Deutsche Suchthilfestatistik – 2024

JAHRESBERICHT

Larissa Schwarzkopf

Hanna Dauber

Carlotta Riemerschmid

Unter Mitwirkung des Fachbeirates Suchthilfestatistik

(Rudolf Bachmeier, Eva Egartner, Wolfgang Klose, Corinna Mäder-Linke, Anja Mevius, Iris Otto, Dr. Peter Raiser, Gabriele Sauermann, Heike Timmen, Detlef Weiler)

DSHS Deutsche Suchthilfestatistik

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

INHALT

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... **III**
ABBILDUNGSVERZEICHNIS ..... **IV**
TABELLENVERZEICHNIS ..... **VII**
GLOSSAR ..... **VIII**
ZUSAMMENFASSUNG ..... **XII**
ABSTRACT ..... **XIV**
1 EINLEITUNG **1**
2 METHODIK **2**
2.1 Datenerfassung 2
2.2 Datenbasis 2
2.3 Auswertungen 5
3 AMBULANTE BETREUUNG **7**
Wichtigste Ergebnisse im Überblick 7
3.1 Strukturelle Einrichtungsmerkmale 8
3.2 Beschreibung der Klientel 11
3.3 Betreuungsbezogene Merkmale 26
4 STATIONÄRE BEHANDLUNG **39**
Wichtigste Ergebnisse im Überblick 39
4.1 Strukturelle Einrichtungsmerkmale 40
4.2 Beschreibung der Klientel 43
4.3 Behandlungsbezogene Merkmale 58
5 HAUPTMAßNAHMEN IN DER SUCHTHILFE **70**
Wichtigste Ergebnisse im Überblick 70
5.1 Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen 71
5.2 Beschreibung der Klientel 72
5.3 Betreuungs- bzw. behandlungsbezogene Merkmale 85
6 PROFILE **93**
6.1 Querschnittbetrachtung ausgewählter Hauptdiagnosen 93
6.2 Trend-Profile relevanter Parameter 2017-2024 (ambulant) 105
6.3 Trend-Profile relevanter Parameter 2017-2024 (stationär) 115
7 LITERATUR **124**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADA	Adaption
AEF	Ambulante Entlassform
AOB	Arbeitsmarktorientierte Beratung
ARS	Ambulante medizinische Rehabilitation
AWS	Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum
BRH	Berufliche Rehabilitation
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
EUDA	European Union Drugs Agency / Drogenagentur der Europäischen Union
GBL	Gamma-Butyrolacton
GEF	Ganztägige ambulante Entlassform
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
HD	Hauptdiagnose
IFT	Institut für Therapieforschung
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe
KOM	Kombinationsbehandlung
LSD	Lysergsäurediethylamid
MDMA	Methylendioxyamphetamine
NAS	(Reha-)Nachsorge
NIH	Niedrigschwellige Hilfen
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
PF	Prävention und Frühförderung
PSB	Psychosoziale Begleitung Substituierter
SBJ	Suchtberatung im Justizvollzug
SBS	Sucht- und Drogenberatung
SH	Selbsthilfe
STR	Stationäre medizinische Rehabilitation
TAR	Ganztägig ambulante Rehabilitation
TDI	Treatment Demand Indicator
WAB	Wechsel in die ambulante Entlassform

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Art und Häufigkeit der Maßnahmen (ambulante Einrichtungen) 9
Abbildung 2 Kooperationen ambulanter Einrichtungen 10
Abbildung 3 Gesamtzahl der Betreuungen 2024 (ambulante Einrichtungen) 11
Abbildung 4 Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen) 12
Abbildung 5 Verteilung der Hauptsubstanzen (ambulante Einrichtungen) 13
Abbildung 6 Verteilung der Hauptglücksspielformen (ambulante Einrichtungen) 14
Abbildung 7 Problembereiche bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen) 15
Abbildung 8 Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen) 18
Abbildung 9 Altersstruktur nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen) 19
Abbildung 10 Anteil in Partnerschaft nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 20
Abbildung 11 Anteil allein Lebender nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 20
Abbildung 12 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 21
Abbildung 13 Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 22
Abbildung 14 Wohnsituation nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 23
Abbildung 15 Schulischer Bildungsweg nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 24
Abbildung 16 Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 26
Abbildung 17 Vermittlung in Beratung nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 27
Abbildung 18 Anteil Erstbetreuter nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 28
Abbildung 19 Maßnahmen aus der Angebotskategorie “Beratung und Betreuung“ nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 29
Abbildung 20 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 30
Abbildung 21 Relevanz unterschiedlicher Kontaktzahlen nach Hauptdiagnose 31
Abbildung 22 Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 32
Abbildung 23 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 33
Abbildung 24 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 34
Abbildung 25 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen) 35
Abbildung 26 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptdiagnosen bei Betreuungsende (ambulante Einrichtungen) 36
Abbildung 27 Entwicklung der Konsummenge zum Behandlungsende nach Hauptsubstanz/ -spielform/ -tätigkeit (ambulante Einrichtungen) 37

Abbildung 28 Entwicklung der Problembereiche über alle Hauptdiagnosen bei Betreuungsende (ambulante Einrichtungen) 38
Abbildung 29 Art und Häufigkeit der Maßnahmen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 41
Abbildung 30 Kooperationen stationärer Rehabilitationseinrichtungen 42
Abbildung 31 Gesamtzahl der Behandlungen 2024 (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 43
Abbildung 32 Verteilung der Hauptdiagnosen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 44
Abbildung 33 Verteilung der Hauptsubstanzen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 45
Abbildung 34 Verteilung der Hauptglücksspielformen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 46
Abbildung 35 Problembereiche bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 47
Abbildung 36 Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 50
Abbildung 37 Altersstruktur nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 51
Abbildung 38 Anteil in Partnerschaft nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 52
Abbildung 39 Anteil allein Lebender nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 52
Abbildung 40 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 53
Abbildung 41 Anzahl minderjährige Kinder nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 54
Abbildung 42 Wohnsituation nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 55
Abbildung 43 Schulischer Bildungsweg nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 56
Abbildung 44 Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 57
Abbildung 45 Vermittlung in Behandlung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 58
Abbildung 46 Anteil Erstbehandelter nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 60
Abbildung 47 Maßnahmen aus der Angebotskategorie “Suchtbehandlung“ nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 61
Abbildung 48 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 62
Abbildung 49 Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 63

Abbildung 50 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 64
Abbildung 51 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung/Verlegung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 65
Abbildung 52 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 66
Abbildung 53 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptdiagnose bei Behandlungsende (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 67
Abbildung 54 Entwicklung der Konsummenge zum Behandlungsende nach Hauptsubstanz/ -spielform/ -tätigkeit (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 68
Abbildung 55 Entwicklung der Problembereiche über alle Hauptdiagnosen bei Behandlungsende (stationäre Rehabilitationseinrichtungen) 69
Abbildung 56 Verteilung der Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahme 73
Abbildung 57 Verteilung der wichtigsten Hauptsubstanzen nach Hauptmaßnahme 74
Abbildung 58 Problembereiche bei Betreuungs- bzw. Behandlungsbeginn nach Hauptmaßnahm 75
Abbildung 59 Geschlechterverteilung nach Hauptmaßnahme 76
Abbildung 60 Altersstruktur nach Hauptmaßnahme 77
Abbildung 61 Anteil in Partnerschaft nach Hauptmaßnahme 78
Abbildung 62 Anteil allein Lebender nach Hauptmaßnahme 79
Abbildung 63 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptmaßnahme 80
Abbildung 64 Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt nach Hauptmaßnahme 81
Abbildung 65 Wohnsituation nach Hauptmaßnahme 82
Abbildung 66 Schulabschluss nach Hauptmaßnahme 83
Abbildung 67 Erwerbsstatus nach Hauptmaßnahme 84
Abbildung 68 Vermittlung in Betreuung nach Hauptmaßnahme 85
Abbildung 69 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptmaßnahme 86
Abbildung 70 Betreuungsdauer nach Hauptmaßnahme 87
Abbildung 71 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptmaßnahme 88
Abbildung 72 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung/Verlegung nach Hauptmaßnahme 89
Abbildung 73 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptmaßnahme 90
Abbildung 74 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptmaßnahme bei Betreuungsende 91
Abbildung 75 Entwicklung der Problembereiche nach Hauptmaßnahme 92

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Teilnehmende ambulante (Typ 1) und stationäre (Typ 2) Einrichtungen der DSHS im Vergleich zu den im Register erfassten Einrichtungen 4

Tabelle 2 Suchtbezogene Komorbiditäten (ambulante Einrichtungen) 16

Tabelle 3 Suchtbezogene Komorbiditäten (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)..... 48

Tabelle 4 Gesamtzahl der Betreuungen nach Hauptmaßnahmen 71

Die exakten Zahlenwerte zu den einzelnen Parameterausprägungen in den Grafiken sind dem separaten Tabellenanhang zu entnehmen.

GLOSSAR

Aggregatdaten
: Daten, die Informationen über eine Personengruppe in gebündelter Form (meist in Form von Anteilen oder Mittelwerten) wiedergeben. Durch die Bündelung der Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen bzw. Fälle mehr möglich.

Anonymisierte Daten
: Daten, die nicht mehr einer bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können. Bedingt durch den fehlenden Personenbezug sind Aggregatdaten automatisch anonymisiert.

Beender
: → Betreuungs-/→ Behandlungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenjahres abgeschlossen wurde.

Beendigung, planmäßige
: Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf Veranlassung des betreuenden Fachpersonals, 2) vorzeitig mit Einverständnis des betreuenden Fachpersonals oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen.

Beendigung, unplanmäßige
: Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) durch Abbruch seitens der betreuten Person, 2) disziplinarisch, 3) als außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen oder 4) durch Tod der betreuten Person.

Behandlung
: Überbegriff für die verschiedenen durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen angebotenen Hilfeleistungen.

Behandlungsepisode
: siehe Fall.

Beteiligungsquote
: Anteil der im → Einrichtungsregister geführten Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der → DSHS beteiligen. Die Beteiligungsquote wird für die verschiedenen → Einrichtungstypen gesondert ermittelt und gibt Aufschluss über die Reichweite der DSHS. Auf dieser Basis lassen sich Rückschlüsse über die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der DSHS-Daten ziehen.

Betreuung
: Überbegriff für in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen angebotene Hilfeleistungen.

Betreuungsepisode
: siehe Fall

Deutsche Suchthilfestatistik
: Bundesweites Dokumentations- und Monitoringsystem, das Daten zu zentralen Charakteristika des deutschen ambulanten und stationären Suchthilfesystems und seiner Klientel nach bundesweit einheitlichen Standards erfasst und deskriptiv auswertet.

Deutscher Kerndatensatz
: Bundesweit einheitlicher Dokumentationsstandard für Leistungen im Bereich der Suchthilfe. Die erhobenen Parameter und ihre Ausprägungsformen samt entsprechenden Definitionen sind einem öffentlich verfügbaren Manual hinterlegt.

Einmalkontakt

Ambulante → Betreuungsepisode, die aus einem einzigen Kontakt mit der jeweiligen Suchthilfeeinrichtung besteht. Stationäre → Behandlungsepisoden bestehen per Definition aus einem einzigen Kontakt, der sich über die gesamte Zeitspanne zwischen Aufnahme und Entlassung erstreckt.

Einrichtungsregister

Zentrales, internetbasiertes, nicht-öffentliches Register deutscher Suchthilfeeinrichtungen, das von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) initiiert wurde und im Rahmen der → DSHS weitergeführt wird. Jede an der DSHS teilnehmende Einrichtung muss auch im Einrichtungsregister aufgeführt sein, wobei jede Einrichtung über einen einrichtungsindividuellen Code eindeutig identifiziert werden kann. Das Einrichtungsregister bildet die Grundlage zur Ermittlung der → Beteiligungsquote.

Einrichtungstyp

→ KDS-basierte Einteilung aller Suchthilfeeinrichtungen in sieben übergeordnete Kategorien: Typ 1 Ambulante Einrichtung, Typ 2 Stationäre Rehabilitationseinrichtung, Typ 3 Krankenhaus/-abteilung, Typ 4 Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis, Typ 5 Einrichtung der Sozialen Teilhabe, Typ 6 Einrichtung im Strafvollzug und Typ 7 Andere Suchthilfeeinrichtung (z. B. Pflegeheim, Maßregelvollzug).

Einzeldiagnose

Diagnose bezüglich einer substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung unabhängig von der jeweiligen → Hauptdiagnose. Dabei muss jede Hauptdiagnose zusätzlich auch als Einzeldiagnose dokumentiert werden.

Ergebnis, negativ

Verschlechterte oder neu aufgetretene Problematik am Ende der → Betreuung bzw. → Behandlung.

Ergebnis, positiv

Gebesserte oder gleich gebliebene Problematik am Ende der → Betreuung bzw. → Behandlung.

Erstbetreute

Personen, die erstmals in ihrem Leben Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen, wobei die Inanspruchnahme in einer ambulanten Einrichtung erfolgt. Personen, die im Vorfeld bereits wegen einer anderen als der aktuellen substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung Leistungen der ambulanten oder stationären Suchthilfe in Anspruch genommen haben, gelten nicht als Erstbetreute. Die Erstbetreuung meint somit ausdrücklich nicht die erste → Betreuungsepisode innerhalb einer konkreten Suchthilfeeinrichtung, sondern den ersten Kontakt mit dem Suchthilfesystem an sich.

Fall

Bündelung aller Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahme (Betreuungs-/ Behandlungsepisode) mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hat. Da die Dokumentation innerhalb der einzelnen Einrichtungen auf Fall- und nicht auf Personenebene erfolgt, wird bei Beginn jeder weiteren, neuen Maßnahme (insbesondere bei Wechsel des Kostenträgers) innerhalb einer bestimmten Suchthilfeeinrichtung für eine identifizierbare einzelne Person ein neuer Fall angelegt. Somit können einzelnen Personen (mit unterschiedlichen Fällen) mehrmals in die → DSHS eingehen.

Haltequote

Anteil an Fällen, die planmäßig enden.

Hauptdiagnose
: Diagnose, die diejenige Störung aus den dokumentierten suchtbezogenen Problembereichen widerspiegelt, die betreuungs- bzw. behandlungsleitend ist.

Hauptmaßnahme
: Maßnahme, die die jeweilige → Betreuungs-/→ Behandlungsepisode dominiert hat und somit betreuungs-/behandlungsleitend war. Somit können in jeder Betreuungs-/Behandlungsepisode vielfältige Maßnahmen, aber nur eine Hauptmaßnahme erbracht werden.

Hauptspielform
: Spielform, die Personen mit Glücksspielproblematik die meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) bereitet und die damit den → Betreuungs-/ → Behandlungsanlass darstellt.

Hauptsubstanz
: Substanz, die Personen mit einer substanzbezogenen Störung die meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) bereitet und die damit den → Betreuungs-/→ Behandlungsanlass darstellt.

Haupttätigkeit
: Tätigkeit, die Personen mit Exzessiver Mediennutzung die meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) bereitet und die damit den → Betreuungs-/ → Behandlungsanlass darstellt.

Klient:in
: Person, die Leistungen ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

Kooperation
: Unter einer Kooperation werden auf übergeordneter (d. h. Einrichtungs-)Ebene schriftliche Verträge, gemeinsame Konzepte sowie alle weiteren Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen verstanden.

Lauf
: Auswertung nach definierten Kriterien. Die Auswertungen für die → DSHS erfolgen basierend auf „Standardläufen“, die jedes Jahr gleich definiert sind und deren Ergebnisse in den Jahresbericht einfließen. Zusätzlich gibt es jahresweise unterschiedlich definierte „Sonderläufe“, die z. B. für Kurzberichte verwendet werden.

Missingquote
: Anteil an Fehlwerten für einen bestimmten Parameter auf Einrichtungsebene. Die in diesem Bericht aufgeführten Ergebnisse beruhen auf 33 %-Läufen, d. h. bei jeder Tabelle werden die Daten von Einrichtungen, in denen >33 % der Angaben zu dem in der Tabelle berichteten Parameter fehlen, von der Auswertung ausgenommen.

Niedrigschwellige Hilfen
: Schadensminimierende, überlebenssichernde und gesundheitsstabilisierende Unterstützungsangebote im Bereich der Suchthilfe wie bspw. Street-Work, Konsumräume, Spritzentausch, Kontaktläden oder Notschlafstellen.

Patient:in
: Person, die Leistungen stationärer Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

Störung
: Im Sinne der → DSHS sowohl problematischer Konsum als auch Abhängigkeit von einer Substanz bzw. Vorliegen einer Verhaltenssucht. Die Diagnosestellung erfolgt anhand der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).

Suchtbezogene Komorbidität

Vorliegen mindestens einer weiteren suchtbezogenen → Einzeldiagnose in Ergänzung zur → Hauptdiagnose.

Tabellenband

Aggregierte Darstellung der für die → DSHS erhobenen Parameter in Form eines Excel-Workbooks. Hierbei werden für jedes erfasste Merkmal eigene Tabellenblätter bereitgestellt. Die Tabellenbände können sich je nach Bündelungsvorschrift auf bestimmte Bezugsgruppen beziehen, bspw. auf → Zugänge, → Beender, alle → Betreuungen/→ Behandlungen, → Einrichtungstypen, angebotene → Hauptmaßnahmen, bestimmte Regionen (Bund, Länder), Anbieter oder → Missingquoten.

Weitervermittlung

Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene → Betreuung/→ Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als → Kooperation zu sehen.

Zugang

→ Betreuungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenerhebungsjahres begonnen wurde.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Suchthilfe in Deutschland zählt europaweit zu den umfassendsten Versorgungssystemen im Suchtbereich und weist eine hohe Qualifizierung und Differenzierung auf. Entsprechende Daten werden im Zuge der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) gemäß den bundesweit einheitlichen Standards des Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation (KDS) im Bereich der Suchthilfe erhoben. Die aktuelle Fassung des KDS (KDS 3.0) wird seit 2017 unverändert umgesetzt. Dieser Bericht fasst die Kernergebnisse der DSHS für das Datenjahr 2024 zusammen.

Das Hauptziel dieses Jahresberichts ist eine breite Ergebnisdarstellung aktueller Daten der DSHS. Der Bericht informiert über die an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen sowie das geleistete Betreuungs- bzw. Behandlungsvolumen und liefert einen umfassenden Überblick zu störungsbezogenen und soziodemographischen Merkmalen der Hilfesuchenden sowie zu Merkmalen der Betreuung bzw. Behandlung. Ergänzend werden Auswertungen gegliedert nach ausgewählten Hauptmaßnahmen erstellt. Dies sind für das Datenjahr 2024 Niedrigschwellige Hilfen (NIH), Adaption (ADA), Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS), (Reha-)Nachsorge (NAS) sowie Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS). Im Sinne einer Kompaktzusammenfassung werden zentrale Parameter für den ambulanten bzw. stationären Bereich einerseits hauptdiagnosebezogen im Querschnitt visualisiert, andererseits werden Trendprofile (ab Datenjahr 2017) bereitgestellt.

2024 wurden in 878 ambulanten und 158 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 323.478 ambulante Betreuungen und 38.045 stationäre Behandlungen dokumentiert.

Hierbei werden im ambulanten Bereich überwiegend Hilfesuchende mit alkohol- (51 %), cannabinoid- (16 %) oder opioidbezogenen Störungen (8 %) betreut. Im stationären Bereich erfolgen Behandlungen in erster Linie im Kontext von alkohol- (63 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (11 %) sowie Multiplem Substanzgebrauch (10 %). Sowohl im ambulanten (73 %) als auch im stationären (74 %) Setting sind 3 von 4 Hilfesuchenden Männer, wobei der Männeranteil bei den Verhaltenssüchten „Pathologisches Spielen“ und „Exzessive Mediennutzung“ besonders hoch ist. Ambulant betreute Personen sind im Mittel 40 Jahre alt, stationär behandelte Personen sind im Mittel 42 Jahre alt. Hierbei haben Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen jeweils das höchste Durchschnittsalter (ambulant: Ø 47 Jahre; stationär: Ø 47 Jahre) und Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen jeweils das niedrigste Durchschnittsalter (ambulant: Ø 28 Jahre; stationär: Ø 31 Jahre). Im ambulanten Bereich enden 7 von 10 Betreuungen planmäßig (69 %), im stationären Bereich sind es 8 von 10 Behandlungen (82 %). Diese Haltequote ist bei opioidbezogenen Störungen (ambulant: 55 %; stationär: 69 %) vergleichsweise niedrig. Nach

der ambulanten Betreuung bzw. stationären Behandlung hat sich das Suchtverhalten in jeweils mindestens 19 von 20 Fällen zumindest stabilisiert (ambulant: 97 %; stationär: 99 %).

Im ambulanten Setting ist das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden seit 2017 tendenziell gestiegen (2017: Ø 38 Jahre vs. 2024: Ø 40 Jahre) und der Frauenanteil leicht angewachsen (2017: 25 % vs. 2024: 27 %). Zudem hat sich die Hauptdiagnoseverteilung verschoben: Deutliche Rückgänge in den Fallzahlen pro Einrichtung sind für glücksspiel- (2017: 11,3 Fälle vs. 2024: 5,6 Fälle), opioid- (2017: 24,8 Fälle vs. 2024: 13,5 Fälle), cannabinoid- (2017: 35,2 Fälle vs. 2024: 25,6 Fälle) und stimulanzienbezogene Störungen (2017: 11,6 Fälle vs. 2024: 9,0 Fälle) zu verzeichnen. Demgegenüber kommt es deutlich häufiger zu Betreuungen aufgrund von kokainbezogenen Störungen (2017: 5,5 Fälle vs. 2024: 7,8 Fälle), Multiplem Substanzgebrauch (2017: 3,5 Fälle vs. 2024: 9,0 Fälle) und Exzessiver Mediennutzung (2017: 1,6 Fälle vs. 2024: 2,8 Fälle). Ein leichter Rückgang ist für Betreuungen im Kontext von alkoholbezogenen Störungen zu verzeichnen (2017: 92,3 Fälle vs. 2024: 83,0 Fälle). Die Haltequote hat sich, bei unverändert fast ausschließlich positiven Betreuungsergebnissen, außer im Bereich der cannabinoidbezogenen Störungen (unverändert) tendenziell bis deutlich erhöht.

Im stationären Setting kam es seit 2017 außer bei alkohol- und opioidbezogenen Störungen (unverändert) zu einer leichten bis deutlichen Erhöhung des Durchschnittsalters. Der Frauenanteil ist insgesamt stabil (2017: 30 % vs. 2024: 29 %), wobei es im Bereich der cannabinoidbezogenen Störungen zu einer deutlichen Zunahme gekommen ist (2017: 16 % vs. 2024: 20 %).

Das Hauptdiagnosespektrum hat sich dahingehend verändert, dass in den einzelnen Einrichtungen im Mittel deutlich mehr Behandlungen aufgrund von kokain- (2017: 4,2 Fälle vs. 2024: 9,1 Fälle) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (2017: 19.3 Fälle vs. 2024: 21,7 Fälle) und Multiplem Substanzgebrauch (2017: 11,8 Fälle vs. 2024: 20,7 Fälle) erfolgen, während Behandlungen aufgrund von opioid- (2017: 10,0 Fälle vs. 2024: 7,1 Fälle) und stimulanzienbezogenen Störungen (2017: 13,8 Fälle vs. 2024: 10,8 Fälle) bzw. aufgrund von Pathologischem Spielen (2017: 8,5 Fälle vs. 2024: 3,1 Fälle) deutlich seltener und Behandlungen aufgrund von alkoholbezogenen Störungen (2017: 140,0 Fälle vs. 2024: 129,0 Fälle) leicht seltener geworden sind. Die Haltequote hat sich, bei unverändert fast ausschließlich positiven Behandlungsergebnissen, im Bereich der Störungen infolge des Konsums illegaler Substanzen (inklusive Cannabinoide) leicht bis deutlich erhöht.

ABSTRACT

Germany's addiction care system ranks among the most comprehensive in Europe and is characterized by a high degree of professional qualification and service differentiation. Corresponding data sets are routinely collected in accordance with the nationwide standards set by the German Core Dataset for Documentation in Addiction Care (Kerndatensatz, KDS) – which in its current version (KDS 3.0) is in use since 2017 – for purpose of the German Addiction Care Statistical Service (DSHS). This report summarizes the key results of the DSHS data year 2024.

The primary aim of this annual report is to provide a comprehensive presentation of current DSHS data. It offers insights into participating facilities and the scope of services delivered, along with detailed overviews of disorder-specific and sociodemographic characteristics of the help-seeking population, as well as features of care and treatment. In addition, analyses are disaggregated by selected major treatment types. For 2024, these are Low Threshold Services (NIH), Adaption services (ADA), Outpatient Medical Rehabilitation (ARS), (Post-)Rehabilitation Aftercare (NAS) and Support Services in Living and Social Settings (AWS). Key indicators are summarized and visualized both by facility type and primary diagnosis. Additionally, longitudinal trends since 2017 are provided.

In 2024, a total of 323,478 outpatient care episodes and 38,045 inpatient treatment episodes were recorded across 878 outpatient and 158 inpatient facilities participating in the DSHS. The outpatient sector predominantly serves individuals with alcohol use disorders (51 %), cannabinoid use disorders (16 %), and opioid use disorders (8 %). In the inpatient setting, treatments primarily address alcohol use disorders (63 %), cannabis use disorders (11 %), and disorders due to polysubstance use (10 %). In both outpatient care (73 %) and inpatient treatment (74 %), approximately three out of four help-seekers are male. The proportion of males is particularly high in behavioural addictions such as pathological gambling and excessive media use. The average age of the help-seeking population is 40 years in outpatient care and 42 years in inpatient treatment. Help-seekers with alcohol use disorders show the highest mean age (Ø 47 years in both settings), while those with cannabis use disorders show the lowest (Ø 28 years in outpatient care and Ø 31 years in inpatient treatment).

Approximately 69% of outpatient cases and 82 % of inpatient cases are completed as planned. Retention rates are comparatively low for individuals with opioid use disorders (outpatient: 55 %; inpatient: 69 %). Following treatment or care, addictive behaviour stabilized in at least 95 % of cases in both settings.

Since 2017, the average age of help-seekers in outpatient care has increased slightly (from 38 to 40 years), and the proportion of women has risen modestly (from 25 % to 27 %). There has been a shift in main diagnoses, with notable declines in the number of cases with gambling disorders (2017: 11.3 cases vs. 2024: 5.6 cases), opioid use disorders (2017: 24.8 cases vs.

2024: 13.5 cases), cannabis use disorders (2017: 35.2 cases vs. 2024: 25.6 cases) and stimulant use disorders (2017: 11.6 cases vs. 2024: 9.0 cases). In contrast, the number of cases with cocaine use disorders (2017: 5.5 cases vs. 2024: 7.8 cases), and polysubstance use disorders (2017: 3.5 cases vs. 2024: 9.0 cases) have notably increased. Retention rates have generally improved across most substance use disorders, except for cannabis-related disorders (stable), while treatment outcomes continued to be predominantly positive.

In inpatient settings, the average age has also increased slightly to moderately across most diagnostic groups (except for alcohol use disorders and opioid use disorders; stable). The proportion of treated females has remained stable overall (30 % to 29 %), with a notable increase in cannabis use disorders (from 16 % to 20 %). The diagnostic spectrum has shifted, with notable increases of cases with cannabis use disorders (2017: 19.3 cases vs. 2024: 21.7 cases), cocaine use disorders (2017: 4.2 cases vs. 2024: 9.1 cases), and polysubstance use disorders (2017: 11.8 cases vs. 2024: 20.7 cases), whereas the number of treatments related to opioid use disorders (2017: 10.0 cases vs. 2024: 7.1 cases) and pathological gambling have declined notably (2017: 8.5 cases vs. 2024: 3.1 cases). Retention rates have improved slightly to moderately for disorders related to the use of illegal substances, including cannabis, while treatment outcomes remain almost exclusively positive.

1 EINLEITUNG

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erhoben. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgt seit 2017 mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchthilfe (KDS 3.0; Manual verfügbar unter dem Link www.suchthilfestatistik.de). Grundsätzlich erfolgt bereits seit 1980 eine standardisierte Dokumentation im Bereich der Suchthilfe. Ab 2007 wurde mit einer früheren, in weiten Teilen mit dem KDS 3.0 kompatiblen, Version des KDS dokumentiert. Im Rahmen des KDS werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung – wie z. B. Art der Angebote der Einrichtung, Personalstruktur – als auch Informationen zur versorgten Population – wie z. B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Betreuungs- / Behandlungsverlauf und -ergebnissen – erfasst. Seit dem Datenjahr 2019 erfolgen die Darstellung der ambulanten Betreuung bzw. der stationären Behandlung sowie die Auswertungen für ausgewählte Hauptmaßnahmen in eigenständigen Kapiteln. Darüber hinaus werden in einem Trendkapitel relevante Entwicklungen in der Zusammensetzung der Klientel und im Versorgungsgeschehen von 2017 bis zum aktuellen Berichtsjahr dargestellt.

2 METHODIK

2.1 Datenerfassung

Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe, die ihre Arbeit gemäß den Vorgaben des KDS 3.0 dokumentieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2025) und in aggregierter Form (Aggregatdaten) für die bundesweite Auswertung bereitstellen, können an der DSHS teilnehmen. Die Statistik wird jährlich vom Institut für Therapieforschung (IFT) veröffentlicht. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer durch das IFT zertifizierten Dokumentationssoftware, mit der die notwendigen Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Im Oktober 2024 verfügten Softwaresysteme von 16 verschiedenen Anbieterfirmen über ein aktives Zertifikat für den KDS 3.0.

Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden sowie Jahresberichten. Neben den Daten der Vorjahre sind auch relevante, aktuelle (unkommentierte) Tabellenbände des Datenjahres 2024 unter dem Link https://www.suchthilfestatistik.de/ frei verfügbar. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik wurde an anderer Stelle publiziert (Schwarzkopf et al., 2020).

2.2 Datenbasis

Für die jährlichen Analysen der DSHS werden regelhaft Daten aus ambulanten Einrichtungen (Typ 1; d. h. niedrigschwellige Einrichtungen, Beratungsstellen, Fachambulanzen, Institutsambulanzen) sowie aus stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; d. h. teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen) herangezogen. Die vorliegenden Daten (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, 2025b, 2025c, 2025d, 2025e, 2025f, 2025g) liefern somit eine umfangreiche, aber nicht vollständige Darstellung des Suchthilfesystems in Deutschland. Im Datenjahr 2024 beteiligten sich im ambulanten Bereich N = 878 Einrichtungen (Datenjahr 2023: N = 897), und im stationären Bereich N = 158 Einrichtungen (Datenjahr 2023: N = 156) an der DSHS.

Das IFT führt ein von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) initiiertes Register fort, das die unterschiedlichen Facheinrichtungen der Suchthilfe in Deutschland nahezu vollständig erfasst (Einrichtungsregister). Ein Vergleich mit diesem Register erlaubt eine Einschätzung, welcher Anteil der deutschen Suchthilfeeinrichtungen sich an der DSHS beteiligt. Im Dezember 2024 umfasste das Einrichtungsregister validierte Einträge von insgesamt 1.182 ambulanten und 299 stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland.

Auf Basis der Angaben der Einrichtungen zu ihrer Teilnahme an der DSHS (ggf. verdeckt durch Einschluss ihrer Daten in den Datensatz einer anderen Einrichtung) lässt sich eine Beteiligungsquote ermitteln. Diese Beteiligungsquote wurde bis zum Datenjahr 2020 auf Basis des Algorithmus von Süß und Pfeiffer-Gerschel berechnet (Süss & Pfeiffer-Gerschel, 2011). Da der Algorithmus Einrichtungszusammenlegungen, die seit Einführung des KDS 3.0 möglich sind, nur unzureichend berücksichtigt und die Beteiligung im stationären Sektor systematisch überschätzt wurde, wurde die Berechnungsformel überarbeitet und an die neuen Gegebenheiten angepasst. Seit dem Datenjahr 2021 findet die überarbeitete Berechnungsformel Anwendung[1], weswegen Vergleiche der Beteiligungsquoten vor und nach diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll sind. Weiterhin ist zu beachten, dass durch die Umstellung der Systematik der Einrichtungstypen die Beteiligungsquote der Datenjahre 2017 bis 2020 nicht direkt mit den Werten der Vorjahre vergleichbar ist.

Im Datenjahr 2024 wird die neue Beteiligungsquote für den ambulanten Bereich auf 76,8 % (2023: 77,3 %) und für den stationären Bereich auf 53,8 % (2023: 52,4 %) geschätzt. Eine hohe Beteiligungsquote allein schließt systematische Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Einrichtungen nicht aus. Um die Repräsentativität der teilnehmenden Einrichtungen besser abzuschätzen, werden diese daher hinsichtlich relevanter struktureller Kriterien mittels eines z-standardisierten Tests auf Anteilswerte mit der Grundgesamtheit aller registrierten Einrichtungen verglichen (Siehe Tabelle 1). Unterschiede gelten bei einem p-Wert von ≤ 0,01 als statistisch signifikant.

Im Vergleich zur Gesamtheit der registrierten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen befinden sich teilnehmende ambulante Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) signifikant häufiger in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege und halten zudem bestimmte Angebotsformen häufiger vor (Prävention und Frühintervention, Beratung und Betreuung, Suchtbehandlung, Selbsthilfe). Der überdurchschnittlich hohe Anteil in Trägerschaft durch die Wohlfahrtspflege lässt sich annahmegemäß insbesondere auf die aktive Mitwirkung der Trägerverbände in den Gremien der DSHS zurückführen. Bezüglich des erweiterten Angebotsportfolios ist zudem ein Dokumentationsbias – im Sinne einer stärkeren Motivation der teilnehmenden Einrichtungen, ihr Leistungsspektrum umfassend darzustellen – nicht vollständig auszuschließen. Die teilnehmenden stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) unterscheiden sich strukturell nicht systematisch von der Grundgesamtheit aller stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland und können daher hinsichtlich der adressierten Strukturparameter als repräsentative Stichprobe aufgefasst werden.

[1] Details zur Neuberechnung der Beteiligungsquote siehe auf der Webseite der Deutschen Suchthilfestatistik.

Tabelle 1 Teilnehmende ambulante (Typ 1) und stationäre (Typ 2) Einrichtungen der DSHS im Vergleich zu den im Register erfassten Einrichtungen

Parameter	Anzahl (Register)	Anzahl (DSHS)	Anteil (Register)	Anteil (DSHS)	Z-Wert	p-Wert
Städtische Lage* (Typ 1)	828	606	72,1 %	71,6 %	0,32	,749
Städtische Lage* (Typ 2)	186	97	65,5 %	63,0%	0,65	,513
Zusammenlegung (Typ 1)	364	302	31,2 %	35,2 %	2,53	,011
Zusammenlegung (Typ 2)	36	19	12,2 %	11,9 %	0,11	,910
Trägerschaft der Wohlfahrtspflege (Typ 1)	966	789	82,8 %	92,0 %	7,12	**<,010***
Trägerschaft der Wohlfahrtspflege (Typ 2)	173	89	58,8 %	56,0 %	0,75	,462
Prävention und Frühintervention (Typ 1)	666	424	42,9 %	50,6 %	4,64	**<,010***
Prävention und Frühintervention (Typ 2))	4	4	1,4 %	2,5 %	1,26	,209
Beratung und Betreuung (Typ 1)	1.089	841	93,3 %	98,1 %	5,15	**<,010***
Beratung und Betreuung (Typ 2)	14	7	4,8 %	4,4 %	0,21	,831
Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung (Typ 1)	151	125	14,6 %	12,9 %	1,42	,155
Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung (Typ 2)	18	7	6,1 %	4,4 %	0,90	,366
Suchtbehandlung (Typ 1)	800	681	68,6 %	79,4 %	6,83	**<,010***
Suchtbehandlung (Typ 2)	281	158	95,6 %	99,4 %	2,33	,020
Soziale Teilhabe (Typ 1)	259	202	22,2 %	23,5 %	0,95	,341
Soziale Teilhabe (Typ 2)	26	7	8,8 %	4,4 %	1,97	,049
Justiz (Typ 1)	169	149	14,5 %	17,4 %	2,40	,016
Justiz (Typ 2)	6	3	2,0 %	1,9 %	0,137	,891
Selbsthilfe (Typ1)	456	399	39,1 %	46,5 %	4,46	**<0,010***
Selbsthilfe (Typ 2)	33	25	11,2 %	15,7 %	1,80	,072

Typ 1: ambulante Suchthilfeeinrichtungen; Typ 2: stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

N=1.167 registrierte Typ 1-Einrichtungen; N=294 registrierte Typ 2 Einrichtungen.

Vergleich mittels z-Test auf Anteilswert.

* Anhand von Kreiszugehörigkeit der Einrichtung und Siedlungsstruktur des Kreises gemäß Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung; (https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html). Städtisch = Kreisfreie Großstädte und Städtische Kreise; Ländlich = Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte Ländliche Kreise.

p-Werte von ≤ 0,01 gelten als statistisch signifikant.

2.3 Auswertungen

Für den ambulanten Bereich (Typ 1) basieren die hier dargestellten Analysen auf der Bezugsgruppe der „Zugänge / Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Fällen berichtet, die 2024 begonnen bzw. beendet wurden. 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. Darüber hinaus werden aufgrund der Betrachtung regelhaft nur die Daten von Personen berichtet, die aufgrund eigener Probleme Suchthilfeleistungen in Anspruch genommen haben. Diese Praxis steht im Einklang mit internationalen Standards in der Suchthilfeberichterstattung, insbesondere dem Treatment Demand Indicator (TDI) der European Union Drugs Agency (EUDA; vormals EMCDDA).

Je nach betrachteter Variable werden entweder „Zugänge“ oder „Beender“ zur Erstellung der Tabellenbände herangezogen. Die Stichprobe der „Zugänge“ wird für die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer Informationen sowie der Zugangs- und Konsumdaten genutzt. Dies dient dazu, Jahresverläufe korrekt abzubilden und eine Doppelzählung der Übernahmen aus Vorjahren zu vermeiden. Die Bezugsgruppe der „Beender“ bildet die Basis für die Berichterstattung zu betreuungs- bzw. behandlungsbezogenen Daten. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Stichprobe der „Beender“ häufig geringere Fallzahlen hat als die Stichprobe der „Zugänge“.

Für den stationären Bereich (Typ 2) basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Fällen berichtet, die 2024 beendet wurden. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich werden für die Auswertungen nur Daten der „Beender“ herangezogen, da Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Kostenträger die übliche Bezugsgröße darstellen.

Ergänzend zu den ambulanten und stationären Typ-Auswertungen („Art der Einrichtung“) werden wesentliche Merkmale auch anhand ausgewählter Hauptmaßnahmen ausgewertet, also anhand des für den jeweiligen Fall insgesamt zentralen Hilfsangebots. Diese Analysen umfassen alle ambulanten Betreuungs- und stationären Behandlungsfälle, bei denen die entsprechende Maßnahme als Hauptmaßnahme dokumentiert wurde. Hier wird zur besseren Vergleichbarkeit ebenfalls die Bezugsgruppe der „Zugänge / Beender“ zugrunde gelegt. Für das Datenjahr 2024 werden nachfolgende Hauptmaßnahmen dargestellt: Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS) (N = 164 Einrichtungen; 2023: N = 167 Einrichtungen), Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS) (N = 327 Einrichtungen; 2023: N = 333 Einrichtungen), (Reha-)Nachsorge (NAS) (N = 417 Einrichtungen; 2023: N = 415 Einrichtungen), Niedrigschwellige Hilfen (NIH) (N = 129 Einrichtungen; letztmalig 2021: N = 116 Einrichtungen) und Adaption (ADA) (N = 42 Einrichtungen, letztmalig: 2022 N = 43 Einrichtungen).

Alle aufgeführten Ergebnisse beruhen jeweils auf einem 33 %-Lauf. Dieser erfolgt im ambulanten Bereich bzw. für die Hauptmaßnahmen ohne Einmalkontakte. Somit gehen in die ambulanten bzw. hauptmaßnahmebezogenen Auswertungen nur Fälle ein, in denen zwei Kontakte mit der Suchthilfeeinrichtung erfolgt sind. Stationäre Episoden gelten per Definition als – ein sich über einen gewissen Zeitraum erstreckender – Einmalkontakt. Ein 33 %-Lauf besagt, dass bei jedem Parameter Daten von denjenigen Einrichtungen, bei denen > 33 % der Angaben fehlen, von der Auswertung ausgenommen werden. Dies soll verhindern, dass die Datenqualität durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote beeinträchtigt wird. Infolgedessen ergeben sich für die einzelnen berichteten Parameter unterschiedliche Fallzahlen. Die Fallzahlen sowie die Anzahl der für die einzelnen Parameter datenliefernden Einrichtungen sind zusammen mit den Missingquoten in den jeweiligen Tabellen aufgeführt.

Aus Gründen der Interpretierbarkeit der Ergebnisse werden im Fließtext Parameter erst ab einer Stichprobengröße von n ≥ 100 Fällen interpretiert. Anteilswerte werden im Fließtext auf ganze Prozentwerte gerundet, zudem werden in den Grafiken Anteilswerte < 3 % ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen. In Tabellen werden bei Stichprobengrößen von n < 30 Fällen keine Prozentangaben genutzt, sondern statt der Anteilswerte die absoluten Fallzahlen ausgewiesen.

Die diagnostischen Informationen zur betreuten bzw. behandelten Population beruhen auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Dilling et al., 2015). Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall primären Problem einer hilfesuchenden Person. Darüber hinaus erlaubt der KDS die Vergabe weiterer Diagnosen, um suchtbezogene Komorbidität abzubilden. Die hier präsentierten Auswertungen nehmen, soweit nicht anders vermerkt, Bezug auf die Hilfesuchenden, für die eine entsprechende Hauptdiagnose vorliegt. Hierbei werden teilweise die Begrifflichkeiten „Verhaltenssüchte“ und „Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen“ genutzt. Der Begriff „Verhaltenssüchte“ ist auf Exzessive Mediennutzung und Pathologisches Spielen beschränkt. Im Datenjahr 2024 wurde der Besitz und Konsum von Cannabis in Deutschland ab April entkriminalisiert, ohne dass es zu einer vollständigen Legalisierung kam (Bundesgesetzblatt, 2024) . Trotz der juristischen Änderung im Betrachtungszeitraum werden cannabinoidbezogene Störungen in diesem Bericht zur Gruppe der Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen gezählt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Personengruppen bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.

3 AMBULANTE BETREUUNG

Wichtigste Ergebnisse im Überblick

878 Einrichtungen

323.478 Betreuungen

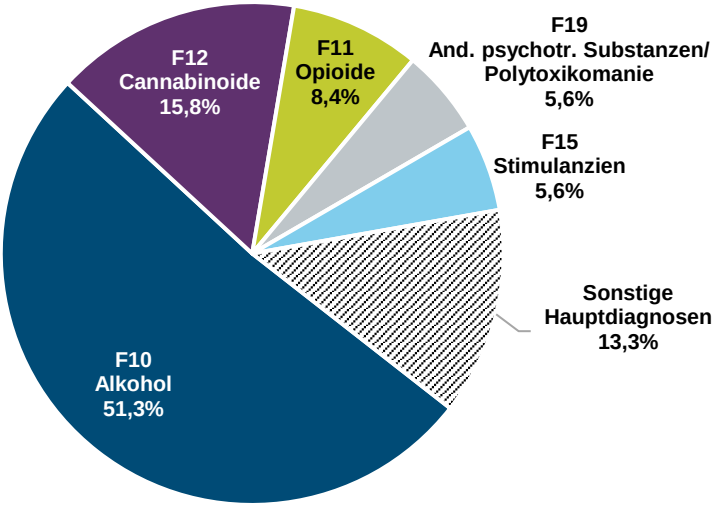
Verbreitete Angebote

Sucht- und Drogenberatung
93 %

Psychosoziale Begleitung Substituierter
60 %

(Reha-) Nachsorge
68 %

Merkmale Betreute Population



Ø 40 Jahre alt

73 %
männlich

Betreuungsbezogene Merkmale

Ø 8,3 Monate in Betreuung

69 % planmäßig beendete Betreuungen

31 % Betreute weitervermittelt

3.1 Strukturelle Einrichtungsmerkmale

Trägerschaft

Mit einem Anteil von 91 % befindet sich der überwiegende Teil der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. In öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden sich 7 % und in privatwirtschaftlicher Trägerschaft 1 % der Einrichtungen.

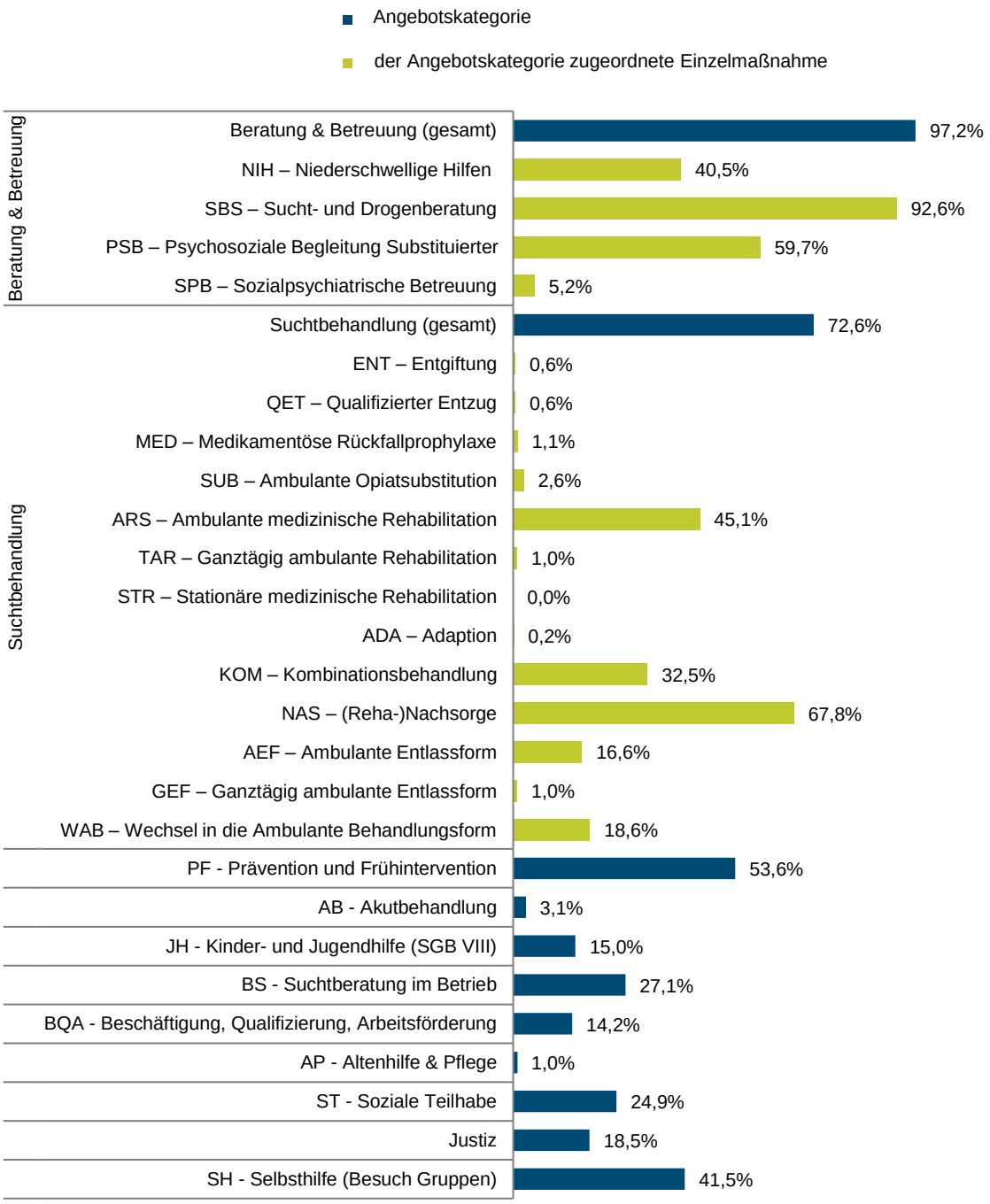
Auf Einrichtungsebene durchgeführte Maßnahmen

Abbildung 1 zeigt auf, in wie vielen der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen bestimmte Angebote samt ihrer Unterkategorien seitens der Hilfesuchenden wahrgenommen wurden. Hierbei werden nur Angebote berücksichtigt, die mindestens einmal im Datenjahr 2024 genutzt wurden.

In über 19 von 20 Einrichtungen werden Angebote der Angebotskategorie „Beratung und Betreuung“ in Anspruch genommen (in 97 % der Einrichtungen), wobei hier in fast allen Einrichtungen die Unterkategorie Sucht- und Drogenberatung (SBS; in 93 % der Einrichtungen) aktiv nachgefragt wird. In 6 von 10 Einrichtungen kommt es zudem zur Nutzung Psychosozialer Begleitung Substituierter (PSB; in 60 % der Einrichtungen) und in 4 von 10 Einrichtungen zur Nutzung Niedrigschwelliger Hilfen (NIH; in 41 % der Einrichtungen).

Angebote aus der Angebotskategorie „Suchtbehandlung“ werden in knapp 3 von 4 Einrichtungen umgesetzt (in 73 % der Einrichtungen), wobei hier mit Abstand am häufigsten das Angebot (Reha-)Nachsorge (NAS; in 68 % der Einrichtungen) wahrgenommen wird. Es folgen die Inanspruchnahme von Ambulanter medizinischer Rehabilitation (ARS; in 45 % der Einrichtungen) und von Kombinationsbehandlung (KOM; in 33 % der Einrichtungen), die in 4 bzw. 3 von 9 Einrichtungen genutzt werden.

Darüber hinaus wird in 5 von 9 Einrichtungen der Angebotskomplex „Prävention und Frühintervention“ aktiv genutzt (in 54 % der Einrichtungen) und gut 2 von 5 Einrichtungen setzen den Angebotskomplex „Selbsthilfe“ um (in 42 % der Einrichtungen). Der Angebotskomplex „Suchtberatung im Betrieb“ kommt in gut jeder vierten Einrichtung zum Tragen (in 27 % der Einrichtungen) und damit ähnlich häufig wie die Angebotskategorie „Soziale Teilhabe“ (in 25 % der Einrichtungen). In knapp jeder fünften Einrichtung werden Angebote aus der Angebotskategorie „Justiz“ wahrgenommen (in 19 % der Einrichtungen) und in jeweils jeder siebten Einrichtung Angebote aus den Angebotskategorien „Kinder- und Jugendhilfe“ (in 15 % der Einrichtungen) bzw. „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ (in 14 % der Einrichtungen).



N=878 ambulante Einrichtungen

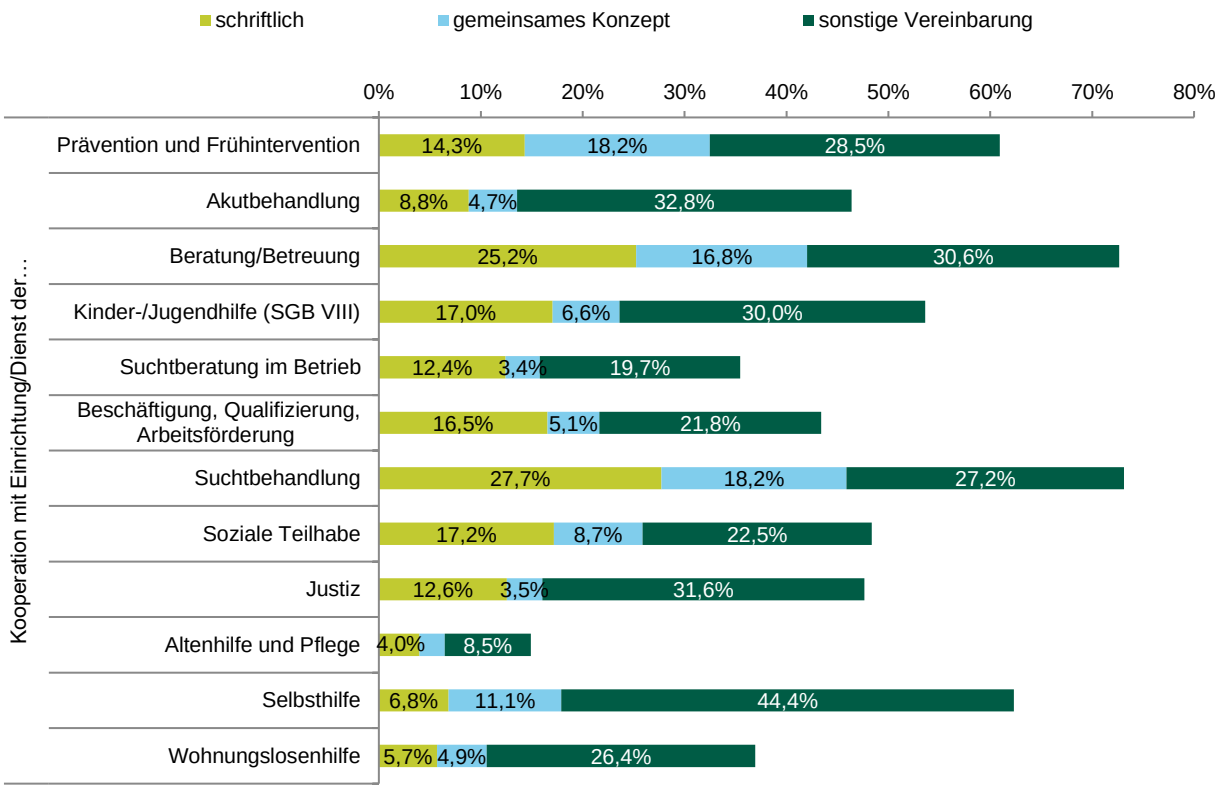
Abbildung 1 Art und Häufigkeit der Maßnahmen (ambulante Einrichtungen)

Kooperation

Gut 3 von 4 ambulanten Einrichtungen arbeiten grundsätzlich – z. B. auf Basis eines gemeinsamen Konzeptes bzw. schriftlicher oder sonstiger Vereinbarungen – mit anderen Beratungs- bzw. Betreuungseinrichtungen (73 %) bzw. mit Einrichtungen der Suchtbehandlung (73 %) zusammen. In jeweils rund 3 von 5 ambulanten Einrichtungen bestehen Kooperationen mit der Selbsthilfe (62 %) bzw. dem Sektor Prävention und Frühintervention (61 %). Zudem kooperieren 5 von 9 Einrichtungen mit der Jugendhilfe (54 %). Vergleichsweise wenig verbreitet

ist die Zusammenarbeit mit dem Sektor Altenhilfe und Pflege, die von gut einem Siebtel der ambulanten Einrichtungen betrieben wird (15 %).

Die Verbreitung unterschiedlicher Kooperationsformen ist in Abbildung 2 dargestellt. Für die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchtbehandlung sowie die Zusammenarbeit mit Beratungs- bzw. Betreuungseinrichtungen bestehen am häufigsten schriftliche Vereinbarungen (28 % bzw. 25 %) oder gemeinsame Konzepte (jeweils 18 % bzw. 17 %). Allerdings erfolgt die Zusammenarbeit hier ebenso wie auch bei der Kooperation mit anderen Einrichtungen am ehesten über nicht näher spezifizierte „sonstige Vereinbarungen“. Diese Form der Zusammenarbeit ist bei der Selbsthilfe besonders stark ausgeprägt (44 %).



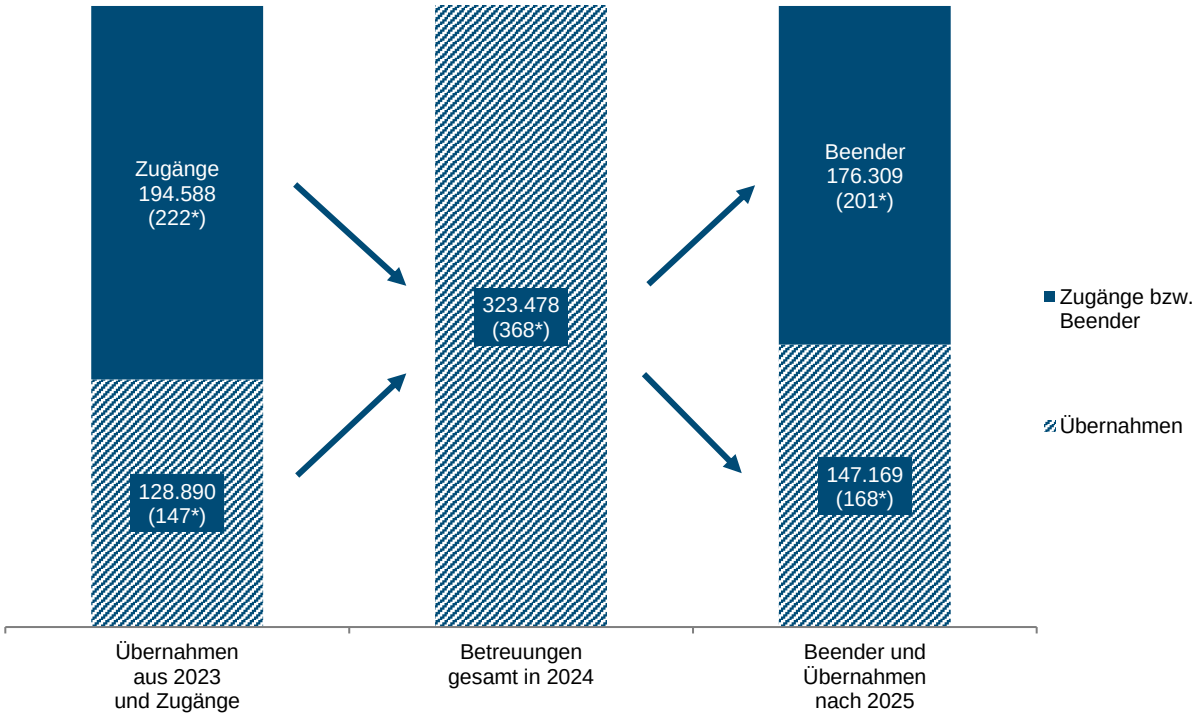
N=878 ambulante Einrichtungen
Mehrfachnennungen möglich. SGB: Sozialgesetzbuch.

