieren, doch eine Strafverfolgung findet kaum je statt.
- Alkohol und Drogen erhöhen die Unfallgefahr: Stürze sind nicht selten, und regelmäßig „geht“ ein Passagier über Bord. Die Umstände bleiben fast immer ungeklärt.
- Die Veranstalter achten mit einem Kontroll- und Sanktionskatalog streng darauf, dass die Verantwortlichen in ihrer Crew



nüchtern oder fast nüchtern bleiben und respektabel entlohnt werden. Doch das Unter-Deck-Personal – meist asiatische ungelernete Hilfskräfte – leben wie Sklaven: Entlohnt mit zwei bis drei Euro pro Arbeitsstunde, bei 70 und mehr Arbeitsstunden pro Woche, lassen sie sich gelegentlich volllaufen.

Der Reader klärt nicht nur über ein Geschäftsmodell auf; er macht auch bewusst, wie leicht Menschen zu einem Verhalten verführbar sind, das ihnen in ihrem bürgerlich geregelten Alltag zumindest peinlich wäre.

**140 Seiten**

ISBN 978-3-95853-539-8

**15,00 €**

**ebook**

ISBN 978-3-95853-540-4

**10,00 €**

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550  
✉ [pabst@pabst-publishers.com](mailto:pabst@pabst-publishers.com)  
🌐 [www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)

Enno Freye

# Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen

## Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikationen

**D**er Konsum von Kokain und synthetischen Drogen, ebenso euphorisierend wie leistungssteigernd, nimmt zu. Die Risiken werden häufig unterschätzt, selbst in der medizinischen Fachwelt. Synthetische Drogen werden in immer neuen, unterschiedlichen Variationen und Kombinationen angeboten, teils legal. Das Handbuch bietet einen präzisen Überblick über die aktuellen Herstellungsformen, chemischen Zusammensetzungen, physischen und psychischen Wirkungsmechanismen, Symptome, kurz- und langfristigen Folgen.

Ärzte erhalten detaillierte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie – sowohl im Notfall als auch in der chronischen Behandlung. Anhand langjähriger eigener Erfahrung skizziert der Autor typische Täuschungsversuche von



Patienten und Fehlermöglichkeiten von Ärzten.

Das Handbuch sollte in jeder Notaufnahme, jeder Intensivabteilung, jeder Suchtklinik und jeder Suchtpraxis als griffbereites Nachschlagewerk zur Verfügung stehen. Trotz seiner detailreichen Informationstiefe eignet es sich zur schnellen Orientierung für den Alltag.

**188 Seiten, farbig**

ISBN 978-3-89967-843-7

**25,00 €**

**ebook**

ISBN 978-3-89967-922-9

**15,00 €**

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308 | 📠 +49 (0) 5484-550  
✉ [pabst@pabst-publishers.com](mailto:pabst@pabst-publishers.com)  
🌐 [www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)



Kay Uwe Petersen, Sara Hanke, Linny Bieber, Alex Mühleck,  
& Anil Batra

# Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten (AbiS)

**E**in junger Mann, der Umstehenden erklärt, wie man „... Ulti auf den Leveln 6, 11 und 16 skillen...“ kann; eine große Gruppe von Jugendlichen und Erwachsenen mit Smartphones, die unbeeindruckt vor einem eindrucksvollen historischen Gebäude sitzen, auf einen Blütenregen auf dem kleinen Bildschirm schauen und warten; eine junge Frau, die anscheinend vollkommen selbstverliebt ein Foto von sich nach dem anderen mit dem Smartphone produziert, um es anschließend online zu stellen: Die einen scheinen sich kaum mehr darüber bewusst und/oder daran nicht interessiert zu sein, wie befremdlich sie auf Unbeteiligte wirken mögen, andere sehen Alarmzeichen einer Internetsuchtepidemie. Von außen ist nicht zu entscheiden, ob jemand lediglich eine virtuelle Zusatz-



welt zum Vergnügen nutzt, oder ob jemand permanent in eine Gegenrealität flüchtet, weil das eigene Leben zu anstrengend und deprimierend oder zu langweilig geworden ist. Die vorliegende Studie untersucht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit internetbasiertes Suchtverhalten in Deutschland und die bestehenden Hilfsangebote.

**160 Seiten**

ISBN 978-3-95853-235-9

**15,00 €**

**ebook**

ISBN 978-3-95853-236-6

**10,00 €**

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550  
✉ [pabst@pabst-publishers.com](mailto:pabst@pabst-publishers.com)  
🌐 [www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)

## Das DHS Jahrbuch Sucht 2022

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Alkohol und Tabak sowie zu Glücksspiel, Essstörungen, Delikten unter Alkoholeinfluss, Suchtmitteln im Straßenverkehr und zur Rauschgiftlage zusammen
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder
- informiert über die Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeits-erkrankungen durch die DRV
- präsentiert das aktuelle Thema „Sucht unter Corona-Bedingungen“
- liefert ein umfangreiches Adress-verzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich



ISBN 978-3-95853-765-1

eBook: ISBN 978-3-95853-766-8

[www.pabst-publishers.com](http://www.pabst-publishers.com)

[www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com)