Abbildung 2 Kooperationen ambulanter Einrichtungen

Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen

Für das Datenjahr 2024 sind 323.478 Betreuungen in ambulanten Einrichtungen dokumentiert. Hierbei wurde jede zwölfte Betreuung (27.020 Betreuungen; 8 %) mit Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Angehörige, Bekannte) eines Menschen mit Suchterkrankung durchgeführt.

Der Fluss der betreuten Population ist in Abbildung 3 dargestellt. Die Gesamtzahl der Betreuungen beinhaltet dabei (a) Übernahmen aus dem Jahr 2023, (b) Neuzugänge des Jahres 2024, (c) im Jahr 2024 beendete Betreuungen sowie (d) Übernahmen in das Jahr 2025.



Gesamtzahl und Fluss der Betreuungen in allen N=878 ausgewerteten ambulanten Einrichtungen (Fälle mit Einmalkontakten).
* Durchschnittliche Zahl pro Einrichtung.

Abbildung 3 Gesamtzahl der Betreuungen 2024 (ambulante Einrichtungen)

Anders als bei allen nachfolgenden Analysen beinhalten diese Angaben auch jene Betreuungsepisoden, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchtproblematik einer Bezugsperson erfolgt sind. Zudem umfassen diese Zahlen das gesamte Betreuungsvolumen, während in den weiteren Auswertungen nur Daten von „Zugängen“ bzw. „Beendern“ herangezogen werden (eine detaillierte Beschreibung dieser Vorgehensweise findet sich im Kapitel METHODIK). Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse für den ambulanten Bereich beziehen sich somit – unabhängig vom Vorliegen einer Hauptdiagnose – auf 175.875 Zugänge bzw. 160.866 Beender mit eigener Problematik.

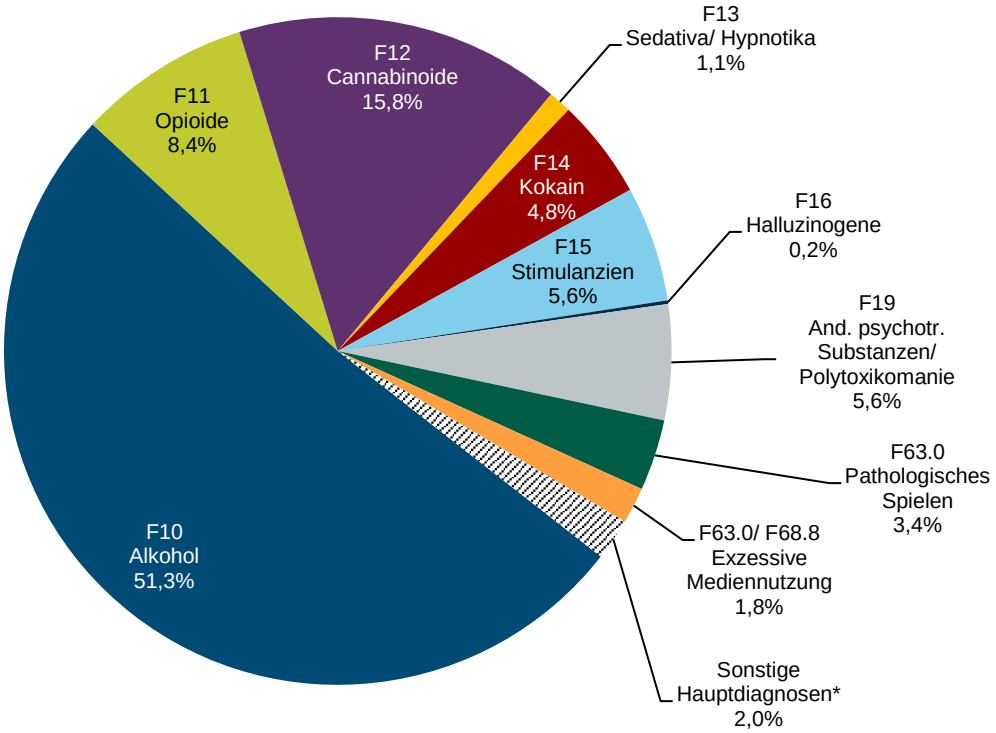
3.2 Beschreibung der Klientel

3.2.1 Störungsbezogene Merkmale

Hauptdiagnosen

Die Hälfte der Betreuten sucht ambulante Einrichtungen aufgrund von alkoholbezogenen Störungen auf (51 %; siehe Abbildung 4 und Tabelle A im Anhang). Als nachrangige Betreuungsanlässe folgen mit jeweils deutlichem Abstand cannabinoid- (16 %) und

opioidbezogene Störungen (8 %). Etwas seltener sind Betreuungen aufgrund von Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen / Polytoxikomanie (6 %; nachfolgend „Multipler Substanzgebrauch“) bzw. aufgrund von stimulanzien- (6 %) oder kokainbezogenen Störungen (5 %). Nur ein geringer Anteil des Betreuungsvolumens entfällt auf die Verhaltenssüchte Pathologisches Spielen (3 %) bzw. Exzessive Mediennutzung (2 %) als Anlässe.



N=140.715 Fälle mit Hauptdiagnose.
* F17 Tabak, F18 Flüchtige Lösungsmittel, F55 Missbrauch von nicht abhängig machenden Substanzen, F50 Ess-Störungen.

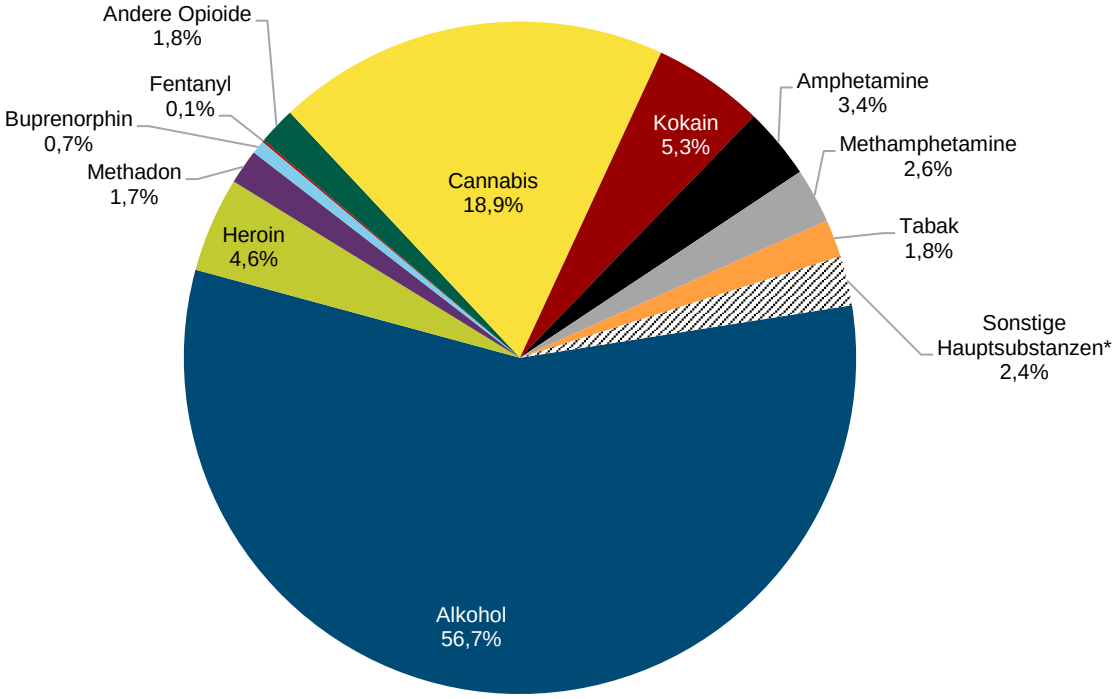
Abbildung 4 Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen)

Bei nahezu allen Hauptdiagnosen werden mehr Männer als Frauen betreut (siehe Tabelle A im Anhang). Die Rangreihe des Geschlechterverhältnisses gestaltet sich wie folgt: 8:1 bei Pathologischem Spielen, 6:1 bei kokainbezogenen Störungen, 5:1 bei Exzessiver Mediennutzung, 4:1 bei cannabinoid- bzw. opioidbezogenen Störungen sowie Multiplem Substanzgebrauch, 3:1 bei halluzinogenbezogenen Störungen (cave: geringer Anteil), sowie 2:1 bei alkohol- bzw. bei stimulanzienbezogenen Störungen.

Im Folgenden werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzienbezogene Störungen sowie Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung aufgrund ihrer Häufigkeit bzw. der inhaltlichen Bedeutung jeweils gesondert betrachtet. Wenn keine gesonderte Spezifizierung erfolgt, beziehen sich die Ausführung auf alle Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose (HD). Die Kategorie „Gesamt mit HD“ schließt somit auch diejenigen Störungen ein, die nicht separat berichtet werden (z. B. kokainbezogene Störungen, sedativa- / hypnotikabezogene Störungen).

Hauptsubstanzen und -spielform/-tätigkeit

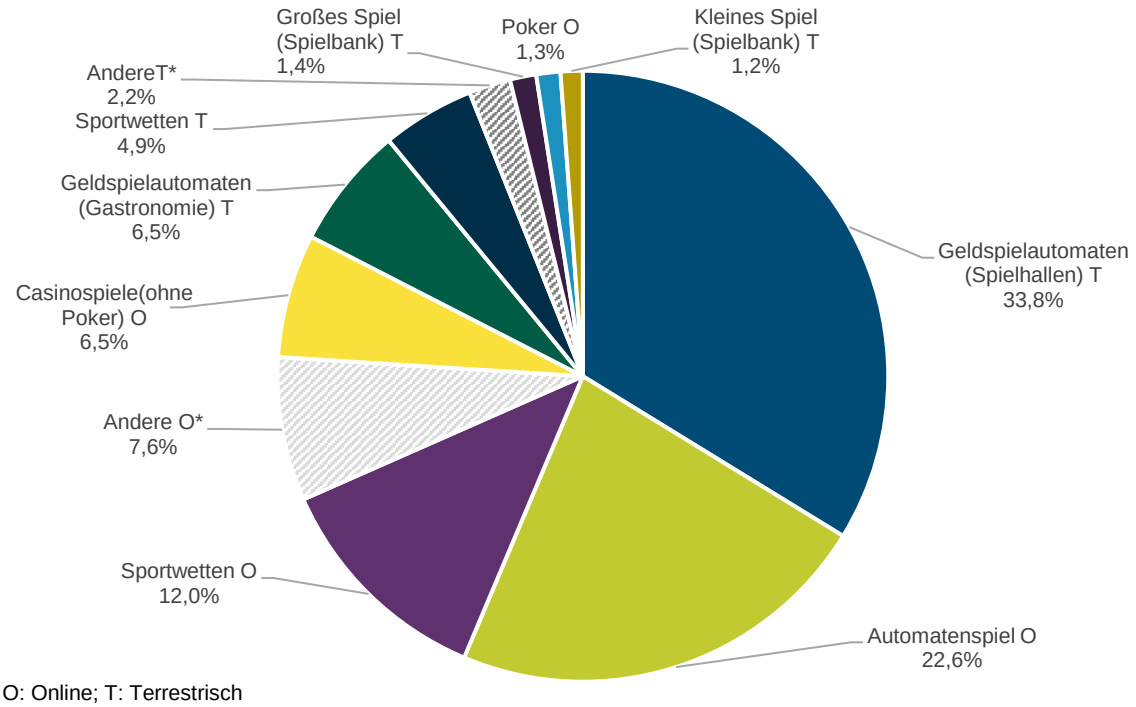
In der ambulant betreuten Klientel dominiert die Hauptsubstanz Alkohol (57 %), an zweiter Stelle steht mit deutlichem Abstand Cannabis (19 %; siehe Abbildung 5 und Tabelle B im Anhang). Es folgen Kokain (5 %), Heroin (5 %), Amphetamine (3 %) und Metamphetamine (3 %) mit weitaus geringeren Anteilswerten. Andere Hauptsubstanzen sind vernachlässigbar. Betrachtet man die verschiedenen Opioide gemeinsam, erfolgt etwa eine von 11 Betreuungen (9 %) in Zusammenhang mit dieser Substanzklasse.



* Andere/synthetische Cannabinoide; andere Stimulanzien; Sedativa/Hypnotika; Crack; Halluzinogene; flüchtige Lösungsmittel; andere psychotrope oder neue psychoaktive Substanzen.

Abbildung 5 Verteilung der Hauptsubstanzen (ambulante Einrichtungen)

Bei Pathologischem Spielen sind Geldspielautomaten in Spielhallen (34 %) die mit Abstand wichtigste Hauptspielform (Siehe Abbildung 6 und Tabelle C im Anhang). An zweiter Stelle steht das seit Juli 2021 weitgehend legalisierte Online-Automatenspiel (23 %), gefolgt von Online-Sportwetten (12 %).



O: Online; T: Terrestrisch
Andere: Lotterien, Pferdewetten und sonstige nicht näher spezifizierte Formen

Abbildung 6 Verteilung der Hauptglücksspielformen (ambulante Einrichtungen)

Bei Exzessiver Mediennutzung stellt das Gamen (46 %) die am häufigsten angegebene Haupttätigkeit dar. Darauf folgen „Sonstige“, nicht näher spezifizierte Aktivitäten (32 %) und das Surfen im Internet (17 %).

Problembereiche

Neben der Suchtproblematik an sich, werden vielfältige weitere Bereiche des täglichen Lebens als beeinträchtigt eingestuft (siehe Abbildung 7 und Tabelle D im Anhang).

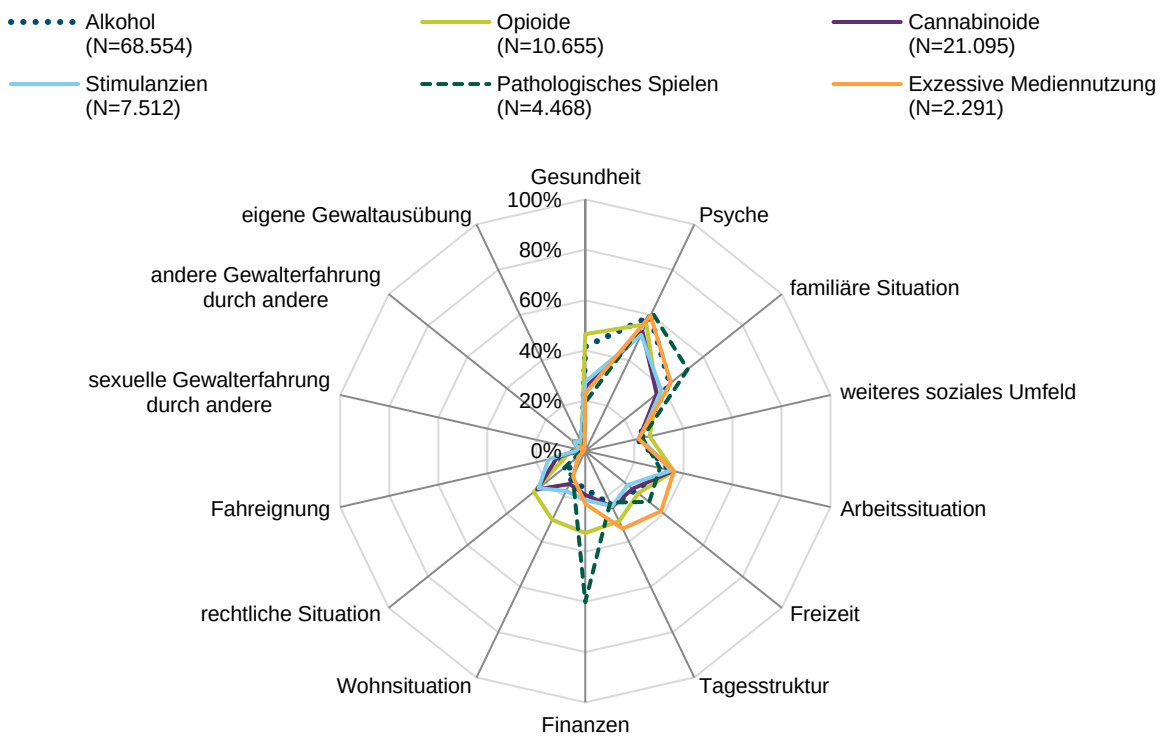


Abbildung 7 Problembereiche bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen)

Bei gut der Hälfte aller Betreuten werden psychische Probleme vermerkt (Spanne: 51 % bis 60 %) und bei zwei Fünfteln aller Betreuten gilt die familiäre Situation als problematisch, wobei Klient:innen mit Glücksspielproblematik hier häufiger ein Problem berichten (52 %) als Klient:innen mit substanzgebundenen Störungen (Spanne: 36 % bis 43 %). Bei gut einem Drittel aller Betreuten werden gesundheitliche Probleme erfasst. Hier sind Hilfesuchende mit opioid- (47 %) oder alkoholbezogenen Störungen (42 %) eher betroffen als Hilfesuchende aus den übrigen Gruppen (Spanne: 19 % bis 28 %). Ebenfalls wird bei insgesamt etwa einem Drittel die Arbeitssituation als problematisch eingestuft, wobei dies bei Betreutem mit Glücksspielproblematik (30 %) etwas seltener zutrifft als in den übrigen Gruppen (Spanne: 35 % bis 36 %). Die Freizeitgestaltung wird bei Hilfesuchenden mit Verhaltenssüchten (Exzessive Mediennutzung: 39 %; Glücksspielproblematik: 33 %) häufiger als Problembereich angesehen als bei Hilfesuchenden mit substanzgebundenen Störungen (Spanne: 22 % bis 26 %).

Rechtliche Probleme sind bei rund einem Viertel der Betreuten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) erfasst (Spanne: 24 % bis 27 %), bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (8 %) oder Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 11 %; Exzessive Mediennutzung: 4 %) ist dies deutlich seltener der Fall. Finanzielle Probleme werden bei Hilfesuchenden mit Glücksspielproblematik (61 %) fast doppelt so häufig dokumentiert wie bei Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (33 %) und rund drei- bis viermal so häufig wie in den übrigen Gruppen (Spanne: 15 % bis 21 %).

Sexuelle Gewalterfahrungen oder eigene Gewaltausübung werden in allen Gruppen selten berichtet, wobei hier aufgrund der scham- bzw. tabubesetzten Thematik von einer ausgeprägten Untererfassung auszugehen ist.

Suchtbezogene Komorbidität

Tabelle 2 veranschaulicht, inwieweit bei Betreuten aus den einzelnen Gruppen neben der Hauptdiagnose weitere Suchterkrankungen dokumentiert sind. Hierbei ist grundsätzlich von einer Untererfassung auszugehen.

Tabelle 2 Suchtbezogene Komorbiditäten (ambulante Einrichtungen)

Zusätzliche Einzeldiagnose	Hauptdiagnose F10 Alkohol	Hauptdiagnose F11 Opioide	Hauptdiagnose F12 Cannabinoide	Hauptdiagnose F15 Stimulanzien	Hauptdiagnose F63.0 Pathologisches Spielen	Hauptdiagnose F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung
N	**51.389**	**7.515**	**15.223**	**5.902**	**3.539**	**1.782**
F10 Alkohol (N=62.252)	-	20,0%	20,8%	25,2%	9,8%	4,7%
F11 Opioide (N=11.053)	1,4%	-	3,5%	3,6%	0,6%	0,4%
F12 Cannabinoide (N=28.696)	9,3%	24,3%	-	35,9%	6,4%	4,7%
F13 Sedativa/Hypnotika (N=3.927)	1,0%	11,9%	2,8%	2,1%	0,4%	0,3%
F14 Kokain (N=11.687)	3,2%	20,4%	10,1%	8,4%	3,0%	0,9%
F15 Stimulanzien (N=14.071)	4,1%	9,0%	16,5%	-	2,9%	1,4%
F17 Tabak (N=17.326)	16,6%	18,2%	19,1%	19,0%	11,6%	4,4%
F63.0 Path. Spielen (N=4.070)	0,3%	0,3%	0,4%	1,0%	-	1,8%
F63.8/F68.8 Exz. Medienn. (N=2.055)	0,1%	0,2%	0,5%	0,2%	1,6%	-

N= 556 ambulante Einrichtungen (unbekannt:7,0%); Bezug: Zugänge. Mehrfachnennungen möglich.
Path. Spielen=Pathologisches Spielen; Exz. Medienn.=Exzessive Mediennutzung.

Über alle Gruppen hinweg werden insbesondere Tabak und Alkohol zusätzlich in störungsrelevantem Ausmaß konsumiert. Bei substanzgebundenen Störungen sind begleitende alkohol- (Spanne: 20 % bis 25 %) bzw. tabakbezogene Störungen (Spanne: 17 % bis 19 %) häufiger erfasst als bei Glücksspielproblematik (Alkohol: 10 %; Tabak: 12 %) oder Exzessiver Mediennutzung (Alkohol: 5 %; Tabak: 4 %). Begleitende Verhaltenssüchte spielen keine nennenswerte Rolle. Zudem sind begleitende Suchterkrankungen bei Personen, die aufgrund

einer Störung in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) betreut werden, häufiger als bei Personen, die aufgrund von alkoholbezogenen Störungen oder einer Verhaltenssucht betreut werden.

Für Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen sind besonders häufig begleitende Suchterkrankungen erfasst. Bei einem Viertel ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Cannabinoiden (24 %) und bei jeweils einem Fünftel ein störungsrelevanter Beikonsum von Kokain (20 %) oder Alkohol (20 %) dokumentiert. Bei einem Sechstel sind begleitende tabakbezogene Störungen (18 %) diagnostiziert. Bei einem Achtel – und damit häufiger als in den übrigen Gruppen – werden begleitende sedativa- / hypnotikabezogene Störungen (12 %) berichtet und in einem von 11 Fällen ein störungsrelevanter Beikonsum von Stimulanzien (9 %).

Unter Betreuten mit stimulanzienbezogenen Störungen sind bei einem Drittel – und damit häufiger als in den übrigen Gruppen – zusätzlich cannabinoidbezogene Störungen diagnostiziert (36 %). Bei einem Viertel bzw. einem Fünftel der Hilfesuchenden sind begleitende alkohol- (25 %) bzw. tabakbezogene Störungen (19 %) dokumentiert. Zudem ist in einem von zwölf Fällen ein störungsrelevanter Beikonsum von Kokain (8 %) und etwa halb so oft ein störungsrelevanter Beikonsum von Opioiden erfasst (4 %).

Bei jeweils einem Fünftel der Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind begleitende alkohol- (21 %) bzw. tabakbezogene Störungen (19 %) dokumentiert. Für ein Sechstel – und damit häufiger als in den übrigen Gruppen – liegen Diagnosen zu begleitenden stimulanzienbezogene Störungen (17 %) vor. In einem von 10 Fällen wurde der Beikonsum von Kokain (10 %) und in einem von 25 Fällen der Beikonsum von Opioiden (4 %) als störungsrelevant eingestuft.

Bei etwa einem Sechstel der Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Tabak (17 %) erfasst und in etwa einem von elf Fällen ein störungsrelevanter Beikonsum von Cannabinoiden (9 %). Bei einem kleinen, aber berichtenswerten Anteil der Betreuten liegen Begleitdiagnosen bezüglich stimulanzien- (4 %) bzw. kokainbezogener Störungen vor (3 %).

Für Hilfesuchende mit Glücksspielproblematik sind vergleichsweise selten begleitende Suchterkrankungen erfasst, wobei hier neben Tabak (12 %) und Alkohol (10 %) am ehesten Cannabinoide (6 %) in störungsrelevantem Ausmaß konsumiert werden. Für einen kleinen Teil, aber berichtenswerten Anteil der Betreuten sind zudem begleitende kokain- (3 %) oder stimulanzienbezogene Störungen (3 %) dokumentiert.

Noch seltener liegen bei Betreuten mit Exzessiver Mediennutzung Diagnosen zu begleitenden Suchterkrankungen vor. Erfasst werden hier auf niedrigem Niveau am ehesten zusätzliche alkohol- (5 %), cannabinoid- (5 %) oder tabakbezogene Störungen (4 %).

3.2.2 Soziodemographische Merkmale

Geschlechterverhältnis

Drei Viertel aller ambulanten Betreuungen betreffen Männer (73 %; siehe Abbildung 8 und Tabelle E im Anhang). Hierbei ist der Männeranteil bei den betrachteten Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 89 %; Exzessive Mediennutzung: 81 %) nochmals höher als bei den betrachteten substanzgebundenen Störungen (Spanne: 69 % bis 78 %). Vergleichsweise niedrige Männeranteile finden sich unter Hilfesuchenden mit alkohol- (69 %) bzw. stimulanzienbezogenen Störungen (70 %).

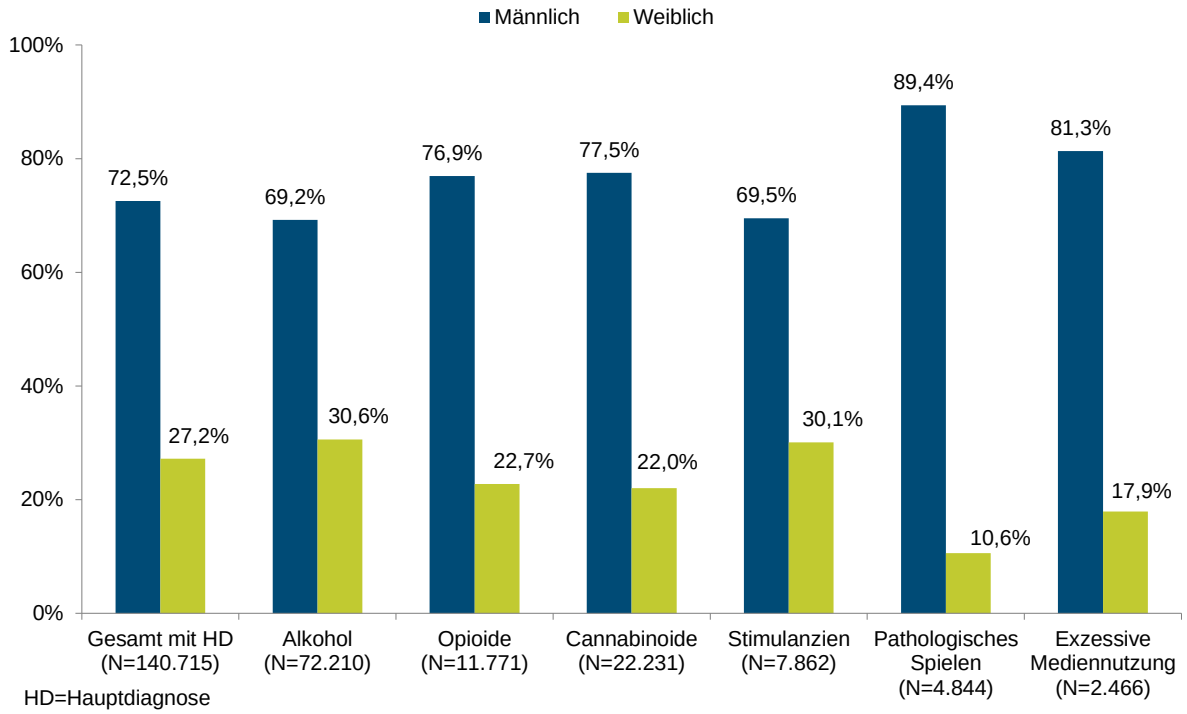


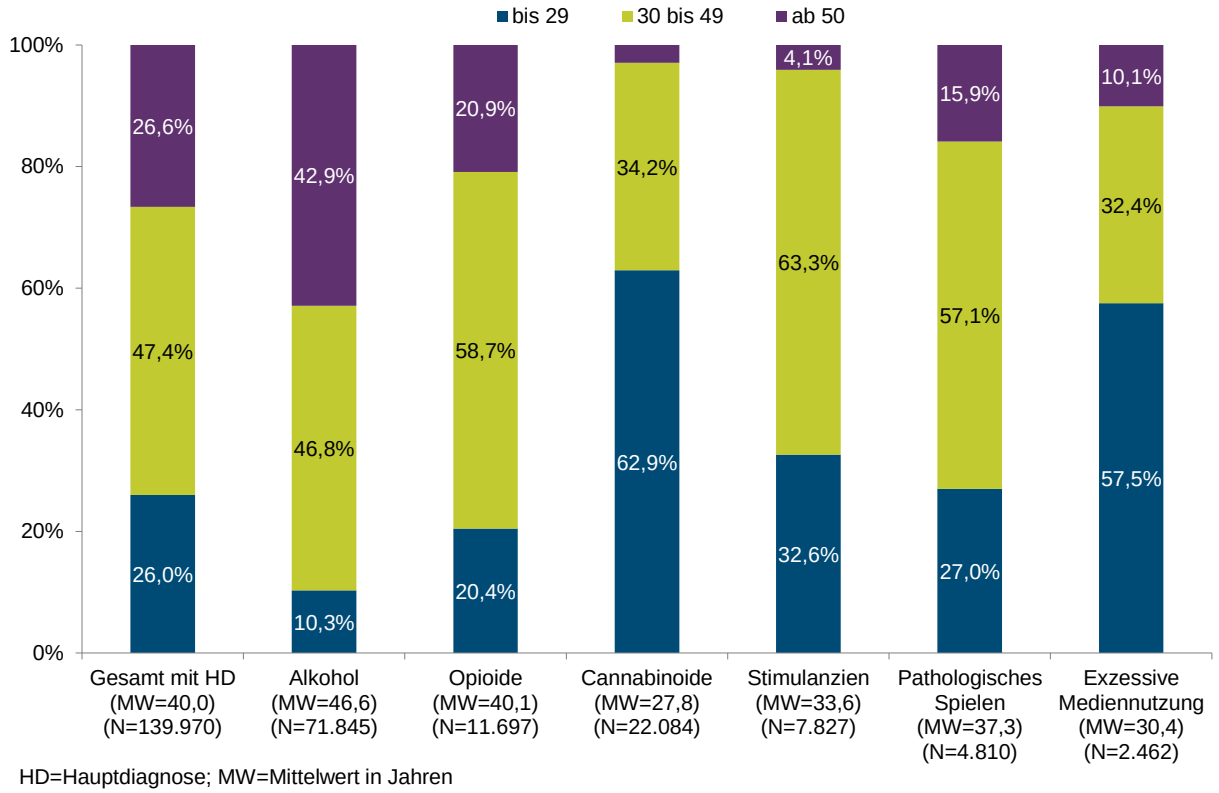
Abbildung 8 Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen)

Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der Betreuten liegt insgesamt bei 40 Jahren (siehe Abbildung 9 und Tabelle F im Anhang), wobei deutliche Gruppenunterschiede ersichtlich sind. Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen haben das mit Abstand niedrigste Durchschnittsalter (Ø 28 Jahre) und Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen das mit Abstand höchste Durchschnittsalter (Ø 47 Jahre).

Die Mehrheit der Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen bzw. mit Exzessiver Mediennutzung ist unter 30 Jahre alt (63 % bzw. 58 %). In den übrigen Gruppen liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen (Spanne: 47 % bis 63 %). Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen sind fast genauso häufig zwischen 30 und 49 Jahre (47 %) bzw. mindestens 50 Jahre alt (43 %).

Ein nennenswerter Anteil an Minderjährigen findet sich nur unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (12 %) bzw. Betreuten mit Exzessiver Mediennutzung (13 %). Einen berichtenswerten Anteil an Betreuten ab 65 Jahren gibt es nur bei alkoholbezogenen Störungen (7 %).



HD=Hauptdiagnose; MW=Mittelwert in Jahren

Abbildung 9 Altersstruktur nach Hauptdiagnosen (ambulante Einrichtungen)

Partner-, Lebens- und Familiensituation

Insgesamt lebt mit 4 von 9 Betreuten die Minderheit der Hilfesuchenden in einer festen Partnerschaft (45 %; siehe Abbildung 10 und Tabelle G im Anhang). Betreute mit Glücksspielproblematik (58 %) und Betreute mit alkoholbezogenen Störungen (51 %) leben dabei deutlich häufiger in einer festen Partnerschaft als Betreute aus den übrigen Gruppen (Spanne: 35 % bis 40 %).

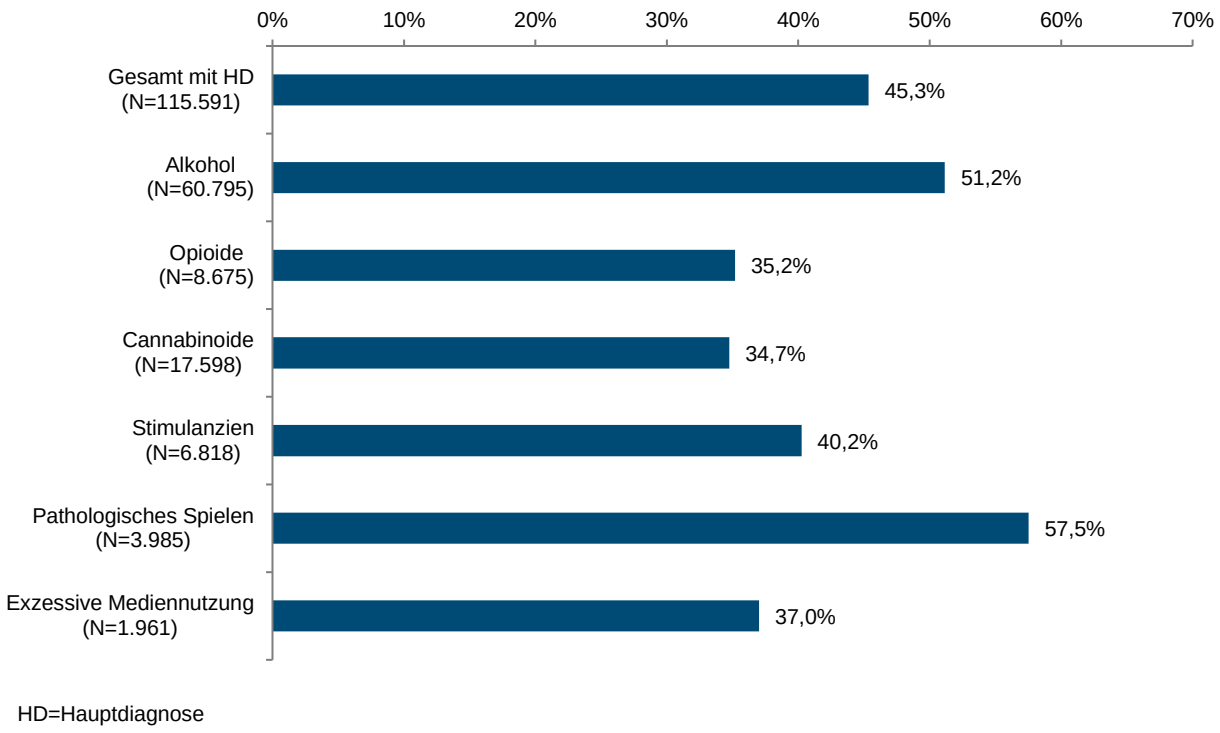


Abbildung 10 Anteil in Partnerschaft nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Insgesamt leben zwei Fünftel der Betreuten allein (41 %; siehe Abbildung 11 und Tabelle H im Anhang). Hierbei leben Hilfesuchende mit alkohol- (43 %), stimulanzien- (44 %) oder opioidbezogenen Störungen (45 %) in etwa 4 von 9 Fällen allein und Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen (35 %) oder einer Verhaltenssucht (Pathologisches Spielen 33 %; Exzessive Mediennutzung 34 %) in etwa 3 von 9 Fällen.

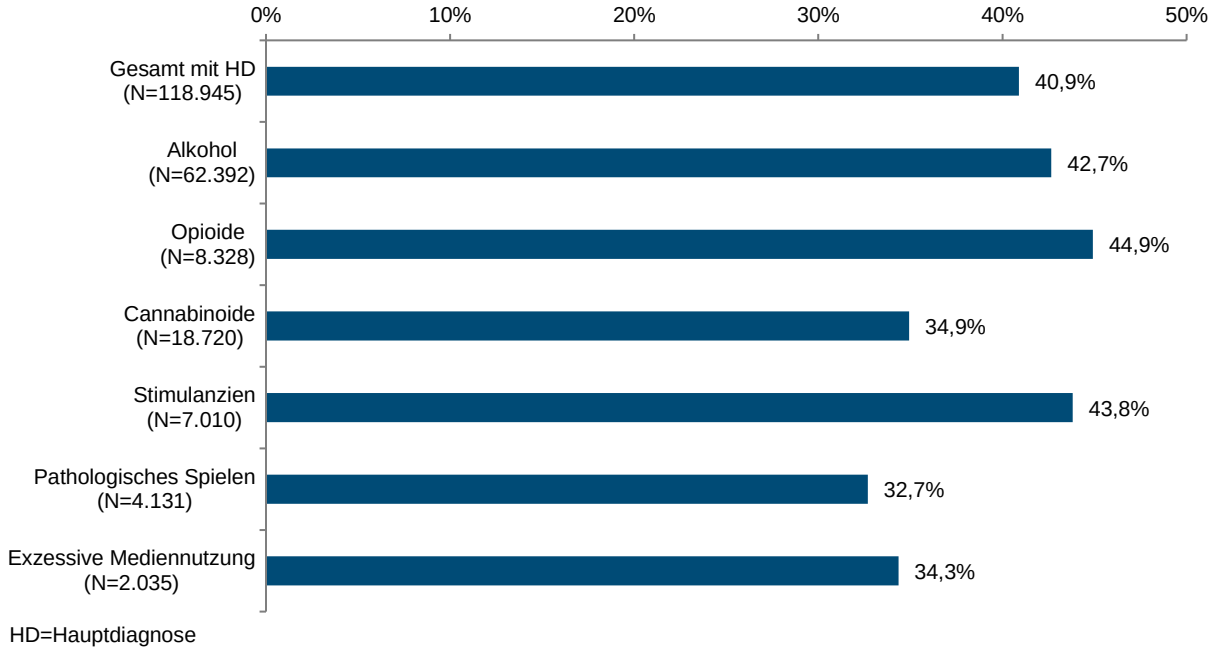
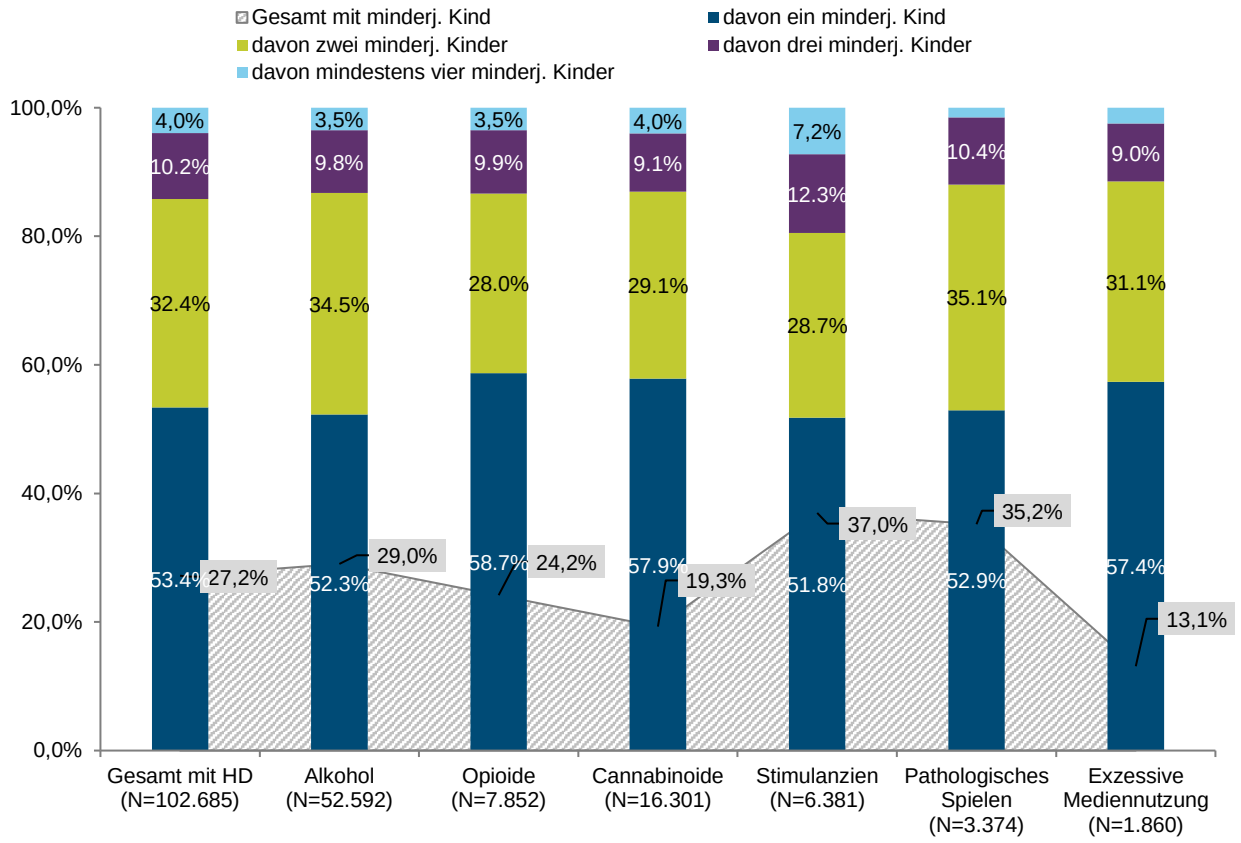


Abbildung 11 Anteil allein Lebender nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Insgesamt hat gut ein Viertel der Betreuten eigene minderjährige Kinder (27 %; siehe Abbildung 12 und Tabelle I im Anhang). Hierbei sind Betreute mit stimulanzienbezogenen Störungen (37 %) bzw. mit Glücksspielproblematik (35 %) besonders häufig Eltern minderjähriger Kinder und Betreute mit Exzessiver Mediennutzung (13 %) bzw. mit cannabinoidbezogenen Störungen (19 %) besonders selten.

Unter den hilfesuchenden Eltern minderjähriger Kinder hat jeweils gut die Hälfte nur ein minderjähriges Kind (Spanne: 52 % bis 59 %). Konstellationen mit mindestens 4 eigenen minderjährigen Kindern finden bei Eltern stimulanzienbezogenen Störungen (7 %) deutlich häufiger als in den übrigen Gruppen (Spanne: 2 % bis 4 %).

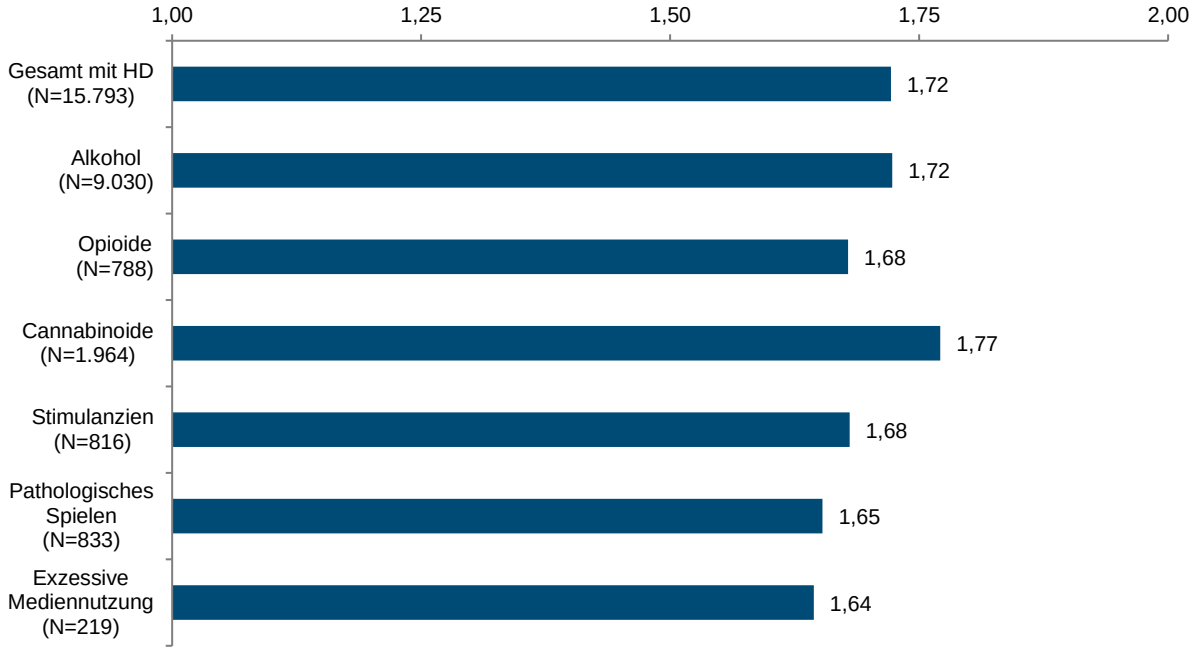


HD=Hauptdiagnose; minderj.=minderjährige(s)

Abbildung 12 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Berücksichtigt man zusätzlich bereits volljährige Kinder (siehe Tabelle J im Anhang), so haben etwa 4 von 9 Betreuten (43 %) eigene Kinder, wobei nur Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen mehrheitlich Eltern sind (55 %). In den meisten Gruppen haben betreute Eltern überwiegend mehrere Kinder (Spanne: 52 % bis 60 % der betreuten Eltern). Die Ausnahmen bilden hilfesuchende Eltern mit opioid- (49 % der betreuten Eltern) oder cannabinoidbezogenen Störungen (46 % der betreuten), die in knapp der Hälfte der Fälle mehr als ein Kind haben.

Wenn in den Haushalten der Betreuten eigene oder nicht-eigene minderjährige Kinder leben, sind es durchschnittlich 1,72 minderjährige Kinder (siehe Abbildung 13 und Tabelle K im Anhang). Hierbei leben in den Haushalten von Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen im Mittel am meisten minderjährige Kinder (1,77) und in Haushalten von Hilfesuchenden mit Exzessiver Mediennutzung im Mittel am wenigsten (1,64).



HD=Hauptdiagnose;
Bezugsgröße ist die Klientel mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt.

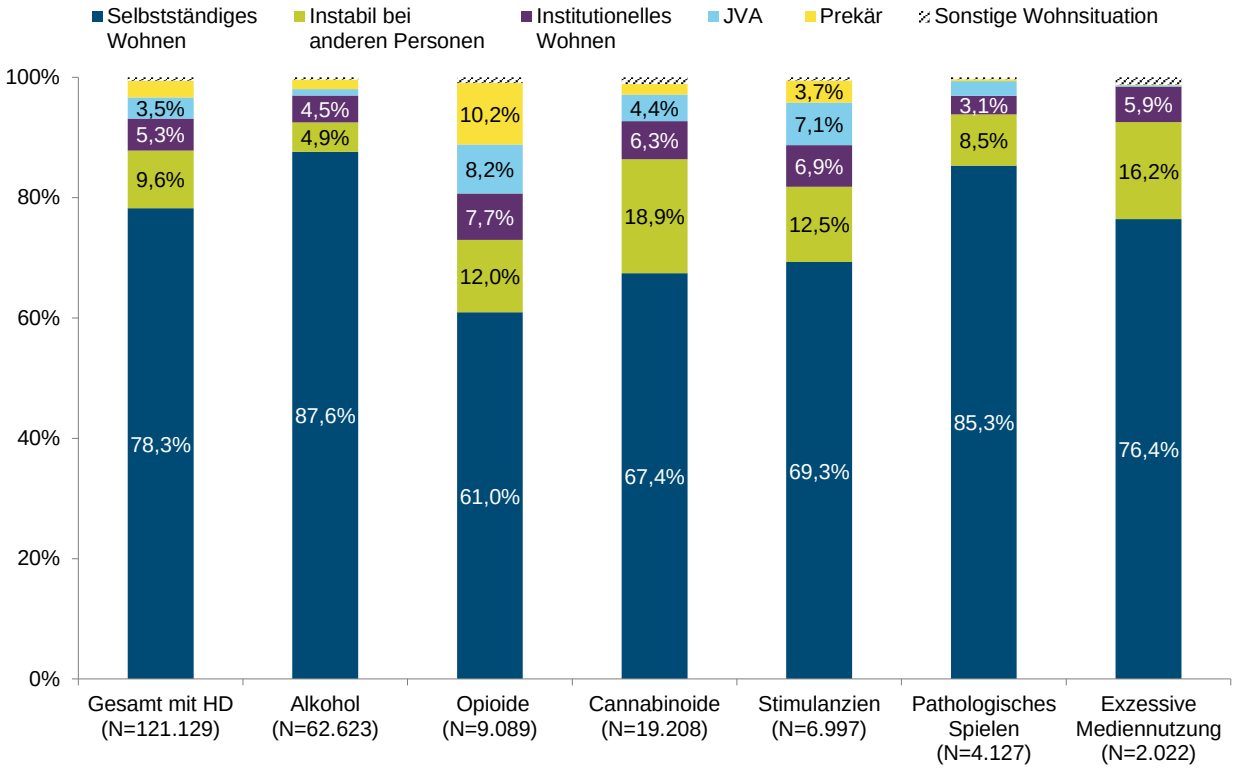
Abbildung 13 Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Wohnsituation

Insgesamt leben knapp 4 von 5 Hilfesuchenden am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig (78 %; siehe Abbildung 14 und Tabelle L im Anhang). An zweiter Stelle steht mit einem von 10 Fällen das instabile Wohnen bei anderen Personen wie Familienmitgliedern oder befreundeten Personen (10 %). In einem von 20 Fällen kommen die Betreuten aus institutionellen Wohnformen (Fachklinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung, ambulant betreutes Wohnen und Übergangswohnheim) (5 %) in die Betreuung. Etwa eine:r von 25 Hilfesuchenden war in den sechs Monaten vor Betreuungsbeginn überwiegend in Justizvollzugsanstalten (JVA) untergebracht (4 %).

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigen sich Unterschiede zwischen Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen bzw. Verhaltenssüchten („legaler Bereich“) und Hilfesuchenden mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen: Betreute mit alkoholbezogenen Störungen oder Verhaltenssüchten leben häufiger selbstständig (Spanne: 76 % bis 88 %) als Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide;

Spanne: 61 % bis 69 %). Darüber hinaus waren nur einzelne Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen oder einer Verhaltenssucht im Vorfeld der Betreuung in JVAs untergebracht (alle Anteile <3 %). Für Betreute mit opioid- (8 %) oder stimulanzienbezogenen Störungen (7 %) spielt die kürzliche Unterbringung im Justizvollzug demgegenüber eine gewisse Rolle. Dies gilt auf niedrigerem Niveau auch für Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen (4 %).



HD=Hauptdiagnose; JVA=Justizvollzugsanstalt

Abbildung 14 Wohnsituation nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Unmittelbar vor Betreuungsbeginn wohnen Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen in einem von 20 Fällen instabil bei anderen Personen (5 %). Unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen ist dieser Anteil fast viermal so hoch (19 %). Das Wohnen in institutionellen Wohnformen ist unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen am weitesten (8 %) und unter Hilfesuchenden mit Glücksspielproblematik am wenigsten verbreitet (3 %). Eine prekäre Wohnsituation (Obdachlosigkeit, Leben in einer Notunterkunft) ist nur für Betreute mit opioid- (10 %) bzw. stimulanzienbezogenen Störungen (4 %) in nennenswertem Umfang dokumentiert.

Schulbildung

In Bezug auf den schulischen Bildungsweg zeigen sich deutliche Gruppenunterschiede (siehe Abbildung 15 und Tabelle M im Anhang). Als Indikator für hohe Schulbildung wird nachfolgend

der Anteil an Betreuten mit (Fach-)Hochschulreife herangezogen. Als Indikator für niedrige schulische Bildung dient der Anteil an Betreuten, der die Schule abgebrochen hat.

Außer bei Hilfesuchenden mit Exzessiver Mediennutzung findet sich in allen Gruppen ein, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, tendenziell niedrigerer Bildungsstand (Wohnbevölkerung 2024: Abitur 37 %, ohne allgemeinen Schulabschluss 6 %; (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025b)).

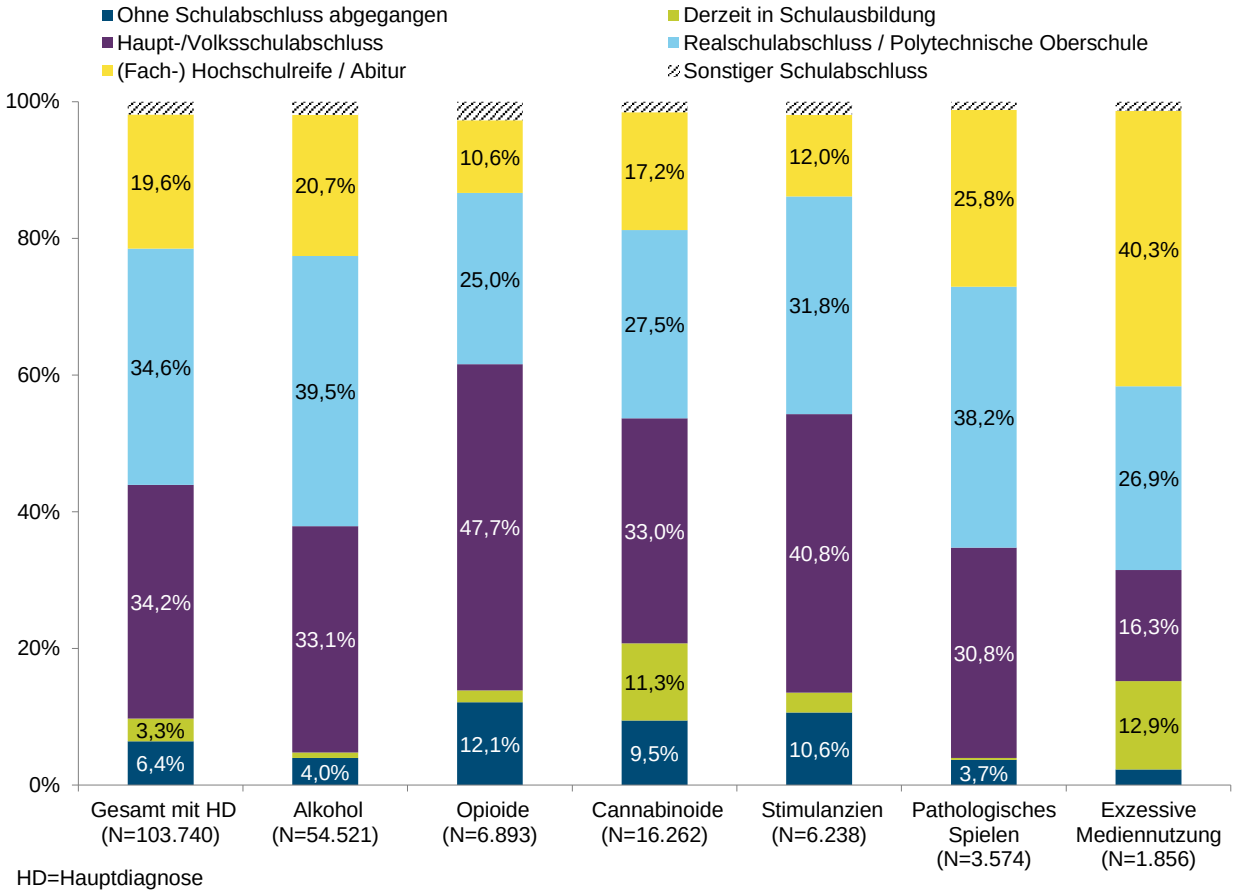


Abbildung 15 Schulischer Bildungsweg nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Eine hohe schulische Bildung findet sich bei Betreuten mit Verhaltenssüchten oder alkoholbezogenen Störungen (Spanne: 21 % bis 40 %) häufiger als bei Betreuten mit opioid- (11 %) oder stimulanzienbezogenen Störungen (12 %). Unter Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen hat knapp ein Sechstel die (Fach-)Hochschulreife (17 %).

Insgesamt haben die Betreuten etwa in einem von 15 Fällen die Schule ohne Abschluss verlassen (6 %). Hierbei ist ein Schulabbruch unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen oder Verhaltenssüchten (Spanne: 2 % bis 4 %) deutlich weniger verbreitet als unter den Betreuten der übrigen Gruppen (Spanne: 10 % bis 12 %).

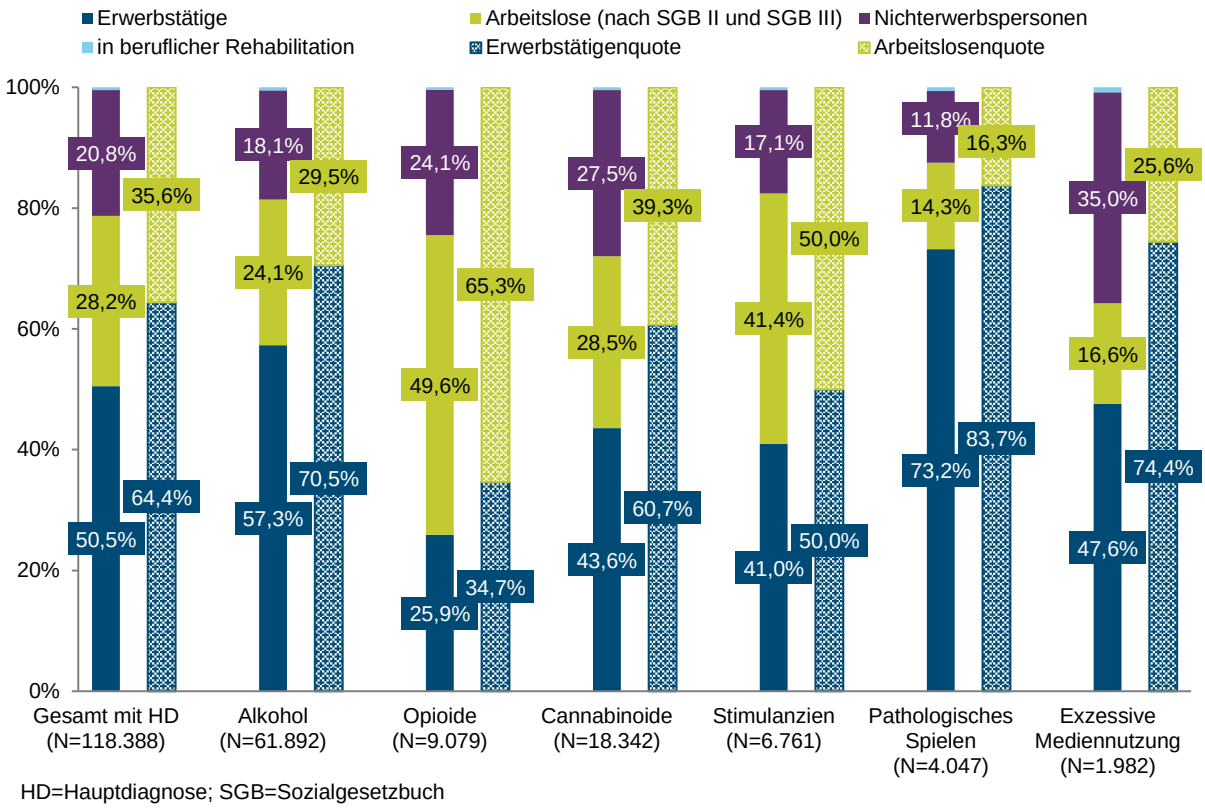
Nur ein kleiner Anteil aller Betreuten befindet sich in einer laufenden Schulausbildung (3 %). Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Hilfesuchende mit Exzessiver Mediennutzung (13 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (11 %).

Erwerbsstatus

Die Arbeitslosenquote in Bezug auf alle zivilen Erwerbspersonen lag in Deutschland 2024 bei 6,0 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025a) und war damit deutlich niedriger als der Anteil an Arbeitslosen in den betrachteten Gruppen (siehe Abbildung 16 und Tabelle N im Anhang). Allerdings sind beide Werte nicht direkt vergleichbar, da die allgemeine Arbeitslosenquote auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (z. B. Personen in Rente) in den Nenner einschließt, wodurch Unterschiede stark unterschätzt werden. Daher berichtet Abbildung 16 neben dem Arbeitslosenanteil ergänzend eine analog zur Bundesagentur für Arbeit berechnete „Arbeitslosenquote“ für die hilfesuchende Population. Diese „Arbeitslosenquote“ entspricht dem Anteil an Arbeitslosen an der aus Erwerbstätigen und Arbeitslosen zusammengesetzten Gruppe (d. h. Nichterwerbspersonen unberücksichtigt).

Insgesamt übersteigt die „Arbeitslosenquote“ den Arbeitslosenanteil um 26 %. Der Unterschied ist dabei bei Betreuten mit Exzessiver Mediennutzung besonders stark ausgeprägt (+54 %). Bei Betreuten mit Glücksspielproblematik fällt er am wenigsten ins Gewicht (+13 %).

Die Hälfte der Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen ist arbeitslos (50 %). In der Gruppe mit stimulanzienbezogenen Störungen halten sich Arbeitslosigkeit (41 %) und Erwerbstätigkeit (41 %) die Waage (siehe Abbildung 16 und Tabelle N im Anhang). Betreute mit Glücksspielproblematik (73 %) oder alkoholbezogenen Störungen (57 %) sind mehrheitlich erwerbstätig. Besonders hohe Anteile an Nichterwerbspersonen – zu denen auch Personen in laufender schulischer Ausbildung bzw. Studierende zählen – finden sich unter Hilfesuchenden mit Exzessiver Mediennutzung (35 %). Nur vereinzelt kommt es zur Betreuung von Personen, die sich in einer laufenden beruflichen Rehabilitation befinden.



HD=Hauptdiagnose; SGB=Sozialgesetzbuch

Abbildung 16 Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

3.3 Betreuungsbezogene Merkmale

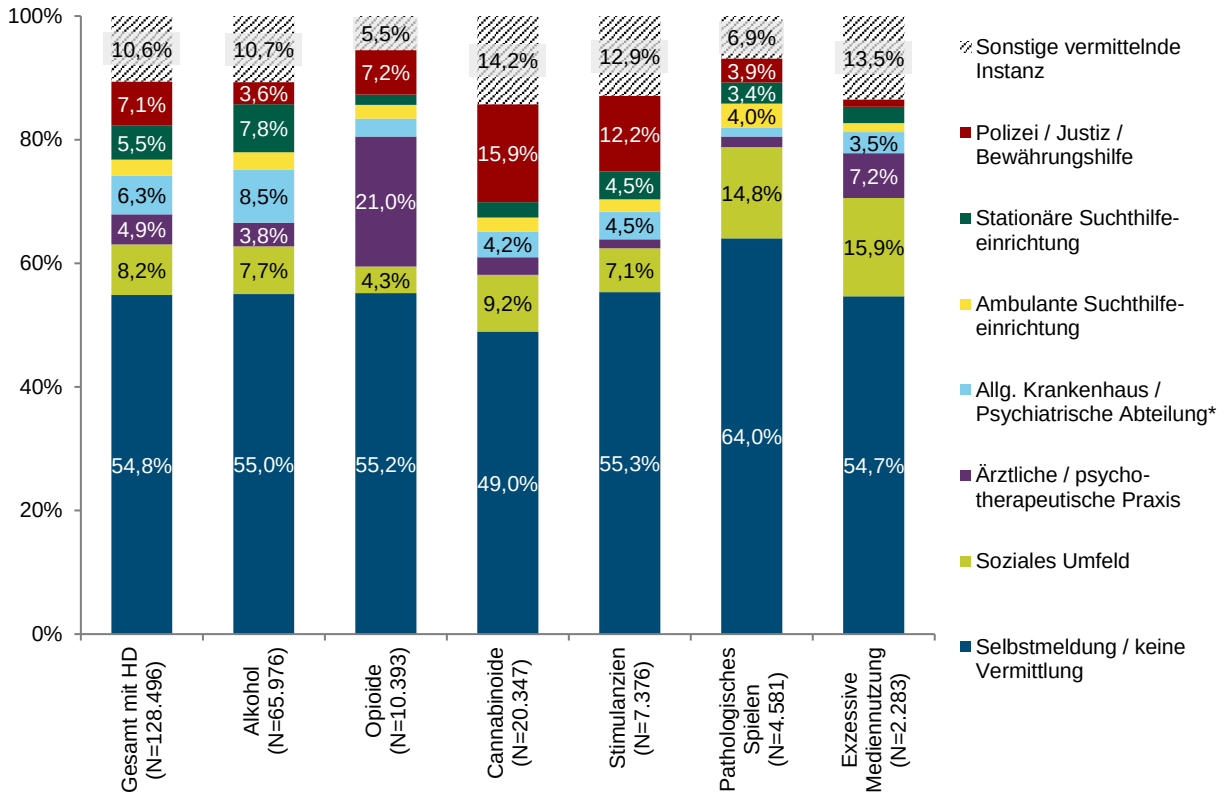
3.3.1 Zugangsdaten

Vermittlungswege

Etwa 5 von 9 Hilfesuchenden kommen ohne Vermittlung Dritter über Selbstmeldungen (55 %) in die ambulante Betreuung (siehe Abbildung 17 und Tabelle O im Anhang). Weitere nachrangige Zugangswege bilden Vermittlungen über das soziale Umfeld (8 %), über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (7 %), über Allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (6 %), über stationäre Suchthilfeeinrichtungen (6 %) sowie über ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen (5 %).

Am häufigsten sind Selbstmeldungen bei Betreuten mit Glücksspielproblematik (64 %), am seltensten bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (49 %). Hilfesuchende mit cannabinoid- (16 %) bzw. stimulanzienbezogenen Störungen (12 %) werden vergleichsweise häufig über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe in die ambulante Suchthilfe vermittelt (übrige Gruppen: Spanne: 1 % bis 7 %). Allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen vermitteln insbesondere Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (9 %), treten in den übrigen Gruppen aber nur nachrangig in Erscheinung (Spanne: 1 % bis 5 %). Zur Vermittlung durch ärztliche oder psychotherapeutische Praxen kommt es mit Abstand am häufigsten bei Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (21 %; Spanne übrige Gruppen: 1 % bis 7 %).

Hilfesuchende mit Verhaltenssüchten werden häufiger durch das soziale Umfeld vermittelt (Exzessive Mediennutzung: 16 %; Pathologisches Spielen: 15 %) als Hilfesuchende mit stoffgebundenen Störungen (Spanne: 4 % bis 8 %).



* inkl. "Akutbehandlung";
HD=Hauptdiagnose

Abbildung 17 Vermittlung in Beratung nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Erstbetreuungen

Unter Erstbetreuten versteht man Personen, die das erste Mal in ihrem Leben Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen, wobei diese Inanspruchnahme in einer ambulanten Einrichtung erfolgt. Die Erstbetreuung adressiert somit den Erstkontakt zum Suchthilfesystem an sich und nicht die erste Betreuungsepisode in einer konkreten Suchthilfeeinrichtung.

Gut ein Drittel aller ambulant hilfesuchenden Personen sind Erstbetreute (37 %; siehe Abbildung 18 und Tabelle P im Anhang), wobei eine große Schwankungsbreite besteht. Während zwei Drittel der Betreuten mit Exzessiver Mediennutzung (67 %) vorab keine suchtbezogenen Hilfen in Anspruch genommen haben, gilt dies nur für ein Sechstel der Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (17 %).

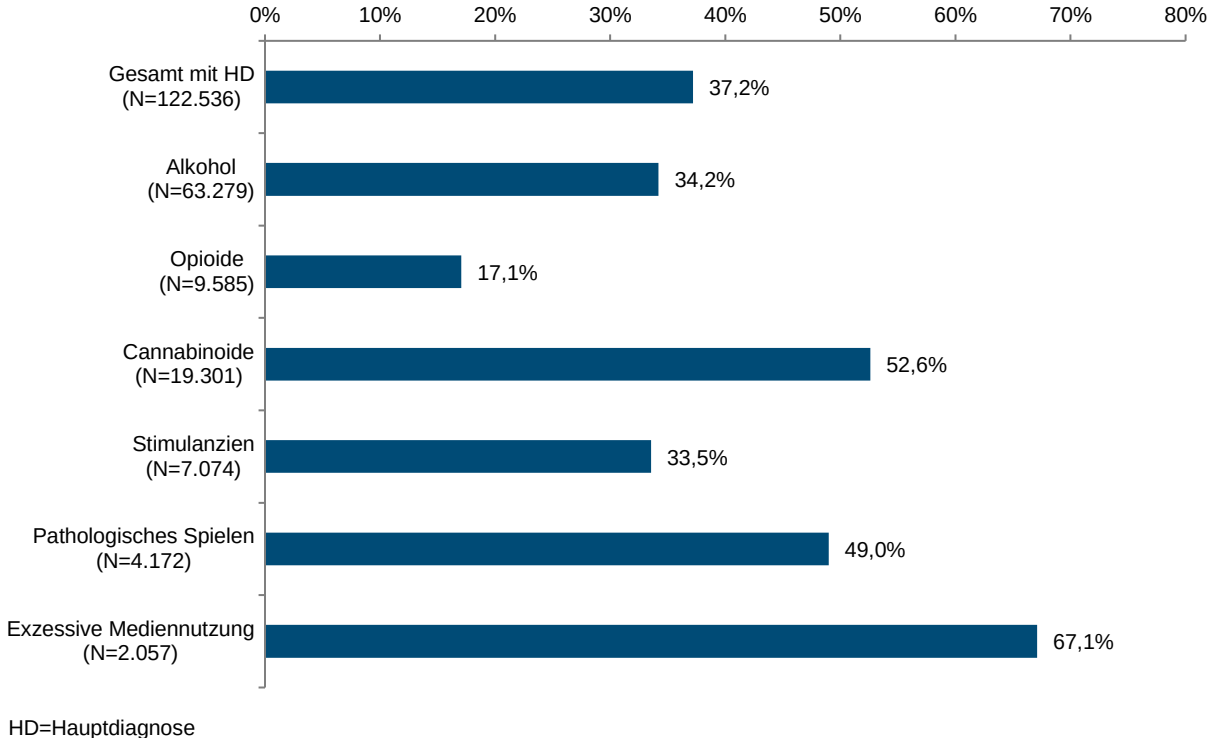


Abbildung 18 Anteil Erstbetreuter nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

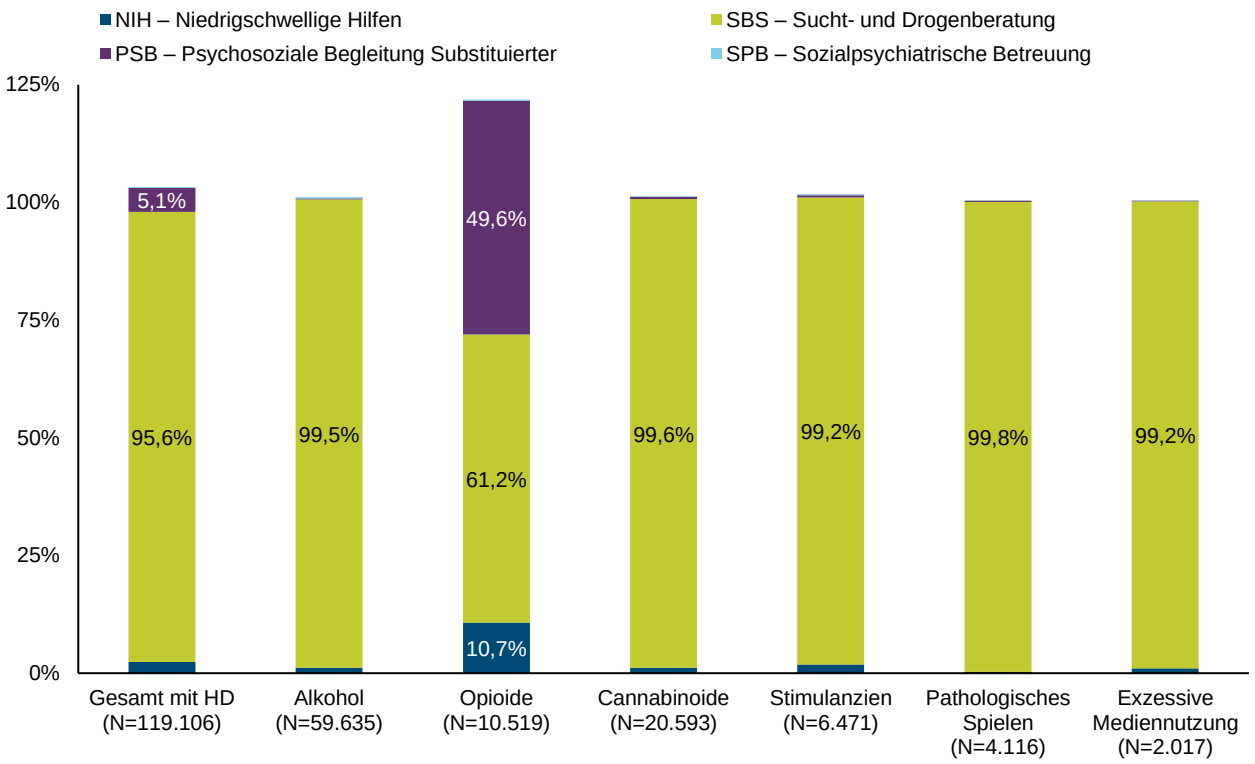
3.3.2 Durchgeführte Maßnahmen

Hauptmaßnahme

Hauptmaßnahmen in ambulanten Einrichtungen entstammen am häufigsten der Angebotskategorie Beratung und Betreuung (87 %; siehe Tabelle Q im Anhang). Dies gilt für alle betrachteten Gruppen, wobei die Anteile zwischen 85 % (alkoholbezogene Störungen) und 93 % (Exzessive Mediennutzung) schwanken. Ansonsten entfällt insgesamt noch auf die Angebotskategorie Suchtbehandlung (9 %) ein berichtenswerter Anteil. Hierbei erhalten Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (13 %) oder Glücksspielproblematik (10 %) eher eine Suchtbehandlung als Hilfesuchende in den übrigen Gruppen (Spanne: 4 % bis 6 %). Zudem finden sich nur bei Betreuten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) in gewissem Umfang Hauptmaßnahmen aus dem Bereich der Justiz (Spanne: 4 % bis 7 %).

Angebotskategorie Beratung und Betreuung

Innerhalb von Betreuungen, bei denen Maßnahmen aus der Angebotskategorie Beratung und Betreuung – die nicht notwendigerweise die Hauptmaßnahme darstellen – erbracht werden, erfolgt in 19 von 20 Fällen Sucht- und Drogenberatung (SBS; 96 %; siehe Abbildung 19). Abgesehen von Betreuten mit opioidbezogenen Störungen erhalten die Hilfesuchenden dabei fast ausnahmslos SBS (Spanne: 99 % bis 100 %). Betreute mit opioidbezogenen Störungen erhalten in 3 von 5 Fällen – und damit vergleichsweise selten – SBS (61 %). Die Hälfte erhält hier PSB (50 %) und etwa ein Zehntel NIH (11 %).



HD=Hauptdiagnose;
Aufgrund von Maßnahmenkombinationen aus unterschiedlichen Bereichen sind Werte über 100% möglich.

Abbildung 19 Maßnahmen aus der Angebotskategorie “Beratung und Betreuung“ nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Anzahl der Maßnahmen

Insgesamt erhalten 9 von 10 Betreuten nur eine einzige Maßnahme (91 %), knapp ein Zwölftel (8 %) erhält 2 Maßnahmen (siehe Abbildung 20 und Tabelle R im Anhang). Zu mindestens 3 Maßnahmen kommt es nur vereinzelt.

Die Verteilung ist dabei für alle Gruppen (Spanne: 4 % bis 8 %) ähnlich mit Ausnahme der Betreuten mit opioidbezogenen Störungen. Hier erhält rund ein Fünftel der Hilfesuchenden zwei Maßnahmen (21 %) und es ist die einzige Gruppe, in der innerhalb einer Betreuungsepisode es in nennenswertem Umfang zu mindestens 3 Maßnahmen kommt (4 %).

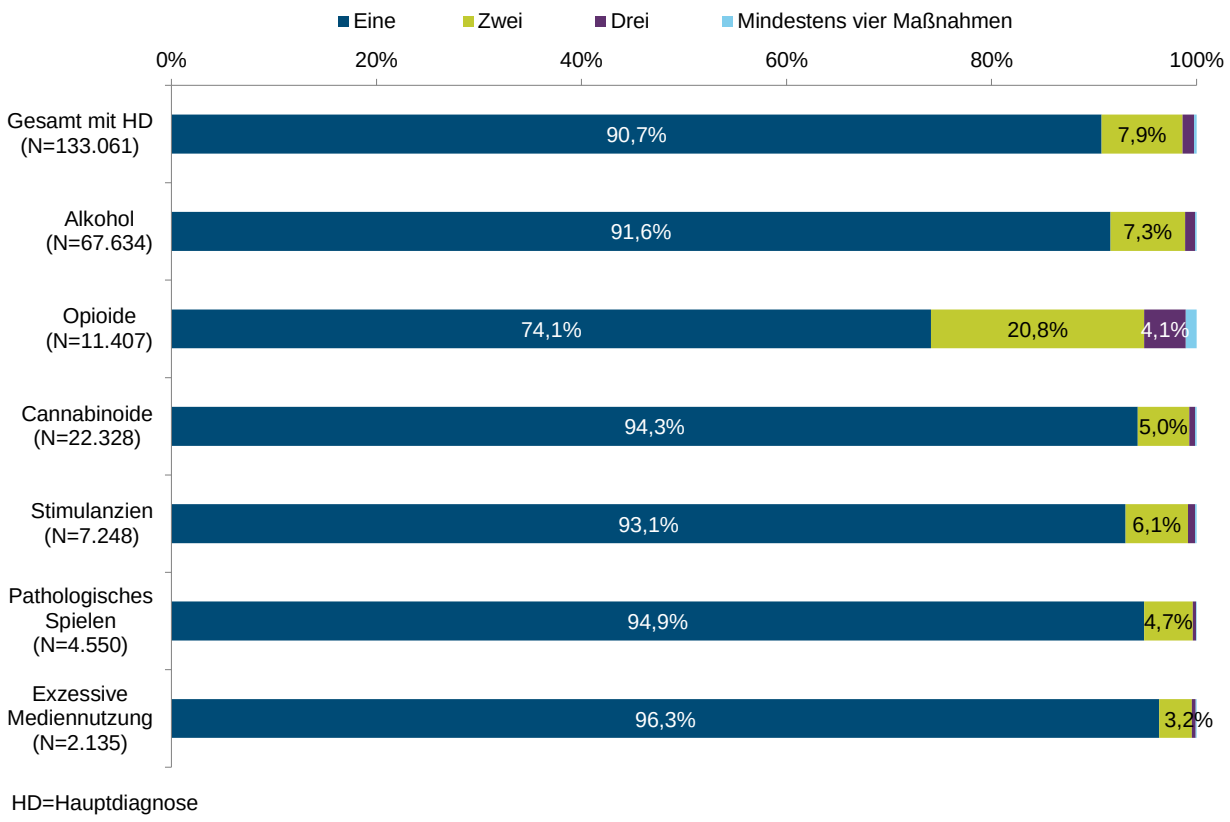


Abbildung 20 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

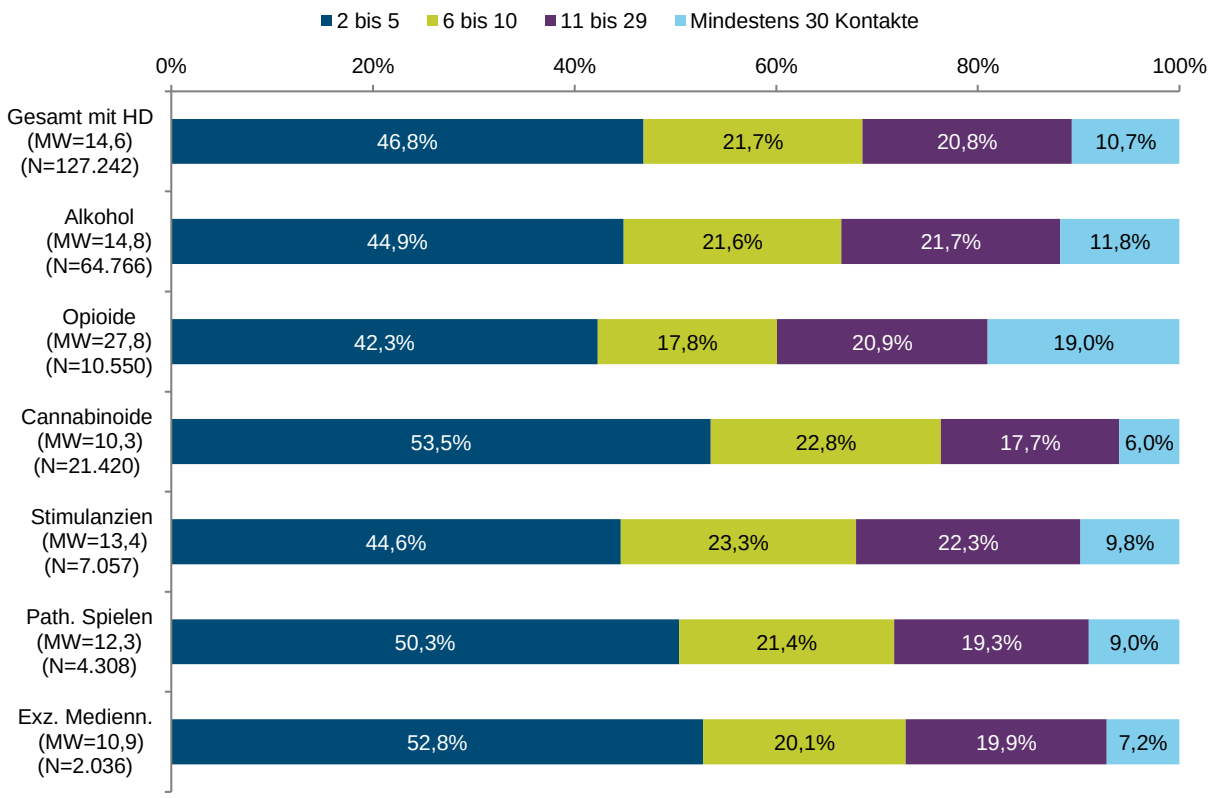
3.3.3 Abschluss der Betreuung

Kontakthäufigkeit

Eine Betreuungsepisode umfasst im Mittel 15 Kontakte (siehe Abbildung 21 und Tabelle S im Anhang). Rund die Hälfte der Hilfesuchenden hat 2 bis 5 Kontakte mit der betreuenden ambulanten Einrichtung (47 %), jeweils etwa ein Fünftel hat 6 bis 10 (22 %) bzw. 11 bis 29 Kontakte (21 %). Zu mindestens 30 Kontakten kommt es in einem von 9 Fällen (11 %).

Betreute mit opioidbezogenen Störungen haben im Mittel mit Abstand am meisten Kontakte (Ø 28 Kontakte). Besonders niedrige durchschnittliche Kontaktzahlen finden sich bei Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (Ø 10Kontakte).

5 von 9 Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (54 %) haben maximal 5 Kontakte. Bei den übrigen substanzgebundenen Störungen gilt dies für etwa 4 von 9 Betreuten (Spanne: 43 % bis 45 %) und bei Verhaltenssüchten für jeweils etwa die Hälfte (Glücksspielproblematik: 50 %; Exzessive Mediennutzung: 53 %). Demgegenüber kommt es bei einem Fünftel der Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen zu mindestens 30 Kontakten (19 %). Dies ist mindestens eineinhalbmal so häufig wie in den übrigen Gruppen (Spanne: 6 % bis 12 %).



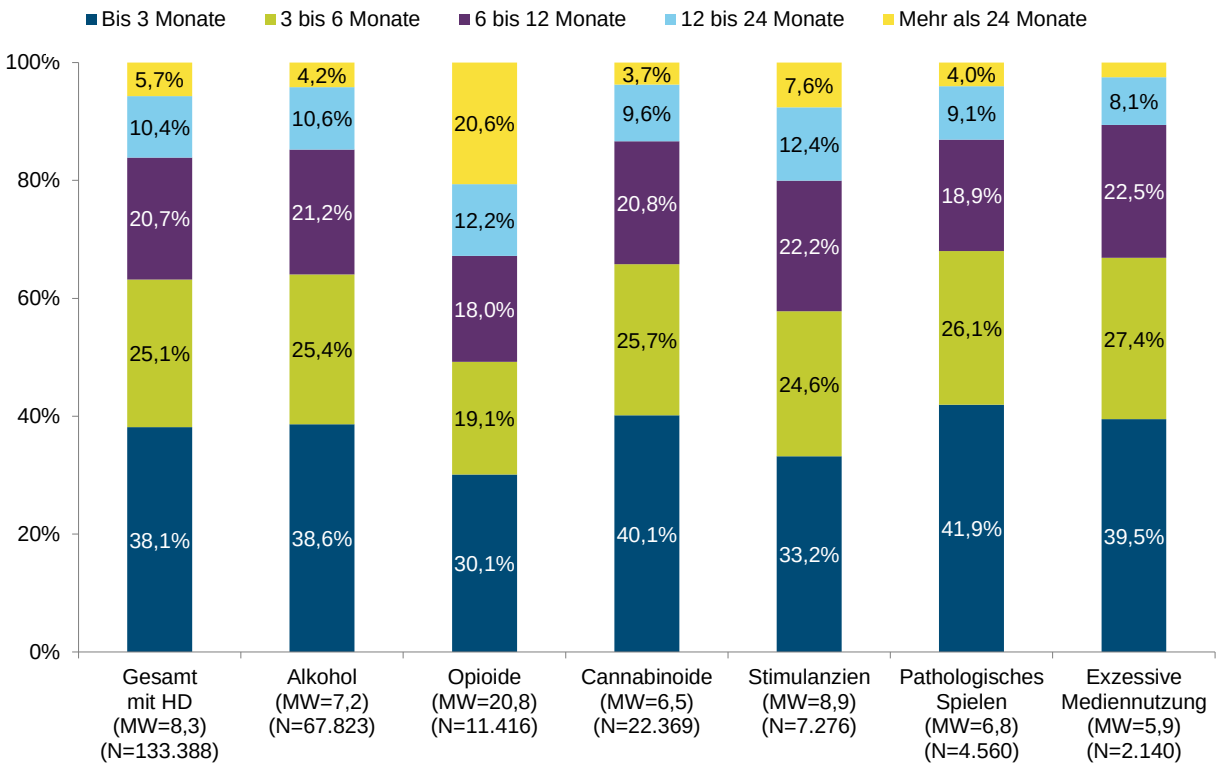
HD=Hauptdiagnose; MW=Mittelwert der Kontakzahl; Path. Spielen=Pathologisches Spielen; Exz. Medienn.=Exzessive Mediennutzung.

Abbildung 21 Relevanz unterschiedlicher Kontaktzahlen nach Hauptdiagnose

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer beläuft sich – bei breiter Schwankung – auf 8 Monate (siehe Abbildung 22 und Tabelle T im Anhang). Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen werden im Mittel rund 3,5-mal so lange betreut (Ø 21 Monate) wie Hilfesuchende mit Exzessiver Mediennutzung (Ø 6 Monate). Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei opioidbezogenen Störungen ist zudem mehr als doppelt so lange wie bei Hilfesuchenden mit stimulanzienbezogenen Störungen (Ø 9 Monate), die die Gruppe mit der zweitlängsten mittleren Betreuungsdauer bilden.

Auch in der Verteilung der Betreuungsdauern gibt es merkliche gruppenbezogene Unterschiede: Kurzzeitbetreuungen von bis zu 3 Monaten finden sich bei (knapp) einem Drittel der Betreuten mit opioid- (30 %) bzw. stimulanzienbezogenen Störungen (33 %), machen in den übrigen Gruppen aber zwei Fünftel des Betreuungsgeschehens aus (Spanne: 39 % bis 42 %). Betreuungsdauern von über einem Jahr finden sich bei Exzessiver Mediennutzung nur in gut einem von 10 Fällen (11 %). In der Gruppe mit opioidbezogenen Störungen liegt der entsprechende Anteil hingegen bei einem Drittel (33 %), wobei ein Fünftel der Hilfesuchenden sogar länger als zwei Jahre betreut wird (21 %).



HD=Hauptdiagnose; MW=Mittelwert in Monaten

Abbildung 22 Betreuungsdauer nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Art der Beendigung

Insgesamt liegt die Haltequote (d. h. Anteil an planmäßig beendeten Betreuungen) im ambulanten Bereich bei 69 % (siehe Abbildung 23 und Tabelle U im Anhang).

Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen beenden die Betreuung in 5 von 9 Fällen (55 %) – und damit vergleichsweise selten – planmäßig. In den übrigen Gruppen reicht die Haltequote von (knapp) zwei Dritteln (Stimulanzien: 63 %; Cannabinoide bzw. Glücksspiel: 67 %) bis zu knapp drei Vierteln (Alkohol bzw. Exzessive Mediennutzung: 73 %).

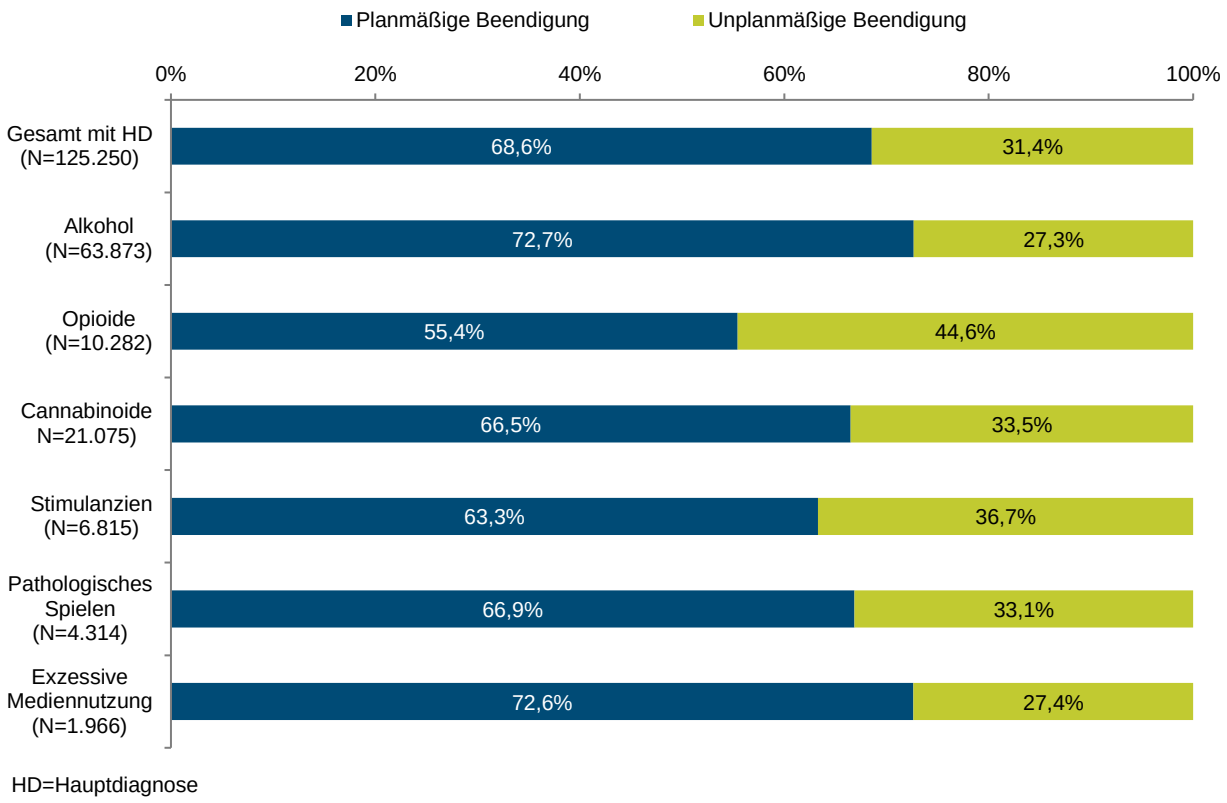


Abbildung 23 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Weitervermittlung

Insgesamt werden gut 3 von 10 Hilfesuchenden nach Betreuungsende durch die ambulante Einrichtung weitervermittelt (31 %; siehe Abbildung 24 und Tabelle V im Anhang). In diesen Fällen erhalten etwa zwei Drittel der Betreuten im Anschluss eine Suchtbehandlung (67 %) und etwa ein Siebtel erhält (andere) Angebote der Beratung und Betreuung (14 %). Zudem haben noch Weitervermittlungen in die Akutbehandlung (8 %), in die Soziale Teilhabe (6 %) sowie in suchtbezogene Unterstützungsangebote im Kontext des Justizvollzugs (4 %) eine gewisse Relevanz.

In allen Gruppen wird überwiegend in die Suchtbehandlung weitervermittelt (Spanne 39 % bis 71 %). An zweiter Stelle stehen Weitervermittlungen in Beratung und Betreuung (Spanne: 13 % bis 25 %). Eine Ausnahme bilden Hilfesuchende mit Exzessiver Mediennutzung, die geringfügig häufiger in die Akutbehandlung (27 %) weitervermittelt werden als in Angebote der Beratung und Betreuung (25 %). Betreute mit einer Störung aufgrund des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) werden deutlich häufiger in Unterstützungsangebote im Kontext des Justizvollzugs (5 % bis 10 %) weitervermittelt als Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder einer Verhaltenssucht (jeweils <3 %). Eine Weitervermittlung in die Soziale Teilhabe ist bei Betreuten mit opioidbezogenen Störungen etwa doppelt so häufig (10 %) wie bei anderen

substanzgebundenen Störungen (Spanne: 4 % bis 6 %). Für Verhaltenssüchte ist dieser Weitervermittlungsweg von untergeordneter Bedeutung (<3 %).

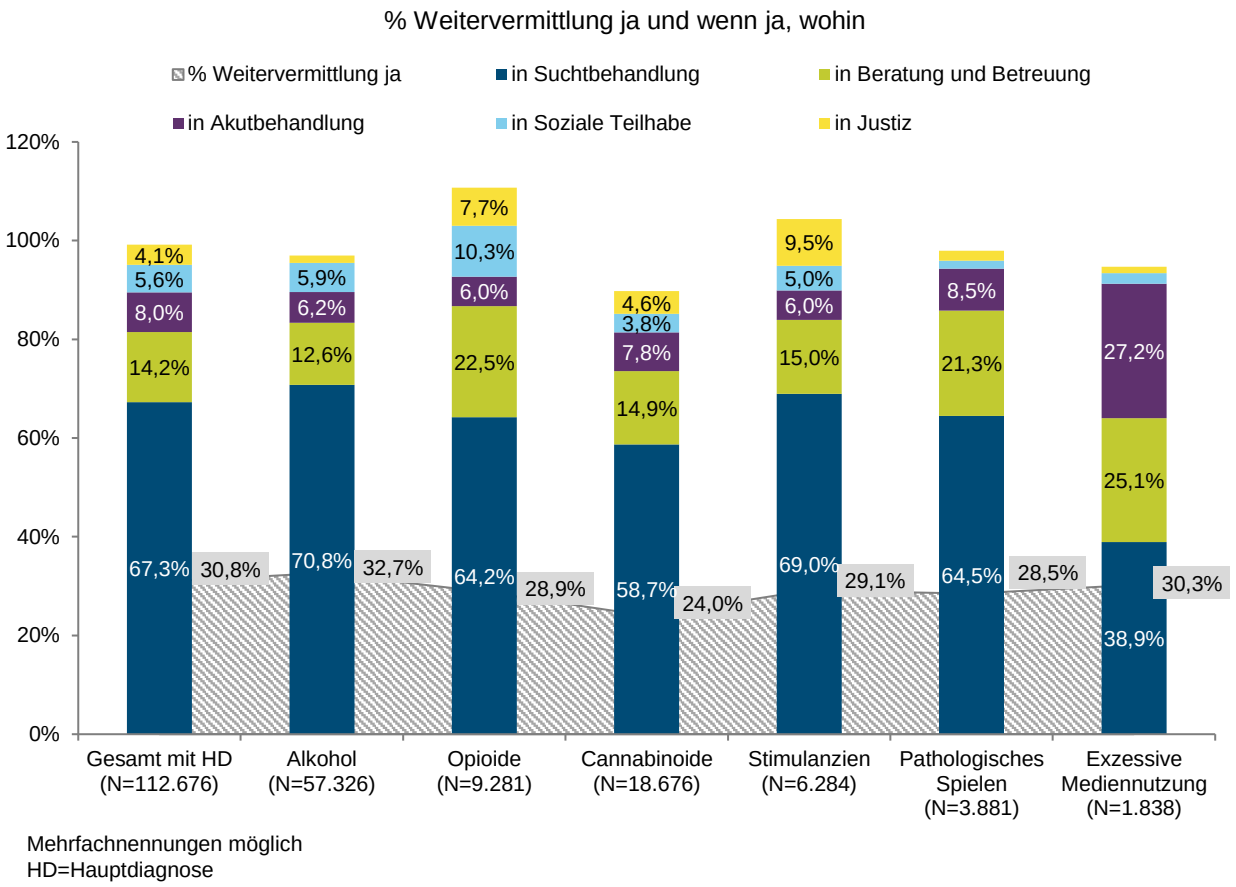


Abbildung 24 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

Anbindung an die Selbsthilfe

Insgesamt wird einem Siebtel der Betreuten ein Kontakt zur Selbsthilfe vermittelt (15 %) und etwa ein Achtel der Betreuten besucht während der Betreuung ein Angebot der Selbsthilfe (13 %; siehe Abbildung 25 und Tabelle W im Anhang). Eine Kontaktvermittlung erfolgt am häufigsten für Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (20 %) und am seltensten für Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen (4 %). Für den Besuch von Selbsthilfegruppen zeigt sich dasselbe Bild (Alkohol: 19 %; Opioide: 4 %). In allen Gruppen kommt es (etwas) häufiger zur Kontaktvermittlung zur Selbsthilfe als zum tatsächlichen Besuch von Angeboten der Selbsthilfe.

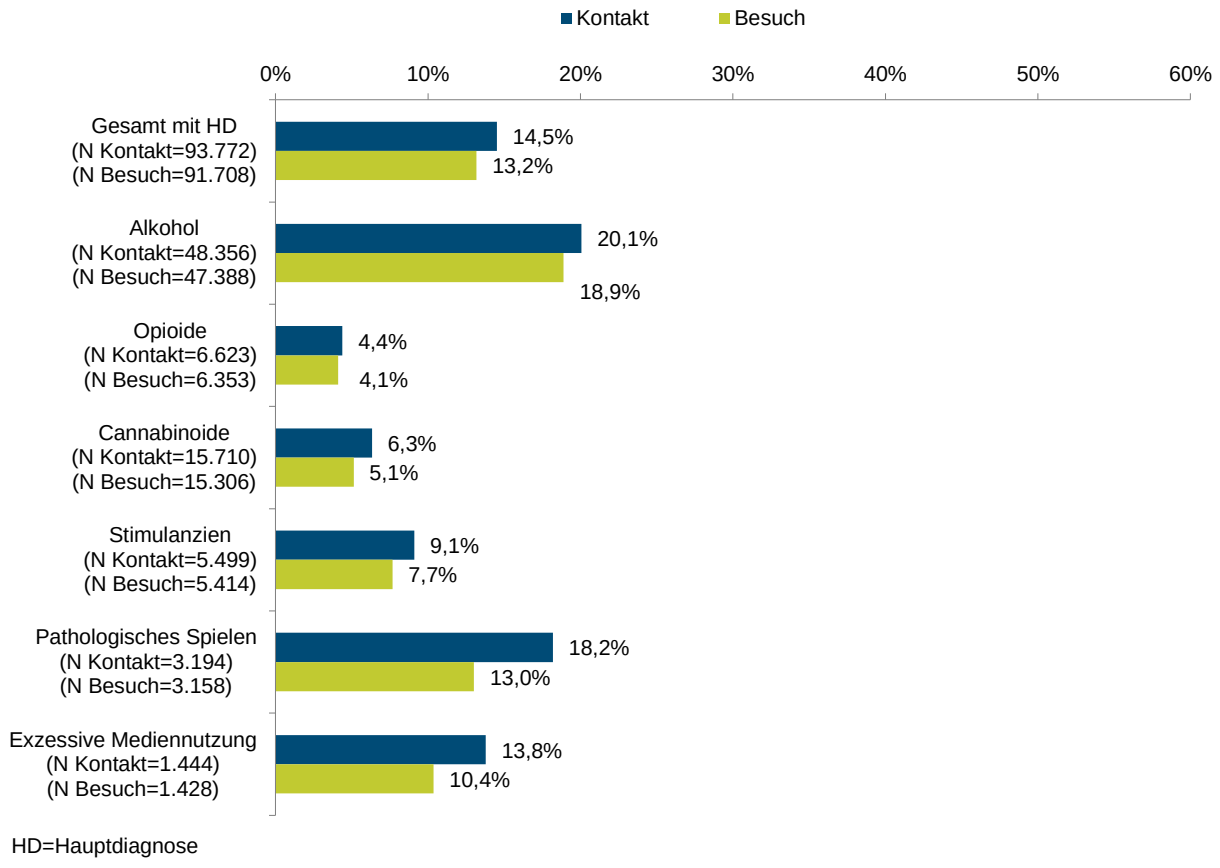


Abbildung 25 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptdiagnose (ambulante Einrichtungen)

3.3.4 Indikatoren des Behandlungserfolgs

Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Nach Einschätzung der betreuenden Fachkräfte hat sich das Suchtverhalten bei etwa 6 von 10 Hilfesuchenden bei Betreuungsende verbessert (62 %; siehe Abbildung 26 und Tabelle X im Anhang).

In fast allen Gruppen kommt es bei der Mehrheit der Betreuten bis zum Betreuungsende zu einer Verbesserung ihrer Suchtproblematik (Spanne: 60 % bis 73 %). Eine Ausnahme bilden Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen: Hier zeigt sich nur bei einer Minderheit eine Verbesserung (43 %), allerdings stabilisiert sich in gut der Hälfte der Fälle die Ausgangsproblematik (52 %). Eine Verschlechterung der Suchtproblematik findet sich in allen betrachteten Gruppen selten (Spanne: 1 % bis 5 %), und ein Neuauftreten kommt nur in Einzelfällen vor.

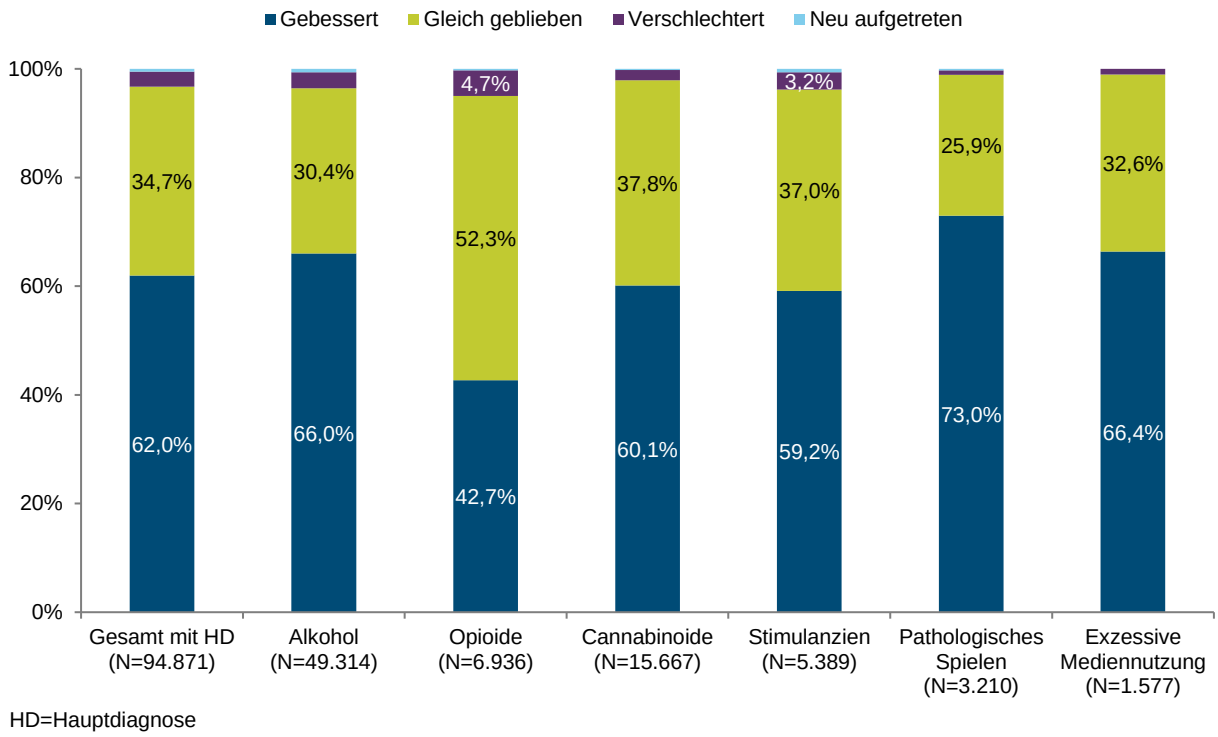


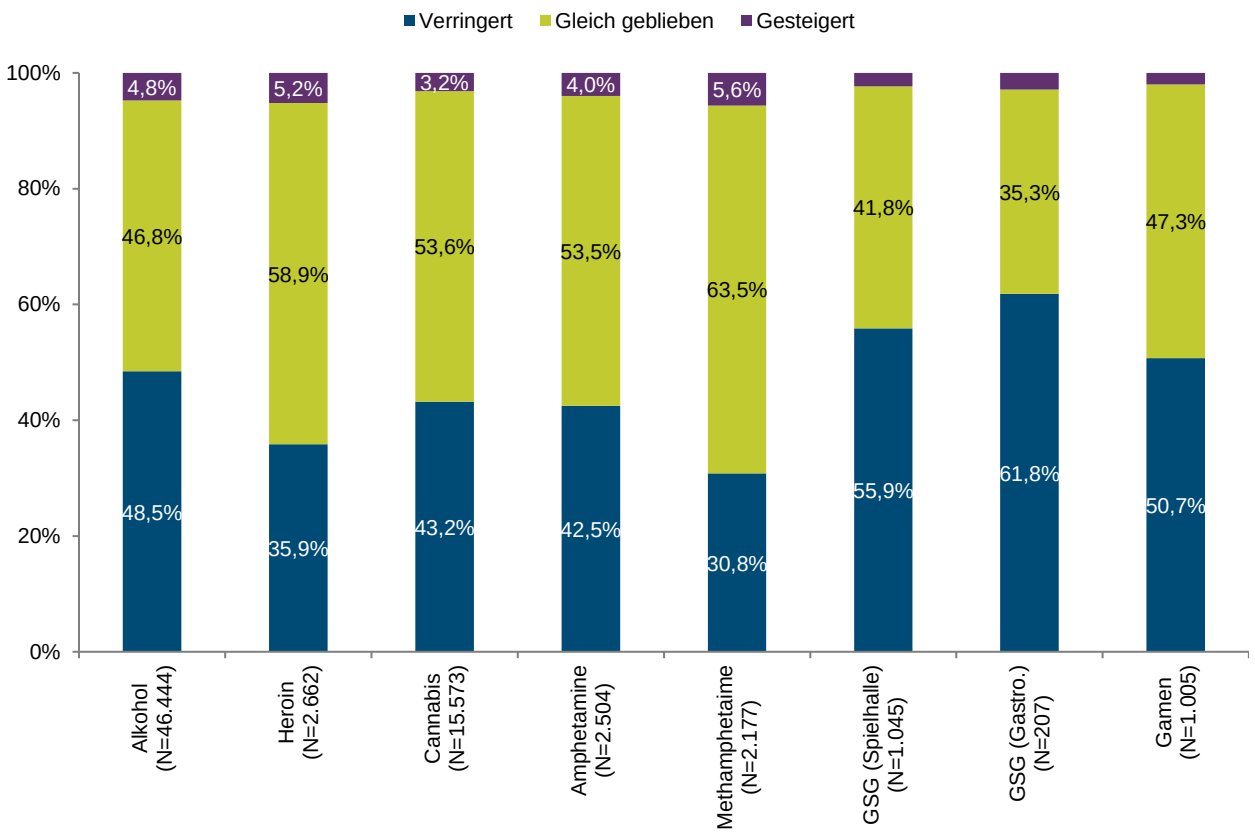
Abbildung 26 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptdiagnosen bei Betreuungsende (ambulante Einrichtungen)

Veränderung der Konsummenge

Bei allen Hauptsubstanzen / -spielformen / -tätigkeiten zeigt sich zu Betreuungsende regelhaft zumindest ein stabilisiertes oder sogar ein reduziertes Konsumverhalten (siehe Abbildung 27 und Tabelle Y im Anhang).

Während sich bei Hilfesuchenden mit Hauptsubstanz Alkohol eine Verringerung (49 %) und eine Stabilisierung der Konsummenge (47 %) die Waage halten, überwiegt bei Personen, deren Hauptsubstanz zum Spektrum der illegalen Substanzen (inkl. Cannabinoide) zählt, die Stabilisierung der Konsummenge (Spanne: 54 % bis 64 %). Quer über alle Hauptsubstanzen hinweg kam es in etwa einem von 20 Fällen zu einer Steigerung der Konsummenge (Spanne: 3 % bis 6 %).

Im Bereich des Glücksspielens haben 5 von 9 Personen, die Automatenspiel in der Spielhalle betrieben haben (56 %), ihre Spielintensität verringert. Bei Betreuten mit der Hauptspielform Automatenspiel in der Gastronomie gilt dies für 3 von 5 Betreuten (62 %). Im Feld der Mediennutzung war bei Personen, die hauptsächlich Gamen, eine gleichbleibende (47 %) Aktivität geringfügig seltener als verringertes Gamen (51 %).



GSG=Geldspielgeräte; Gastro.=in der Gastronomie

Abbildung 27 Entwicklung der Konsummenge zum Behandlungsende nach Hauptsubstanz/ -spielform/ -tätigkeit (ambulante Einrichtungen)

Entwicklung der einzelnen Problembereiche

Zur Beurteilung des Erfolgs der Betreuung wird zwischen einem positiven („gebessert, gleichgeblieben“) und einem negativen Ergebnis („verschlechtert, neu aufgetreten“) unterschieden.

In allen erfragten Problembereichen, die zu Betreuungsbeginn zusätzlich zum Suchtverhalten bestanden, konnte zumindest eine Stabilisierung zum Ende der Betreuung erreicht werden (siehe Abbildung 28 und Tabelle Z im Anhang). Eine Verbesserung wurde jeweils deutlich seltener erzielt. Eine Ausnahme bildet der Problembereich Psyche, bei dem eine Stabilisierung und eine Verbesserung ähnlich häufig waren. Verschlechterungen in den eingangs bestehenden Problembereichen oder das Auftreten neuer Problembereiche werden nur vereinzelt berichtet.

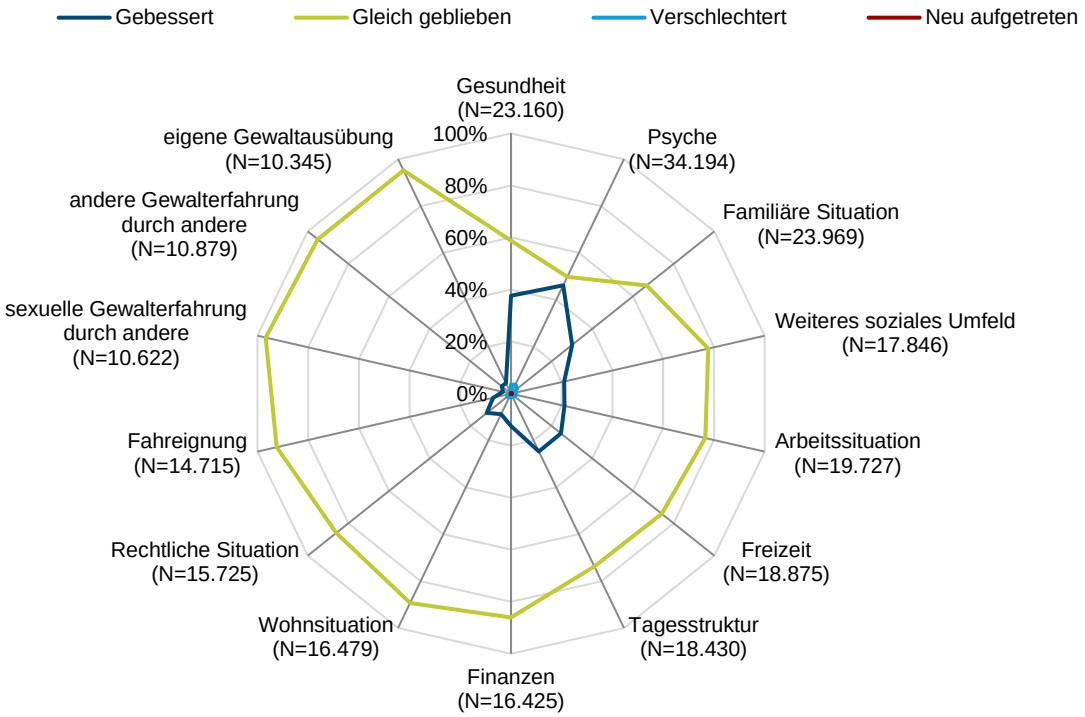


Abbildung 28 Entwicklung der Problembereiche über alle Hauptdiagnosen bei Betreuungsende (ambulante Einrichtungen)

4 STATIONÄRE BEHANDLUNG

Wichtigste Ergebnisse im Überblick

158 Einrichtungen

38.045 Behandlungen

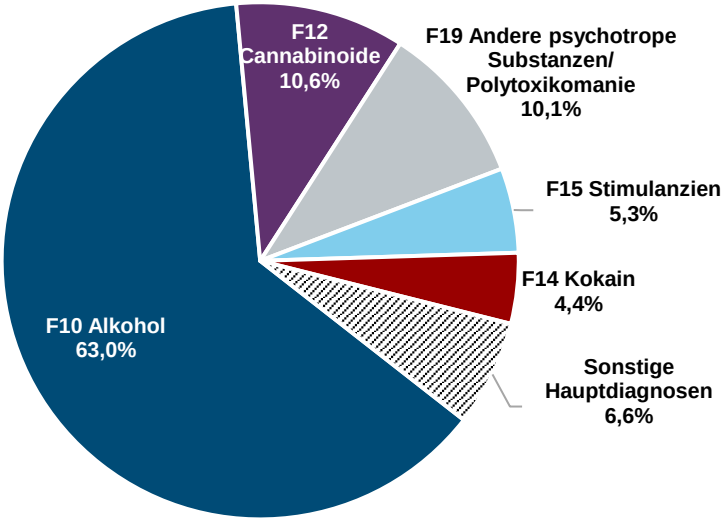
Verbreitete Angebote

Stationäre medizinische Rehabilitation
76 %

Kombinations -behandlung
50 %

Adaption
41 %

Merkmale Behandelte Population



Ø 42 Jahre alt

74 %
männlich

Behandlungsbezogene Merkmale

Ø 3,0 Monate in Behandlung

82 % planmäßig beendete Behandlungen

67 % Behandelte weitervermittelt

4.1 Strukturelle Einrichtungsmerkmale

Trägerschaft

Mit einem Anteil von 58 % befindet sich der überwiegende Teil der teilnehmenden stationären Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. Privatwirtschaftliche Träger halten 27 % und öffentlich-rechtliche Träger 13 % der Einrichtungen.

Auf Einrichtungsebene durchgeführte Maßnahmen

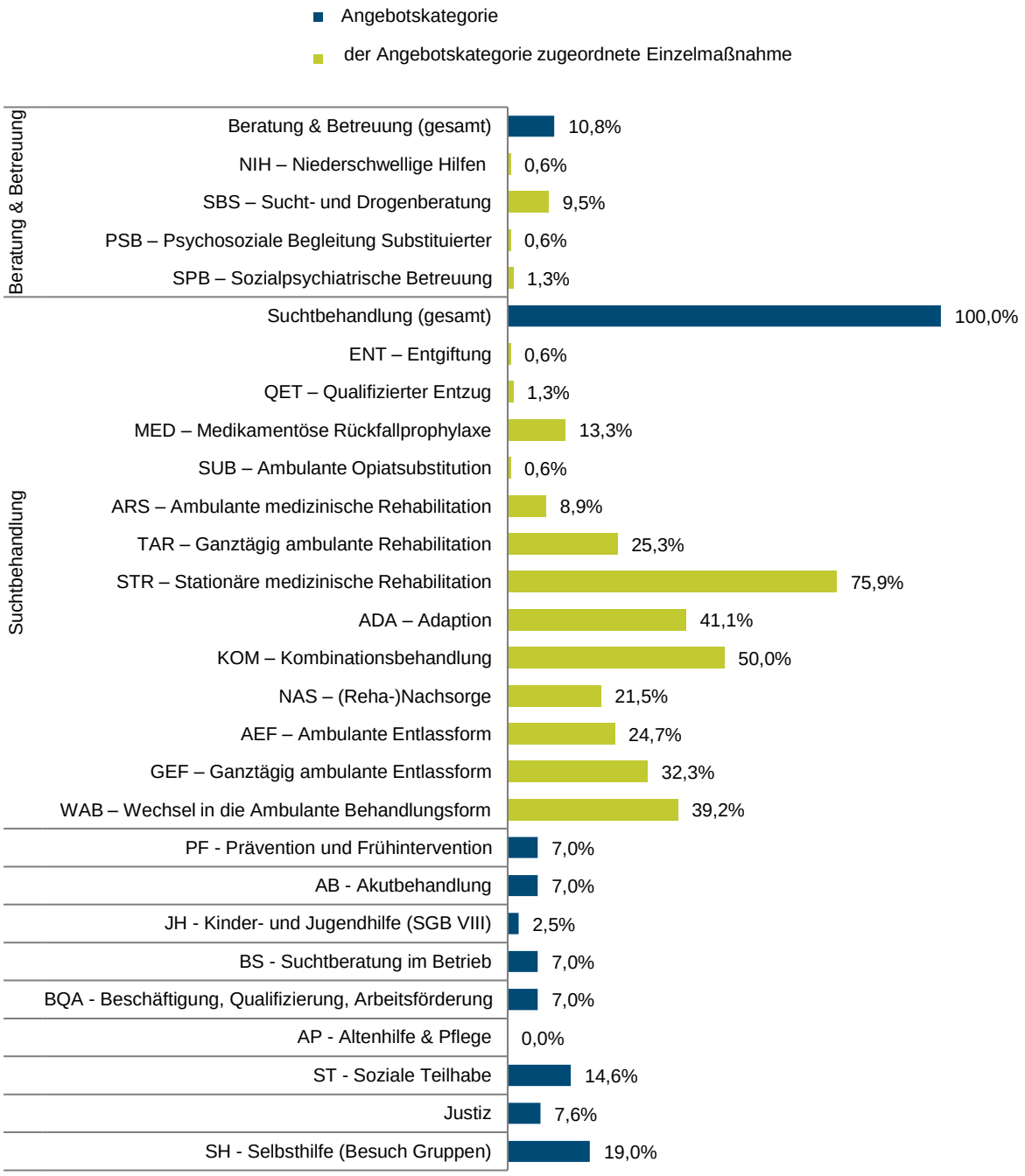
Abbildung 29 stellt dar, in wie vielen der teilnehmenden stationären Einrichtungen bestimmte Angebote und ihnen zugeordnete Maßnahmen in Anspruch genommen wurden. Hierbei werden nur Angebote berücksichtigt, die im Datenjahr 2024 in mindestens einem Fall in der Einrichtung genutzt wurden.

Die Angebotskategorie Suchtbehandlung wird in allen stationären Einrichtungen in Anspruch genommen (in 100 % der Einrichtungen), wobei die in 3 von 4 Einrichtungen genutzte Stationäre medizinische Rehabilitation (STR) das am weitesten verbreitete Einzelangebot aus der Kategorie darstellt (in 76 % der Einrichtungen). An zweiter Stelle steht die Kombinationsbehandlung (KOM), die in der Hälfte der Einrichtungen (in 50 % der Einrichtungen) umgesetzt wird. In jeweils etwa 2 von 5 Einrichtungen werden Adaption (ADA; in 41 % der Einrichtungen) bzw. der Wechsel in die ambulante Entlassform (WAB; in 39 % der Einrichtungen) genutzt. In einem Drittel der Einrichtungen wird die Ganztägige ambulante Entlassform (GEF; in 32 % der Einrichtungen) und in jeweils einem Viertel der Einrichtungen die Ganztägige ambulante Rehabilitation (TAR; in 25 % der Einrichtungen) bzw. die Ambulante Entlassform (AEF; in 25 % der Einrichtungen) umgesetzt. (Reha-)Nachsorge erfolgt in gut jeder fünften Einrichtung (NAS; in 22 % der Einrichtungen). Weniger verbreitet ist die aktive Nachfrage nach medikamentöser Rückfallprophylaxe (MED; in 13 % der Einrichtungen) und ambulanter medizinischer Rehabilitation (ARS; in 9 % der Einrichtungen). Die weiteren Unterkategorien spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Zudem setzt etwa jede neunte Einrichtung Angebote der „Beratung und Betreuung“ (in 11 % der Einrichtungen) um. Hier liegt ein klarer Schwerpunkt auf dem Einzelangebot Sucht- und Drogenberatung (SBS; in 10 % der Einrichtungen). Demgegenüber werden Sozialpsychiatrische Betreuung (SPB), Niedrigschwellige Hilfen (NIH) und Psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter (PSB) nur durch einzelne stationäre Einrichtungen bedient (jeweils < 2 %).

In etwa jeder fünften stationären Einrichtung werden Angebote aus dem Angebotskomplex „Selbsthilfe“ (in 19 % der Einrichtungen) und in jeder siebten Einrichtung Angebote aus dem Angebotskomplex „Soziale Teilhabe“ (in 15 % der Einrichtungen) aktiv nachgefragt. In jeweils etwa einer von 13 bis 14 Einrichtungen werden die Angebotskomplexe „Justiz“ (in 8 % der Einrichtungen), „Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung“ (in 7 % der Einrichtungen), „Akutbehandlung“ (in 7 % der Einrichtungen), „Suchtberatung im Betrieb“ (in 7 % der

Einrichtungen)“ oder „Prävention und Frühintervention“ (in 7 % der Einrichtungen) in Anspruch genommen. Angebote aus dem Bereich Jugendhilfe werden nur in einzelnen Einrichtungen umgesetzt, Angebote aus dem Bereich „Altenhilfe und Pflege“ gar nicht.



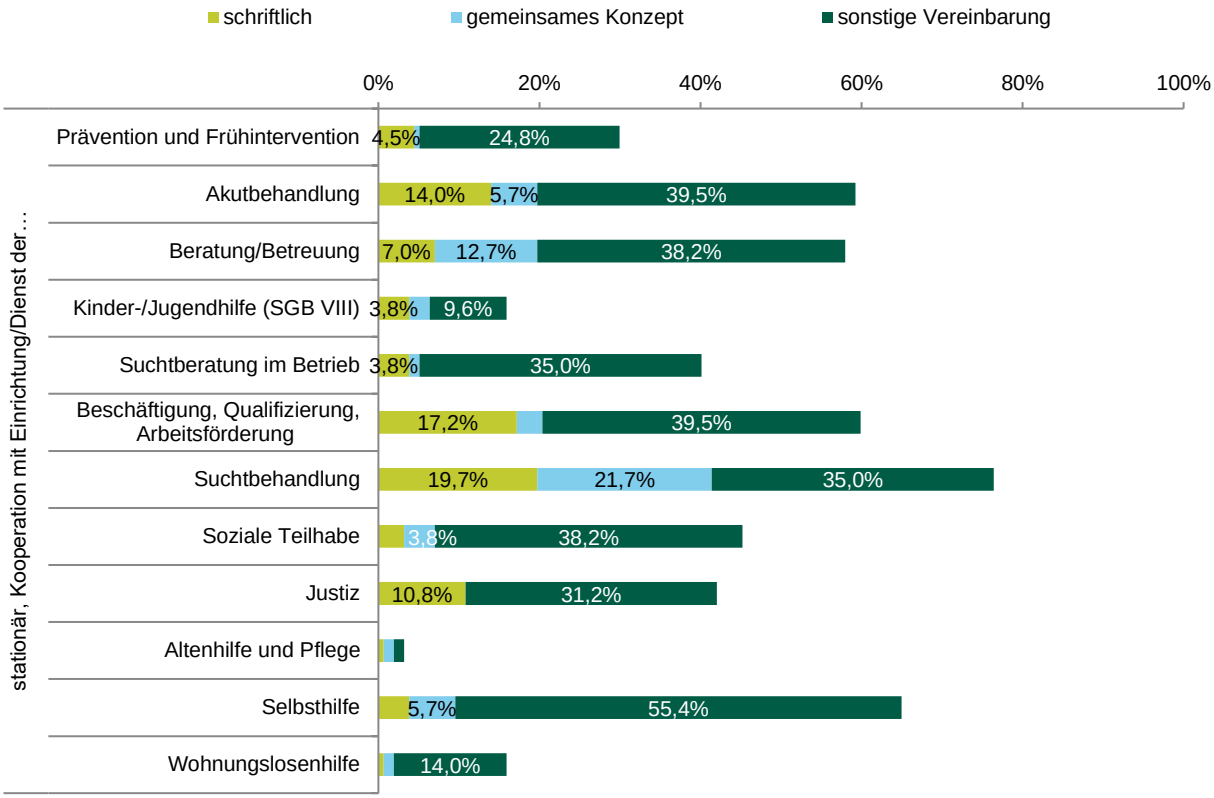
N=158 stationäre Einrichtungen

Abbildung 29 Art und Häufigkeit der Maßnahmen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Kooperation

Drei Viertel der stationären Einrichtungen arbeiten grundsätzlich in irgendeiner Form mit (anderen) Einrichtungen der Suchtbehandlung (76 %) zusammen. Zwei Drittel kooperieren mit

Einrichtungen der Selbsthilfe (65 %) und jeweils etwa drei Fünftel mit Einrichtungen der Beschäftigung und Qualifizierung (60 %), der Akutbehandlung (59 %) bzw. der Beratung und Betreuung (58 %). Demgegenüber kommt es nur in einzelnen Einrichtungen zur Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege (3 %).



N=158 stationäre Einrichtungen
Mehrfachnennungen möglich. SGB: Sozialgesetzbuch.

Abbildung 30 Kooperationen stationärer Rehabilitationseinrichtungen

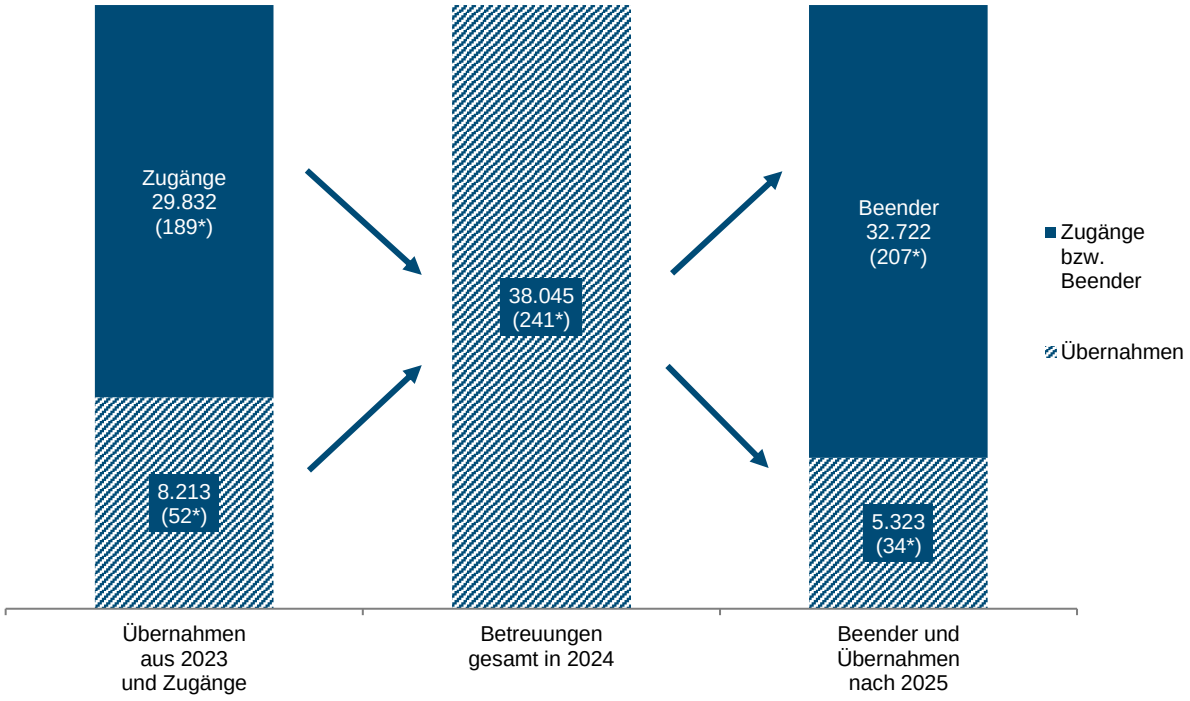
Kooperationen mit anderen Bereichen erfolgen überwiegend auf Basis sonstiger, nicht näher spezifizierter Vereinbarungen (siehe Abbildung 30). Schriftliche Vereinbarungen sind in der Zusammenarbeit mit (anderen) Einrichtungen der Suchtbehandlung (20 %), Einrichtungen der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung (17 %) sowie Einrichtungen der Akutbehandlung (14 %) vergleichsweise häufig. Gemeinsame Konzepte sind außer in der Kooperation mit Einrichtungen der Suchtbehandlung (22 %) sowie mit Einrichtungen der Beratung / Betreuung (13 %) eher selten (Spanne: 0 % bis 6 %).

Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 38.045 Behandlungen in stationären Einrichtungen dokumentiert, wobei alle Behandlungen aufgrund einer eigenen Suchtproblematik erfolgten. Der Personenfluss ist in Abbildung 31 dargestellt. Dabei setzt sich die Gesamtzahl der Behandlungen zusammen aus (a) Übernahmen aus dem Jahr 2023, (b) Neuzugängen des

Jahres 2024, (c) im Jahr 2024 beendeten Behandlungen sowie (d) Übernahmen in das Jahr 2025.

Diese Zahlen spiegeln das gesamte Behandlungsvolumen, während in die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen für den stationären Bereich nur die Daten der 32.722 Beender mit eigener Symptomatik – unabhängig vom Vorliegen einer Hauptdiagnose – eingehen (siehe Kapitel METHODIK).



Gesamtzahl der Behandlungen in allen N=158 ausgewerteten stationären Einrichtungen (Fälle mit Einmalkontakten).
* Durchschnittliche Zahl pro Einrichtung.

Abbildung 31 Gesamtzahl der Behandlungen 2024 (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

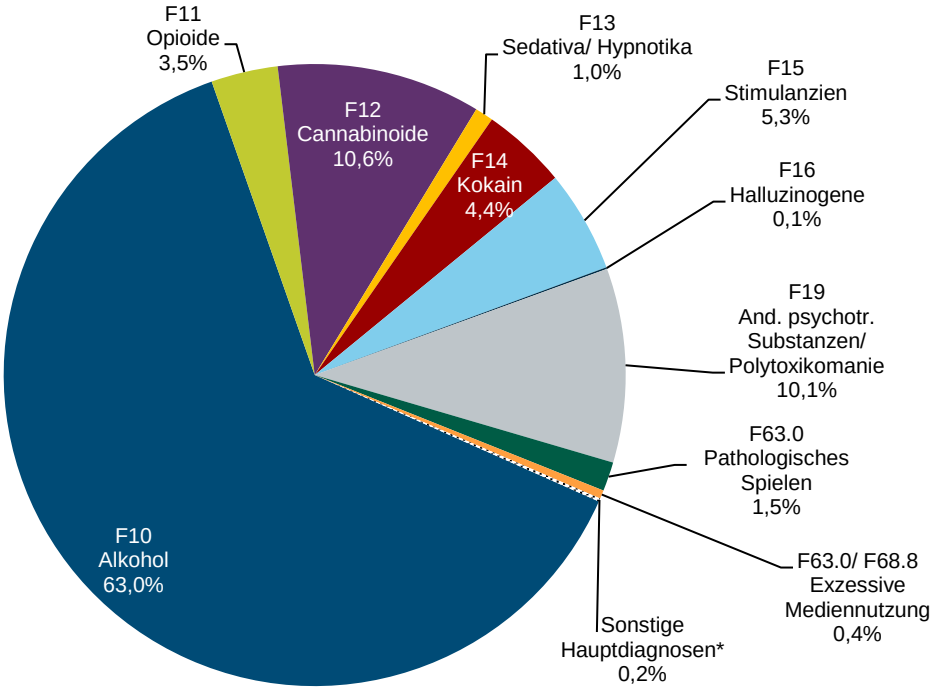
4.2 Beschreibung der Klientel

4.2.1 Störungsbezogene Merkmale

Hauptdiagnosen

Mit knapp 2 von 3 Fällen bilden Personen mit alkoholbezogenen Störungen (63 %) die mit Abstand größte Untergruppe (siehe Abbildung 32 und Tabelle AA im Anhang). Es folgen mit deutlichem Abstand und einem ähnlichen Anteilswert Behandlungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen (11 %) bzw. aufgrund von Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen / Polytoxikomanie (10 %; nachfolgend „Multipler Substanzgebrauch“). Bei etwa einer von 20 Behandlungen bilden stimulanzienbezogene Störungen (5 %) den Behandlungsanlass und bei jeweils etwa einer von 25 Behandlungen kokain- (4 %) bzw. opioidbezogene Störungen (3 %). Auf weitere substanzgebundene Störungen

entfallen vernachlässigbare Anteilswerte. Gleiches gilt für die Verhaltenssüchte Pathologisches Spielen (2 %) und Exzessive Mediennutzung (0,4 %).



N=32.355 Fälle mit Hauptdiagnose.
* F17 Tabak, F18 Flüchtige Lösungsmittel, F55 Missbrauch von nicht abhängig machenden Substanzen, F50 Ess-Störungen.

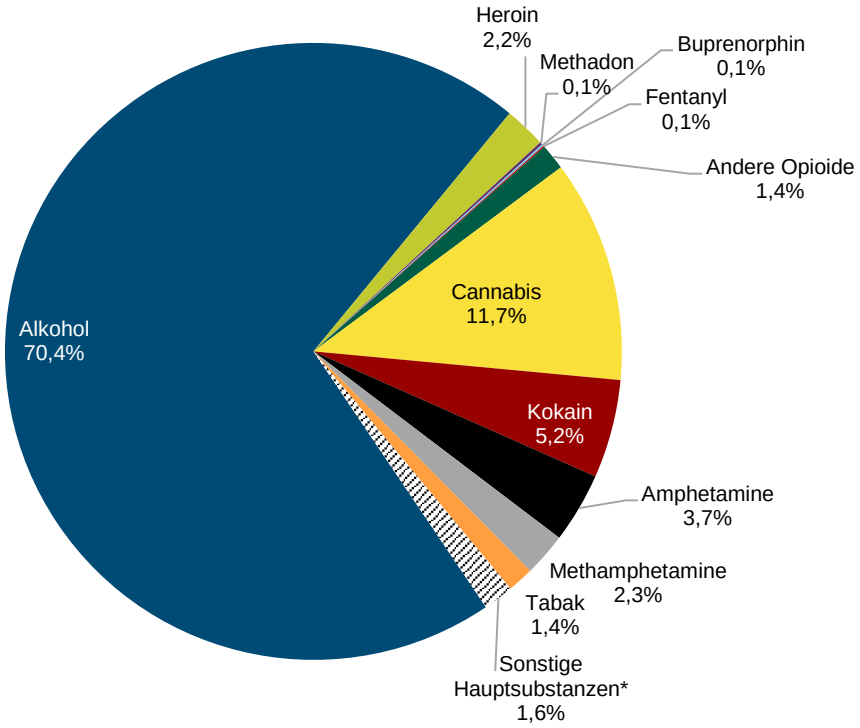
Abbildung 32 Verteilung der Hauptdiagnosen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Die Behandelten in allen Gruppen überwiegend Männer (siehe Tabelle AA im Anhang), wobei sich für das Verhältnis von Männern zu Frauen folgende Rangreihe ergibt: 8:1 bei kokainbezogenen Störungen sowie Exzessiver Mediennutzung, 6:1 bei Pathologischem Spielen, 5:1 bei opioidbezogenen Störungen sowie bei Multiplem Substanzgebrauch, 4:1 bei cannabinoidbezogenen Störungen und 3:1 bei stimulanzien- sowie alkoholbezogenen Störungen.

Für die nachfolgenden Ausführungen werden alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzienbezogene Störungen sowie Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung aufgrund ihrer Häufigkeit bzw. der inhaltlichen Bedeutung jeweils gesondert betrachtet. Falls keine solche Spezifizierung nach Hauptdiagnose (HD) erfolgt, beziehen sich die Ausführungen auf die Gesamtheit aller Fälle mit dokumentierter Hauptdiagnose. Die Kategorie „Gesamt mit HD“ schließt somit auch diejenigen Störungen ein, die nicht separat berichtet werden (z. B. kokainbezogene Störungen, sedativa- / hypnotikabezogene Störungen).

Hauptsubstanzen und Hauptspielform/-tätigkeit

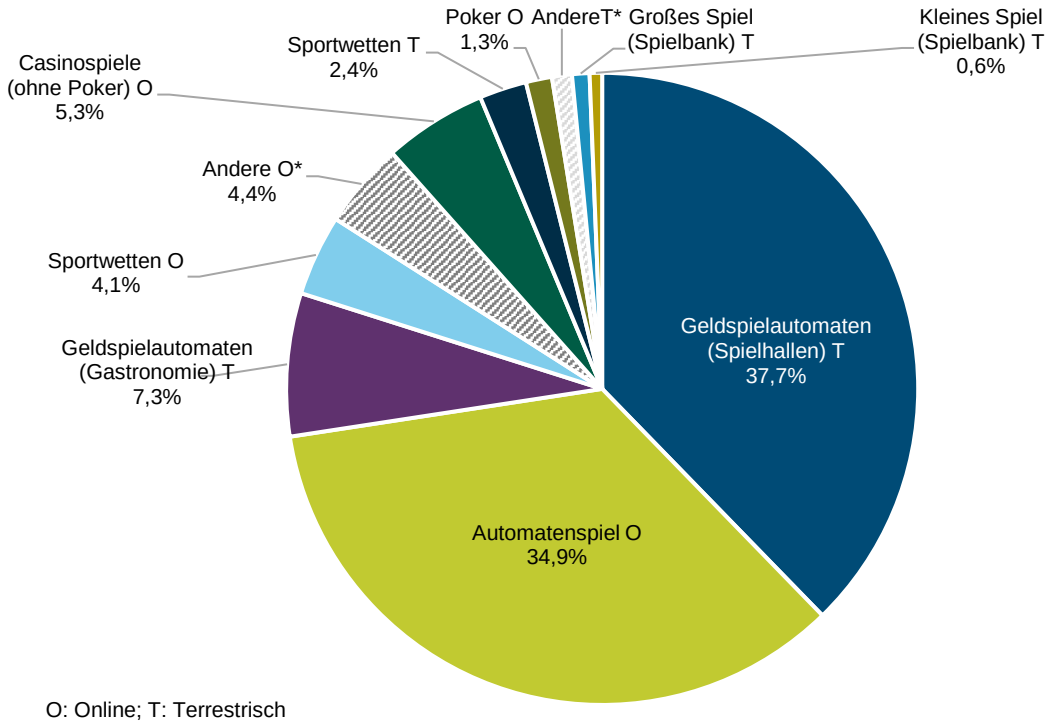
Die bei weitem am häufigsten dokumentierte Hauptsubstanz ist Alkohol (70 %; siehe Abbildung 33 und Tabelle B im Anhang). Cannabis (12 %), Kokain (5 %) und Amphetamine (4 %) folgen mit deutlichem Abstand. Weitere Einzelsubstanzen spielen anteilsmäßig keine nennenswerte Rolle.



* Andere/synthetische Cannabinoide; andere Stimulanzien; Sedativa/Hypnotika; Crack; Halluzinogene; flüchtige Lösungsmittel; andere psychotrope oder neue psychoaktive Substanzen.

Abbildung 33 Verteilung der Hauptsubstanzen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Im Bereich Glücksspielen dominiert das Spielen an Geldspielautomaten, insbesondere terrestrisch in Spielhallen (38 %) und online (35 %), aber auch in der Gastronomie (7 %) als Hauptspielform (siehe Abbildung 34 und Tabelle C im Anhang). Darüber hinaus haben lediglich noch online Casinospiele (5 %) und online Sportwetten gewisse Verbreitung (4 %).



O: Online; T: Terrestrisch
Andere: Lotterien, Pferdewetten und sonstige nicht näher spezifizierte Formen

Abbildung 34 Verteilung der Hauptglücksspielformen (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Im Bereich der Mediennutzung erfolgen 3 von 5 Behandlungen im Kontext der Haupttätigkeit von Gamen (60 %) und eine von 5 Behandlungen erfolgt aufgrund nicht näher spezifizierter „sonstiger“ Haupttätigkeiten (21 %). An dritter Stelle steht mit einem von 14 Fällen das Surfen im Internet (14 %).

Problembereiche

Neben dem grundsätzlichen Suchtproblem werden für die Behandelten häufig Beeinträchtigungen in den Bereichen Psyche, Gesundheit, Familiäre Situation, Arbeitssituation, Freizeit oder Tagesstruktur dokumentiert (siehe Abbildung 35 und Tabelle BB im Anhang).

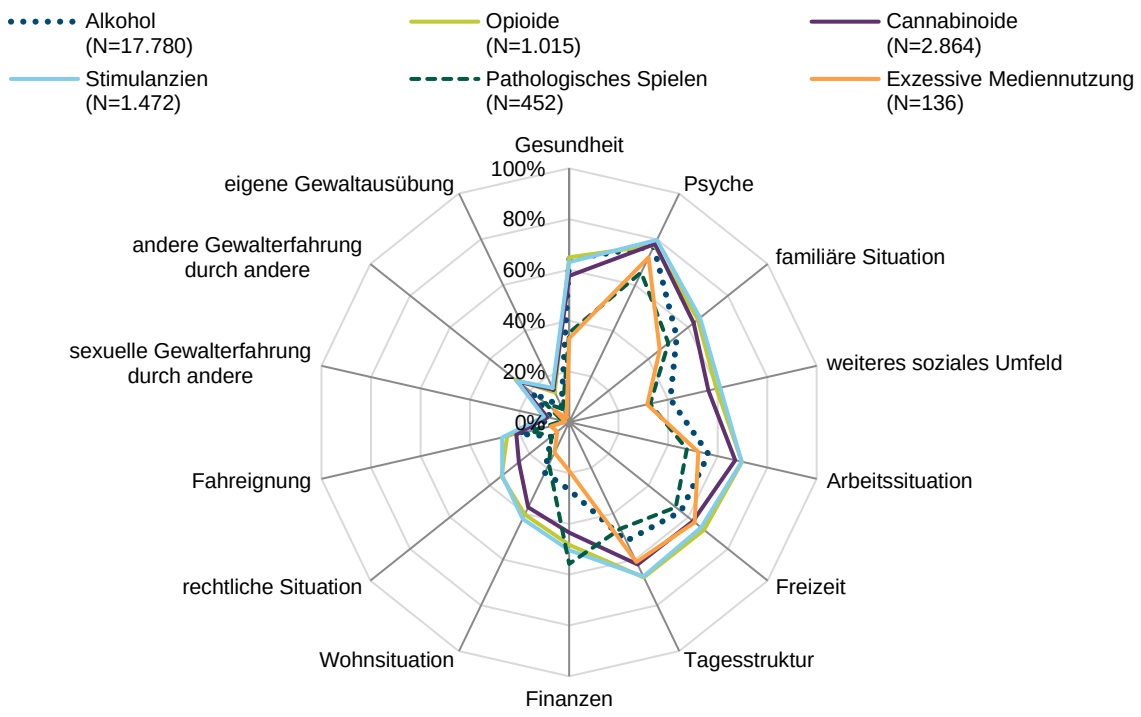


Abbildung 35 Problembereiche bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Bei Personen, die aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) behandelt werden, werden die meisten Lebensbereiche (Ausnahme: Psyche) häufiger als problembehaftet eingestuft als bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen bzw. als bei Personen mit einer Verhaltenssucht. Ausnahmen bilden hier der Bereich Finanzen für Behandelte mit Glücksspielproblematik und der Bereich Freizeit für Behandelte mit Exzessiver Mediennutzung, die ähnlich häufig als belastet gelten wie für Personen, die im Kontext von Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen behandelt werden. Die verschiedenen Gruppen mit Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Problembelastung kaum.

Suchtbezogene Komorbiditäten

In Tabelle 3 sind zusätzliche Suchterkrankungen dargestellt, die bei den Behandelten in Ergänzung zum Behandlungsanlass erfasst wurden. Bedingt durch ein Grundgesamtheit von <100 Fällen wird die Gruppe mit Hauptdiagnose Exzessive Mediennutzung nicht interpretiert.

In allen Gruppen werden besonders häufig begleitende tabak- (Spanne: 57 % bis 67 %) und alkoholbezogene Störungen (Spanne: 20 % bis 46 %) diagnostiziert, wobei letzteres bei Behandelten mit substanzgebundenen Störungen (Spanne: 37 % bis 46 %) deutlich häufiger der Fall ist als bei Behandelten mit Glücksspielproblematik (21 %). Die Verhaltenssüchte Pathologisches Spielen (Spanne: 1 % bis 4 %) und Exzessive Mediennutzung (Spanne: 0 % bis 3 %) werden nur selten zusätzlich diagnostiziert.

Personen, die aufgrund einer substanzbezogenen Störung in eine stationäre Einrichtung kommen, haben häufiger begleitende Suchtprobleme als Personen, die sich aufgrund einer Glücksspielproblematik in Behandlung begeben. Dies gilt nochmals verstärkt für Personen, die aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) behandelt werden.

Tabelle 3 Suchtbezogene Komorbiditäten (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Zusätzliche Einzeldiagnose	Hauptdiagnose F10 Alkohol	Hauptdiagnose F11 Opioide	Hauptdiagnose F12 Cannabinoide	Hauptdiagnose F15 Stimulanzien	Hauptdiagnose F63.0 Pathologisches Spielen	Hauptdiagnose F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung
N	**15.739**	**978**	**2.378**	**1.324**	**328**	**91**
F10 Alkohol (N=19.804)	-	36,7%	43,6%	45,8%	21,3%	19,8%
F11 Opioide (N=2.538)	2,6%	-	7,2%	6,9%	1,8%	0,0%
F12 Cannabinoide (N=8.385)	16,9%	45,5%	-	58,4%	15,2%	19,8%
F13 Sedativa/Hypnotika (N=1.666)	2,4%	32,8%	7,1%	6,1%	0,9%	1,1%
F14 Kokain (N=4.307)	6,4%	42,2%	22,5%	19,6%	9,5%	1,1%
F15 Stimulanzien (N=5.039)	7,8%	22,4%	35,6%	-	7,3%	2,2%
F17 Tabak (N=14.373)	57,8%	57,9%	62,2%	67,1%	56,7%	30,8%
F63.0 Path. Spielen (N=734)	1,0%	1,0%	2,1%	3,8%	-	1,1%
F63.8/F68.8 Exz. Medienn. (N=242)	0,3%	0,3%	2,0%	0,9%	3,0%	-

N= 140 stationäre Einrichtungen (unbekannt:0,3%); Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich.
Path. Spielen=Pathologisches Spielen; Exz. Medienn.=Exzessive Mediennutzung.

Bei knapp 3 von 5 der wegen alkoholbezogenen Störungen behandelten Personen wird zusätzlich eine tabakbezogene Störung diagnostiziert (58 %) und ein Sechstel konsumiert zusätzlich Cannabis in störungsrelevantem Ausmaß (17 %). Deutlich seltener werden ein störungsrelevanter Beikonsum von Stimulanzien (8 %) bzw. Kokain (6 %) dokumentiert. Begleitende Störungen durch andere als die genannten Substanzen sind nur vereinzelt erfasst.

Bei Personen, die aufgrund von opioidbezogenen Störungen behandelt werden, sind weitere Suchterkrankungen besonders häufig. In 3 von 5 Fällen sind begleitende tabak- (58 %) und in etwa 4 von 9 Fällen begleitende cannabinoidbezogene Störungen erfasst (46 %). Fast genauso

oft wird ein störungsrelevanter Beikonsum von Kokain (42 %) dokumentiert. Bei (gut) einem Drittel der Behandelten sind zusätzlich alkohol- (37 %) bzw. sedativa- / hypnotikabezogene Störungen (33 %) diagnostiziert und bei gut einem Fünftel werden zusätzlich stimulanzienbezogene Störungen berichtet (22 %). Damit ist der störungsrelevante Beikonsum von Kokain und Sedativa / Hypnotika bei Personen mit opioidbezogenen Störungen häufiger erfasst als in den übrigen Gruppen.

Auch bei aufgrund von stimulanzienbezogenen Störungen behandelten Personen sind begleitende Suchtprobleme vergleichsweise häufig. In 2 von 3 Fällen sind begleitende tabak- (67 %), in knapp 3 von 5 Fällen begleitende cannabinoid- (58 %) und in 4 von 9 Fällen begleitende alkoholbezogene Störungen (46 %) dokumentiert. Diese Begleitdiagnosen werden damit häufiger gestellt als in den übrigen Gruppen. Für ein Fünftel der Behandelten ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Kokain (20 %) erfasst und in jeweils einem von 15 Fällen ein störungsrelevanter Beikonsum von Opioiden (7 %) bzw. von Sedativa / Hypnotika (6 %).

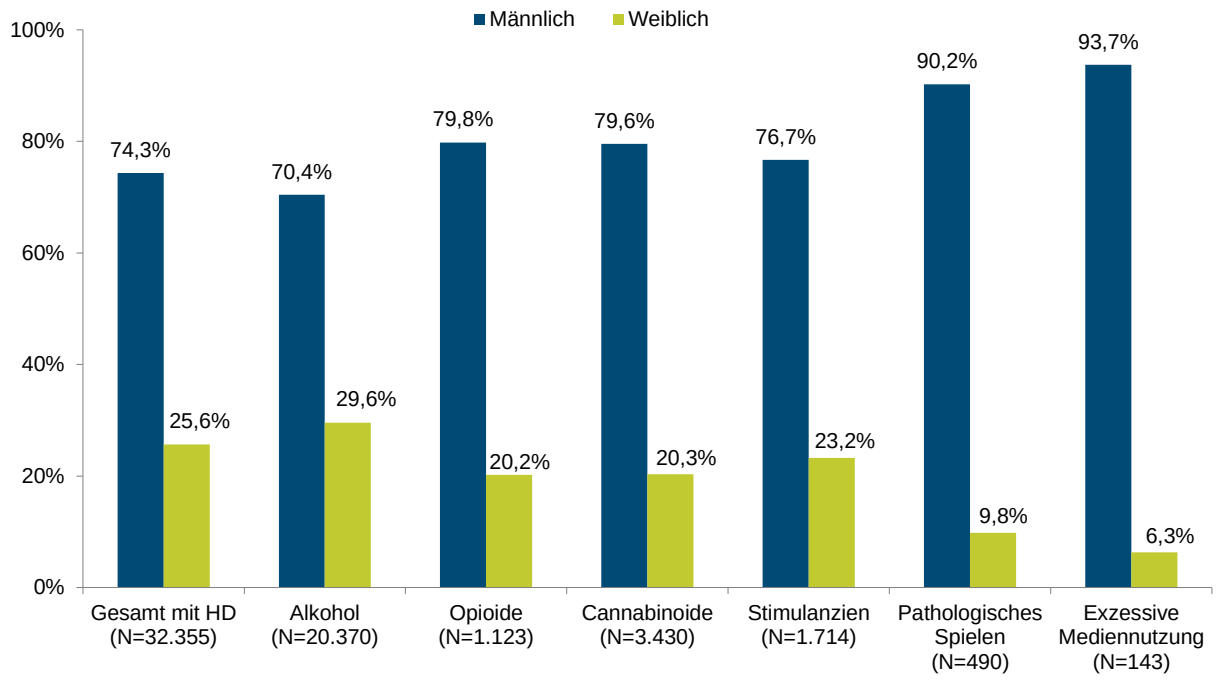
Bei 3 von 5 Personen, die sich wegen cannabinoidbezogenen Störungen in Behandlung begeben, werden begleitende tabakbezogene Störungen diagnostiziert (62 %). Begleitende alkoholbezogene Störungen sind in knapp 4 von 9 Fällen (44 %) erfasst. Bei gut einem Drittel – und damit häufiger als in den übrigen Gruppen – ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Stimulanzien dokumentiert (36 %) und auch begleitende sedativa- / hypnotikabezogene Störungen werden mit einem von 15 Fällen vergleichsweise häufig berichtet (7 %).

Für knapp drei Fünftel der aufgrund einer Glücksspielproblematik behandelten Personen sind begleitende tabakbezogene Störungen dokumentiert (57 %) und für gut ein Fünftel begleitende alkoholbezogene Störungen (21 %). In etwa einem von 7 Fällen ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Cannabinoiden (15 %) und etwa einem von 10 Fällen ist ein störungsrelevanter Beikonsum von Kokain (10 %) erfasst. Auch stimulanzienbezogene Störungen sind bei einem nennenswerten Anteil diagnostiziert (7 %). Damit werden einerseits alle substanzgebundenen Störungen seltener als Begleitdiagnose erfasst als in den übrigen Gruppen (Ausnahme: Kokain – zweitniedrigster Anteilswert), andererseits wird nur für Behandelte mit Glücksspielproblematik in nennenswertem Umfang die Begleitdiagnose Exzessive Mediennutzung gestellt (3 %).

4.2.2 Soziodemographische Merkmale

Geschlecht

Drei Viertel aller stationär behandelten Personen sind Männer (74 %; siehe Abbildung 36 und Tabelle CC im Anhang). Bei Verhaltenssüchten findet sich ein höherer Männeranteil (Exzessive Mediennutzung: 94 %; Glücksspielproblematik: 90 %) als bei substanzgebundenen Störungen (Spanne: 70 % bis 80 %). Dort ist der Männeranteil bei alkoholbezogenen Störungen am niedrigsten (70 %).



HD=Hauptdiagnose

Abbildung 36 Geschlechterverteilung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Altersstruktur

Das Durchschnittsalter aller stationär behandelten Personen liegt bei 42 Jahren, wobei die Hälfte der Behandelten zwischen 30 und 49 Jahren alt ist (51 %; siehe Abbildung 37 und Tabelle DD im Anhang). Sowohl das Durchschnittsalter als auch die Altersverteilung variieren deutlich zwischen den betrachteten Gruppen.

So sind Personen mit alkoholbezogenen Störungen im Durchschnitt fünfzehn Jahre älter als Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (47 vs. 31 Jahre). Entsprechend findet sich unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen ein deutlich höherer Anteil an Personen aus der Altersgruppe 50+ (44 %) als in den übrigen Gruppen (Spanne: 4 % bis 21 %). Der größte Teil der Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen ist zwischen 30 und 49 Jahren (49 %) alt. Auch bei Personen mit stimulanzien- (67 %) oder opioidbezogenen Störungen (56 %) bzw. mit Glücksspielproblematik (59 %) liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe 30 bis 49 Jahre. Demgegenüber halten sich in der Gruppe der Behandelten mit cannabinoidbezogenen Störungen Personen unter 30 Jahren (50 %) und Personen zwischen 30 und 49 Jahren (46 %) nahezu die Waage. Minderjährige werden in allen Gruppen nur vereinzelt behandelt und die Altersgruppe ab 65 Jahren spielt nur in der Gruppe mit alkoholbezogenen Störungen anteilsmäßig eine berichtenswerte Rolle (5 %).

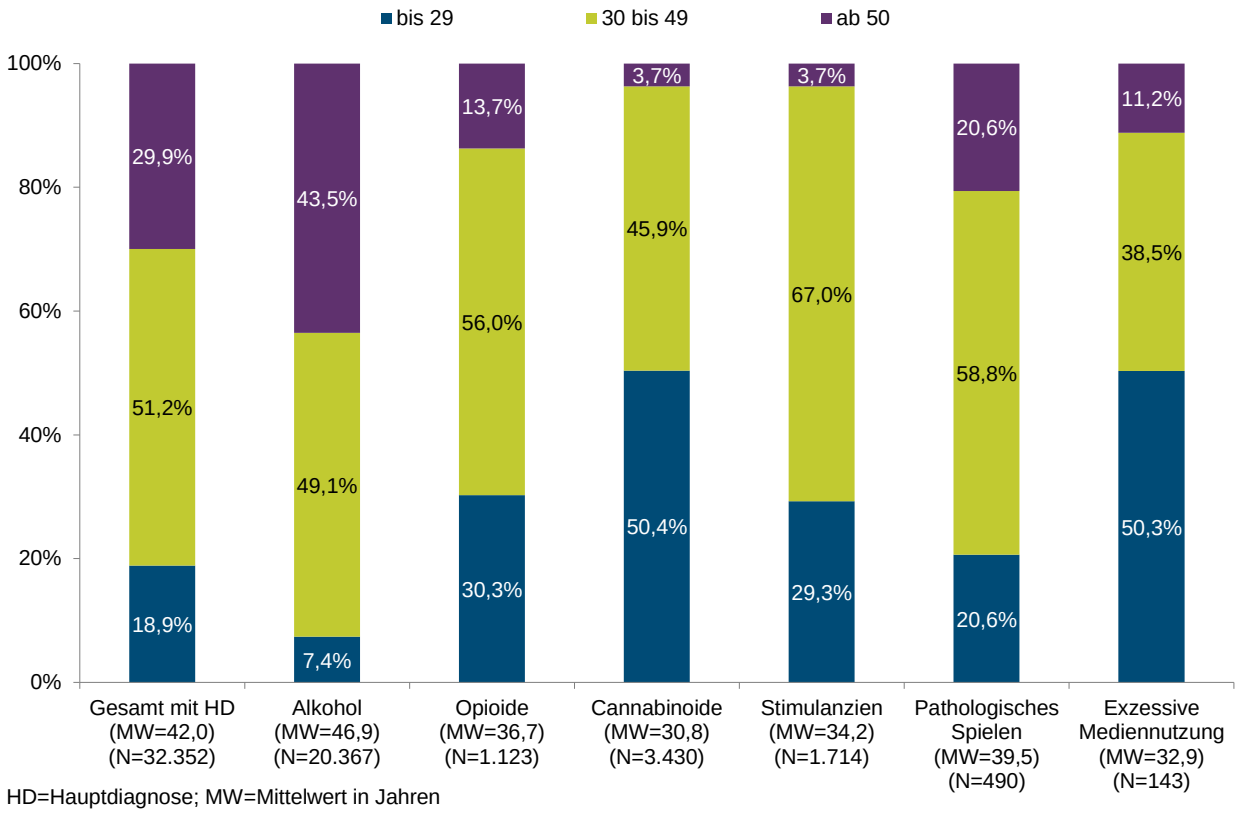
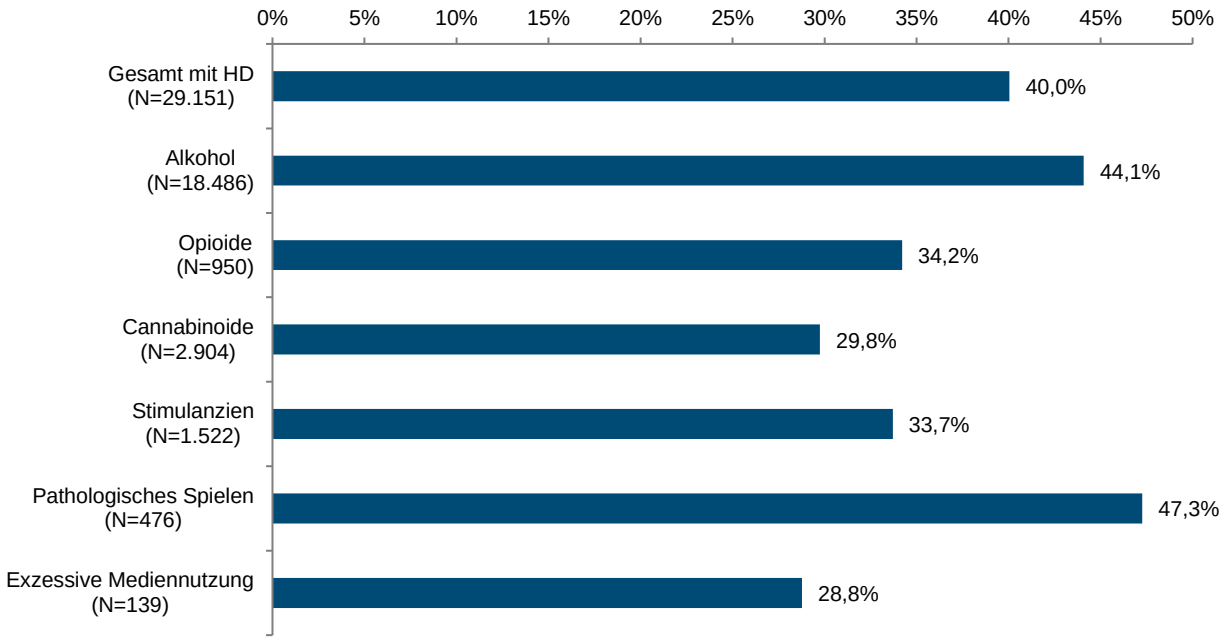


Abbildung 37 Altersstruktur nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Partner-, Lebens- und Familiensituation

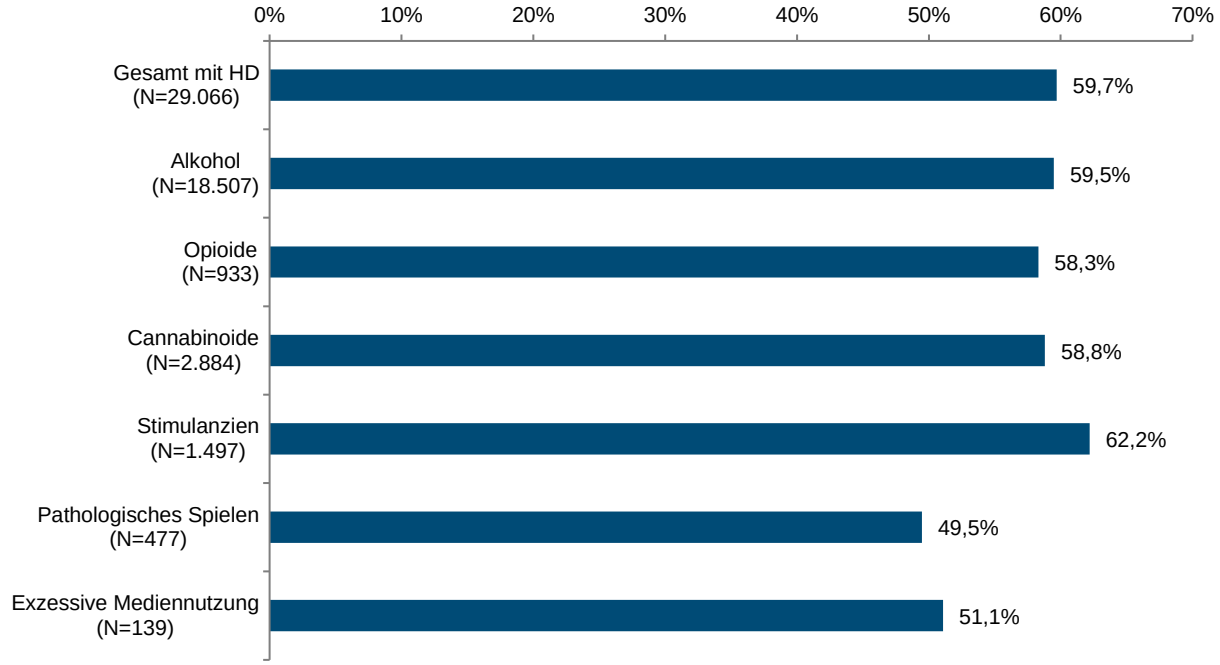
Über alle Gruppen hinweg leben etwa 2 von 5 Behandelten in einer festen Partnerschaft (40 %; siehe Abbildung 38 und Tabelle EE im Anhang). Bei Glücksspielproblematik (47 %) oder alkoholbezogenen Störungen (44 %) trifft dies häufiger zu als bei Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide; Spanne: 30 % bis 34 %). Am seltensten leben Behandelte mit Exzessiver Mediennutzung in einer festen Partnerschaft (29 %).



HD=Hauptdiagnose

Abbildung 38 Anteil in Partnerschaft nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Über alle Gruppen hinweg leben 3 von 5 Behandelten allein (60 %; siehe Abbildung 39 und Tabelle FF im Anhang). Dieser Anteil ist bei den betrachteten Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 50 %; Exzessive Mediennutzung: 51 %) geringer als bei den betrachteten substanzgebundenen Störungen (Spanne: 58 % bis 62 %).

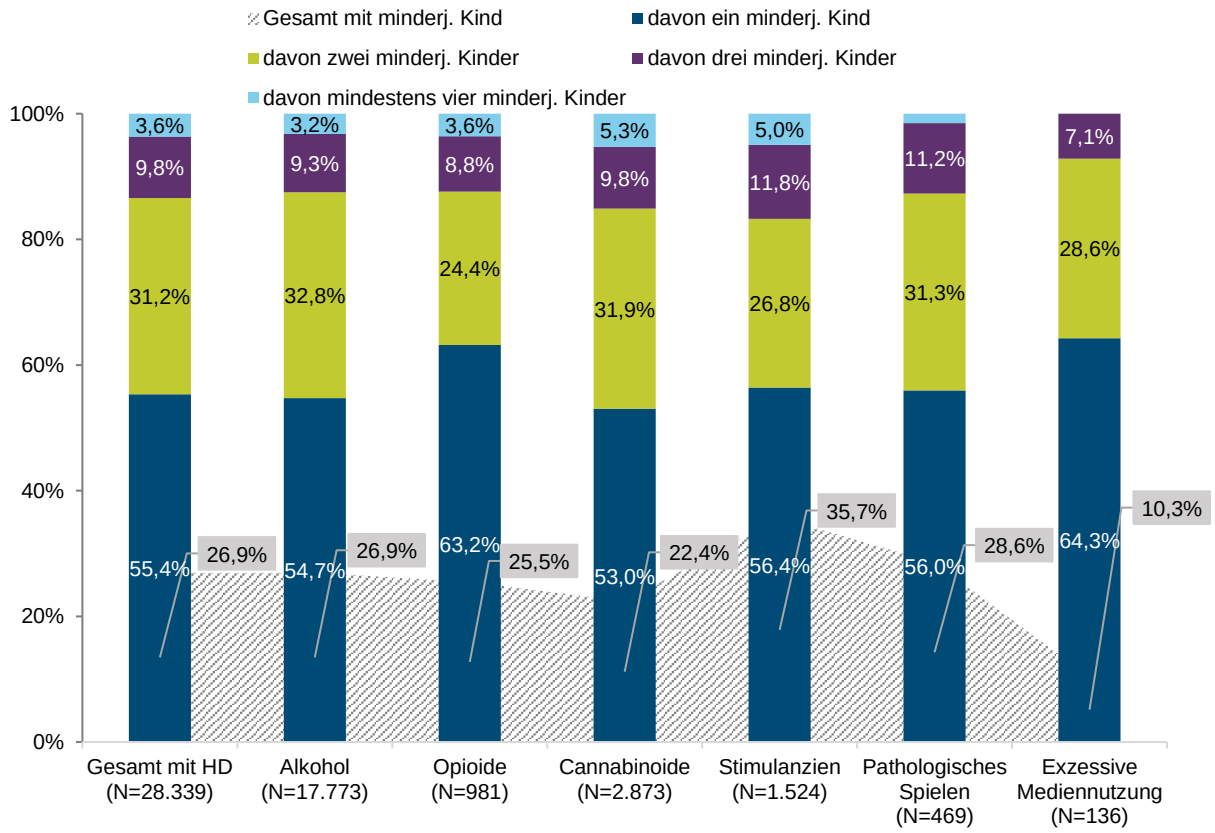


HD=Hauptdiagnose

Abbildung 39 Anteil allein Lebender nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Etwa ein Viertel aller Behandelten hat mindestens ein minderjähriges Kind (27 %). In der Gruppe mit stimulanzienbezogenen Störungen trifft dies häufiger zu (36 %) als in den übrigen Gruppen (Spanne: 22 % bis 29 %) und in der Gruppe mit Exzessiver Mediennutzung seltener (10 %; siehe Abbildung 40 und Tabelle GG im Anhang).

Von einer Interpretation der Kinderanzahl unter behandelten Eltern mit minderjährigen Kindern wird in der Gruppe mit Exzessiver Mediennutzung aufgrund der kleinen Fallzahl abgesehen. Insgesamt haben etwa 5 von 9 behandelten Eltern nur ein minderjähriges Kind (55 %). Behandelte Eltern mit opioidbezogenen Störungen haben seltener mehr als ein minderjähriges Kind (37 %) als behandelte Eltern in den übrigen Gruppen (Spanne: 44 % bis 47 %). Konstellationen mit mindestens 4 minderjährigen Kindern finden sich fast nur bei Eltern, die aufgrund von substanzbezogenen Störungen behandelt werden (Spanne: 3 % bis 5 %).



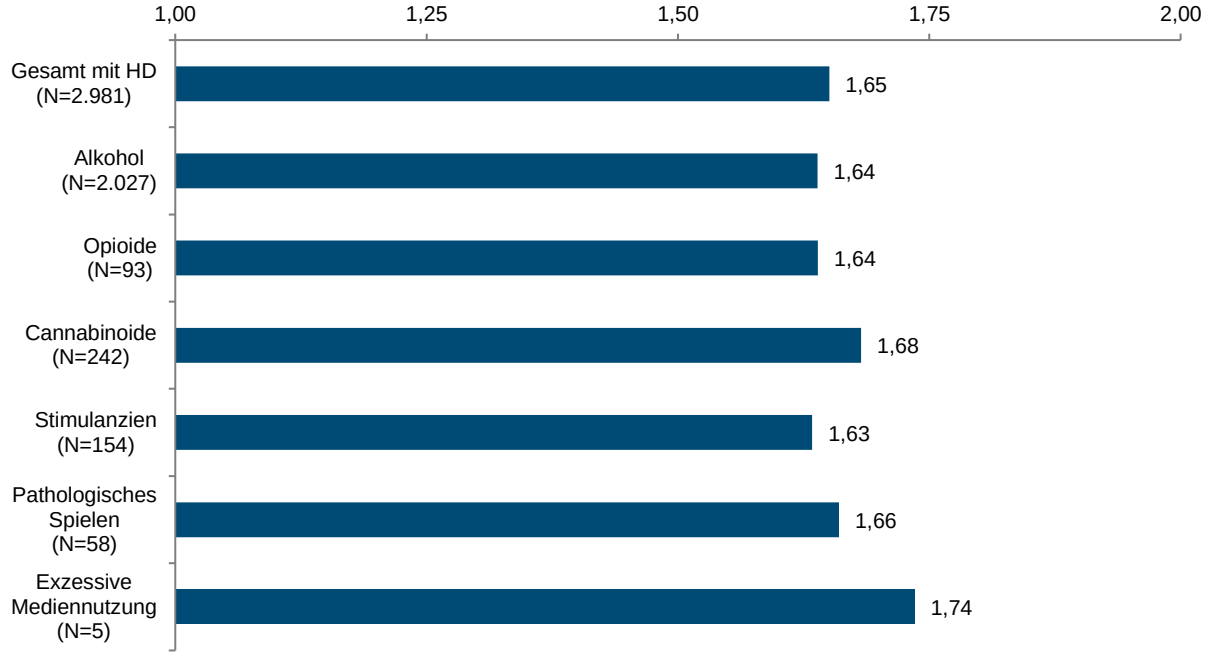
HD=Hauptdiagnose; minderj.=minderjährige(s)

Abbildung 40 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Berücksichtigt man zusätzlich bereits volljährige Kinder (siehe Tabelle HH im Anhang), so sind etwa 5 von 9 behandelten Personen Eltern (53 %), wobei dies bei Exzessiver Mediennutzung besonders selten zutrifft (23 %). Zudem ist Elternschaft unter Personen, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide) behandelt werden, weniger verbreitet (Spanne: 29 % bis 42 %) als unter Personen, die aufgrund von alkoholbezogenen Störungen

(61 %) oder einer Glücksspielproblematik (49 %) behandelt werden. In den beiden letztgenannten Gruppen sind Familienkonstellationen mit mehreren Kindern deutlich häufiger als „Einkindfamilien“, während für die verschiedenen Gruppen mit Störungen durch illegale Substanzen die Elternschaft für ein Kind oder mehrere Kinder ähnlich häufig ist.

Falls im Haushalt der Behandelten sowohl eigene als auch nicht-eigene minderjährige Kinder leben, sind es im Mittel 1,65 minderjährige Kinder (siehe Abbildung 41 und Tabelle II im Anhang). Hierbei unterscheidet sich die durchschnittliche Anzahl in den Gruppen mit alkohol-, cannabinoid- und stimulanzienbezogenen Störungen kaum (Spanne: 1,63 bis 1,68). Von einer Interpretation der Untergruppen mit opioidbezogenen Störungen bzw. Verhaltenssüchten wird aufgrund der kleinen Fallzahlen abgesehen.



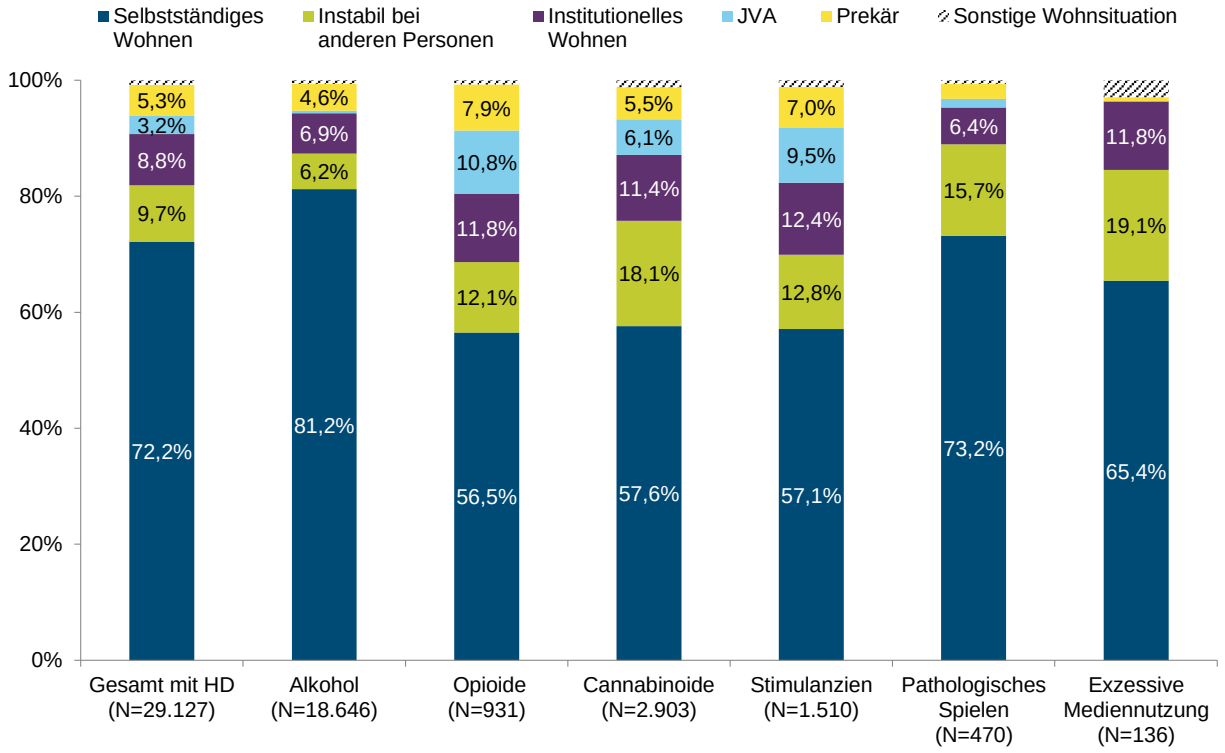
HD=Hauptdiagnose;
Bezugsgröße ist die Population mit minderjährigen Kindern im Haushalt.

Abbildung 41 Anzahl minderjährige Kinder nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Wohnsituation

Insgesamt ist selbstständiges Wohnen vor Behandlungsbeginn die mit Abstand häufigste Wohnform (72 %; siehe Abbildung 42 und Tabelle JJ im Anhang). Es folgen mit vergleichbaren Anteilswerten das instabile Wohnen bei anderen Personen wie Familie oder befreundete Personen (10 %) bzw. das Leben in institutionellen Wohnformen – also die Unterbringung in ambulant betreutem Wohnen, Fachkliniken, stationären Rehabilitationseinrichtungen oder Übergangswohnheimen (9 %). In etwa einem von 20 Fällen kommen die Behandelten aus einer prekären Wohnsituation (Obdachlosigkeit bzw. Notunterkunft) in die stationäre Einrichtung (5 %)

und ein kleiner Anteil war in den sechs Monaten vor Behandlungsbeginn überwiegend im Justizvollzug untergebracht (3 %).



HD=Hauptdiagnose; JVA=Justizvollzugsanstalt

Abbildung 42 Wohnsituation nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

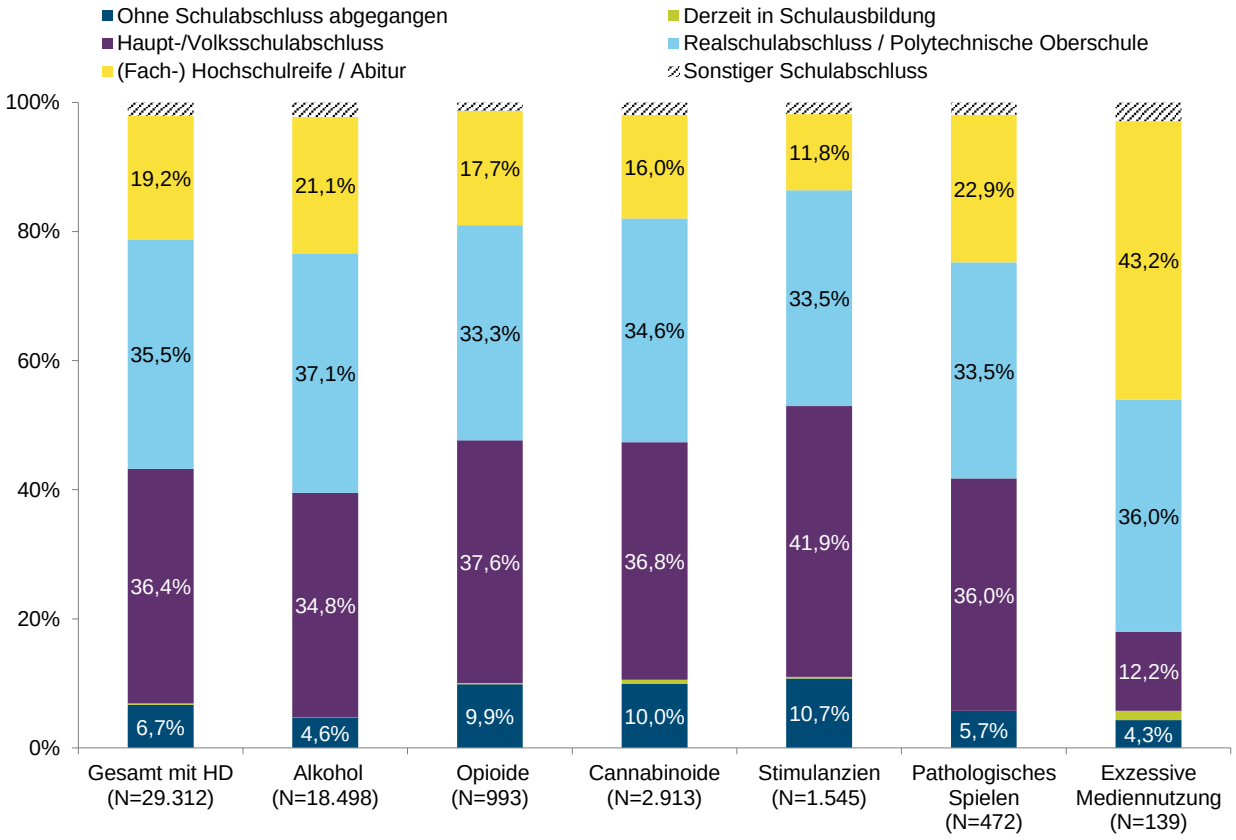
Die Bedeutung der einzelnen Wohnformen für die einzelnen Gruppen unterscheidet sich je nachdem, ob eine Störung durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide) oder alkoholbezogene Störungen bzw. eine Verhaltenssucht vorliegt. Während etwa 4 von 5 Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (81 %), 3 von 4 Behandelten mit Glücksspielproblematik (73 %) und 2 von 3 Behandelten mit Exzessiver Mediennutzung (65 %) selbstständig wohnen, gilt dies nur für jeweils 5 von 9 Behandelten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (Spanne: 57 % bis 58 %). Hingegen betrifft eine vorhergehende Unterbringung im Justizvollzug fast ausschließlich Personen, die aufgrund einer Störung durch illegale Substanzen behandelt werden (Spanne: 6 % bis 11 %) und ist bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen bzw. einer Verhaltenssucht nur vereinzelt dokumentiert. Eine prekäre Wohnsituation findet sich wiederum nur bei Personen mit substanzgebundenen Störungen in nennenswerten Umfang (Spanne: 5 % bis 8 %) und tritt bei Behandelten mit Verhaltenssüchten nur in Einzelfällen auf. Institutionelle Wohnformen sind unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (7 %) oder Glücksspielproblematik (6 %) etwa halb so häufig wie unter Behandelten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (Spanne: 11 % bis 12 %), für Behandelte mit Exzessiver Mediennutzung haben sie praktisch keine Relevanz. Zudem wohnen Behandelte mit

alkoholbezogenen Störungen im Vorfeld der Behandlung deutlich seltener instabil bei anderen Personen (6 %) als Personen aus den übrigen Gruppen (Spanne: 12 % bis 18 %).

Schulische Bildung

Als Indikator für hohe Schulbildung gilt nachfolgend der Anteil an Personen mit (Fach-) Hochschulreife. Als Indikator für niedrige schulische Bildung dient der Anteil an Behandelten, der die Schule ohne Abschluss verlassen habt.

Unter allen Behandelten hat knapp ein Fünftel die (Fach-)Hochschulreife (19 %) und etwa 1 von 15 Personen (7 %) ist ohne Abschluss von der Schule abgegangen (siehe Abbildung 43 und Tabelle KK im Anhang). Insgesamt ist eine hohe Schulbildung unter den Behandelten somit seltener als in der Allgemeinbevölkerung, wobei ein Schulabbruch allerdings vergleichbar häufig ist (Wohnbevölkerung 2024: (Fach-)Hochschulreife/Abitur 37 %, ohne Abschluss 6 %; (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025b)). Unter Betreuten mit Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) sind Schulabbrüche allerdings deutlich wahrscheinlicher als auf Bevölkerungsebene.



HD=Hauptdiagnose

Abbildung 43 Schulischer Bildungsweg nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

In den Gruppen mit alkoholbezogenen Störungen (21 %) oder Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 23 %; Exzessive Mediennutzung: 43 %) ist eine hohe Schulbildung häufiger als unter Personen, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen behandelt werden (Spanne: 12 % bis 18 %). Zugleich ist ein Schulabbruch seltener (Spanne: 4 % bis 6 %) als in bei Behandelten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (Spanne: 10 % bis 11 %). In allen Gruppen finden sich nur vereinzelt Personen in laufender Schulausbildung.

Erwerbsstatus

Der Anteil an arbeitslosen Behandelten übersteigt in allen Gruppen die bundesdeutsche Arbeitslosenquote deutlich (Stand 2024: 6,0 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025a)). Allerdings sind beide Werte nicht direkt vergleichbar, da die allgemeine Arbeitslosenquote auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (z. B. Personen in Rente) in den Nenner einschließt, wodurch Arbeitslosigkeit unter den Behandelten unterschätzt werden. Daher berichtet Abbildung 44 neben dem Arbeitslosenanteil ergänzend eine analog zur Bundesagentur für Arbeit berechnete „Arbeitslosenquote“, die den Anteil der Arbeitslosen an der Grundgesamtheit der erwerbstätigen und arbeitslosen Behandelten spiegelt.

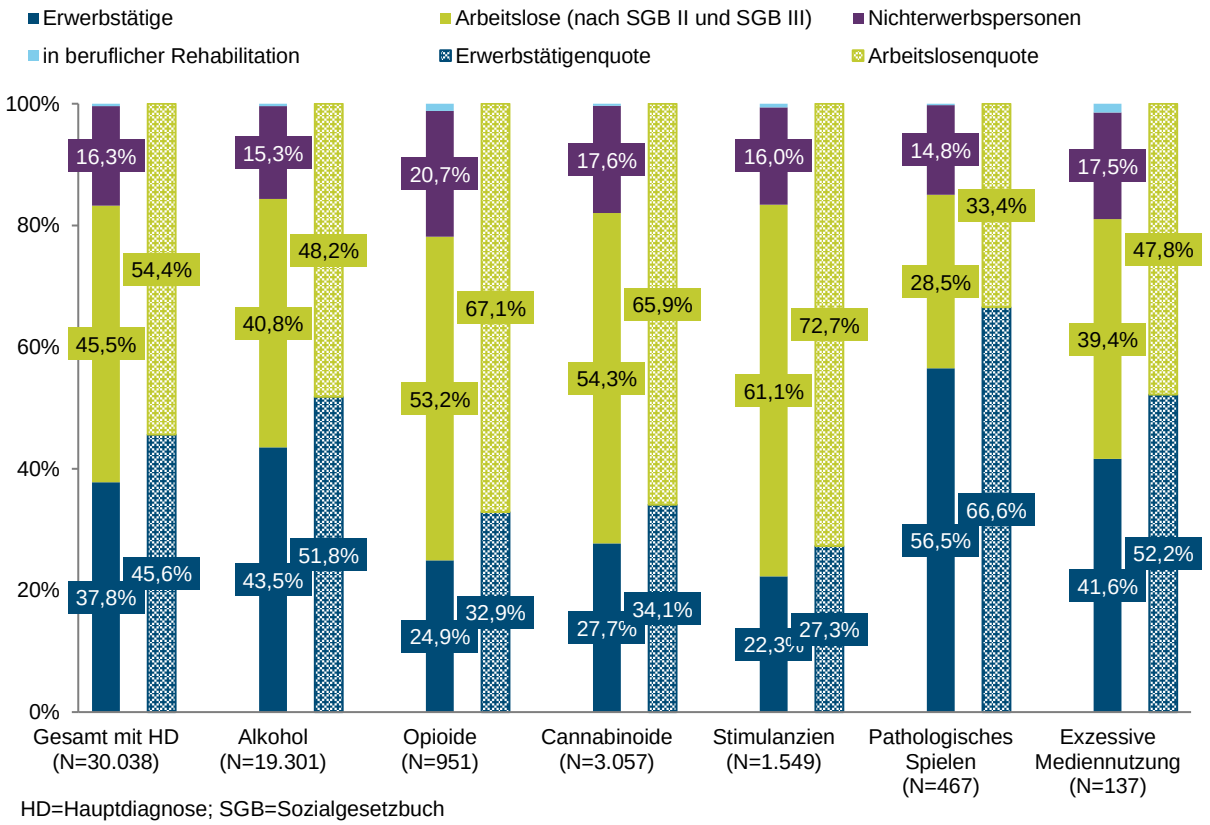


Abbildung 44 Erwerbsstatus nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Über alle Hauptdiagnosen hinweg übersteigt die „Arbeitslosenquote“ den Anteil an Arbeitslosen um 20 %. Dieser Unterschied ist unter Behandelten mit opioidbezogenen Störungen besonders ausgeprägt (+26 %). Unter Personen, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen

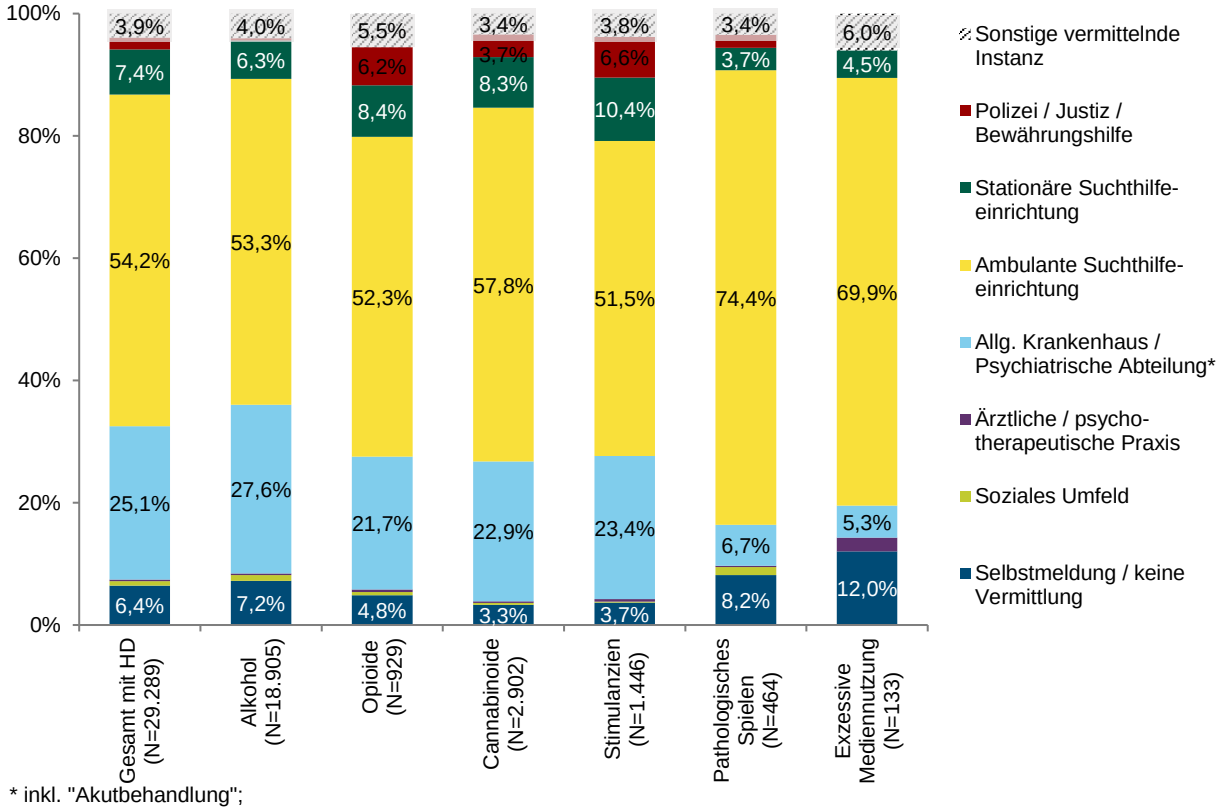
behandelt werden, bilden Arbeitslose die jeweils größte Gruppe (Spanne: 53 % bis 61 %; siehe Abbildung 44 und Tabelle LL im Anhang). Demgegenüber repräsentieren Erwerbstätige die größte Untergruppe unter Behandelten mit Glücksspielproblematik (57 %) oder alkoholbezogenen Störungen (44 %). In der Gruppe mit Exzessiver Mediennutzung sind Arbeitslosigkeit (39 %) und Erwerbstätigkeit (42 %) ähnlich häufig. Vergleichsweise hohe Anteile an Nichterwerbspersonen finden sich unter Behandelten mit opioidbezogenen Störungen (21 %). Eine Behandlung von Personen in laufender beruflicher Rehabilitation findet nur in Einzelfällen statt.

4.3 Behandlungsbezogene Merkmale

4.3.1 Zugangsdaten

Vermittlungswege

5 von 9 Personen, die in stationäre Einrichtungen aufgenommen werden, werden von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen dorthin vermittelt (54 %; siehe Abbildung 45 und Tabelle MM im Anhang). Ein Viertel kommt über Allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (25 %) in die Behandlung. Es folgen mit deutlichem Abstand Vermittlungen durch (andere) stationäre Suchthilfeeinrichtungen (7 %) sowie der direkte Zugang über Selbstmeldungen (6 %). Weitere Zugangswege spielen eine untergeordnete Rolle.



* inkl. "Akutbehandlung";

Abbildung 45 Vermittlung in Behandlung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Bei den Vermittlungswegen zeigen sich Unterschiede zwischen Verhaltenssüchten und substanzbezogenen Störungen. Während etwa 3 von 4 Behandelten mit Glücksspielproblematik (74 %) bzw. 7 von 10 Behandelten mit Exzessiver Mediennutzung (70 %) von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in die stationäre Behandlung vermittelt werden, gilt dies nur für rund 5 von 9 Behandelte aus den übrigen Gruppen (Spanne: 52 % bis 58 %). Demgegenüber erfolgt für Personen mit substanzgebundenen Störungen rund ein Viertel der Zuweisungen durch Allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (Spanne: 22 % bis 28 %), wohingegen dies bei Glücksspielproblematik nur in 1 von 15 Fällen (7 %) bzw. bei Exzessiver Mediennutzung nur in 1 von 20 Fällen (5 %) gilt. Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe betreffen fast ausschließlich Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide 4 % bis 7 %). Bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen oder Verhaltenssüchten findet sich dieser Zugangsweg nur vereinzelt (alle Werte < 3 %).

Erstbehandlungen

Unter Erstbehandelten versteht man Personen, die das erste Mal in ihrem Leben Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen, wobei diese Inanspruchnahme in einer stationären Einrichtung erfolgt. Die Erstbehandlung adressiert somit den Erstkontakt zum Suchthilfesystem an sich und nicht die erste Betreuungsepisode in einer konkreten Suchthilfeeinrichtung.

Im stationären Setting hat etwa eine von 12 Personen im Vorfeld der aktuellen Behandlung keine suchtbezogenen Hilfen in Anspruch genommen (9 %; siehe Abbildung 46 und Tabelle NN im Anhang). Unter Personen mit Verhaltenssüchten finden sich häufiger Erstbehandelte (Glücksspielproblematik: 18 %; Exzessive Mediennutzung: 21 %) als unter Personen mit substanzbezogenen Störungen. Dort sind Erstbehandlungen bei Personen mit alkohol- (7 %) oder opioidbezogenen Störungen (8 %) nochmals seltener als unter Personen mit stimulanzien- (12 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (13 %).

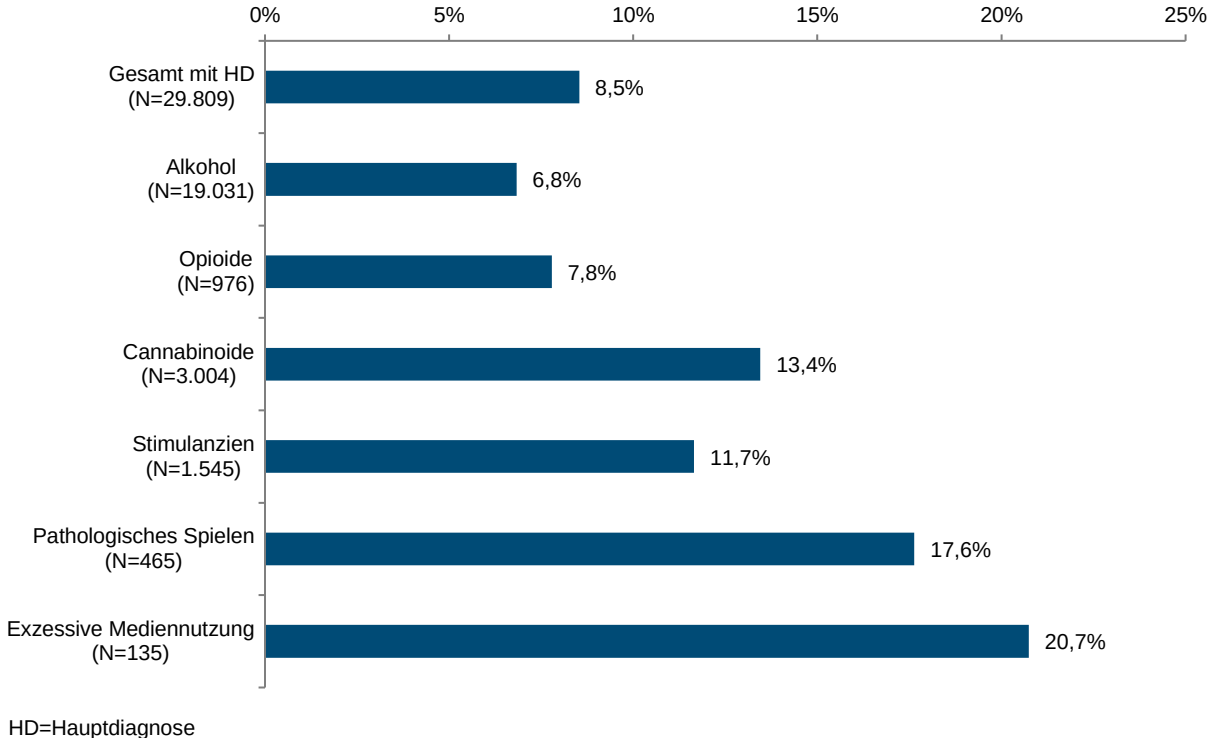


Abbildung 46 Anteil Erstbehandelter nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

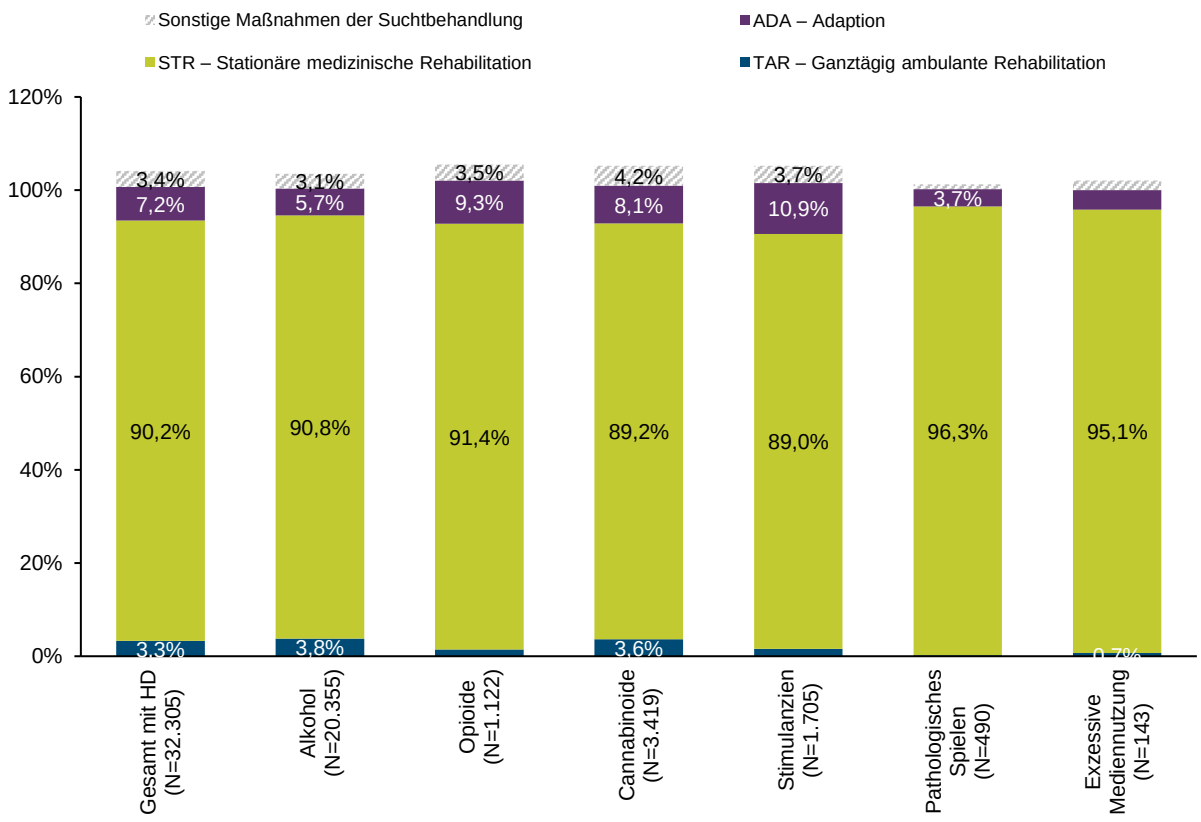
4.3.2 Durchgeführte Maßnahmen

Hauptmaßnahme

Hauptmaßnahmen entstammen in allen Gruppen fast ausnahmslos der Angebotskategorie Suchtbehandlung (Spanne 99 % bis 100 %, siehe Tabelle OO im Anhang).

Angebotskategorie „Suchtbehandlung“

Innerhalb der Angebotskategorie Suchtbehandlung, die nicht notwendigerweise die Hauptmaßnahme darstellen muss, dominiert die Stationäre medizinische Rehabilitation (STR; 90 %) als Einzelmaßnahme (siehe Abbildung 47). Weitere relevante Einzelmaßnahmen bilden die Adaption (ADA; 7 %) sowie die Ganztägig ambulante Rehabilitation (TAR; 3 %).



HD=Hauptdiagnose; Aufgrund von Maßnahmenkombinationen aus unterschiedlichen Bereichen sind Werte über 100%

Abbildung 47 Maßnahmen aus der Angebotskategorie “Suchtbehandlung“ nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Innerhalb der einzelnen Gruppen ergeben sich Unterschiede dahingehend, dass ADA bei substanzgebundenen Störungen häufiger zur Anwendung kommt (Spanne: 6 % bis 11 %) als bei Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik und Exzessive Mediennutzung jeweils 4 %), während TAR nur bei alkohol- (4 %) und cannabinoidbezogenen Störungen (4 %) in nennenswertem Umfang umgesetzt wird.

Anzahl der Maßnahmen

Insgesamt wird bei 9 von 10 Behandelten nur eine Maßnahme durchgeführt (92 %; Abbildung 48 und Tabelle PP im Anhang). Hierbei zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen (Spanne: 92 % bis 97 %). Zu mindestens 3 Maßnahmen kommt es jeweils nur vereinzelt.

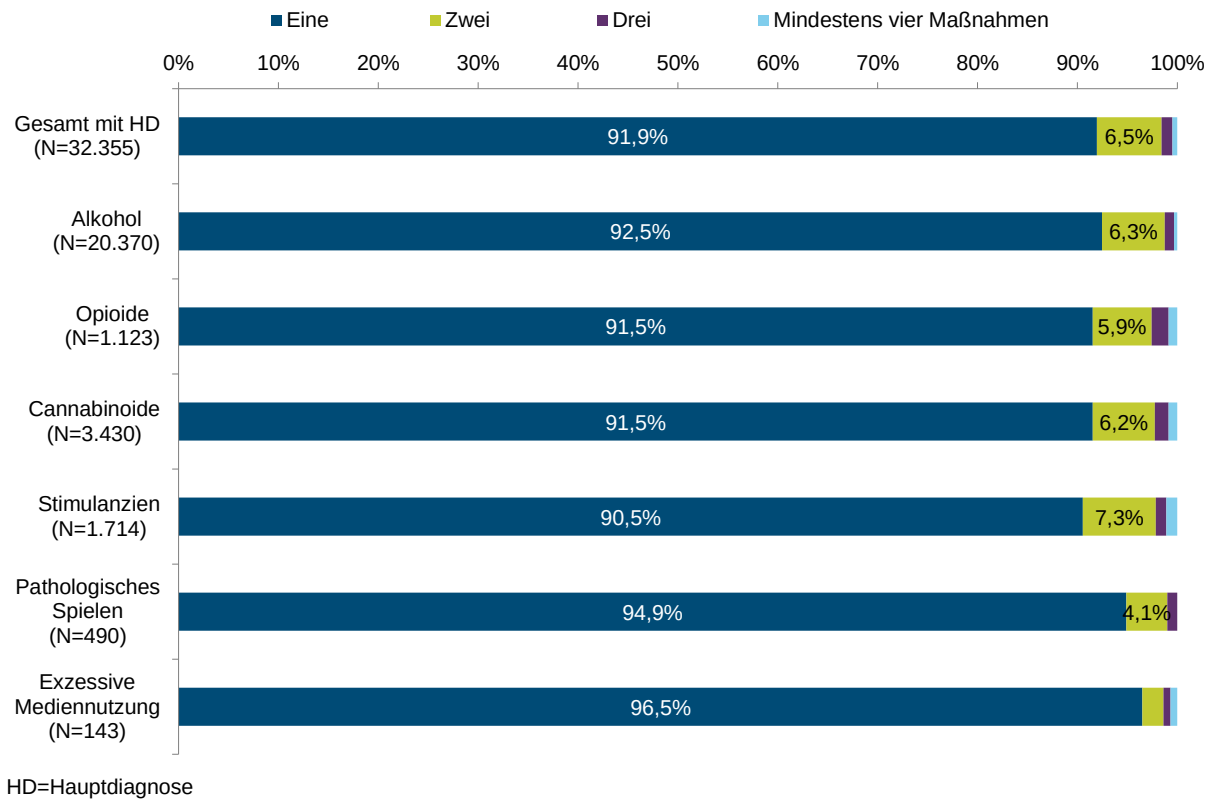


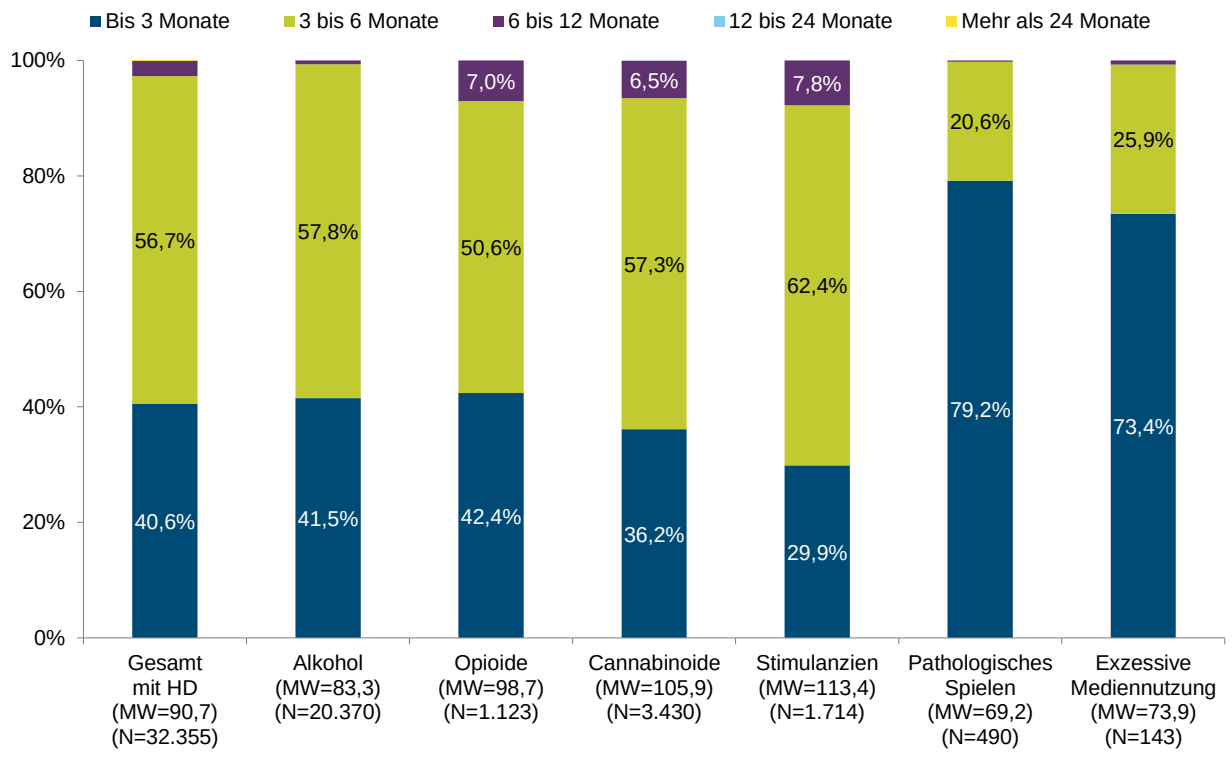
Abbildung 48 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

4.3.3 Abschluss der Behandlung

Behandlungsdauer

Eine Behandlungsepisode dauert im Mittel 91 Tage, d. h. 3 Monate (siehe Abbildung 49 und Tabelle QQ im Anhang). Bei den betrachteten Verhaltenssüchten sind die Behandlungsdauern durchschnittlich kürzer (Glücksspielproblematik: Ø 69 Tage / Ø 2,3 Monate; Exzessive Mediennutzung: Ø 74 Tage / Ø 2,4 Monate) als bei substanzgebundenen Störungen. Hier ist die mittlere Behandlungsdauer bei stimulanzienbezogenen Störungen (Ø 113 Tage / Ø 3,7 Monate) am längsten und bei alkoholbezogenen Störungen (Ø 83 Tage / Ø 2,7 Monate) am kürzesten.

Über alle Gruppen hinweg wird die überwiegende Mehrzahl der Behandlungen in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten abgeschlossen (97 %), wobei Behandlungsdauern von bis zu 3 Monaten (41 %) seltener sind als Behandlungsdauern zwischen 3 und 6 Monaten (57 %). Behandlungsdauern von mehr als 6 Monaten finden sich nur bei Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide) in nennenswertem Umfang (Spanne: 7 % bis 8 %). Während (gut) 3 von 4 Personen mit Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 79 %; Exzessive Mediennutzung: 73 %) bis maximal 3 Monate behandelt werden finden sich derartige Kurzzeitbetreuungen bei Personen mit Störungen durch illegale Substanzen nur rund halb so häufig (Spanne: 30 % bis 42 %).



HD=Hauptdiagnose; MW=Mittelwert in Tagen

Abbildung 49 Behandlungsdauer nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Art der Beendigung

Insgesamt enden gut 4 von 5 Behandlungen planmäßig (82 %; siehe Abbildung 50 und Tabelle RR im Anhang). Diese sog. Haltequote ist bei Personen mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide; Spanne: 69 % bis 76 %) niedriger als bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (86 %) oder Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 84 %; Exzessive Mediennutzung: 87 %).

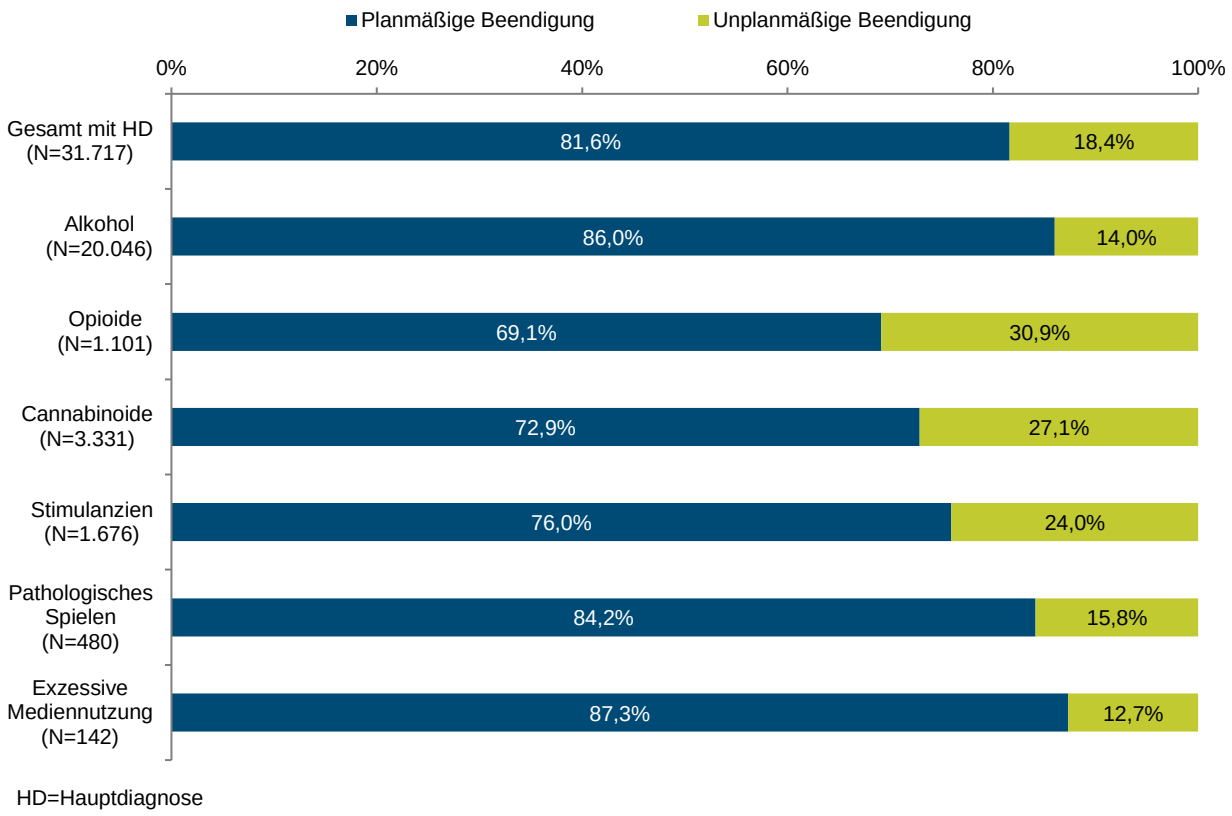
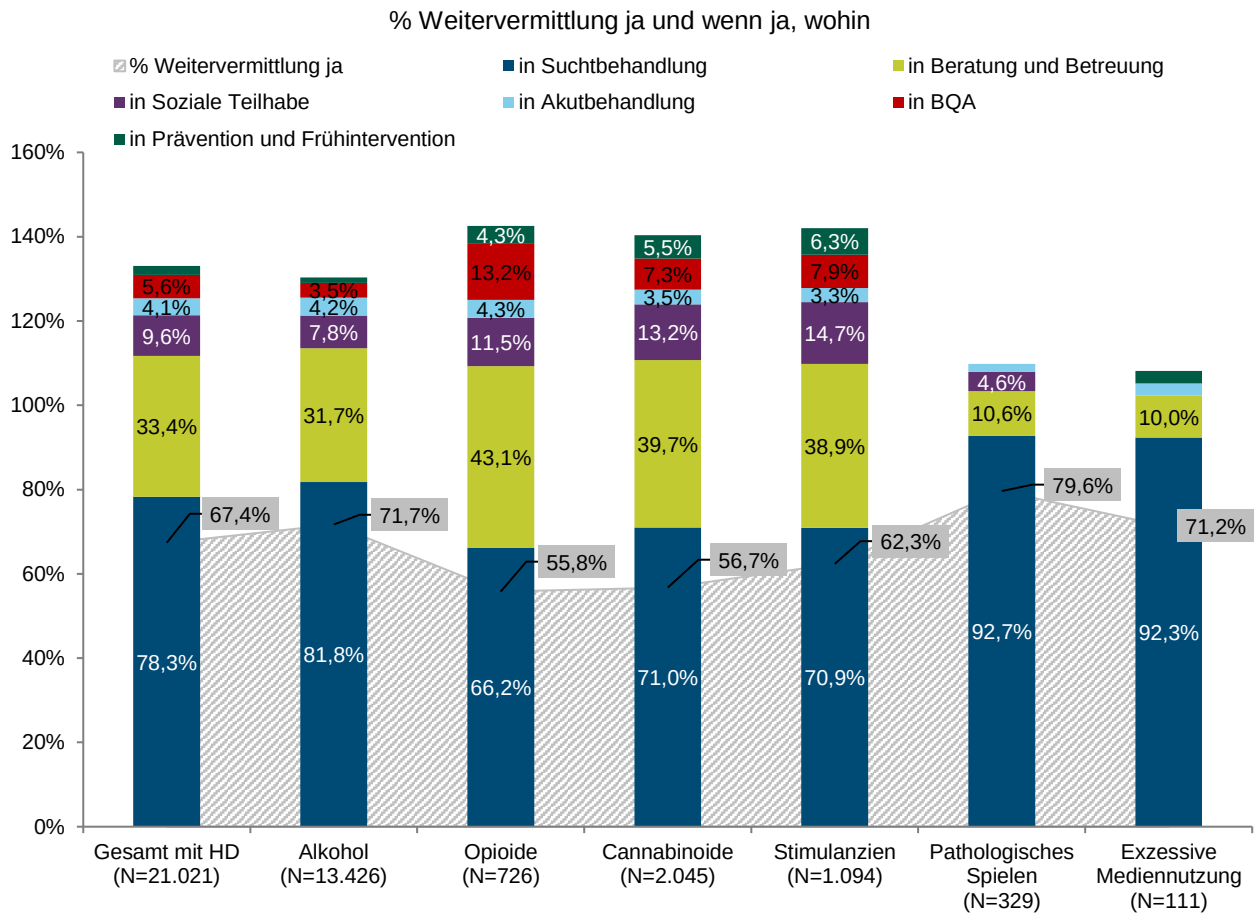


Abbildung 50 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Weitervermittlung

Insgesamt enden etwa 2 von 3 Behandlungen mit einer Weitervermittlung in andere Einrichtungen (67 %; siehe Abbildung 51 und Tabelle SS im Anhang). Knapp 3 von 4 Weitervermittlungen erfolgen in die Suchtbehandlung (78 %) und knapp ein Drittel in die Beratung und Betreuung (33 %). Darüber wir nur noch in die Soziale Teilhabe (10 %) in nennenswertem Umfang weitervermittelt.

Die Verteilung der Weitervermittlungswege ist zwischen den verschiedenen Gruppen weitgehend vergleichbar. Allerdings werden Personen mit alkoholbezogenen Störungen (72 %) oder Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 80 %; Exzessive Mediennutzung: 71 %) grundsätzlich eher weitervermittelt als Personen mit Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide; Spanne: 56 % bis 62 %), wobei dies auf eine häufigere Weitervermittlung in die Suchtbehandlung (alkoholbezogene Störungen: 82 % Glücksspielproblematik: 93 %; Exzessive Mediennutzung: 92 % vs. Störungen durch illegale Substanzen: 66 % bis 71 %) zurückzuführen ist. Demgegenüber werden Personen mit Verhaltenssüchten halb so oft in die Beratung und Betreuung weitervermittelt (Glücksspielproblematik: 11 %; Exzessive Mediennutzung 10 %) wie Personen mit substanzgebunden Störungen (Spanne: 32 % bis 43 %).



Mehrfachnennung möglich; BQA=Beschäftigung,Qualifierung, Arbeitsförderung, HD=Hauptdiagnose

Abbildung 51 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung/Verlegung nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Anbindung an Selbsthilfe

Einem Drittel der Behandelten wird ein Kontakt zur Selbsthilfe vermittelt (34 %) und etwa 4 von 9 Behandelten besuchen entsprechende Angebote (53 %; siehe Abbildung 52 und Tabelle TT im Anhang). Von einer Interpretation der Anteilswerte wird bei Exzessiver Mediennutzung aufgrund kleiner Fallzahlen Abstand genommen.

Personen mit Glücksspielproblematik (45 %) wird häufiger ein Kontakt zur Selbsthilfe vermittelt als Personen mit substanzgebundenen Störungen, wobei hier die Vermittlungsquote bei Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide; Spanne: 20 % bis 28 %) nochmals niedriger ist als bei alkoholbezogenen Störungen (40 %). Der Besuch von Angeboten der Selbsthilfe ist bei Behandelten mit Störungen durch illegale Substanzen (je 41 %) ebenfalls unwahrscheinlicher als bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (59 %) oder einer Glücksspielproblematik (68 %).

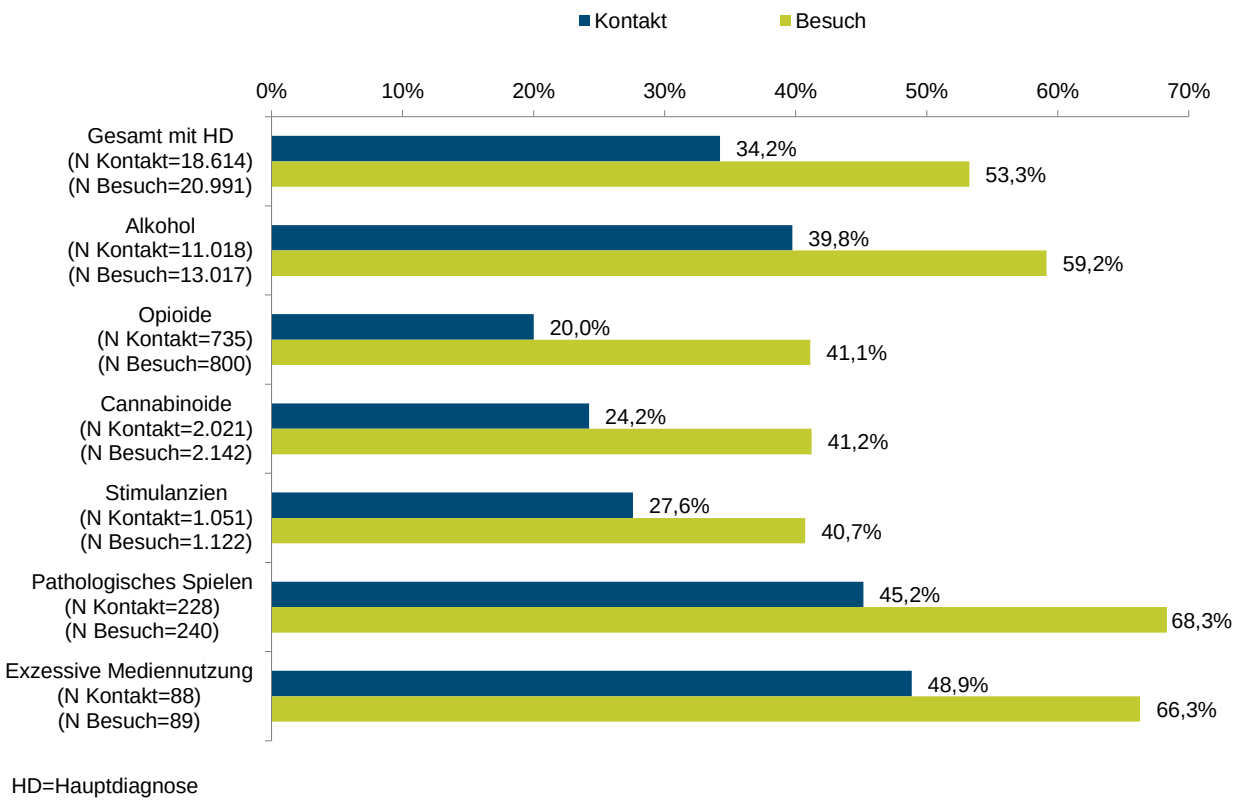


Abbildung 52 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptdiagnose (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

4.3.4 Indikatoren des Behandlungserfolgs

Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Der Problembereich Suchtverhalten verbessert sich bis zum Behandlungsende in über 17 von 20 Fällen (85 %; siehe Abbildung 53 und Tabelle UU im Anhang). Bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (90 %) oder Verhaltenssüchten (Glücksspielproblematik: 90 %; Exzessive Mediennutzung: 87 %) kommt es hierbei häufiger zu Verbesserungen als bei Behandelten mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide; Spanne: 68 % bis 79 %). Hierbei spielt eine Stabilisierung des Suchtverhaltens für Personen mit opioidbezogenen Störungen (29 %) eine deutlich größere Rolle als für Personen mit cannabinoid- (19 %) oder stimulanzienbezogenen Störungen (20 %). In allen Gruppen kommt es nur sehr selten zu einer Verschlechterung oder einem Neuauftreten der Suchtproblematik.

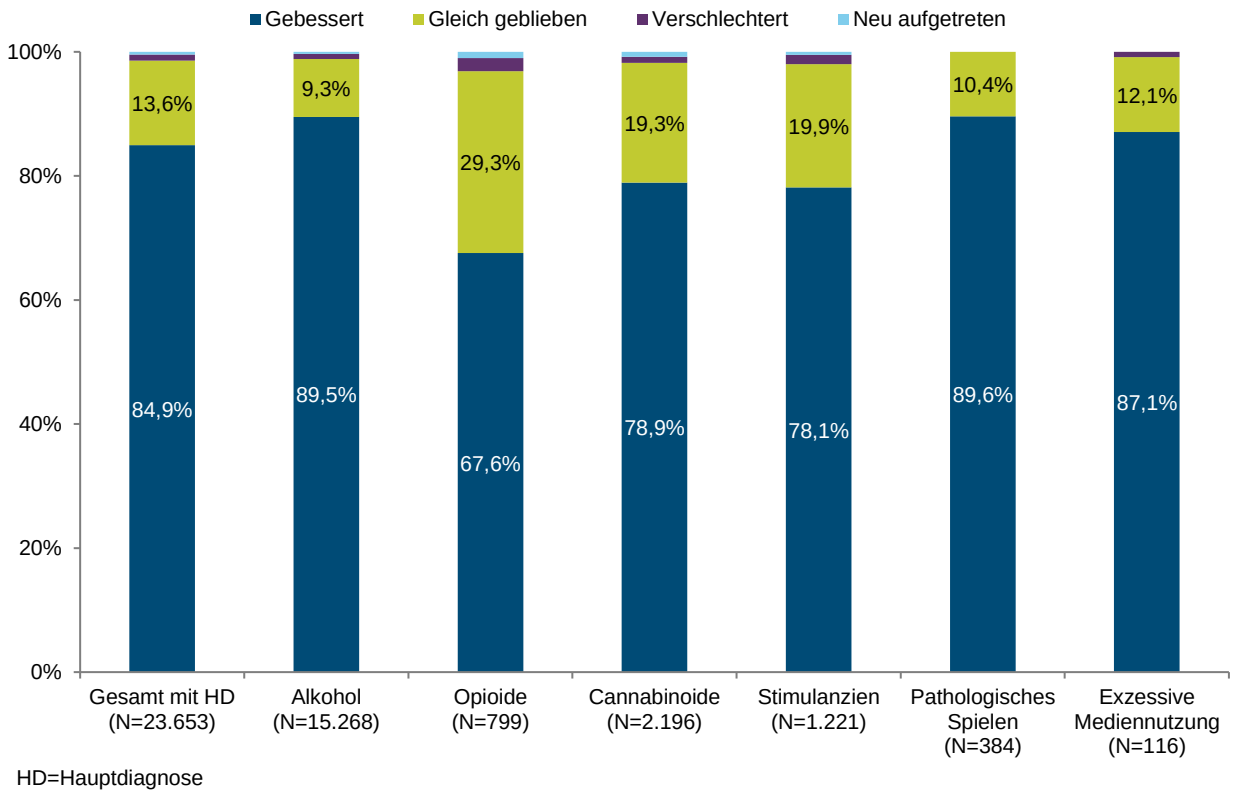
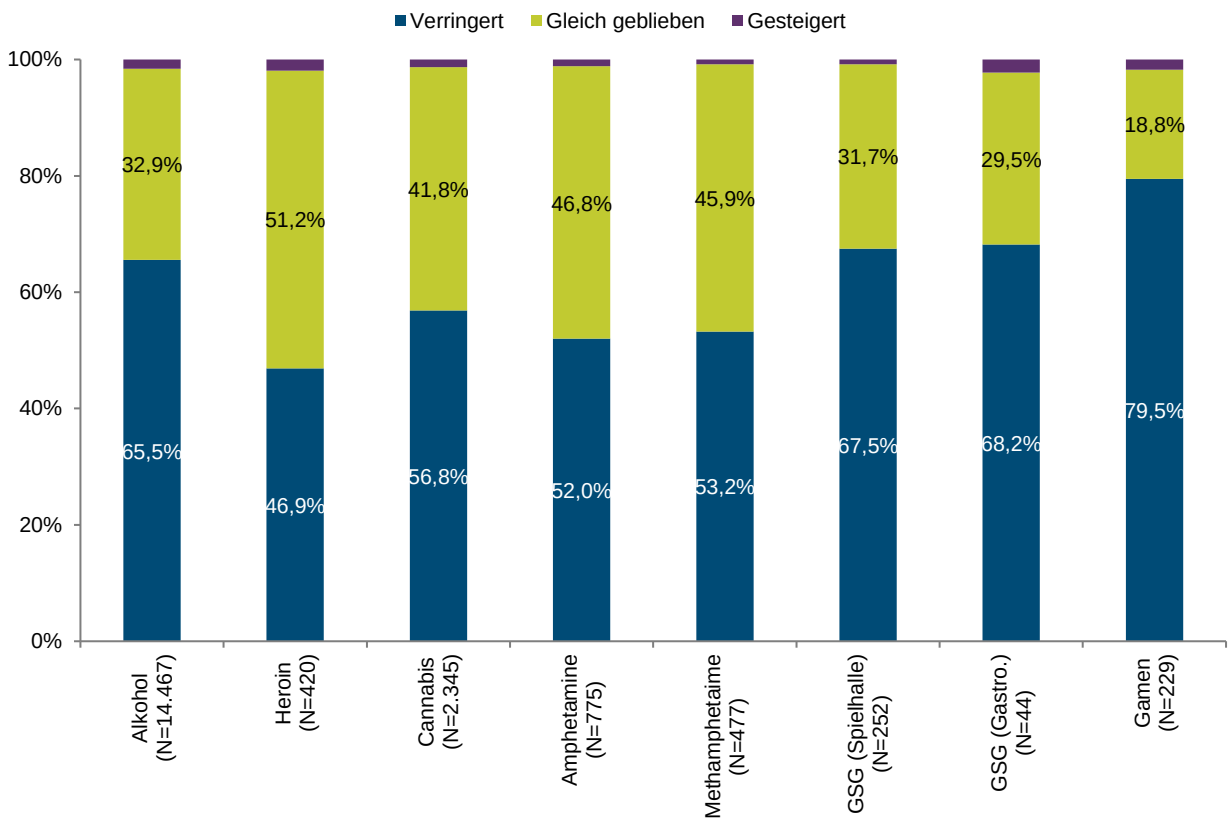


Abbildung 53 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptdiagnose bei Behandlungsende (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Veränderung der Konsummenge

Bei allen Hauptsubstanzen / -spielformen / -tätigkeiten zeigt sich zu Behandlungsende regelhaft zumindest ein stabilisiertes oder sogar ein reduziertes Nutzungsmuster (siehe Abbildung 54 und Tabelle VV im Anhang).

Bei Personen, deren Hauptsubstanz Alkohol ist, kommt es doppelt so häufig zu einer Konsummengenreduktion wie zu einem unveränderten Konsumverhalten (66 % bzw. 33 %). Diese Relation gilt in etwa auch für Personen, die das Automatenspiel in Spielhallen als Hauptspielform angeben (68 % bzw. 32 %). Bei Personen, deren Hauptspielform das Gamen ist, ist eine Verbesserung viermal so wahrscheinlich (80 %) wie eine Stabilisierung (19 %). Bei Personen, die hauptsächlich eine Substanz aus dem illegalen Spektrum (inkl. Cannabis) konsumieren, erfolgt bei 4 von 9 Behandelten (Heroin: 47 %) bis 5 von 9 Behandelten (Cannabis: 57 %) eine Reduktion der Konsummenge. Eine Steigerung der Konsummenge ist in keinen der Bereiche in nennenswertem Ausmaß zu beobachten.



GSG=Geldspielgeräte; Gastro.=in der Gastronomie

Abbildung 54 Entwicklung der Konsummenge zum Behandlungsende nach Hauptsubstanz/ -spielform/ -tätigkeit (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

Entwicklung der weiteren Problembereiche

Abbildung 55 (und Tabelle WW im Anhang) zeigt die Entwicklung der weiteren Problembereiche bei Behandlungsende nach Einschätzung durch das behandelnde Fachpersonal über alle Gruppen hinweg. Hier hat sich insbesondere in den – eingangs eher stark beeinträchtigten – Bereichen Gesundheit, Psyche, Freizeit und Tagesstruktur die Ausgangssituation verbessert. In den anderen Bereichen – die zu Behandlungsbeginn regelhaft seltener als problembehaftet eingestuft wurden – kam es eher zu einer Stabilisierung der Ausgangssituation. Eine Verschlechterung oder ein Neuauftreten ergab sich nur in Einzelfällen.

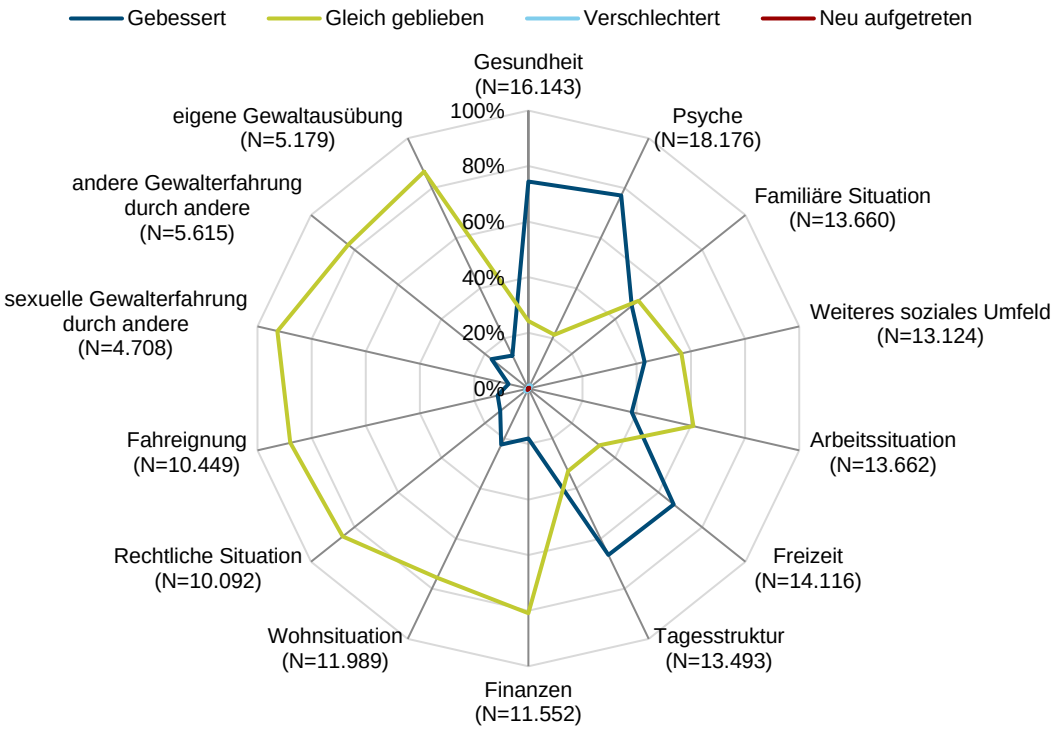


Abbildung 55 Entwicklung der Problembereiche über alle Hauptdiagnosen bei Behandlungsende (stationäre Rehabilitationseinrichtungen)

5 HAUPTMAßNAHMEN IN DER SUCHTHILFE

Wichtigste Ergebnisse im Überblick

	Häufigste Diagnosen	Häufigste Vermittlung	Betreuungsdauer	Planmäßige Beendigung	Weitervermittlung
NIH	F11 Opioide 41 % F14 Kokain 18 % F19 And. Psychotr. Sub./ Polytoxikomanie 18 %	77 % ohne Vermittlung	Ø 14,5 Monate	74 %	19 %
ADA	F10 Alkohol 51 % F19 And. Psychotr. Sub./ Polytoxikomanie 18 % F12 Cannabinoide 11 %	88 % stationäre Suchtrehabilitation	Ø 2,9 Monate	88 %	75 %
ARS	F10 Alkohol 70 % F12 Cannabinoide 9 % F14 Kokain 6 %	46 % ohne Vermittlung	Ø 10,3 Monate	82 %	25 %
NAS	F10 Alkohol 76 % F12 Cannabinoide 6 % F15 Stimulanzien 4 %	59 % stationäre Suchtrehabilitation	Ø 8,2 Monate	72 %	20 %
AWS	F10 Alkohol 49 % F11 Opioide 15 % F12 Cannabinoide 11 %	30 % stationäre Suchtrehabilitation	Ø 25,4 Monate	61 %	36 %

5.1 Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen

In diesem Berichtsjahr werden Ergebnisse der ausgewählten Hauptmaßnahmen Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS), (Reha-)Nachsorge (NAS), Niedrigschwellige Hilfen (NIH), Adaption (ADA) und Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS) dargestellt. Hierbei werden ARS (N = 327datenliefernde Einrichtungen) und NAS (N = 417 datenliefernde Einrichtungen) mit nur wenigen Ausnahmen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) als Hauptmaßnahme erbracht, ADA erfolgt ausschließliche in stationären Einrichtungen (N = 42 Einrichtungen). Eine Umsetzung der Hauptmaßnahme NIH (N = 129 datenliefernde Einrichtungen) erfolgt schwerpunktmäßig in ambulanten Einrichtungen. Zudem klassifizieren sich knapp ein Siebtel der entsprechenden Einrichtungen als Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5). AWS wird als Hauptmaßnahme (N = 167 datenliefernde Einrichtungen) im Verhältnis von etwa 2:1 durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) bzw. Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) geleistet.

Insgesamt ist das Betreuungsvolumen in den Hauptmaßnahmen NAS (N = 10.317) und ARS (N = 10.070) deutlich höher als in den übrigen Hauptmaßnahmen (siehe Tabelle 4). Hierbei ist das Fallaufkommen in ADA (N = 2.648) und AWS (N = 3.890) nochmals mit Abstand geringer als in NIH (N = 8.146). Während in ADA etwa 4 von 5 Betreuungen auf Neuzugänge des Jahres 2024 zurückzuführen sind (78 %), liegt der entsprechende Anteil bei NAS (59 %), ARS (51 %) und NIH (45 %) bei (gut bzw. knapp) der Hälfte. Lediglich in AWS bilden Neuzugänge eine Minderheit (30 %).

Die nachfolgenden Analysen nehmen ausschließlich Bezug auf die Gruppe der Zugänge bzw. Beender und lassen Übernahmen aus den Vorjahren außer Acht (vgl. hierzu Kapitel 2.3 Auswertungen).

Tabelle 4 Gesamtzahl der Betreuungen nach Hauptmaßnahmen

Hauptmaßnahme	Übernahmen aus 2023	Zugänge 2024	Betreuungen gesamt	Beender 2024	Übernahmen nach 2025
NIH	4.499	3.647	8.146	1.859	6.287
ADA	565	2.083	2.648	2.269	379
ARS	4.909	5.161	10.070	5.499	4.571
NAS	4.280	6.037	10.317	5.942	4.375
AWS	2.738	1.152	3.890	1.162	2.728

Gesamtzahl der betreuten Personen mit eigener Symptomatik und Bezugspersonen in allen ausgewerteten Einrichtungen nach Hauptmaßnahme; NIH = Niedrigschwellige Hilfen (N= 129, unbekannt: 0,0%), ADA = Adaption (N= 42, unbekannt: 0,0%), ARS = Ambulante Medizinische Rehabilitation (N= 327, unbekannt: 0,0%), NAS = (Reha-)Nachsorge (N= 417, unbekannt: 0,0%), AWS = Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum (N= 164, unbekannt: 0,0%).

5.2 Beschreibung der Klientel

5.2.1 Störungsbezogene Merkmale

Hauptdiagnosen

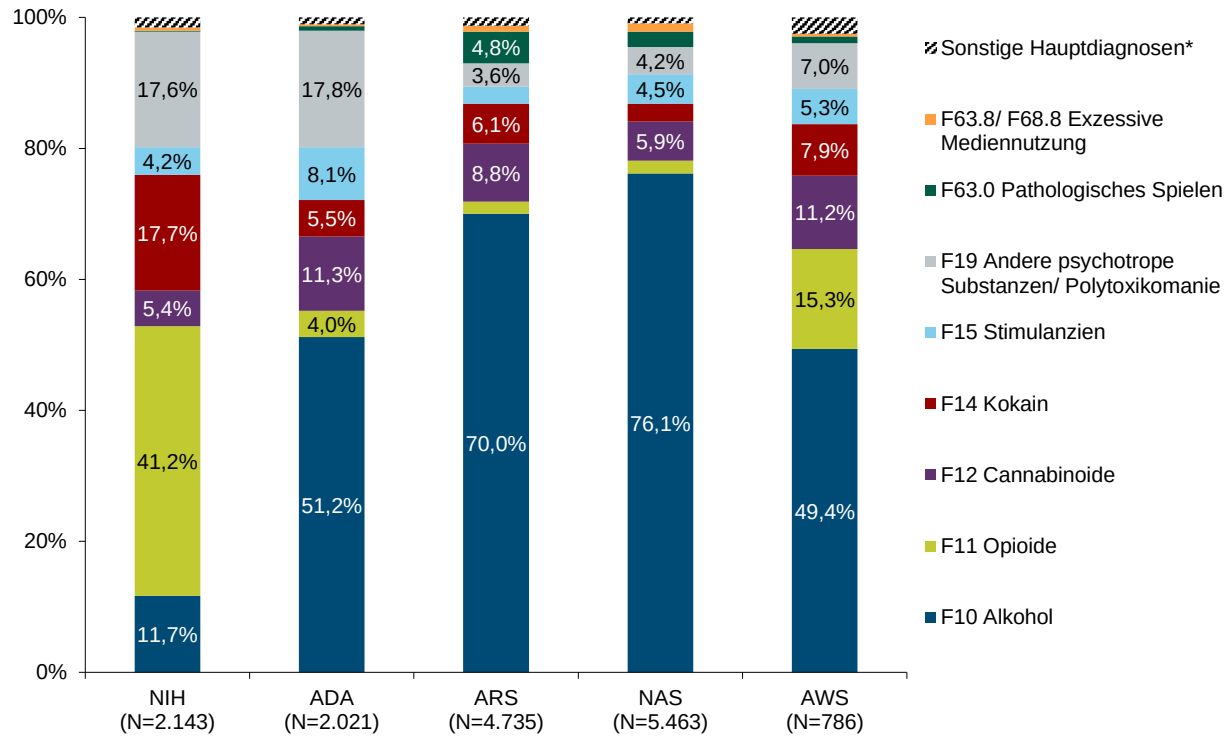
Zwischen den betrachteten Hauptmaßnahmen unterscheidet sich die Verteilung der Hauptdiagnosen deutlich (siehe Abbildung 56 und Tabelle XX im Anhang).

In ARS (70 %) und NAS (76 %) bilden Personen mit alkoholbezogenen Störungen die mit Abstand größte Gruppe der Hilfesuchenden, in ADA (51 %) und AWS (49 %) machen sie etwa die Hälfte der Fälle aus. Nur in NIH haben alkoholbezogene Störungen, auf die ein Achtel der Betreuungen entfällt (12 %), eine nachrangige Bedeutung. Hier erfolgen etwa 2 von 5 Betreuungen aufgrund von opioidbezogenen Störungen (41 %), es folgen mit Abstand und je etwa einem Sechstel der Fälle Störungen in Folge des Konsums anderer psychotroper Substanzen / Polytoxikomanie (18 %; nachfolgend „Multipler Substanzgebrauch“) bzw. kokainbezogene Störungen (18 %). Zudem wird ein kleiner Anteil der Hilfesuchenden aufgrund von cannabinoid- (5 %) bzw. stimulanzienbezogenen Störungen (4 %) betreut.

Cannabinoidbezogene Störungen sind sowohl in ARS (9 %) als auch in NAS (6 %) der zweithäufigste Betreuungsanalass. An dritter Stelle stehen in ARS kokain- (6 %) und in NAS stimulanzienbezogene Störungen (5 %). Den vierten Rang nimmt in ARS die Glücksspielproblematik (5 %) bzw. in NAS Multipler Substanzgebrauch (4 %) ein. Letzterer steht in ARS auf Rang 5 (4 %). Andere Behandlungs- und Betreuungsanlässe als die 4 genannten fallen weder in ARS noch in NAS anteilsmäßig ins Gewicht.

In ADA folgen im Häufigkeitsranking Multipler Substanzgebrauch (18 %) und cannabinoidbezogene Störungen (11 %) den alkoholbezogenen Störungen. Darüber hinaus werden in gewissem Umfang Personen mit stimulanzien- (8 %) oder kokainbezogenen Störungen (6 %) behandelt.

Den zweithäufigsten Anlass für AWS bilden opioidbezogene Störungen (15 %), an dritter Stelle folgen cannabinoidbezogene Störungen (11 %). Kokainbezogene Störungen (8 %) sind ähnlich häufig wie Multipler Substanzgebrauch (7 %). Darüber hinaus entfällt nur auf stimulanzienbezogene Störungen noch ein nennenswerter Anteil der Betreuungen (5 %).



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

* F13 Sedativa/Hypnotika, F16 Halluzinogene, F17 Tabak, F18 Flüchtige Lösungsmittel, F55 Missbrauch von nicht abhängig machenden Substanzen, F50 Ess-Störungen, F63.0 Pathologisches Spielen, F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung.

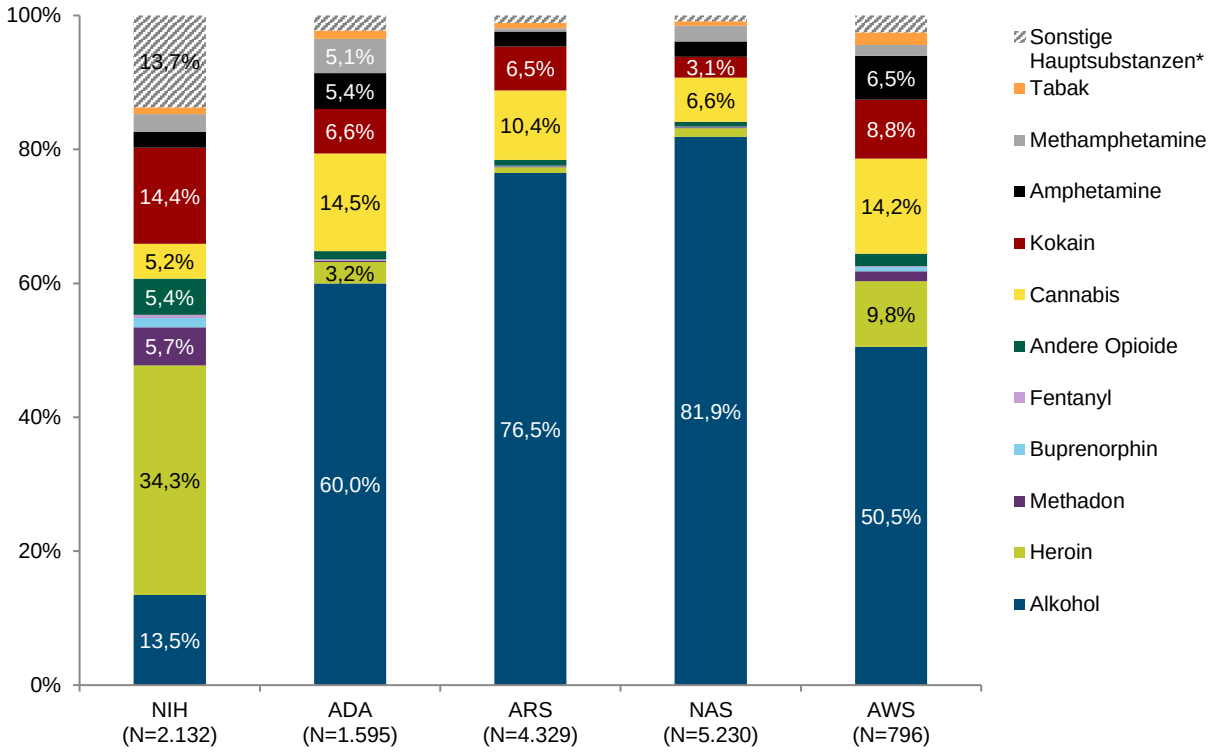
Abbildung 56 Verteilung der Hauptdiagnosen nach Hauptmaßnahme

Hauptsubstanzen

Für rund 4 von 5 Hilfesuchenden in ARS (77 %) bzw. NAS (82 %) ist Alkohol als Hauptsubstanz dokumentiert (siehe Abbildung 57 und Tabelle B im Anhang). An zweiter und dritter Stelle folgen jeweils Cannabis (ARS: 10 %; NAS: 7 %) bzw. Kokain (ARS: 7 %; NAS: 3 %). Weitere Einzelsubstanzen sind weder in ARS noch in NAS in nennenswertem Umfang als Hauptsubstanz dokumentiert.

Auch in AWS (51 %) und ADA (60 %) repräsentiert Alkohol mit gut der Hälfte bzw. etwa drei Fünfteln der Fälle die mit Abstand häufigste Hauptsubstanz. Im Ranking folgt erneut – mit jeweils etwa einem Siebtel der Fälle – Cannabis (ADA: 15 %; AWS 14 %). Danach zeigen sich gewisse Unterschiede in der Rangreihung der Einzelsubstanzen. In ADA steht Kokain (7 %) vor den anteilsmäßig ähnlich stark vertretenen Amphetaminen (5 %) und Metamphetaminen (5 %) an dritter Stelle. Darüber hinaus wird nur noch Heroin in nennenswertem Umfang als Hauptsubstanz erfasst (3 %). In AWS nimmt Heroin wiederum den dritten Rang ein (10 %), knapp gefolgt von Kokain (9 %). Darüber hinaus sind nur noch Amphetamine (7 %) als Hauptsubstanz in nennenswertem Umfang vertreten.

In NIH wird Heroin in einem Drittel der Fälle (34 %), und damit mit Abstand am häufigsten als Hauptsubstanz dokumentiert. Es folgen mit je einem Siebtel der Fälle Kokain (14 %) und Alkohol (14 %). An vierter Stelle steht Crack (12 %). Darüber hinaus sind noch Methadon (6 %), andere Opioide (5 %) und Cannabis (5 %) in nennenswertem Umfang als Hauptsubstanz erfasst. Insgesamt wird somit für 4 von 9 Betreuten der NIH eine Hauptsubstanz aus der Substanzklasse der Opioide angegeben (47 %). In ARS, NAS und ADA gilt diese in weniger als einem von 20 Fällen (Spanne: 2 % bis 5 %) und in AWS für etwa ein Siebtel (14 %) der Betreuten.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

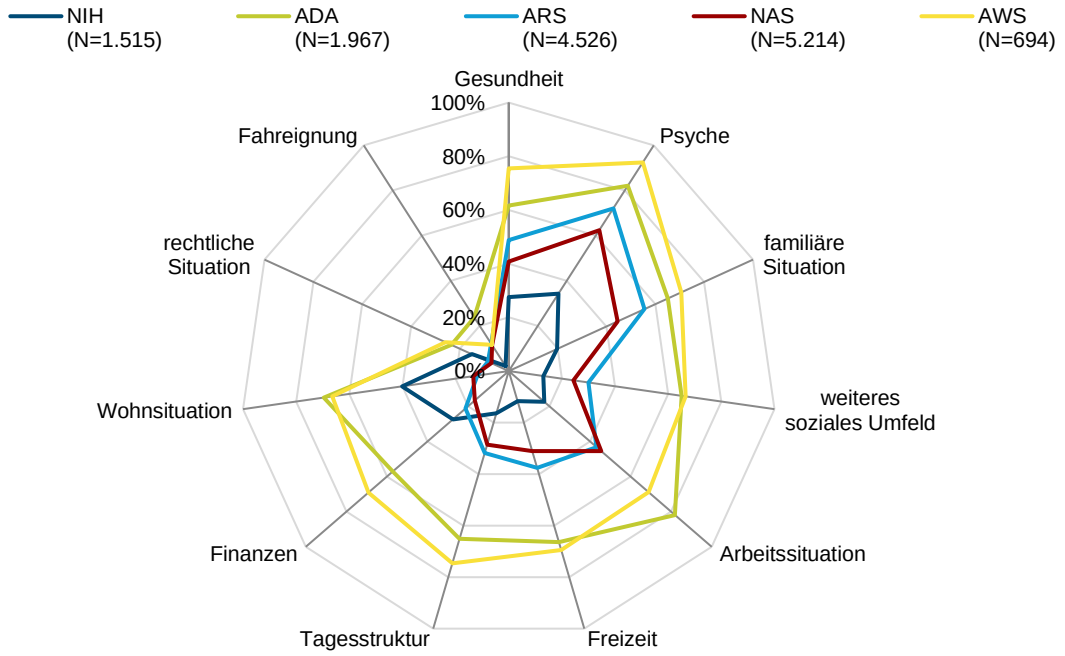
* Andere/synthetische Cannabinoide; andere Stimulanzien; Sedativa/Hypnotika; Crack; Halluzinogene; flüchtige Lösungsmittel; andere psychotrope oder neue psychoaktive Substanzen.

Abbildung 57 Verteilung der wichtigsten Hauptsubstanzen nach Hauptmaßnahme

Problembereiche

Abgesehen von dem grundsätzlichen Suchtproblem werden insbesondere für Hilfesuchende in AWS und ADA verschiedene weitere Lebensbereiche als belastet eingestuft (siehe Abbildung 58 und Tabelle YY im Anhang). Vergleichsweise selten werden für Hilfesuchende in NIH weitere Problemebereiche dokumentiert, wobei aufgrund der Arbeitspraxis in niedrigschwelligen Einrichtungen (Fokus: niedrigschwellige Unterstützung) von einer Untererfassung auszugehen ist. Eine Ausnahme bildet hier die Wohnsituation, die bei knapp 2 von 5 Betreuten als problematisch gilt (40 %). In allen betrachteten Hauptmaßnahmen werden (bei schwankenden Anteilswerten) am häufigsten psychische Probleme dokumentiert (Spanne: 36 % bis 92 %). In den Gruppen, die mit NIH, NAS und ARS erhalten, zählen zudem Gesundheit (Spanne: 28 % bis

49 %) und familiäre Situation (Spanne: 20 % bis 56 %) zu den wichtigsten Problembereichen. Für Hilfesuchende mit ARS und NAS kommt noch die Arbeitssituation hinzu, in AWS die Tagesstruktur und in NIH – wie bereits erwähnt – die Wohnsituation. Für Personen in ADA ergibt sich ein leicht abweichendes Bild. Hier gelten neben der Psyche insbesondere noch die Arbeitssituation, die Wohnsituation und die Freizeitgestaltung als belastet.



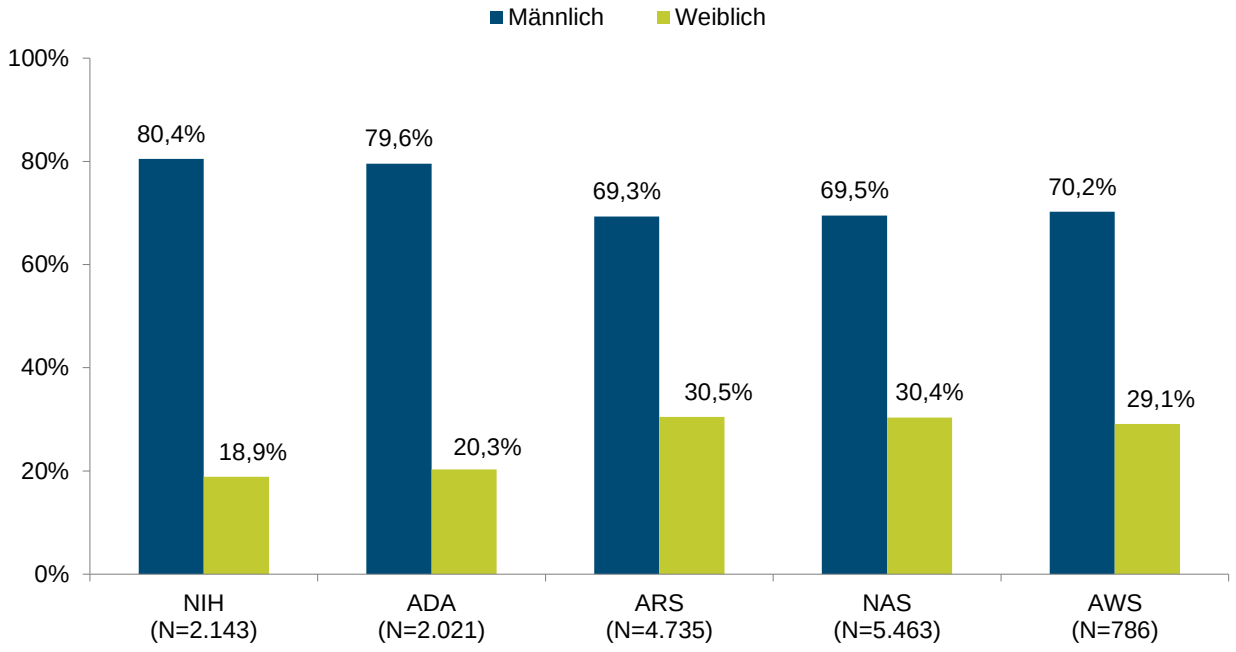
ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 58 Problembereiche bei Betreuungs- bzw. Behandlungsbeginn nach Hauptmaßnahm

5.2.2 Soziodemographische Merkmale

Geschlechterverhältnis

In allen betrachteten Hauptmaßnahmen werden mehrheitlich Männer betreut (siehe Abbildung 59 und Tabelle ZZ im Anhang). Hierbei ist der Männerüberhang mit jeweils etwa vier Fünfteln in NIH (80 %) und ADA (80 %) etwas stärker ausgeprägt als in den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen (Spanne: 69 % bis 70 %).



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 59 Geschlechterverteilung nach Hauptmaßnahme

Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der Behandelten bzw. Betreuten reicht von 38 bis hin zu 46 Jahren, wobei Hilfesuchende in NAS (46 Jahre) und ARS (45 Jahre) mit Mitte 40 durchschnittlich am ältesten sind. In AWS (41 Jahre) bzw. NIH (40 Jahre) betreute Personen sind im Mittel um die 40 Jahre alt. Ein Altersdurchschnitt von unter 40 Jahren findet sich bei Behandelten mit ADA (38 Jahre; siehe Abbildung 60 und Tabelle AAA im Anhang).

In allen Hauptmaßnahmen ist die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen anteilsmäßig am stärksten vertreten. In NIH (65 %) und ADA (62 %) ist dieser Überhang besonders deutlich, in ARS (50 %) und NAS (48 %) ist er vergleichsweise schwach ausgeprägt. Junge Personen unter 30 Jahren stellen ein Viertel der in Behandelten mit ADA (24 %), ein Fünftel der in AWS Betreuten (21 %) und ein Sechstel der in NIH Betreuten (17 %). Demgegenüber sind zwei Fünftel der Hilfesuchenden in ARS (38 %) und NAS (41 %) mindestens 50 Jahre alt.

Minderjährige werden in allen Hauptmaßnahmen nur vereinzelt betreut bzw. behandelt, die Altersgruppe ab 65 Jahre ist nur in ARS (5 %) und NAS (5 %) mit einem nennenswerten Anteil vertreten.

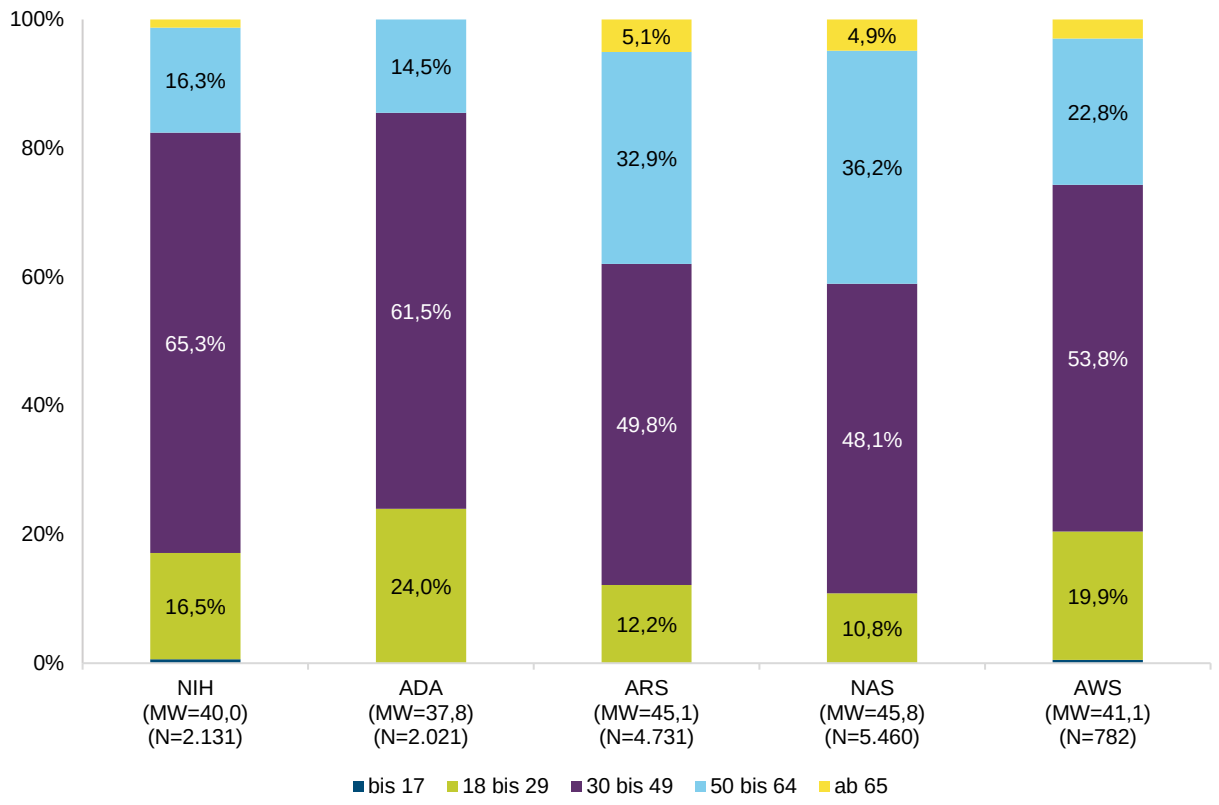
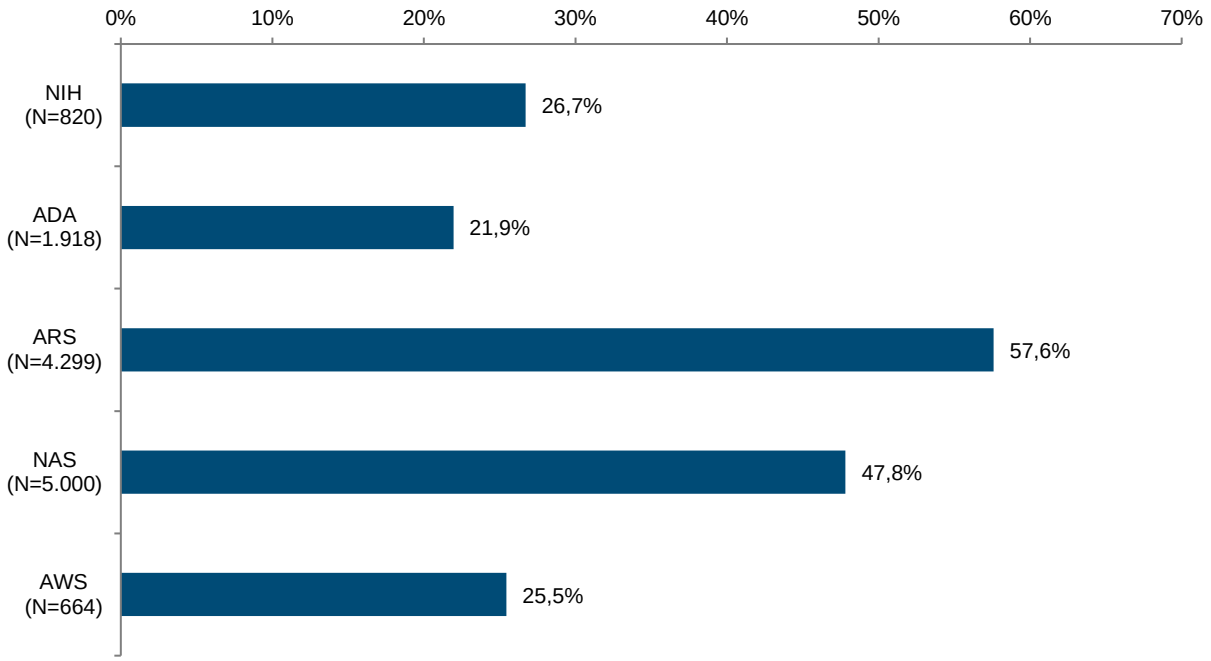


Abbildung 60 Altersstruktur nach Hauptmaßnahme

Partner-, Lebens- und Familiensituation

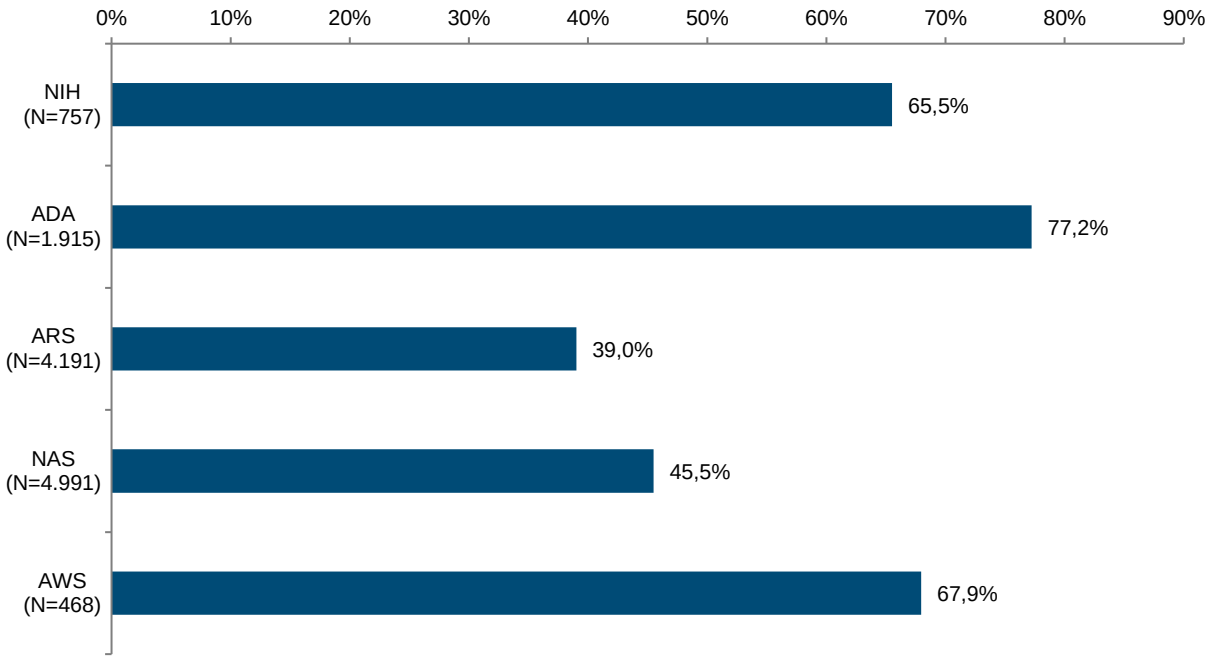
In ARS leben 3 von 5 Behandelten in einer festen Partnerschaft (58 %), in NAS ist es etwa die Hälfte (48 %; siehe Abbildung 61 und Tabelle BBB im Anhang). In AWS (26 %) und NIH (27 %) hat jeweils gut ein Viertel der Betreuten eine feste Partnerschaft. In ADA gilt dies für gut ein Fünftel der Behandelten (22 %).



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 61 Anteil in Partnerschaft nach Hauptmaßnahme

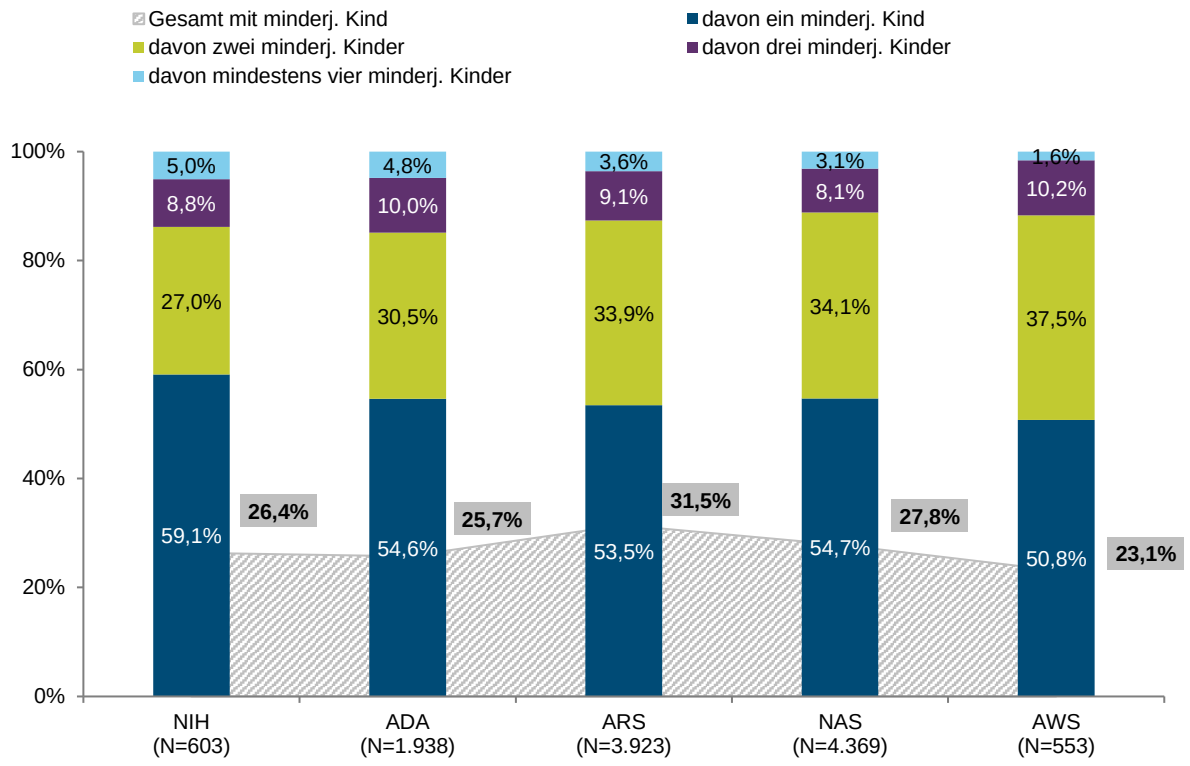
Etwa drei Viertel (77 %) der Behandelten mit ADA leben allein (siehe Abbildung 62 und Tabelle CCC im Anhang). In NIH (66 %) und AWS (68 %) trifft dies jeweils auf 2 von 3 Betreuten zu. Hilfesuchende in ARS (39 %) oder NAS (46 %) leben in weniger als der Hälfte der Fälle allein.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 62 Anteil allein Lebender nach Hauptmaßnahme

Etwa ein Drittel (32 %) der in ARS behandelten Personen hat minderjährige Kinder (siehe Abbildung 63 und Tabelle DDD im Anhang). In den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen liegt der entsprechende Anteil bei rund einem Viertel (Spanne: 23 % bis 28 %). Hierbei hat die Hälfte der in AWS betreuten Eltern ein minderjähriges Kind (51 %), in ARS, NAS und ADA gilt dies für 5 von 9 Eltern (Spanne: 54 % bis 55 %) und in NIH für etwa 3 von 5 Eltern (59 %). Konstellationen mit mindestens 3 Kindern finden sich bei einem Achtel bis einem Siebtel der hilfesuchenden Eltern (Spanne: 11 % bis 15 %).

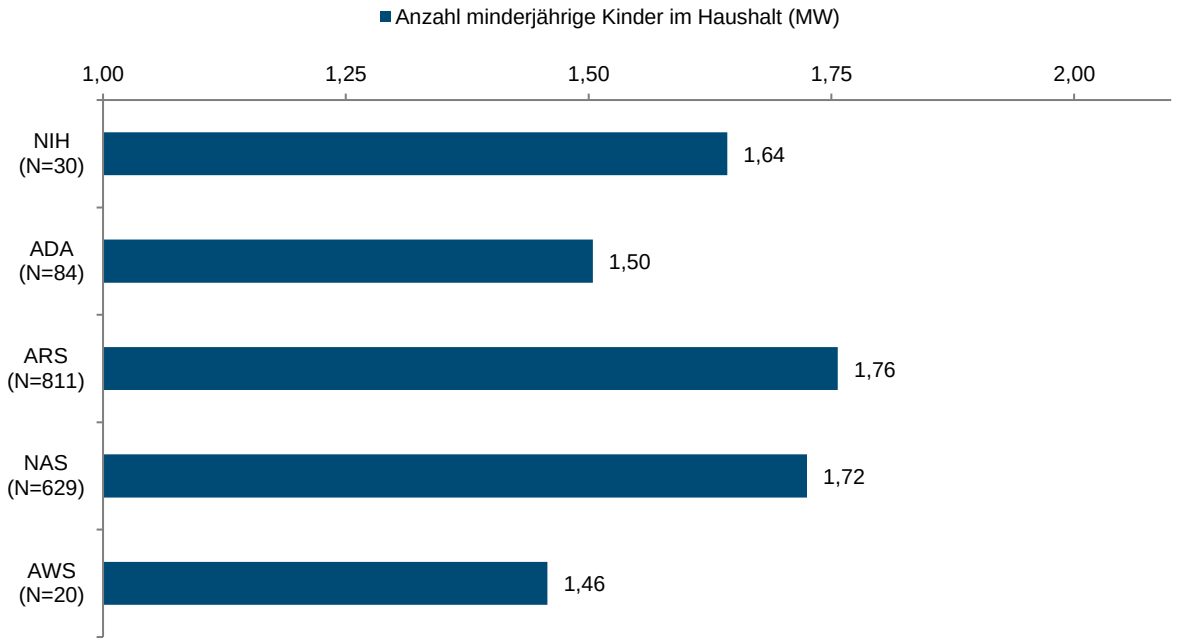


ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen, minderj.=minderjährige(s)

Abbildung 63 Anteil mit eigenen minderjährigen Kindern nach Hauptmaßnahme

Berücksichtigt man bei der Elternschaft zusätzlich bereits volljährige Kinder (siehe Tabelle EEE im Anhang), so haben jeweils etwa 5 von 9 Hilfesuchende in ARS (54 %) und NAS (54 %) eigene Kinder. In den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen trifft dies in etwa 2 von 5 Fällen zu (Spanne: 38 % bis 43 %). Hierbei sind Konstellationen mit mehreren Kindern bei Hilfesuchenden in NIH, AWS und ADA (Spannweite: 50 % bis 54 %) seltener als unter Behandelten in ARS (62 %) und NAS (61 %).

Falls (eigene oder nicht-eigene) minderjährige Kinder im Haushalt der Hilfesuchenden leben, ist die durchschnittliche Anzahl an minderjährigen Kindern bei in ARS behandelten Personen (Ø 1,76) am höchsten, gefolgt von in NAS (Ø 1,72) bzw. in NIH (Ø 1,64) betreuten Personen (siehe Abbildung 64 und Tabelle FFF im Anhang). In den Haushalten der Behandelten in ADA (Ø 1,50) bzw. der Betreuten in AWS (Ø 1,46) leben im Mittel vergleichsweise wenige minderjährige Kinder.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen. Bezugsbasis ist die Klientel mit mindestens einem minderjährigen Kind

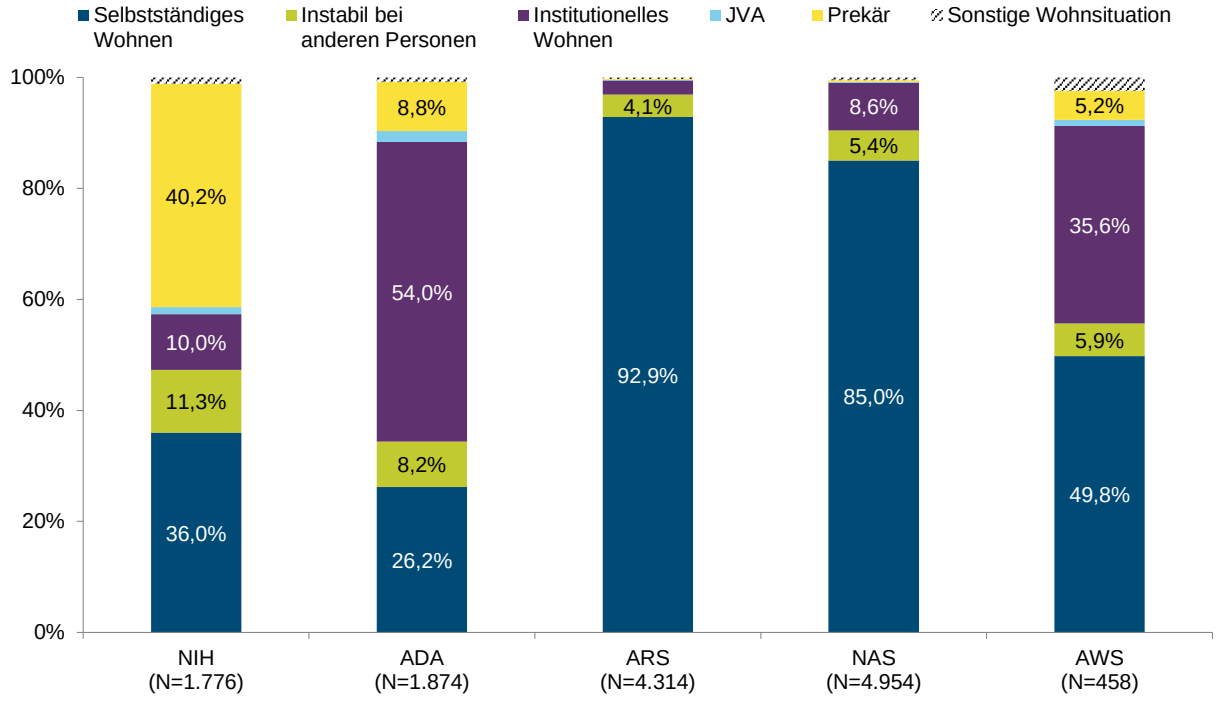
Abbildung 64 Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt nach Hauptmaßnahme

Wohnsituation

Unmittelbar vor Maßnahmenbeginn wohnt die überwiegende Mehrheit der in NAS (85 %) und ARS (93 %) hilfesuchenden Personen selbstständig (siehe Abbildung 65 und Tabelle GGG im Anhang). Betreute mit NAS waren ansonsten im Vorfeld entweder in institutionellen Wohnformen untergebracht (9 %) oder sie wohnten instabil bei anderen Personen (5 %). Letzteres trifft in gewissem Umfang auch auf die in ARS behandelten Personen zu (4 %), weitere Wohnformen fallen hier anteilsmäßig jeweils nicht ins Gewicht.

Die Hälfte, der in AWS betreuten Personen wohnt am Tag vor Maßnahmenbeginn selbstständig (50 %) und gut ein Drittel kommt aus institutionellen Wohnformen in die aktuelle Hauptmaßnahme (36 %). Darüber hinaus haben noch das instabile Wohnen bei anderen Personen (6 %) und prekäre Wohnsituationen eine gewisse Verbreitung (5 %). Die Behandelten der ADA kommen in 5 von 9 Fällen aus institutionellen Wohnformen in die aktuelle Hauptmaßnahme (54 %). Ein Viertel lebt unmittelbar vor Maßnahmenbeginn selbstständig (26 %) und jeweils etwa ein Zwölftel wohnt (instabil) bei anderen Personen (8 %) oder in prekären Verhältnissen (9 %).

Unter den Betreuten der NIH sind prekäre Wohnverhältnisse unmittelbar vor Maßnahmenbeginn (40 %) noch häufiger als das selbstständige Wohnen (36 %). An dritter Stelle steht das (instabile) Wohnen bei anderen Personen (11 %) unmittelbar gefolgt von der Unterbringung in institutionellen Wohnformen (10 %).



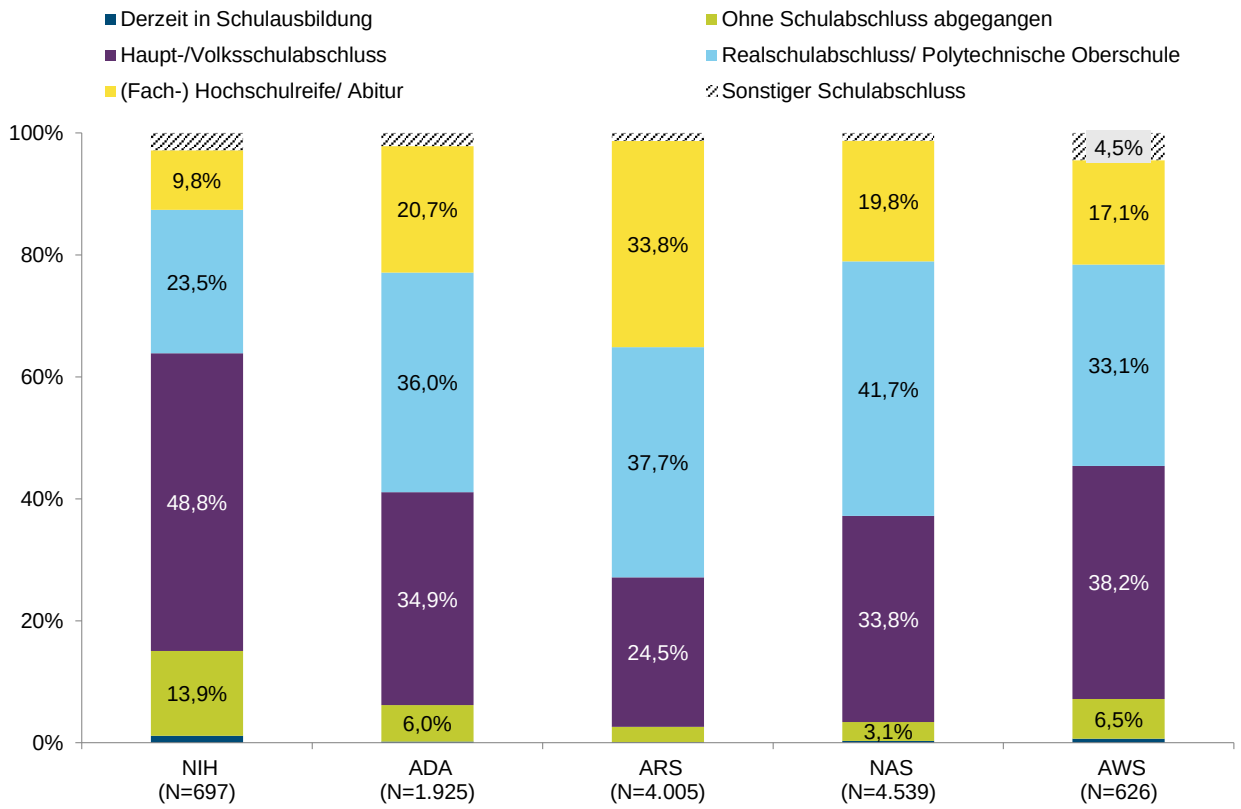
JVA=Justizvollzugsanstalt, ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 65 Wohnsituation nach Hauptmaßnahme

Schulabschluss

Als Indikator für hohe Schulbildung wird hier der Anteil an Personen mit (Fach-) Hochschulreife verwendet. Als Indikator für niedrige schulische Bildung dient der Anteil an Personen, der die Schule ohne Abschluss verlassen hat.

Ein Drittel der in ARS behandelten Personen hat eine hohe Schulbildung (34 %; siehe Abbildung 66 und Tabelle HHH im Anhang). Unter Hilfesuchenden in ADA (21 %) bzw. NAS (20 %) trifft dies jeweils auf ein Fünftel zu und unter Betreuten mit AWS auf ein Sechstel (17 %). Am seltensten haben Hilfesuchende in NIH eine hohe Schuldbildung (10 %). In dieser Gruppe hat ein Siebtel die Schule ohne Abschluss verlassen (14 %). Dieser Anteilswert ist damit gut doppelt so hoch wie unter den in AWS (7 %) und ADA (6 %) hilfesuchenden Personen. Nochmal deutlich seltener sind Schulabbrüche unter bei Betreutem in NAS (3 %). Für in ARS behandelten Personen sind Schulabbrüche nur in Einzelfällen vermerkt.



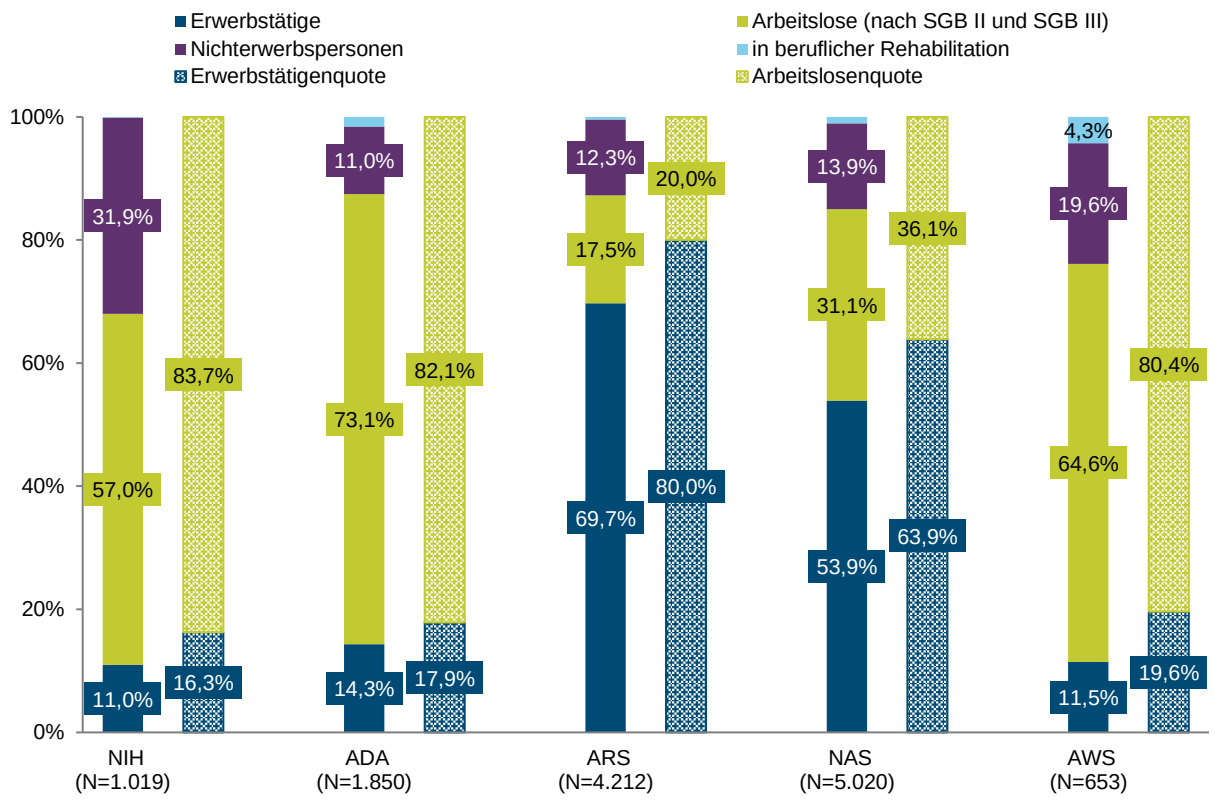
ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 66 Schulabschluss nach Hauptmaßnahme

Grundsätzlich ist das schulische Bildungsniveau der Hilfesuchenden in allen betrachteten Hauptmaßnahmen damit niedriger als innerhalb der deutschen Allgemeinbevölkerung (Bildungsstand der deutschen Wohnbevölkerung 2024: (Fach-)Hochschulreife/Abitur 37 %, ohne Abschluss 6 %; (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025b).

Erwerbsstatus

Der Anteil an Arbeitslosen übersteigt in allen betrachteten Hauptmaßnahmen die bundesdeutsche Arbeitslosenquote (Stand 2024: 6,0 %;(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025a)). Allerdings sind beide Werte nicht direkt vergleichbar, da die allgemeine Arbeitslosenquote auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (z. B. Personen in Rente) in den Nenner einschließt, wodurch Unterschiede unterschätzt werden. Daher berichtet Abbildung 67 neben dem Arbeitslosenanteil ergänzend eine analog zur Bundesagentur für Arbeit berechnete „Arbeitslosenquote“ für die Hilfesuchenden, die auf den Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtheit der Arbeitslosen und Erwerbstätigen Bezug nimmt.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen, SGB= Sozialgesetzbuch

Abbildung 67 Erwerbsstatus nach Hauptmaßnahme

Der Unterschied zwischen Arbeitslosenquote und Arbeitslosenanteil ist unter Betreuten in NIH besonders deutlich ausgeprägt (+47 %), sei es im Vergleich zum zweitpositionierten AWS (+24 %) oder den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen (Spanne: +12 % bis +16 %).

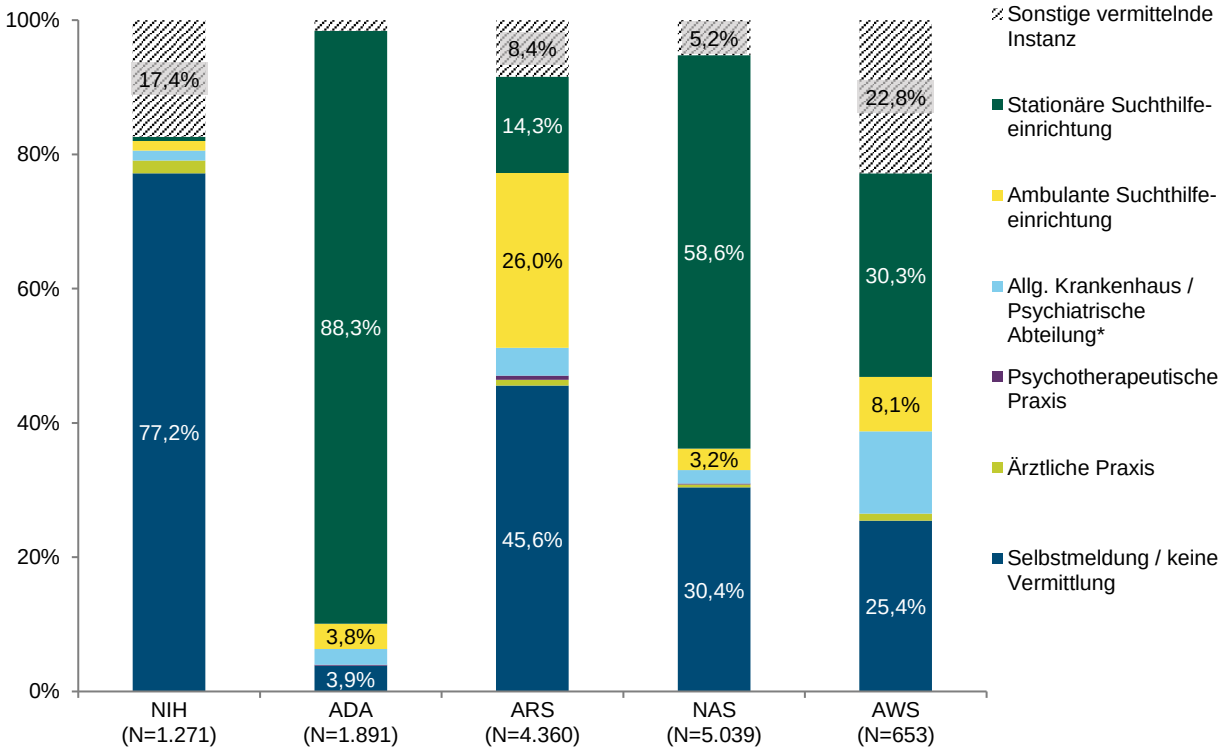
In ARS (70 %) bzw. NAS (54 %) hilfesuchende Personen sind überwiegend erwerbstätig, wohingegen in den übrigen betrachteten Hauptmaßnahen Arbeitslosigkeit (Spanne: 57 % bis 73 %) überwiegt (siehe Abbildung 67 und Tabelle III im Anhang). Ein Drittel der Betreuten in NIH sind Nichterwerbspersonen (32 %) – und damit ein höherer Anteil als in den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen (Spanne: 11 % bis 20 %). Personen in beruflicher Rehabilitation werden nur in AWS in nennenswertem Umfang betreut (4 %).

5.3 Betreuungs- bzw. behandlungsbezogene Merkmale

5.3.1 Zugangsdaten

Vermittlungswege

Der Weg in NIH führt in mehr als 3 von 4 Fällen (77 %) über Selbstmeldungen (siehe Abbildung 68 und Tabelle JJJ im Anhang). Alle anderen spezifizierten Vermittlungswege sind praktisch irrelevant. Auch der Zugang zu ARS erfolgt überwiegend eigeninitiativ über Selbstmeldungen (46 %), gefolgt von Vermittlungen durch ambulante (26 %) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (14 %). Zudem kommt es noch in nennenswertem Umfang zu Vermittlungen aus (psychiatrischen) Akutkrankenhäusern (4 %). In NAS wird die Mehrheit der Betreuten durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermittelt (59 %), etwa halb so häufig erfolgt der Zugang über Selbstmeldungen (30 %). An dritter Stelle steht mit deutlichem Abstand die Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (3 %). Auch in ADA wird überwiegend aus der stationären Suchthilfe vermittelt (88 %). Auf niedrigem Niveau haben zudem noch Selbstmeldungen (4 %) und Vermittlungen durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (4 %) eine Bedeutung. Der Zugang zur AWS erfolgt geringfügig häufiger über stationäre Suchthilfeeinrichtungen (30 %) als über Selbstmeldungen (25 %). Etwa ein Achtel wird über (psychiatrische) Akutkrankenhäuser vermittelt (12 %) und etwa ein Zwölftel über ambulante Suchthilfeeinrichtungen (8 %).



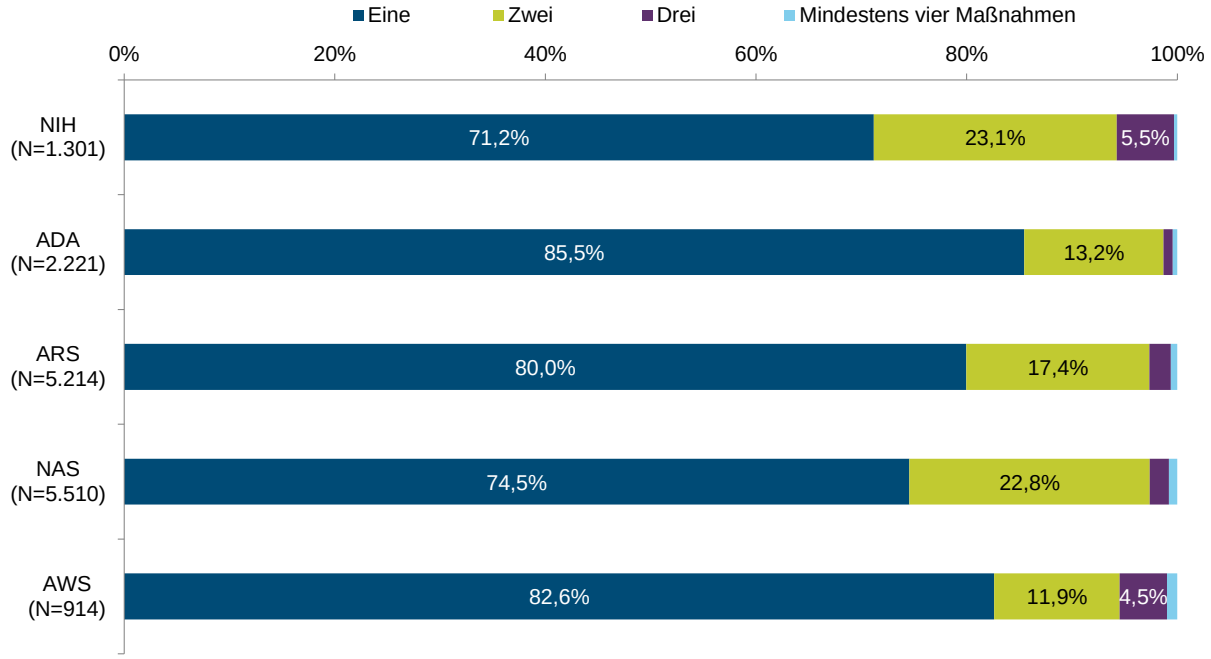
* inkl. "Akutbehandlung",
ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 68 Vermittlung in Betreuung nach Hauptmaßnahme

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen

Anzahl Maßnahmen

Gut 4 von 5 der in ADA (86 %), AWS (83 %) und ARS (80 %) Behandelten bzw. Betreuten erhalten ausschließlich die jeweilige Hauptmaßnahme (siehe Abbildung 69 und Tabelle KKK im Anhang). Unter Hilfesuchenden in NAS (75 %) und NIH (71 %) ist der entsprechende Anteil etwas geringer. Mindestens 3 Maßnahmen (also zwei zusätzlich zur Hauptmaßnahme) sind nur für Betreute in NIH (6 %) und AWS (5 %) in nennenswertem Umfang dokumentiert.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

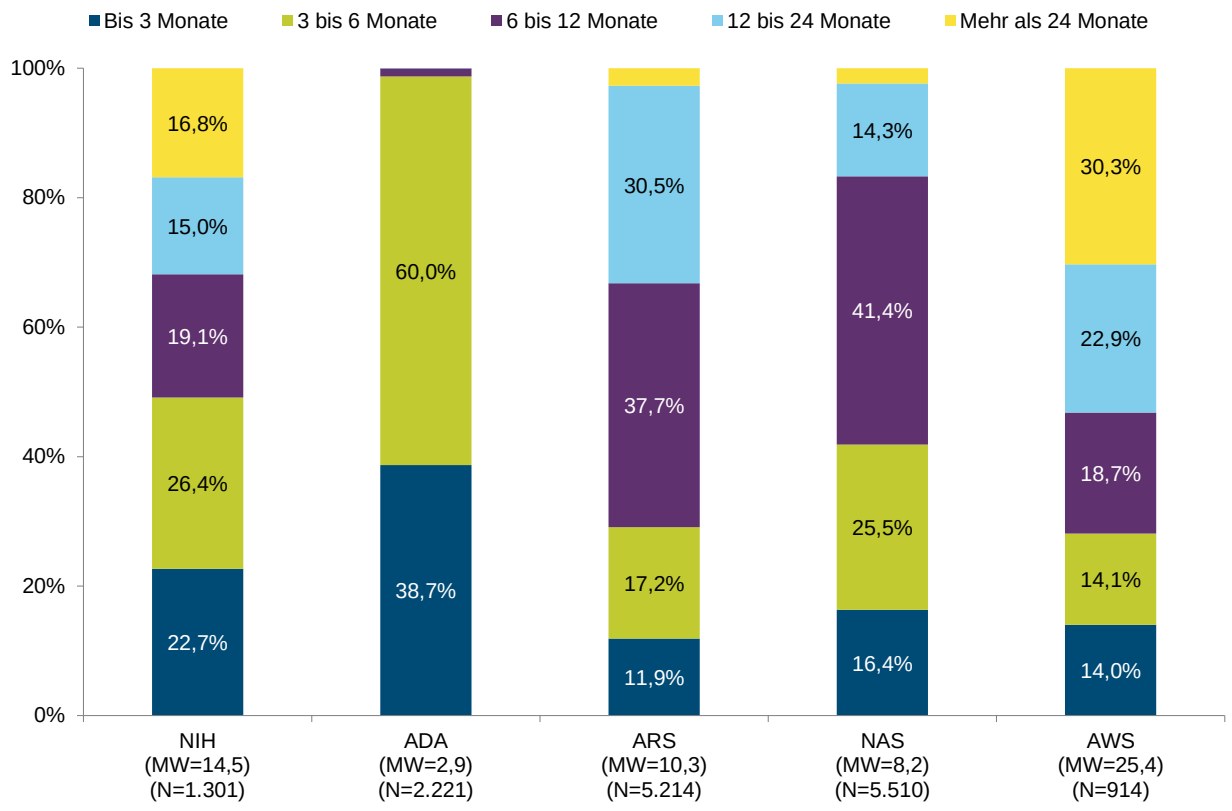
Abbildung 69 Anzahl der Maßnahmen nach Hauptmaßnahme

5.3.3 Abschluss der Behandlung

Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer in den einzelnen Hauptmaßnahmen schwankt zwischen 3 Monaten in ADA und 25 Monaten in AWS (siehe Abbildung 70 und Tabelle LLL im Anhang). Hierbei ist die Betreuung in NAS (Ø 8 Monate) bzw. die Behandlung in ARS (Ø 10 Monate) im Mittel nochmals kürzer als die Betreuung in NIH (Ø 15 Monate).

AWS ist langfristig angelegt. Der Schwerpunkt der Verteilung liegt bei Betreuungsdauern von mehr als 24 Monaten (30%). Derart lange Betreuungsdauern spielen sonst nur noch in NIH eine größere Rolle (17 %). In der ADA erfolgen besonders viele Kurzzeitbehandlungen mit maximal 3-monatiger Dauer (39 %), allerdings liegt der Schwerpunkt dieser Hauptmaßnahme auf einer Dauer von 3 bis 6 Monaten (60 %). Dies gilt ebenfalls im Bereich der NIH (26 %). Hingegen dauern ARS (38 %) und NAS (41 %) schwerpunktmäßig 6 bis 12 Monate.

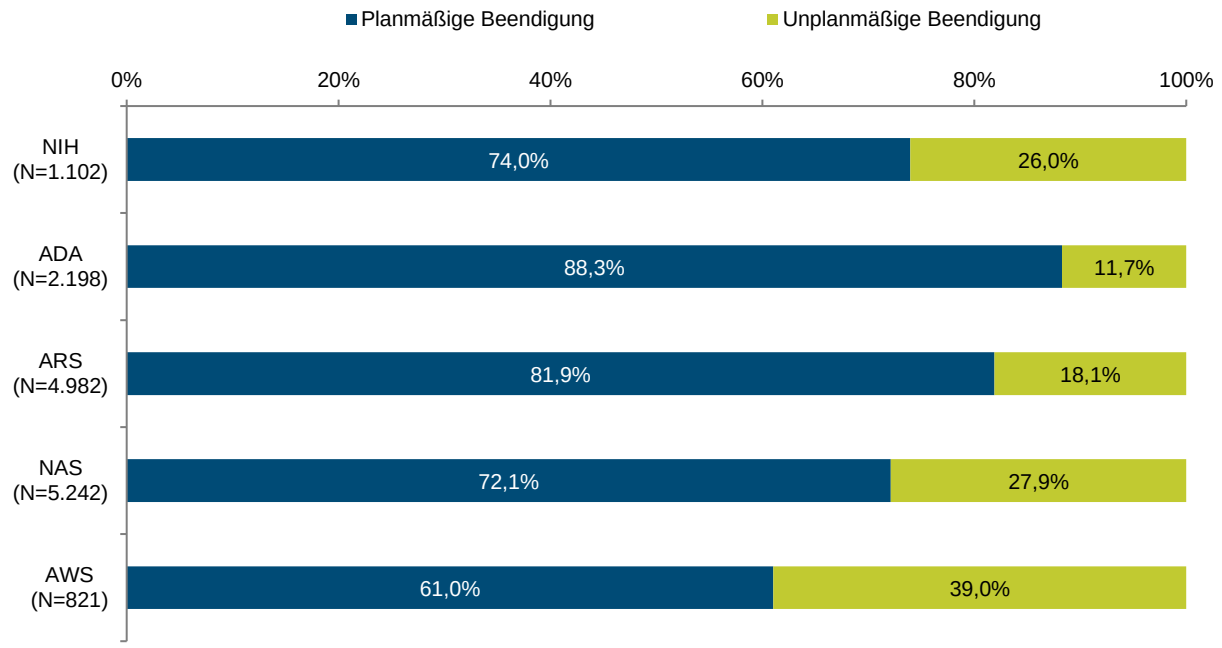


ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 70 Betreuungsdauer nach Hauptmaßnahme

Art der Beendigung

In etwa 9 von 10 Fällen endet ADA planmäßig (88 %; siehe Abbildung 71 und Tabelle MMM im Anhang). In ARS gilt dies für 4 von 5 Fällen (82 %) und in NAS (72 %) und NIH (74 %) für jeweils 3 von 4 Fällen . In AWS enden 3 von 5 Betreuungen (61 %) planmäßig.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

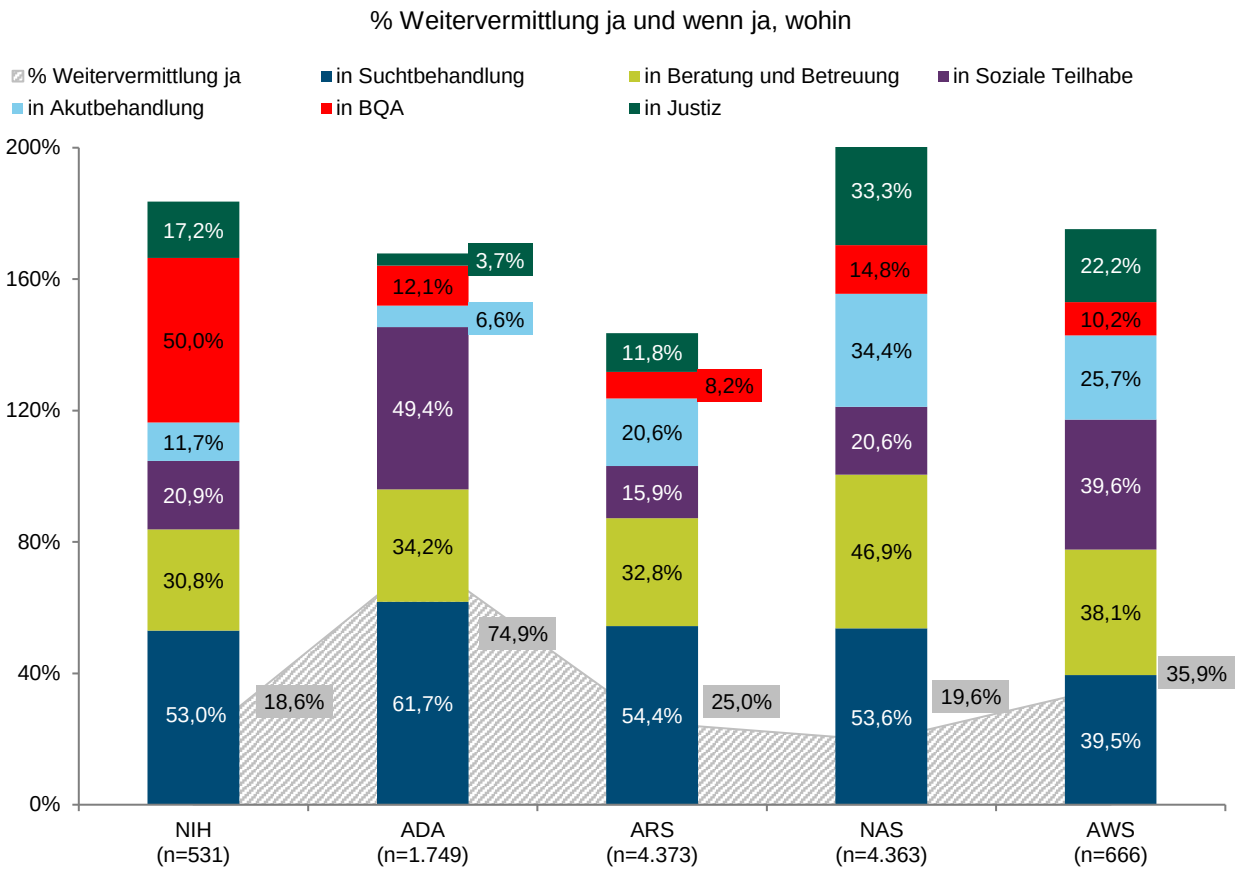
Abbildung 71 Anteil planmäßiger Beendigungen nach Hauptmaßnahme

Weitervermittlung

Aus der ADA wird in 3 von 4 Fällen (75 %) weitervermittelt (siehe Abbildung 72 und Tabelle NNN im Anhang). In der AWS liegt die Weitervermittlungsquote bei gut einem Drittel (36 %). Aus der ARS wird ein Viertel der Behandelten weitervermittelt (25 %), bei NAS (20 %) und NIH (19 %) gilt dies für etwa ein Fünftel der Betreuten.

Grundsätzlich spielen Weitervermittlungen in die Suchtbehandlung bei allen betrachteten Hauptmaßnahmen eine zentrale Rolle (Spanne: 40 % bis 62 %). Allerdings wird aus der NIH noch häufiger in die Prävention und Frühintervention (63 %) bzw. nur geringfügig seltener in die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung (50 %) weitervermittelt. Für Betreute der AWS ist die Weitervermittlung in die Soziale Teilhabe (40 %) bzw. in die Beratung und Betreuung (38 %) ähnlich relevant wie die Weitervermittlung in die Suchtbehandlung. Für Behandelte in ARS und NAS folgen im Häufigkeitsranking jeweils Weitervermittlungen in die Beratung und Betreuung (33 % bzw. 47 %) bzw. in die Akutbehandlung (21 % bzw. 34 %).

Aus der NAS wird darüber hinaus deutlich häufiger in die Justiz (33 %) weitervermittelt als aus den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen (Spanne: 4 % bis 22 %). Hilfesuchende der NIH werden wiederum besonders häufig an die Kinder- und Jugendhilfe (30 %) aber auch an die Altenhilfe und Pflege (29 %) weitervermittelt. Für Betreute der AWS hat die Weitervermittlung an die Suchtberatung im Betrieb (33 %) vergleichsweise hohe Relevanz.

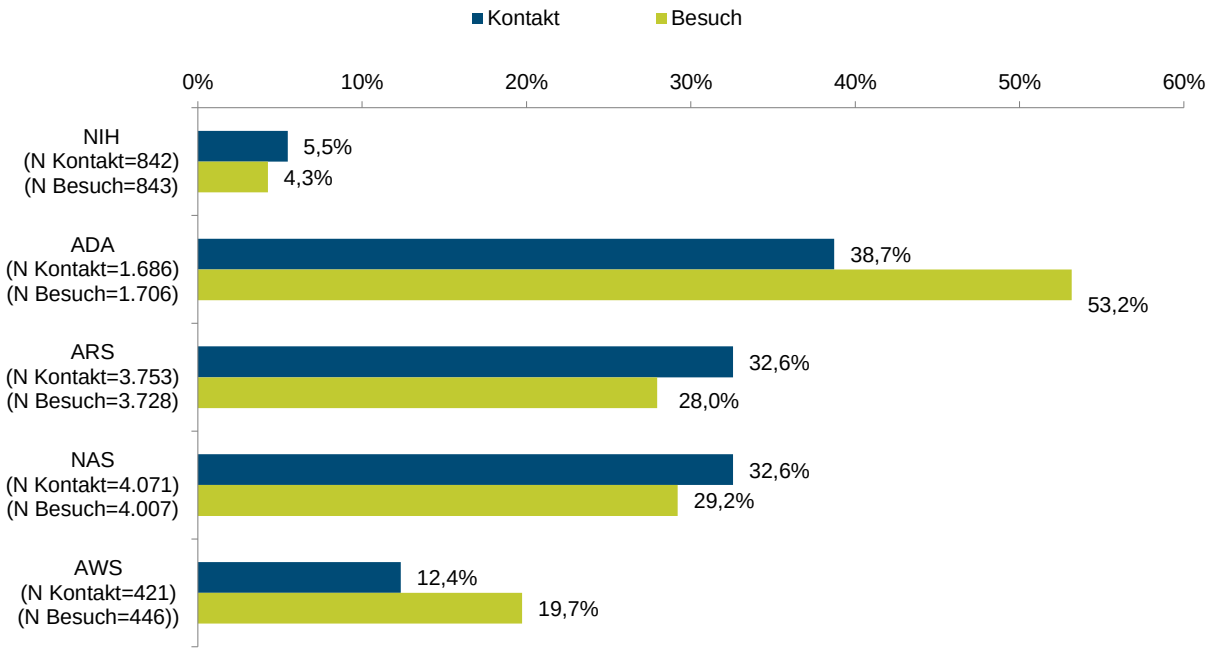


Mehrfachnennung möglich
BQA=Beschäftigung,Qualifierung, Arbeitsförderung, ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 72 Anteil an Weitervermittlungen und Art der Weitervermittlung/Verlegung nach Hauptmaßnahme

Anbindung an Selbsthilfe

Für etwa ein Drittel der Hilfesuchenden in ARS (33 %) und NAS (33 %) bzw. für etwa 2 Fünftel der Behandelten in ADA (39 %) werden Kontakte zur Selbsthilfe hergestellt (siehe Abbildung 73 und Tabelle OOO im Anhang). Die gilt auch für ein Achtel der in AWS betreuten Personen (12 %). Während für Behandelte in ARS (28 %) und Betreute in NAS (29 %) der Besuch einer Selbsthilfegruppe geringfügig seltener ist als die entsprechende Kontaktvermittlung, kommt es bei Betreuten in AWS etwas (20 %) und bei Behandelten in ADA deutlich häufiger zu einem Besuch (53 %). Für die Hilfesuchenden in NIH spielt weder die Kontaktvermittlung (6 %) zur noch der Besuch von Angeboten der Selbsthilfe eine größere Rolle (4 %).



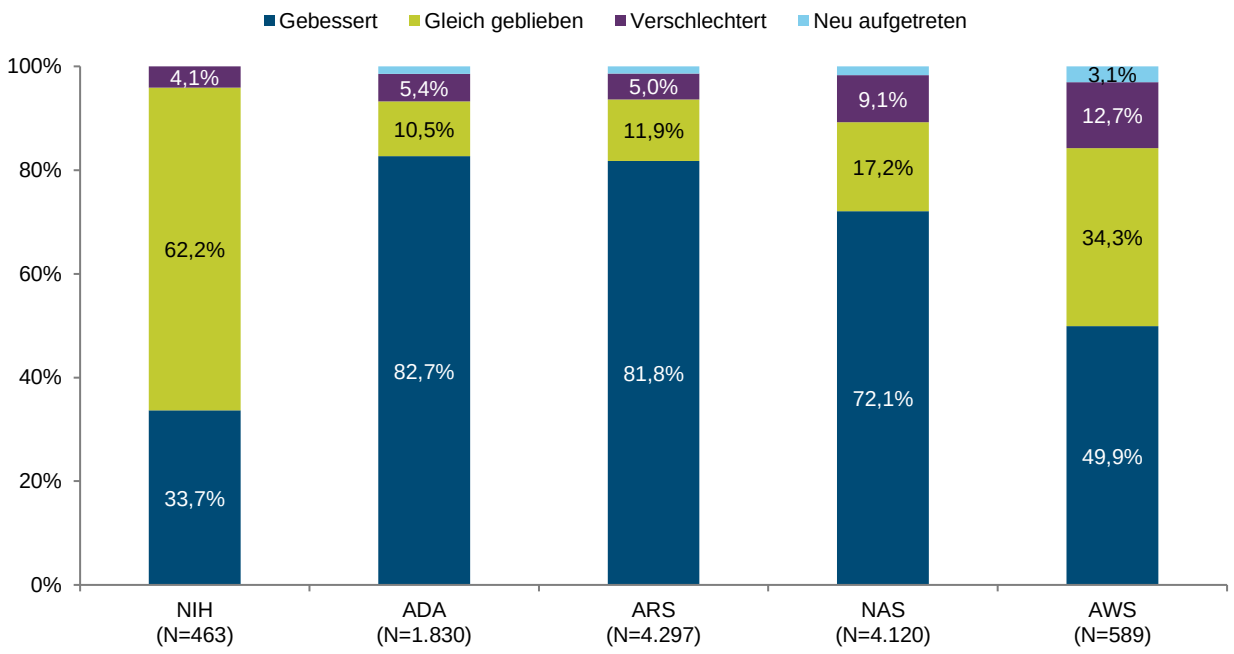
ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 73 Anbindung an Selbsthilfe nach Hauptmaßnahme

5.3.4 Indikatoren des Betreuungs- bzw. Behandlungserfolgs

Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Im Zuge von ARS, NAS und ADA kommt es überwiegend zu einer Verbesserung der anfänglichen Suchtproblematik (Spanne: 72 % bis 83 %; siehe Abbildung 74 und Tabelle PPP im Anhang). In AWS erfährt etwa die Hälfte (50 %) und in NIH etwa ein Drittel (34 %) der Betreuten eine Verbesserung. Eine Verschlechterung ist insbesondere im Kontext der AWS (13 %) und der NAS (9 %) zu beobachten, tritt aber auch bei den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen in nennenswertem Umfang auf (Spanne: 4 % bis 5 %). Neuauftretende Suchtprobleme sind lediglich für Betreute in AWS (3 %) von gewisser Relevanz.



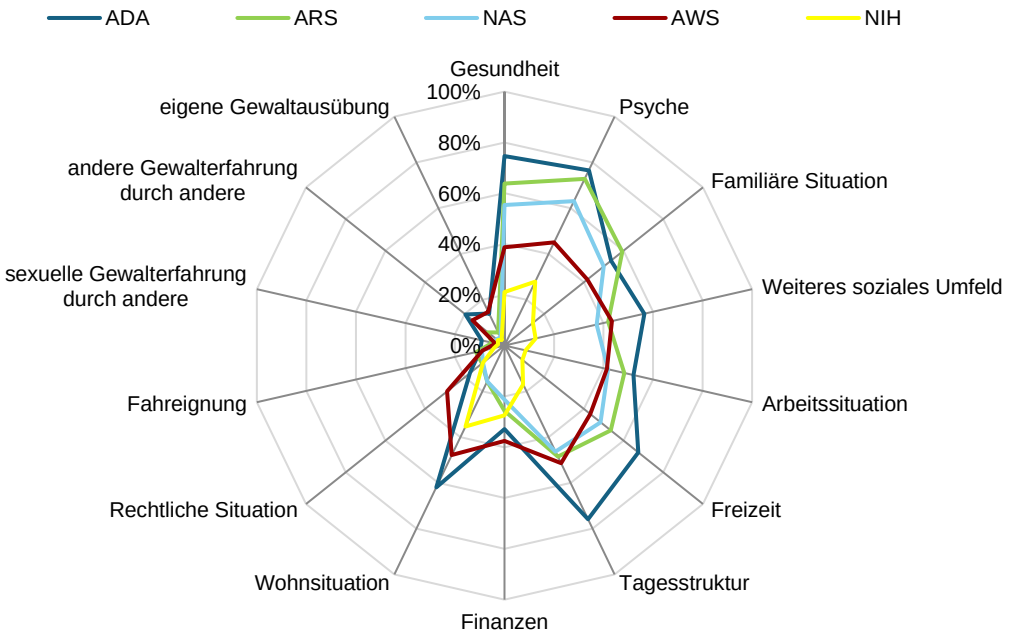
ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 74 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten nach Hauptmaßnahme bei Betreuungsende

Entwicklung der weiteren Problembereiche

In ADA behandelte Personen erzielen tendenziell häufiger eine Verbesserung der Ausgangsproblematik, als die in den übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen behandelten bzw. betreuten Personen (siehe Abbildung 75 und Tabelle QQQ im Anhang). Vergleichsweise selten werden Verbesserungen bei Betreuten der NIH dokumentiert.

Grundsätzlich verbessern sich in NAS und ARS hilfesuchende Personen besonders häufig in den Bereichen Psyche, Gesundheit und Familiäre Situation und in ADA behandelte Personen in den Bereichen Psyche, Gesundheit und Tagesstruktur. Betreute in AWS erfahren am ehesten eine Verbesserung in den Bereichen Tagesstruktur, Wohnsituation und Psyche. Unter in NIH betreuten Personen kommt es am ehesten in den Bereichen Wohnsituation, Psyche und Finanzen zu einer Verbesserung der Ausgangsproblematik, allerdings auf vergleichsweise niedrigem Niveau.



ADA=Adaption, ARS=Ambulante Medizinische Rehabilitation, AWS=Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum, NAS=(Reha-)Nachsorge, NIH=Niedrigschwellige Hilfen

Abbildung 75 Entwicklung der Problembereiche nach Hauptmaßnahme

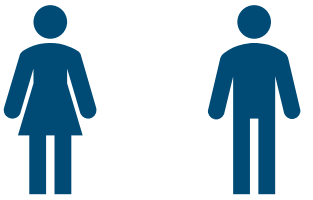
6 PROFILE

6.1 Querschnittbetrachtung ausgewählter Hauptdiagnosen

Die folgenden Seiten geben einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse zu Personen mit Hauptdiagnosen bezüglich alkohol-, cannabinoid-, opioid- und stimulanzienbezogener Störungen sowie Störungen durch Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung (nur ambulant) in ambulanten Einrichtungen (ambulant) und stationären Rehabilitationseinrichtungen (stationär).

ALKOHOL ambulant

Anzahl 72.210

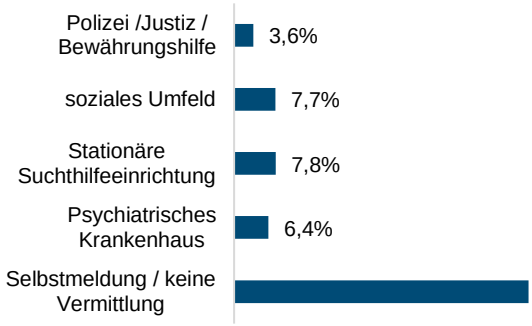


31 % **69 %**

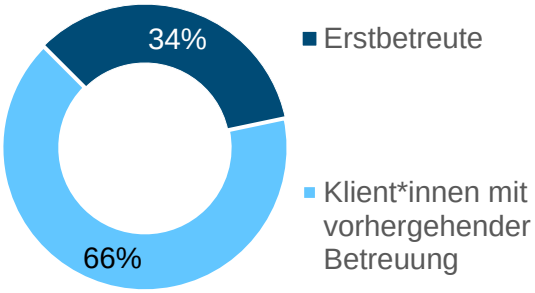
Durchschnittlich **47 Jahre** alt

51 % leben in Partnerschaft

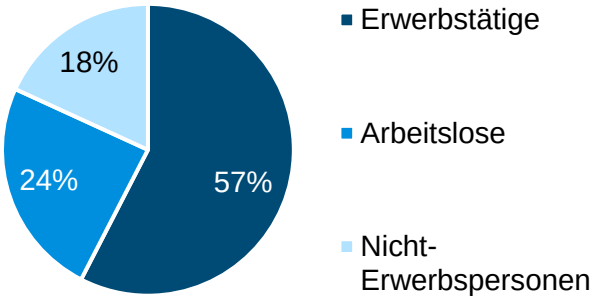
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **17 %**
Cannabinoide **9 %**
Stimulanzien **4 %**
Kokain **3 %**
Opioide **1 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **19,3** Tagen im Monat

Bei **66 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

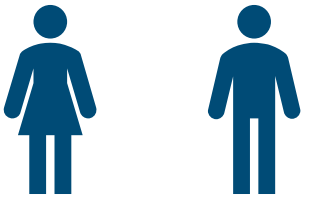
Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **219** Tagen

73 % beenden die Betreuung planmäßig

ALKOHOL stationär

Anzahl 20.370

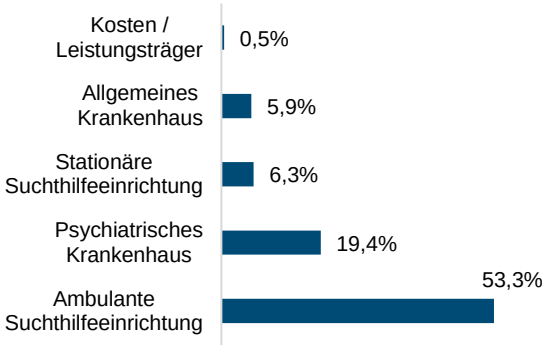


30 % **70 %**

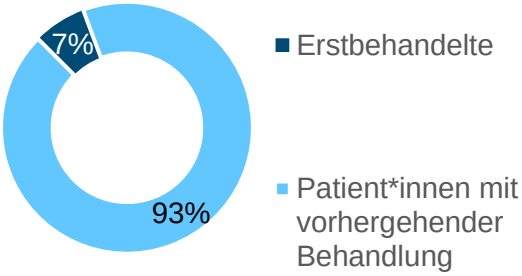
Durchschnittlich **47 Jahre** alt

44 % leben in Partnerschaft

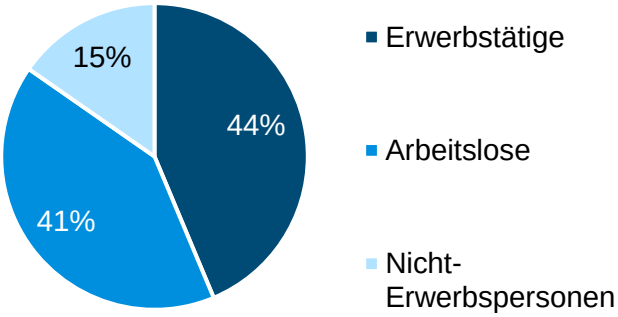
Vermittlung durch



Behandlung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **58 %**
Cannabinoide **17 %**
Stimulanzien **8 %**
Kokain **6 %**
Opioide **3 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **15,9** Tagen im Monat

Bei **90 %** der Behandelten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

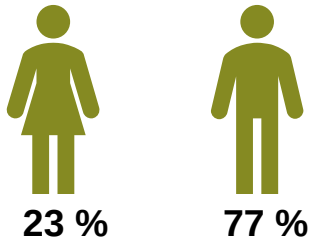
Behandlungsabschluss

Durchschnittlich nach **83** Tagen

86 % beenden die Behandlung planmäßig

OPIOIDE ambulant

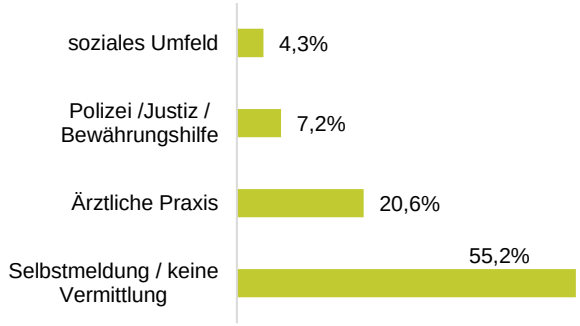
Anzahl 11.771



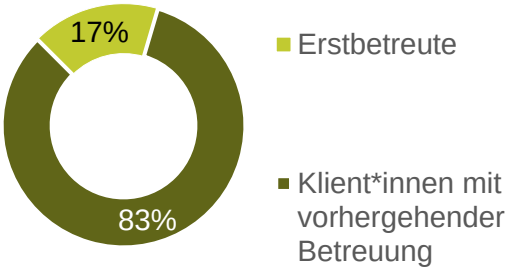
Durchschnittlich **40 Jahre** alt

35 % leben in Partnerschaft

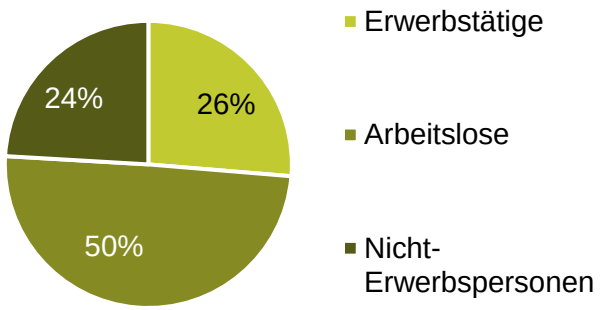
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Cannabinoide **24 %**
Alkohol **20 %**
Kokain **20 %**
Tabak **18 %**
Sedativa **12 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **24,9** Tagen im Monat

Bei **43 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **634** Tagen

55 % beenden die Betreuung planmäßig

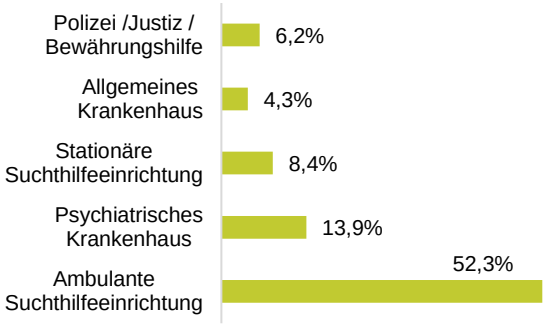
OPIOIDE stationär

Anzahl 1.123

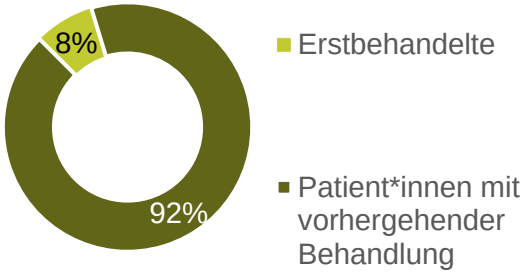
Durchschnittlich **37 Jahre** alt

34 % leben in Partnerschaft

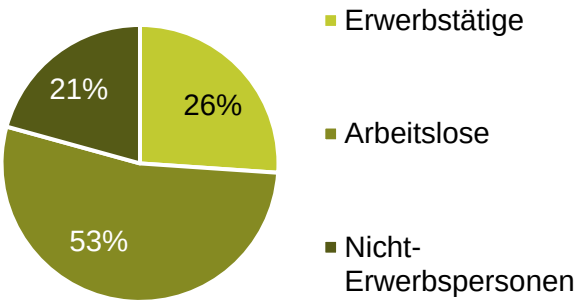
Vermittlung durch



Behandlung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **58 %**
Cannabinoide **46 %**
Kokain **42 %**
Alkohol **37 %**
Sedativa **33 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **18,8** Tagen im Monat

Bei **68 %** der Behandelten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

Behandlungsabschluss

Durchschnittlich nach **99** Tagen

69 % beenden die Behandlung planmäßig

CANNABINOIDE ambulant

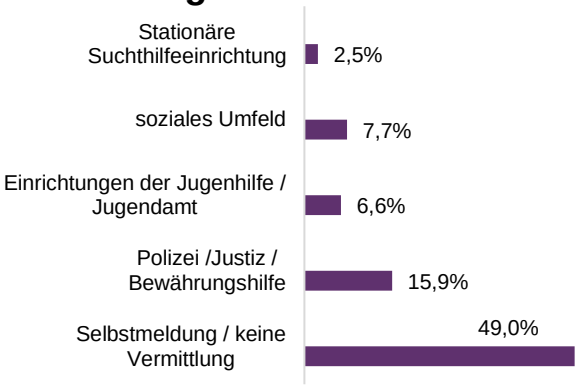
Anzahl 22.231

22 % **77 %**

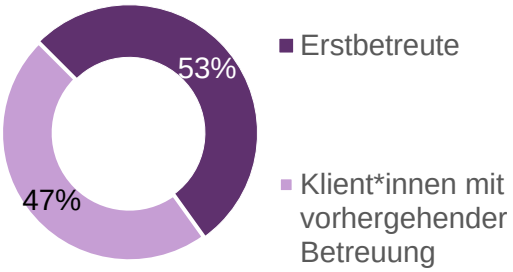
Durchschnittlich **28 Jahre** alt

35 % leben in Partnerschaft

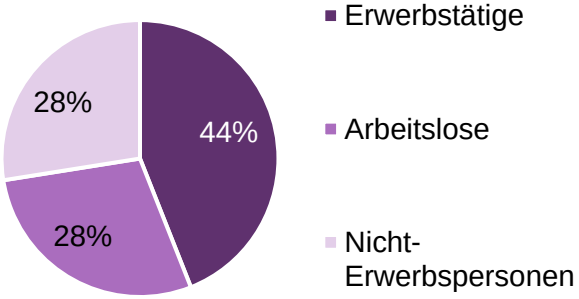
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Alkohol **21 %**
Tabak **19 %**
Stimulanzien **16 %**
Kokain **10 %**
Opioide **4 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **22,5** Tagen im Monat

Bei **60 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **199** Tagen

67 % beenden die Betreuung planmäßig

CANNABINOIDE stationär

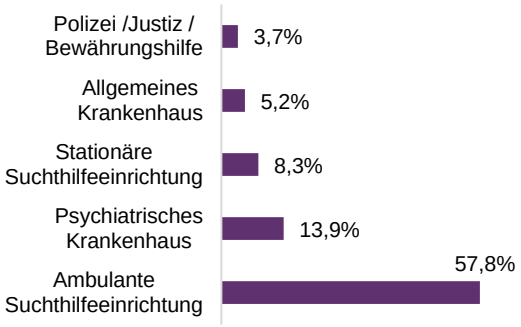
Anzahl 3.430

20 % **80 %**

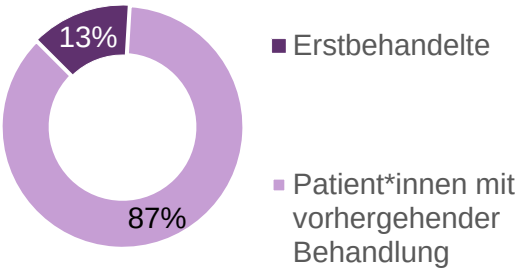
Durchschnittlich **31 Jahre** alt

30 % leben in Partnerschaft

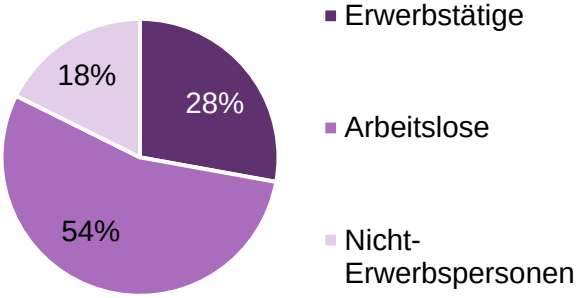
Vermittlung durch



Behandlung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **62 %**
Alkohol **44 %**
Stimulanzien **36 %**
Kokain **23 %**
Opioide **7 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **18,1** Tagen im Monat

Bei **79 %** der Behandelten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

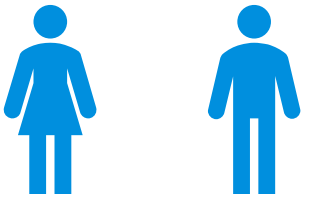
Behandlungsabschluss

Durchschnittlich nach **106** Tagen

73 % beenden die Behandlung planmäßig

STIMULANZIEN ambulant

Anzahl 7.862

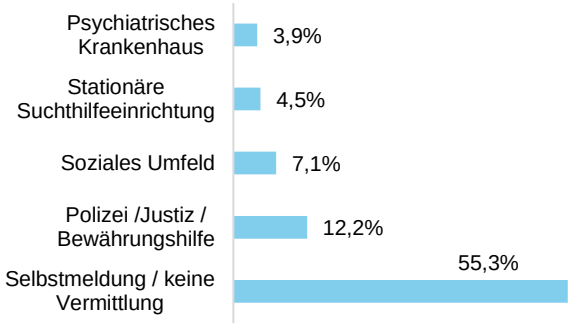


30 % **70 %**

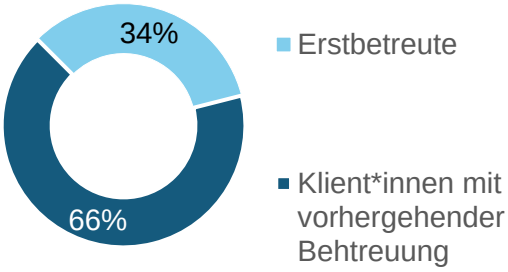
Durchschnittlich **34 Jahre** alt

40 % leben in Partnerschaft

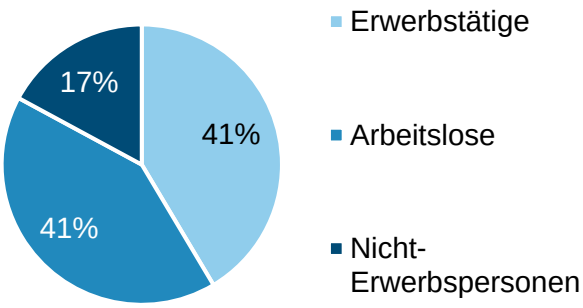
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Cannabinoide **36 %**
Alkohol **25 %**
Tabak **19 %**
Kokain **8 %**
Opioide **4 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **16,6** Tagen im Monat

Bei **59 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

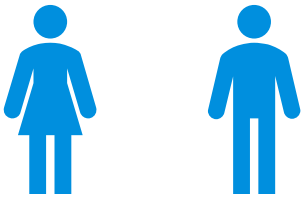
Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **273** Tagen

63 % beenden die Betreuung planmäßig

STIMULANZIEN stationär

Anzahl 1.714

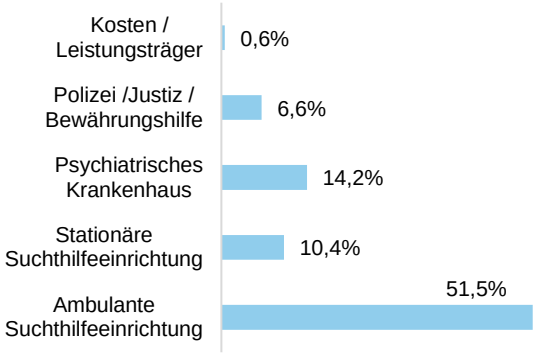


23 % **77 %**

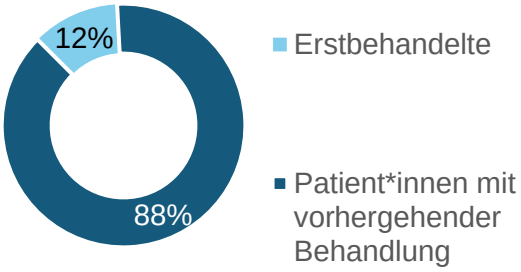
Durchschnittlich **34 Jahre** alt

34 % leben in Partnerschaft

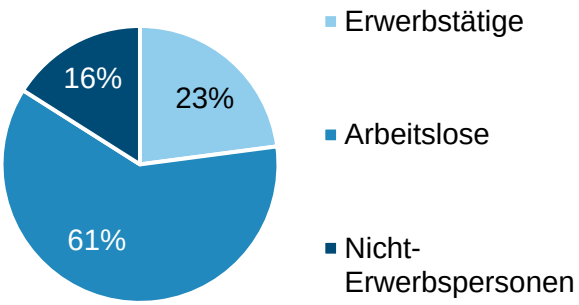
Vermittlung durch



Behandlung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **67 %**
Cannabinoide **58 %**
Alkohol **46 %**
Kokain **20 %**
Opioide **7 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **16,2** Tagen im Monat

Bei **78 %** der Behandelten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

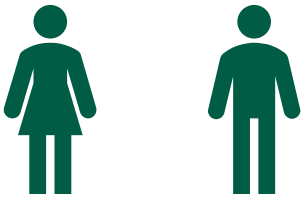
Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **113** Tagen

76 % beenden die Behandlung planmäßig

PATHOLOGISCHES SPIELEN ambulant

Anzahl 4.844

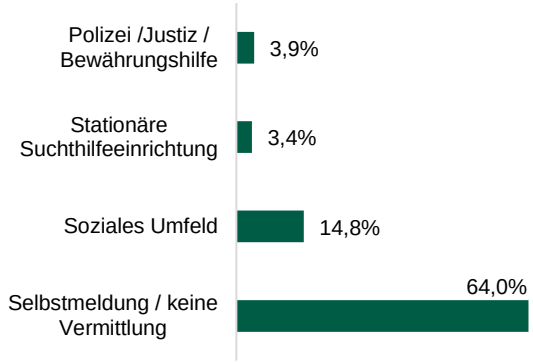


11 % **89 %**

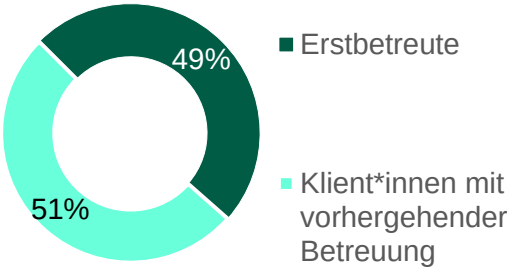
Durchschnittlich **37 Jahre** alt

58 % leben in Partnerschaft

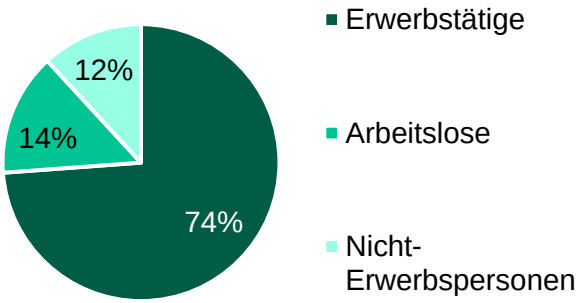
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **12 %**
Alkohol **10 %**
Cannabinoide **6 %**
Kokain **3 %**
Stimulanzien **3 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **14,0** Tagen im Monat

Bei **73 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

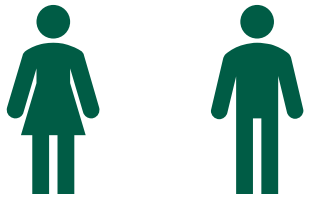
Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **207** Tagen

67 % beenden die Betreuung planmäßig

PATHOLOGISCHES SPIELEN stationär

Anzahl 490

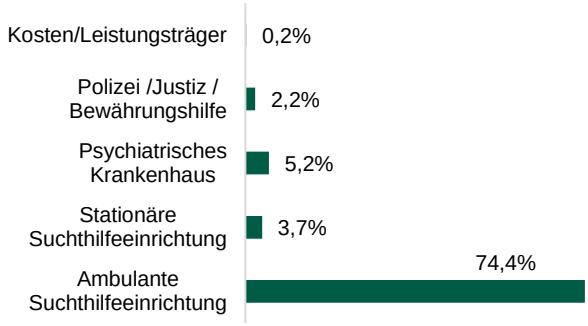


10 % **90 %**

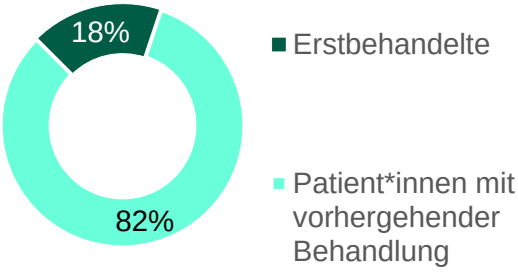
Durchschnittlich **40 Jahre** alt

47 % leben in Partnerschaft

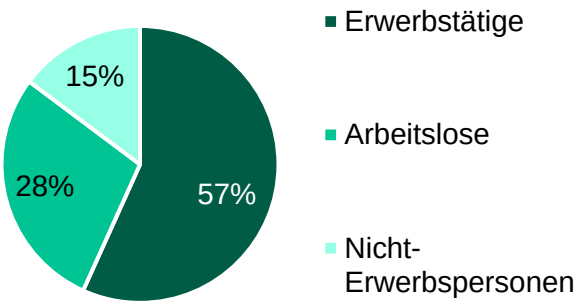
Vermittlung durch



Behandlung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Tabak **57 %**
Alkohol **21 %**
Cannabinoide **15 %**
Kokain **9 %**
Stimulanzien **7 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **13,2** Tagen im Monat

Bei **90 %** der Behandelten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

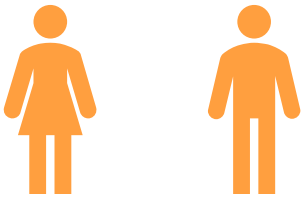
Behandlungsabschluss

Durchschnittlich nach **69** Tagen

84 % beenden die Behandlung planmäßig

Exzessive Mediennutzung ambulant

Anzahl 2.466

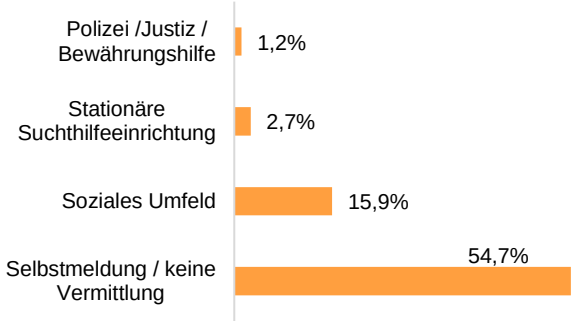


18 % **81 %**

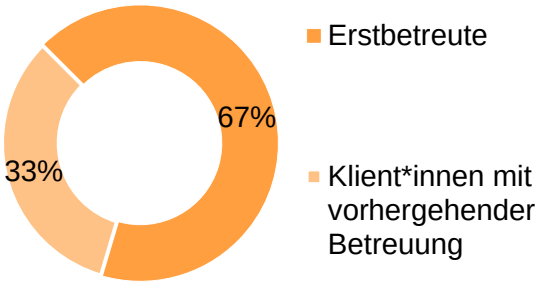
Durchschnittlich **30 Jahre** alt

37 % leben in Partnerschaft

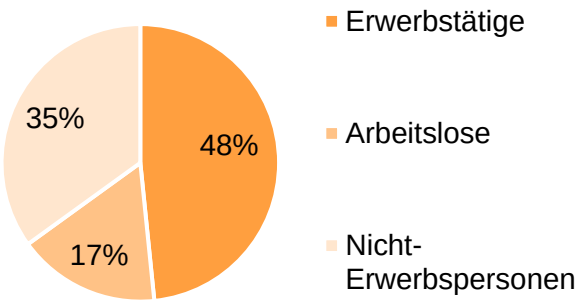
Vermittlung durch



Betreuung



Erwerbsstatus



Suchtbezogene Komorbidität Top 5

Alkohol **5 %**

Cannabinoide **5 %**

Tabak **4 %**

Pathologisches Spielen **2 %**

Stimulanzien **1 %**

Konsumhäufigkeit zu Beginn

Im Durchschnitt an **25,0** Tagen im Monat

Bei **66 %** der Betreuten hat sich die Suchtproblematik zum Ende der Betreuung gebessert

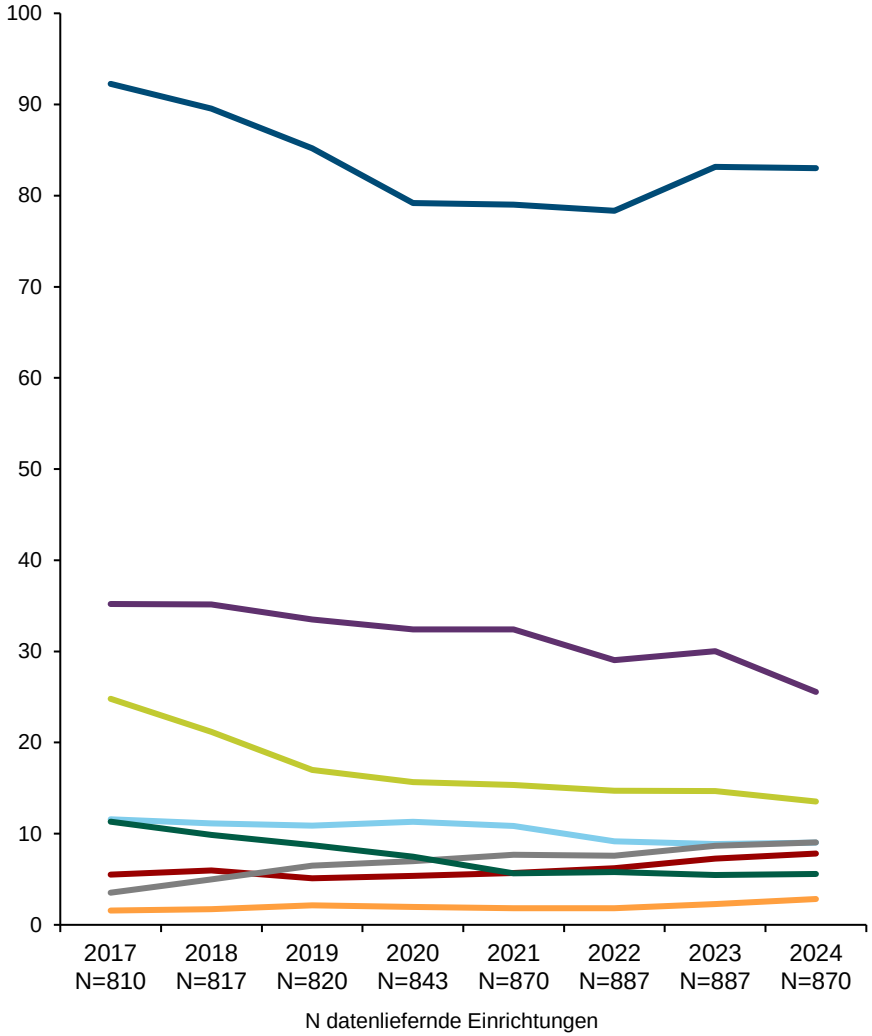
Betreuungsabschluss

Durchschnittlich nach **181** Tagen

73 % beenden die Betreuung planmäßig

6.2 Trend-Profile relevanter Parameter 2017-2024 (ambulant)

Entwicklung der **Anzahl an Fällen pro Einrichtung**

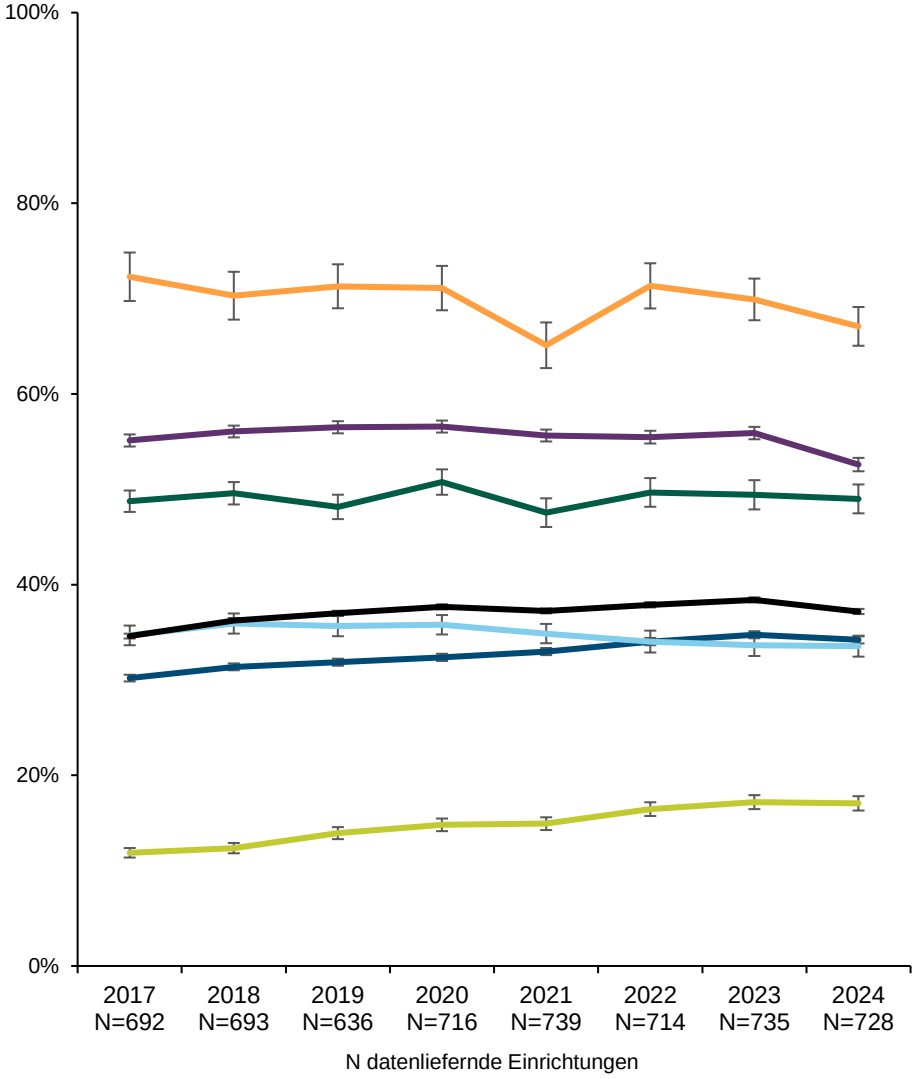


Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Polytoxikomanie	3,53	9,04	+156%
Exzess. Medien.	1,57	2,83	+80,5%
Kokain	5,52	7,82	+41,7%
Leichter Rückgang			
Alkohol	92,3	83,0	-10,0%
Deutlicher Rückgang			
Stimulanzien	11,6	9,04	-22,0%
Cannabinoide	35,2	25,6	-27,4%
Opioide	24,8	13,5	-45,4%
Path. Spielen	11,3	5,57	-50,8%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung des Anteils **Erstbetreuter**

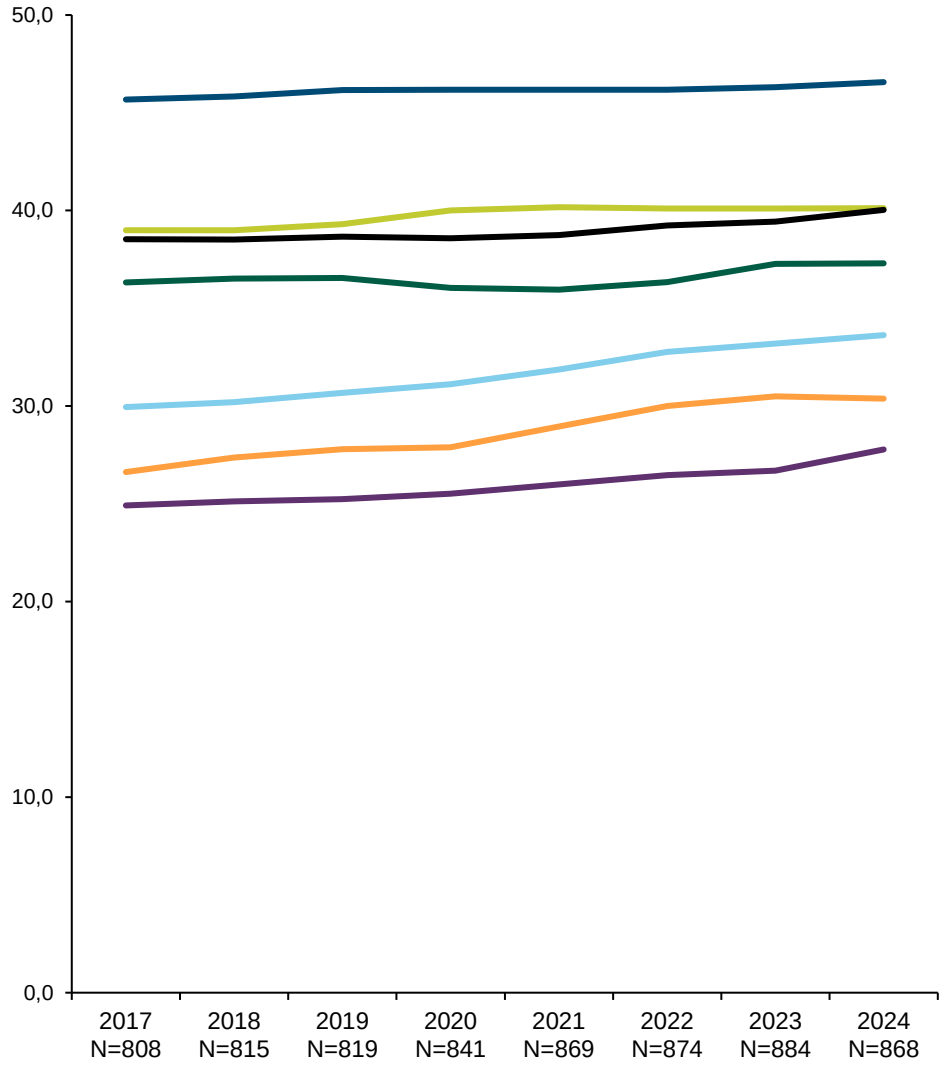


Anteil Erstbetreuter (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Opioide	11,9% 23,4	17,1% 13,2	+43,7%
Alkohol	30,2% 94,5	34,2% 86,9	+13,3%
Leichter Anstieg			
Gesamt mit HD	34,6% 191	37,2% 168	+7,5%
Unverändert			
Path. Spielen	48,7% 11,0	49,0% 5,73	+0,5%
Tendenz			
Stimulanzien	34,7% 11,8	33,5% 9,72	-3,3%
Cannabinoide	55,1% 34,1	52,6% 26,5	-4,6%
Leichter Rückgang			
Exzess. Medien.	72,3% 1,72	67,1% 2,83	-7,2%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung des **Durchschnittsalters** bei Beginn der Betreuung

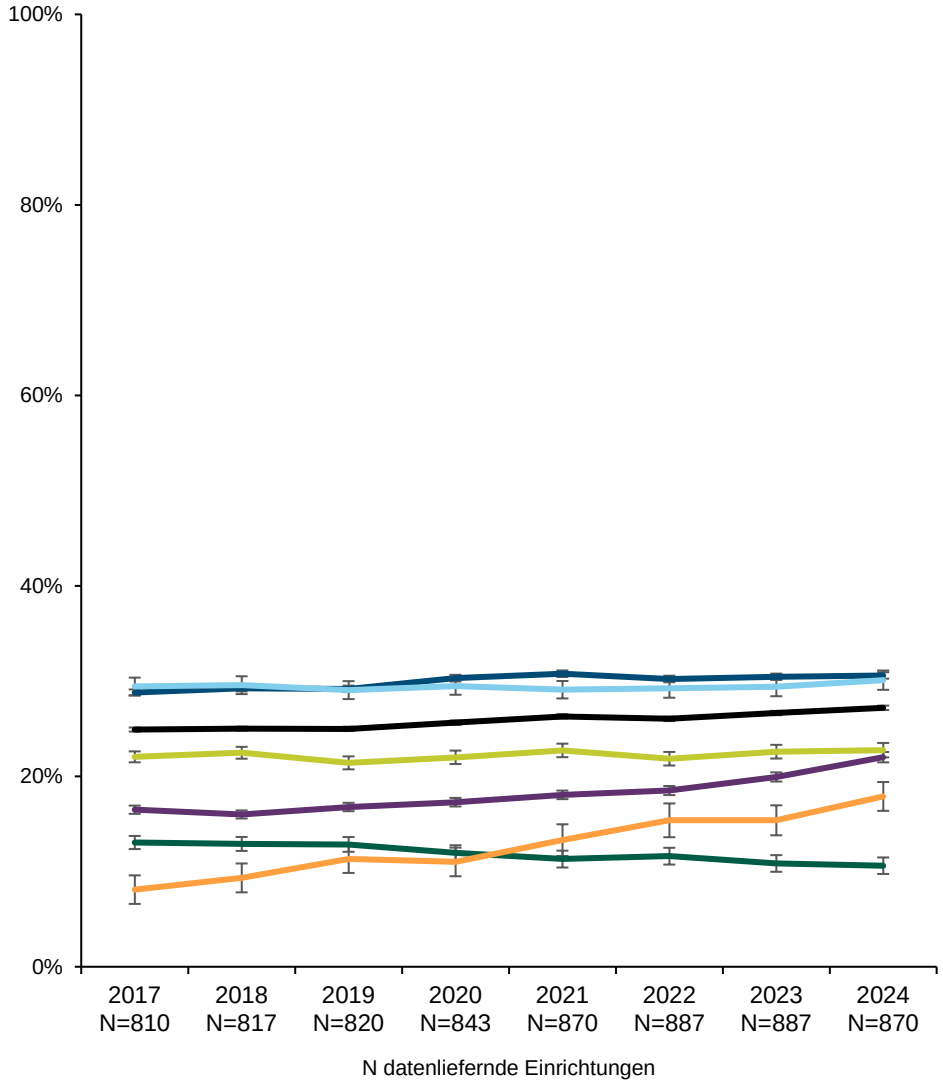


Durchschnittsalter (in Jahren) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	26,6 1,57	30,4 2,84	+14,1%
Stimulanzien	29,9 11,6	33,6 9,02	+12,3%
Cannabinoide	24,9 35,2	27,8 25,4	+11,5%
Tendenz			
Gesamt mit HD	38,5 191	40,0 161	+3,9%
Unverändert			
Opioide	39,0 24,7	40,1 13,5	+2,9%
Path. Spielen	36,3 11,3	37,3 5,54	+2,7%
Alkohol	45,7 92,2	46,6 82,8	+2,0%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung des Anteils **weiblicher** Klientinnen

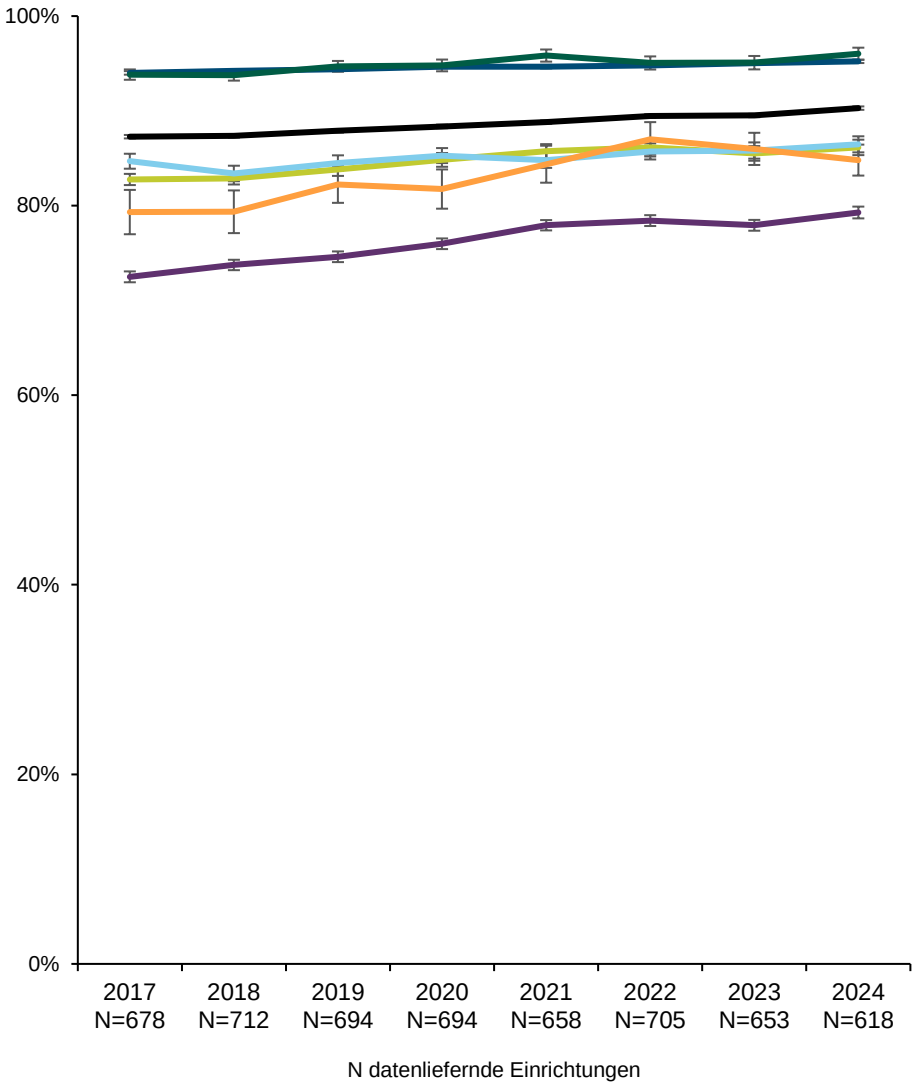


Anteil weibliche Klientinnen (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	8,1% 1,57	17,9% 2,83	+121%
Cannabinoide	16,5% 35,2	22,0% 25,6	+33,5%
Leichter Anstieg			
Gesamt mit HD	24,9% 191	27,2% 162	+9,2%
Alkohol	28,8% 92,3	30,6% 83,0	+6,2%
Tendenz			
Opioide	22,0% 24,8	22,7% 13,5	+3,2%
Unverändert			
Stimulanzien	29,4% 11,6	30,1% 9,04	+2,2%
Deutlicher Rückgang			
Path. Spielen	13,0% 11,3	10,6% 5,57	-18,7%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

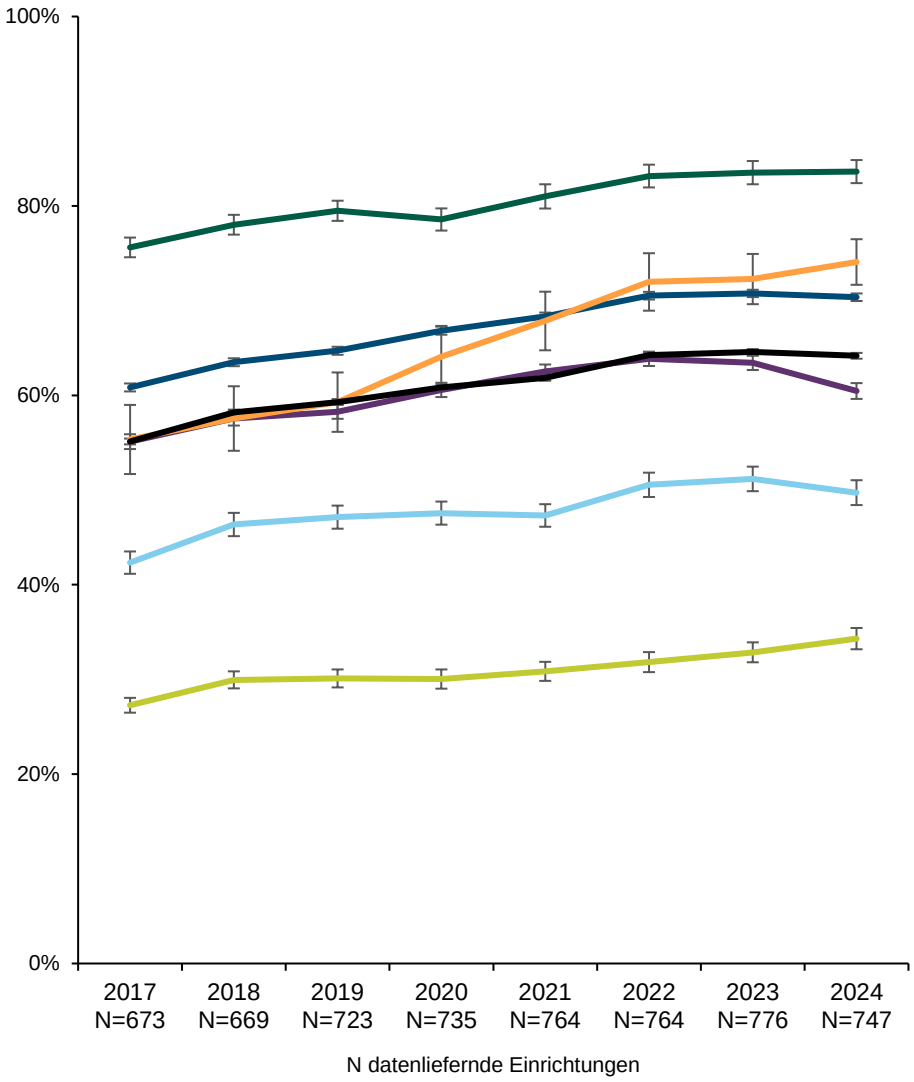
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung des Anteils an Betreuten **mit Schulabschluss**



Anteil mit Schulabschluss (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Leichter Anstieg			
Cannabinoide	72,5% 34,3	79,3% 26,3	+9,4%
Exzess. Medien.	79,3% 1,70	84,8% 3,00	+6,9%
Tendenz			
Opioide	82,8% 23,1	86,1% 11,2	+4,1%
Gesamt mit HD	87,3% 187	90,3% 168	+3,5%
Unverändert			
Path. Spielen	93,8% 11,0	96,0% 5,78	+2,3%
Stimulanzien	84,7% 11,8	86,5% 10,1	+2,1%
Alkohol	94,0% 91,2	95,2% 88,2	+1,3%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung des Anteils an **erwerbstätigen** Betreuten

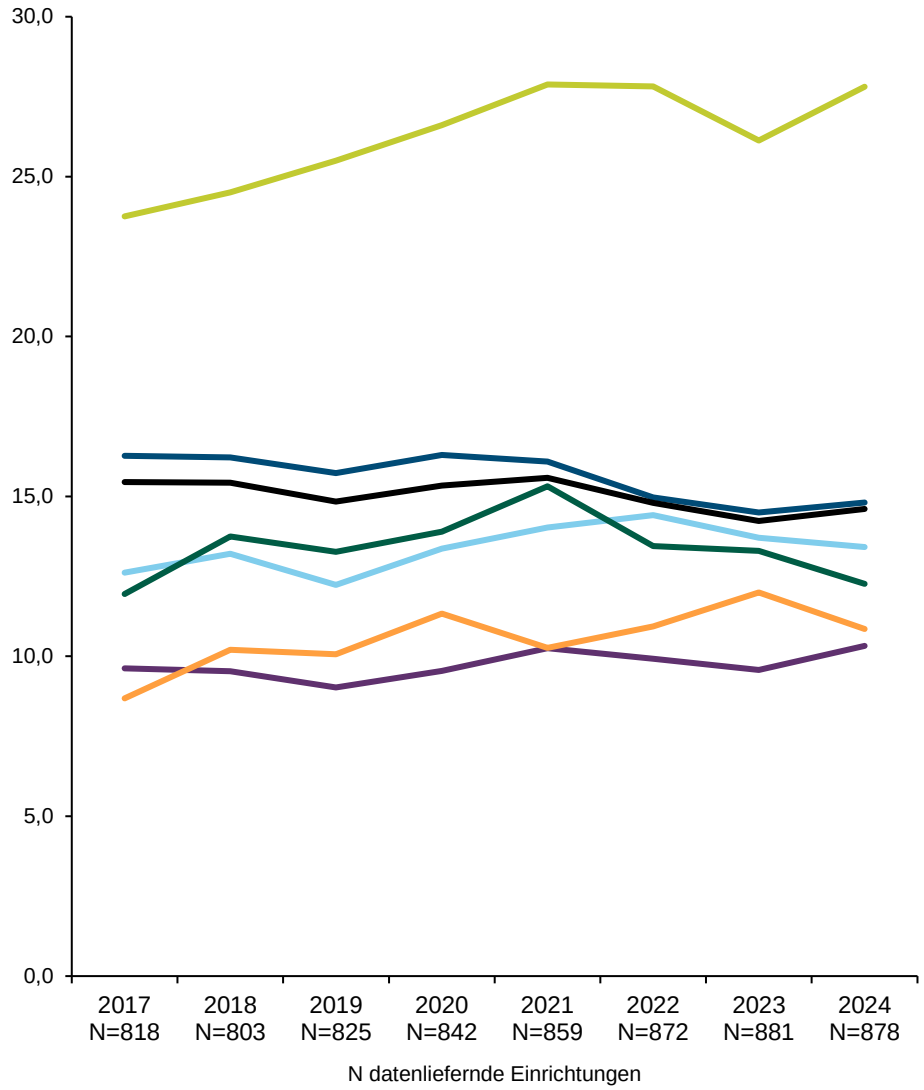


Anteil Erwerbstätig (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	55,3% 1,06	74,1% 1,70	+33,9%
Opioide	27,3% 18,5	34,3% 9,2	+25,8%
Stimulanzien	42,3% 10,0	49,7% 7,46	+17,5%
Gesamt mit HD	55,1% 150	64,2% 125	+16,4%
Alkohol	60,8% 76,8	70,4% 67,5	+15,7%
Path. Spielen	75,6% 9,74	83,6% 4,74	+10,6%
Leichter Anstieg			
Cannabinoide	55,1% n = 23,1	60,5% n = 17,7	+9,7%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

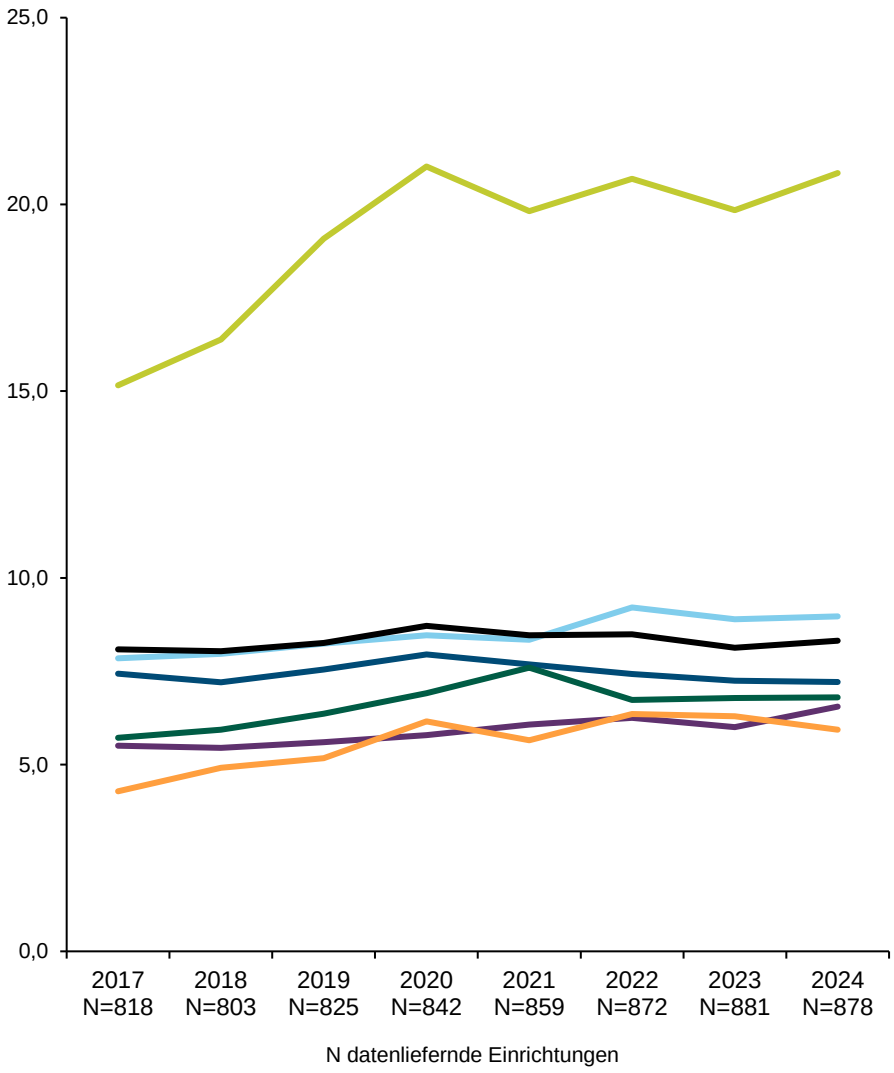
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung der mittleren Anzahl der **Betreuungskontakte**



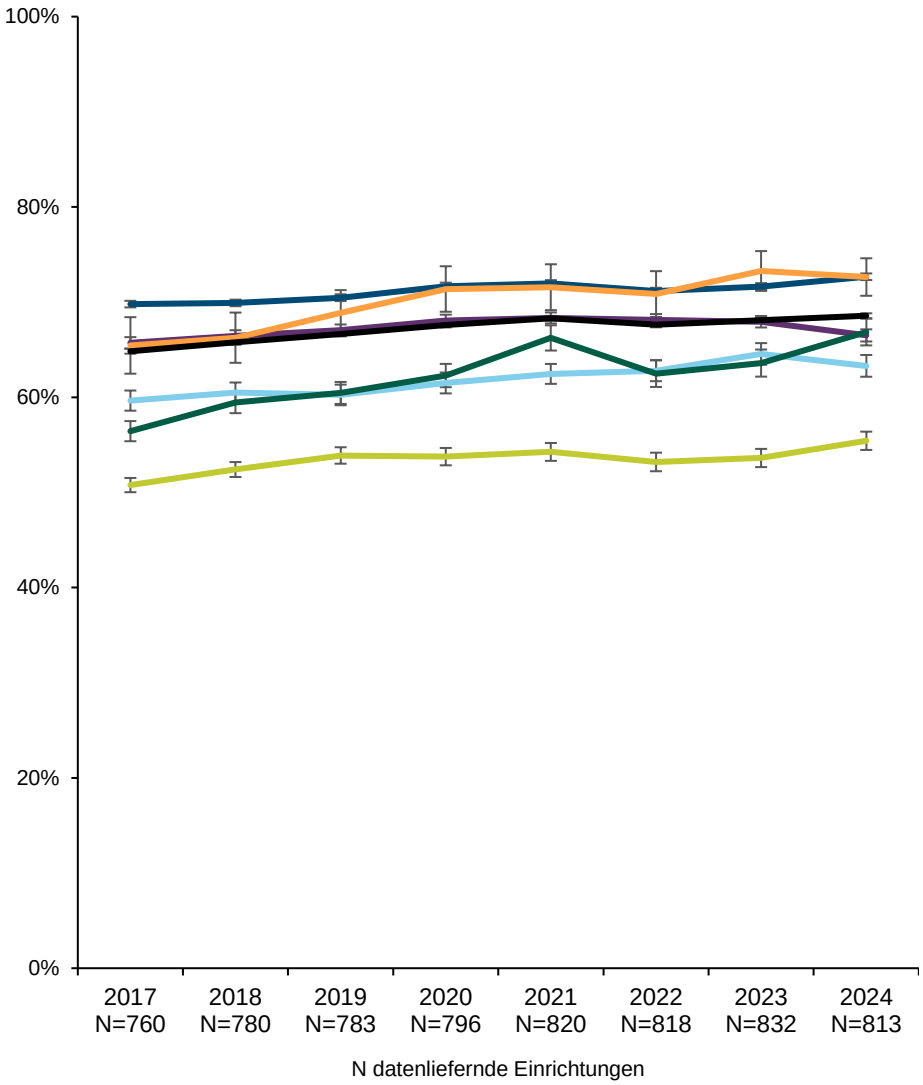
Durchschnittliche Anzahl Betreuungskontakte Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	8,7 1,24	10,9 2,58	+25,0%
Opioide	23,8 24,1	27,8 13,4	+17,1%
Leichter Anstieg			
Cannabinoide	9,6 33,1	10,3 26,6	+7,3%
Stimulanzien	12,6 11,4	13,4 8,75	+6,3%
Unverändert			
Path. Spielen	11,9 11,3	12,3 5,35	+2,7%
Leichter Rückgang			
Gesamt mit HD	15,4 186	14,6 158	-5,5%
Alkohol	16,3 89,7	14,8 80,4	-9,0%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung der **durchschnittlichen Betreuungsdauer** in Monaten



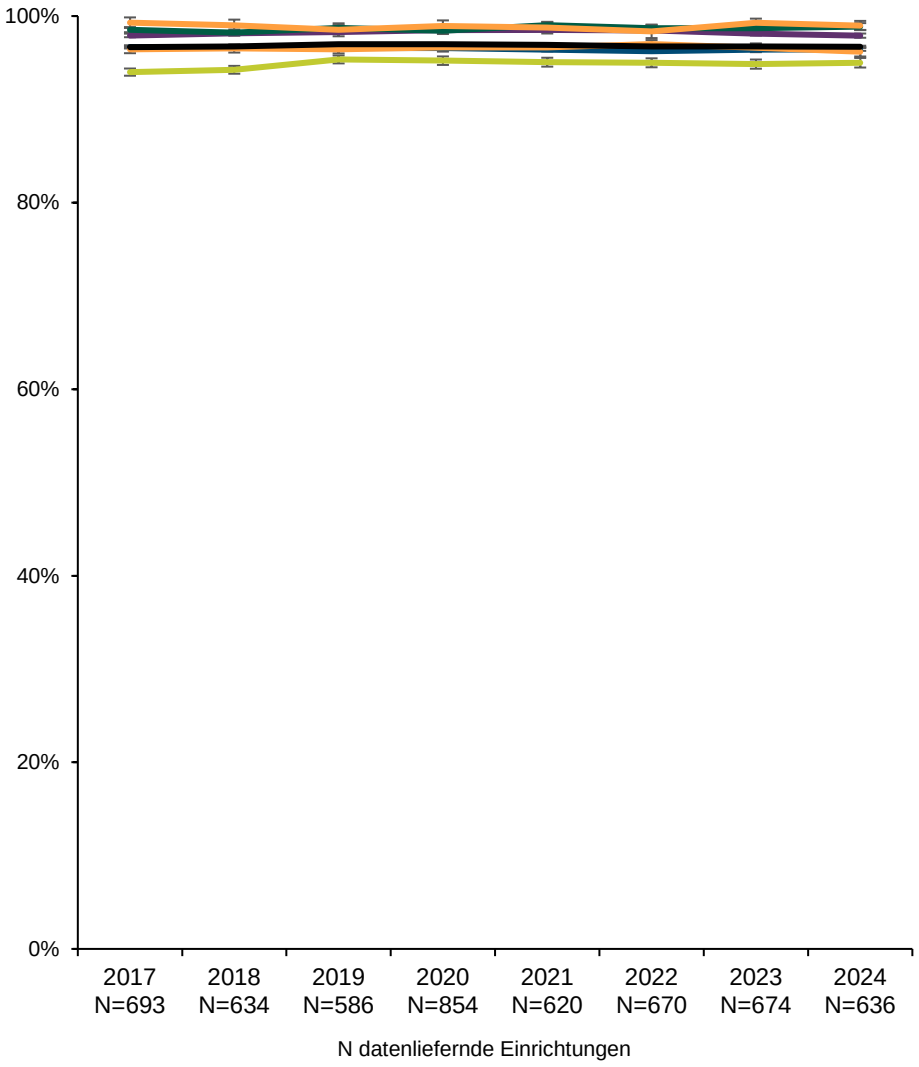
Durchschnitt Betreuungsdauer (in Monaten) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	4,3 1,25	5,9 2,48	+38,5%
Opioide	15,2 23,5	20,8 13,2	+37,5%
Cannabinoide	5,5 32,6	6,6 25,9	+19,0%
Path. Spielen	5,7 11,0	6,8 5,28	+19,0%
Stimulanzien	7,8 10,9	9,0 8,43	+14,3%
Unverändert			
Gesamt mit HD	8,1 182	8,3 155	+2,9%
Tendenz			
Alkohol	7,4 87,9	7,2 78,6	-3,0%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung der **planmäßig beendeten** Betreuungen



Planmäßige Beendigung (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Path. Spielen	56,4% 11,1	66,9% 5,31	+18,5%
Exzess. Medien.	65,4% 1,29	72,6% 2,42	+11,0%
Leichter Anstieg			
Opioide	50,8% 22,5	55,4% 12,6	+9,2%
Stimulanzien	59,6% 10,9	63,3% 8,38	+6,1%
Gesamt mit HD	64,8% 181	68,6% 154	+5,8%
Tendenz			
Alkohol	69,8% 88,4	72,7% 78,6	+4,1%
Unverändert			
Cannabinoide	65,7% 32,2	66,5% 25,9	+1,2%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

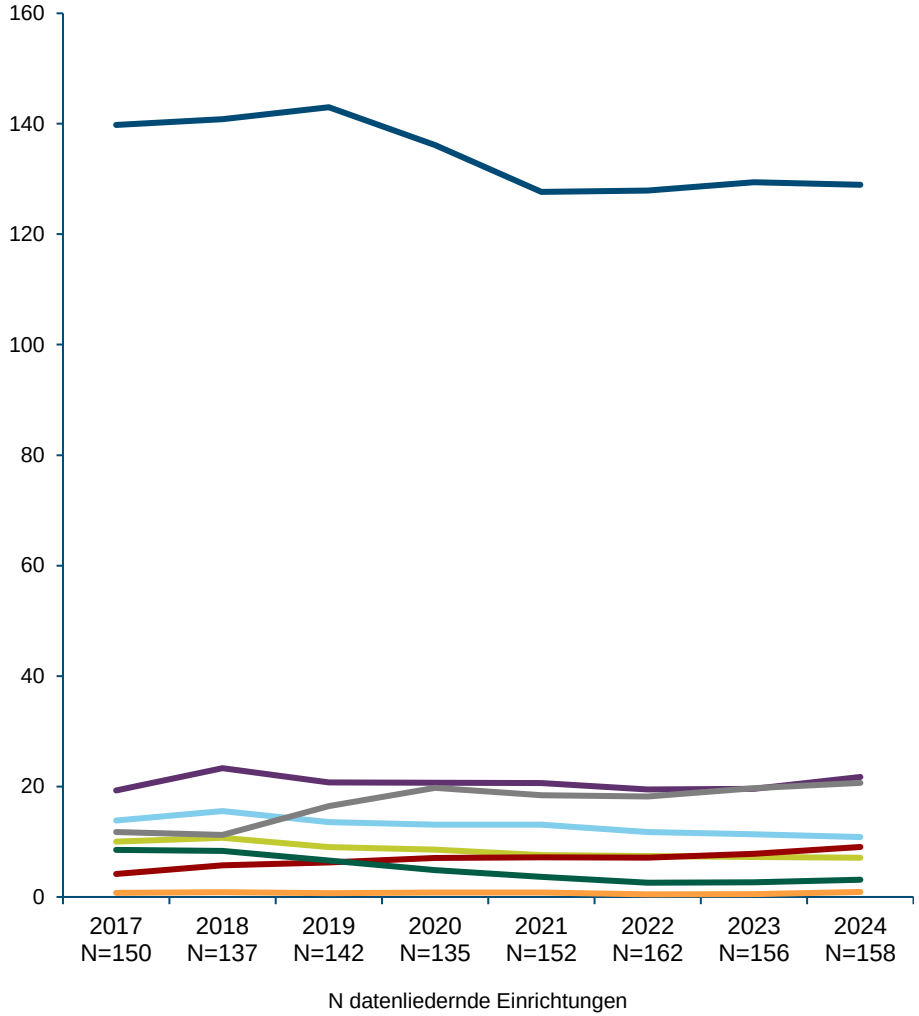
Entwicklung der **positiven Betreuungsergebnisse**



Positive Betreuungsergebnisse (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Unverändert			
Opioide	94,0% 21,0	95,0% 10,9	+1,1%
Path. Spielen	98,5% 10,6	98,9% 5,05	+0,3%
Cannabinoide	97,9% 30,2	97,9% 24,6	+0,0%
Gesamt mit HD	96,7% 173	96,7% 149	+0,0%
Alkohol	96,7% 86,3	96,4% 77,5	-0,2%
Stimulanzien	96,4% 10,7	96,2% 8,47	-0,3%
Exzess. Medien.	99,3% 1,22	99,0% 2,48	-0,3%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

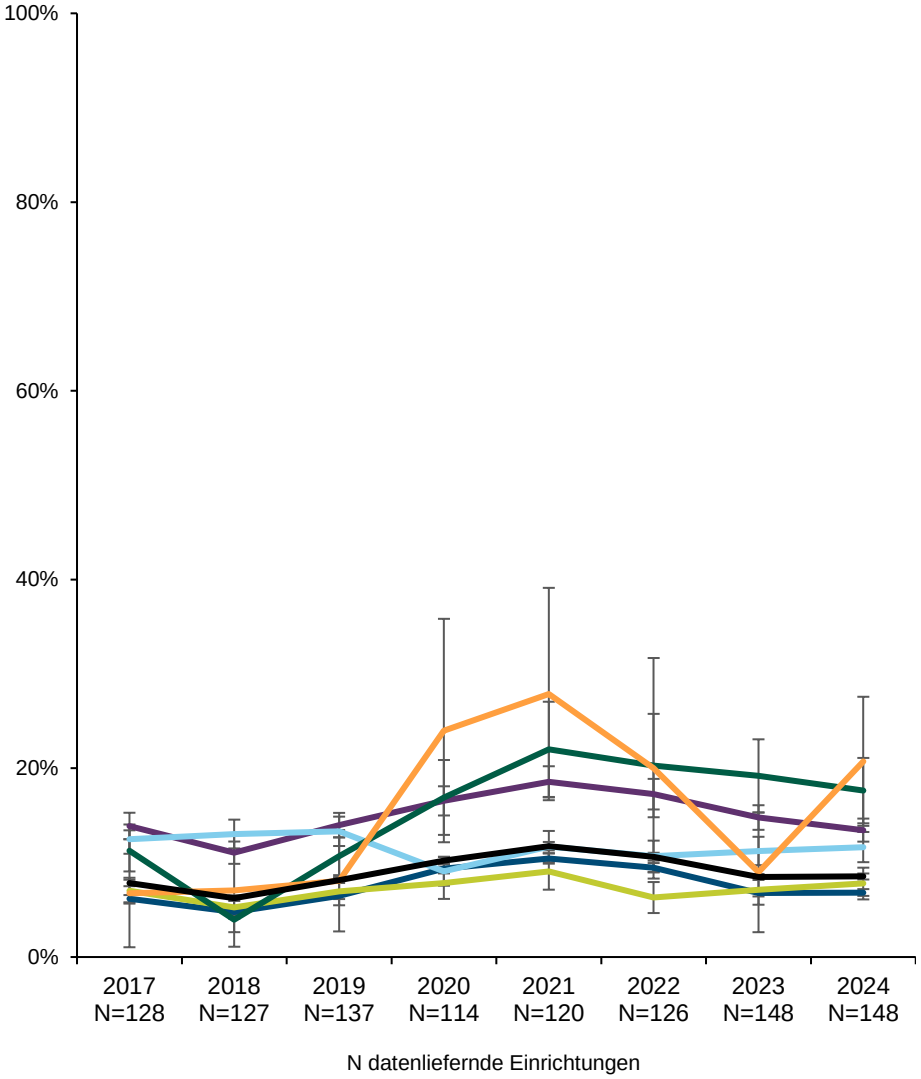
6.3 Trend-Profile relevanter Parameter 2017-2024 (stationär)

Entwicklung der der **Anzahl an Fällen pro Einrichtung**



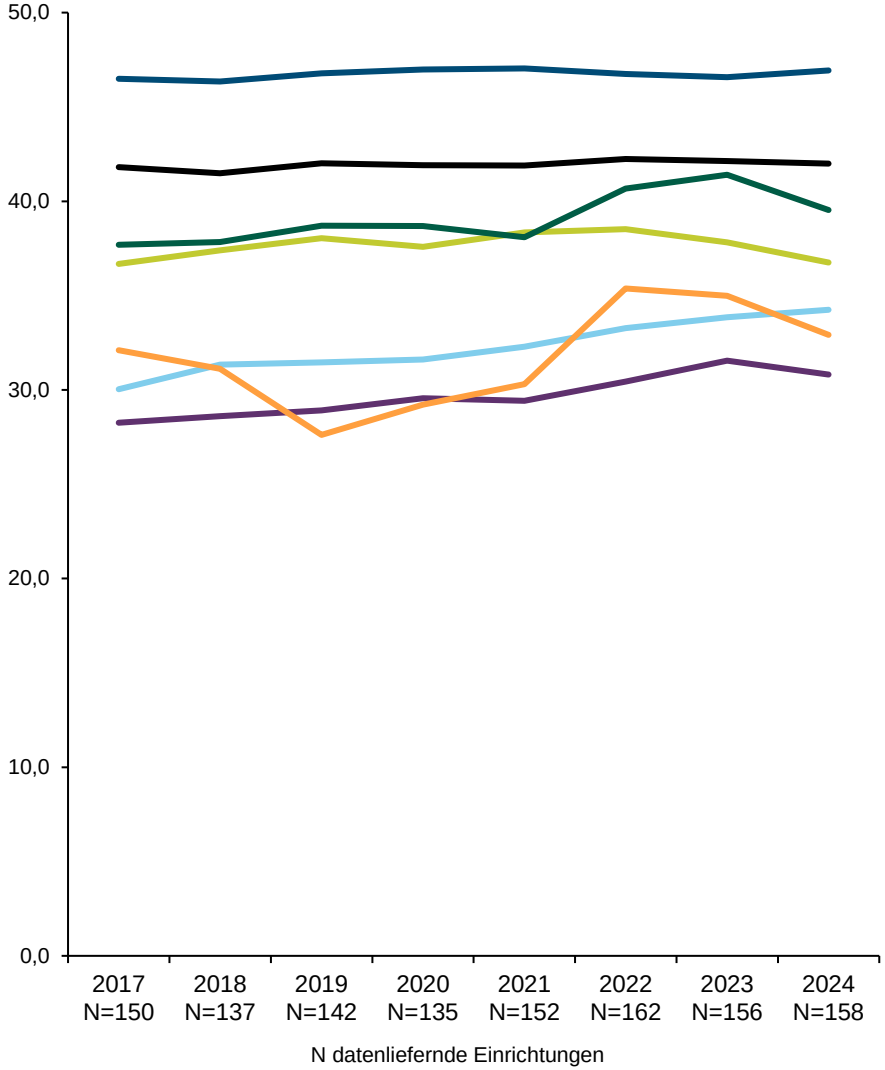
Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Kokain	4,17	9,05	+117%
Polytoxikomanie	11,8	20,7	+75,4%
Exzess. Medien.	0,73	0,91	+23,4%
Cannabinoide	19,3	21,7	+12,6%
Leichter Rückgang			
Alkohol	140	129	-7,8%
Deutlicher Rückgang			
Path. Spielen	8,53	3,10	-63,6%
Opioide	10,0	7,11	-28,9%
Stimulanzien	13,8	10,8	-21,5%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung des Anteils **Erstbehandelter**



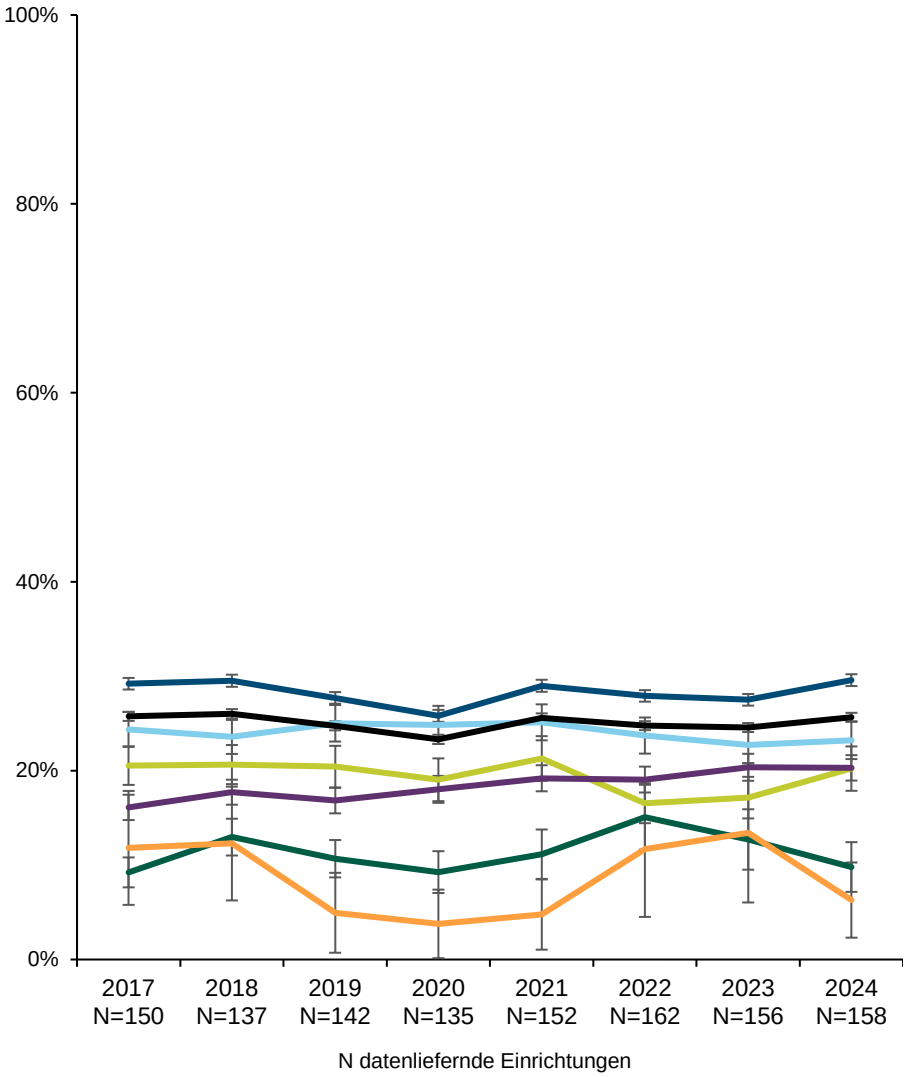
Anteil Erstbehandelter (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Path. Spielen	11,2% 6,32	17,6% 3,14	+56,8%
Exzess. Medien.	6,8% 0,58	20,7% 0,91	+207%
Opioide	7,0% 10,4	7,8% 6,59	+10,8%
Alkohol	6,2% 118	6,8% 129	+10,6%
Leichter Anstieg			
Gesamt mit HD	7,8% 185	8,5% 201	+8,7%
Tendenz			
Cannabinoide	13,9% 18,3	13,4% 20,3	-3,2%
Leichter Rückgang			
Stimulanzien	12,5% 13,6	11,7% 10,4	-6,7%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung des **Durchschnittsalters** bei Beginn der Behandlung



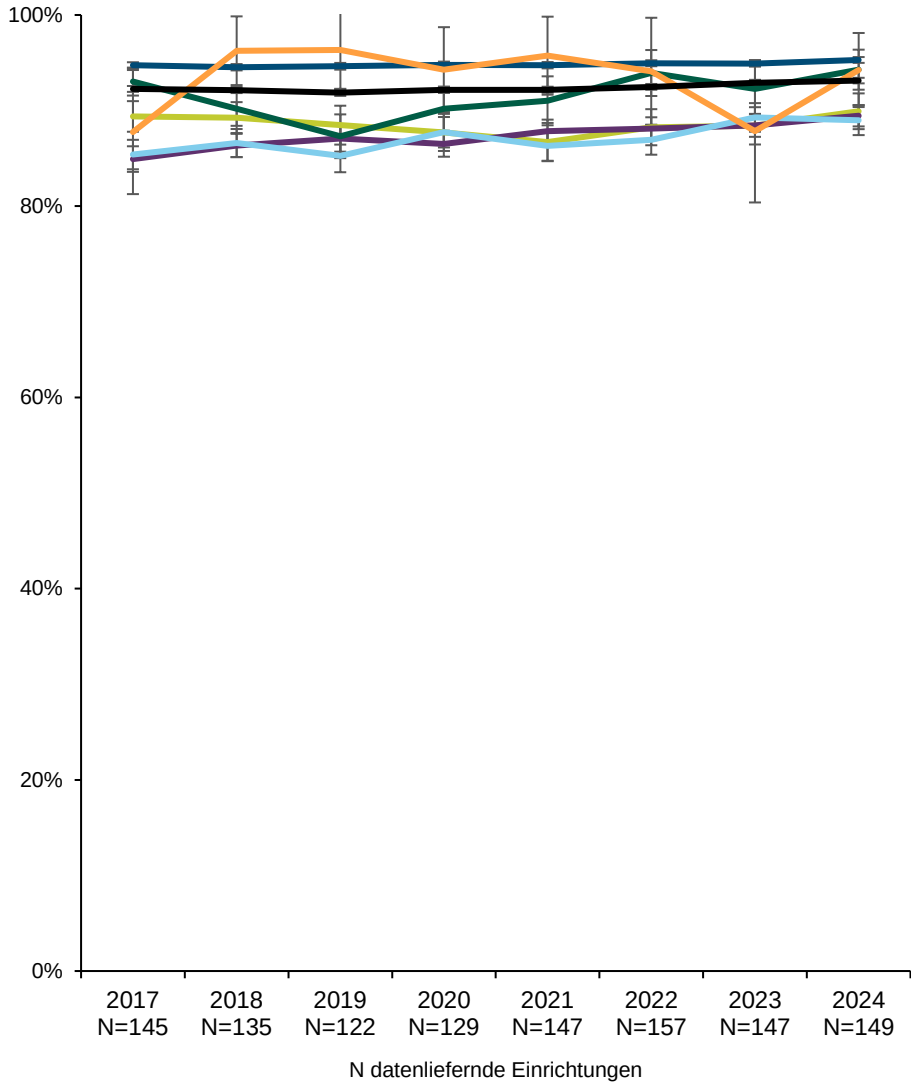
Durchschnittsalter (in Jahren) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Stimulanzien	30,0 13,8	34,2 10,8	+14,0%
Leichter Anstieg			
Cannabinoide	28,3 19,3	30,8 21,7	+9,1%
Tendenz			
Path. Spielen	37,7 8,53	39,5 3,10	+4,9%
Unverändert			
Exzess. Medien.	32,1 0,73	32,9 0,91	+2,5%
Opioide	36,7 10,0	36,7 7,11	+0,2%
Gesamt mit HD	41,8 210	42,0 205	+0,5%
Alkohol	46,5 140	46,9 129	+1,0%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung des Anteils **weiblicher** Patientinnen



Anteil weibliche Patientinnen (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Cannabinoide	16,1% 19,3	20,3% 21,7	+26,0%
Leichter Anstieg			
Path. Spielen	9,2% 8,53	9,8% 3,10	+6,2%
Unverändert			
Alkohol	29,2% 140	29,6% 129	+1,3%
Gesamt mit HD	25,7% 210	25,6% 205	-0,4%
Tendenz			
Stimulanzien	24,4% 13,8	23,2% 10,8	-4,7%
Deutlicher Rückgang			
Opioide	20,5% 10,0	17,1% 7,11	-16,5%
Exzess. Medien.	11,8% 0,73	6,3% 0,91	-46,7%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung des Anteils an Behandelten **mit Schulabschluss**

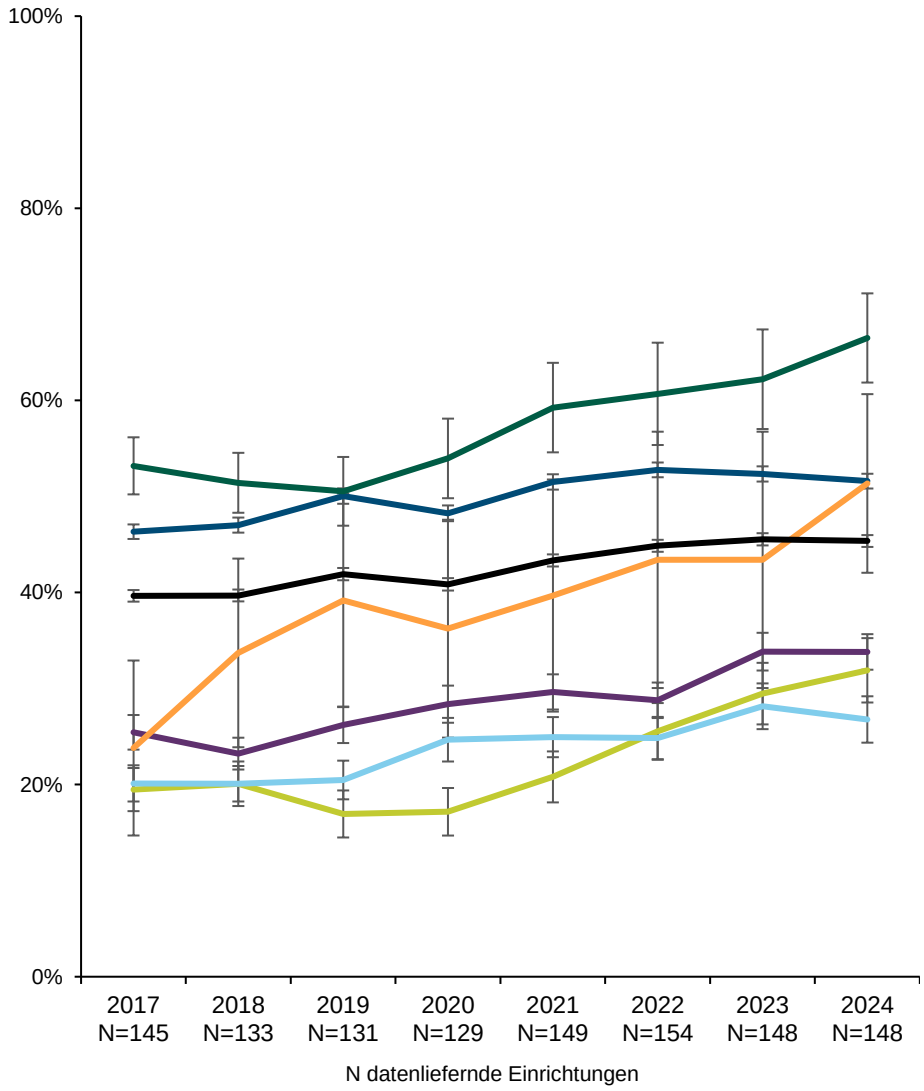


Anteil mit Schulabschluss (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Leichter Anstieg			
Exzess. Medien.	87,8% 0,68	94,2% 0,93	+7,4%
Cannabinoide	84,9% 18,9	89,5% 29,6	+5,3%
Tendenz			
Stimulanzien	85,4% 13,9	89,0% 10,4	+4,2%
Unverändert			
Gesamt mit HD	92,3% 200	93,1% 197	+0,9%
Opioide	89,4% 9,81	89,9% 6,66	+0,6%
Path. Spielen	93,0% 8,02	94,3% 3,17	+1,3%
Alkohol	94,7% 131	95,3% 124	+0,6%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung des Anteils an **erwerbstätigen** Behandelten

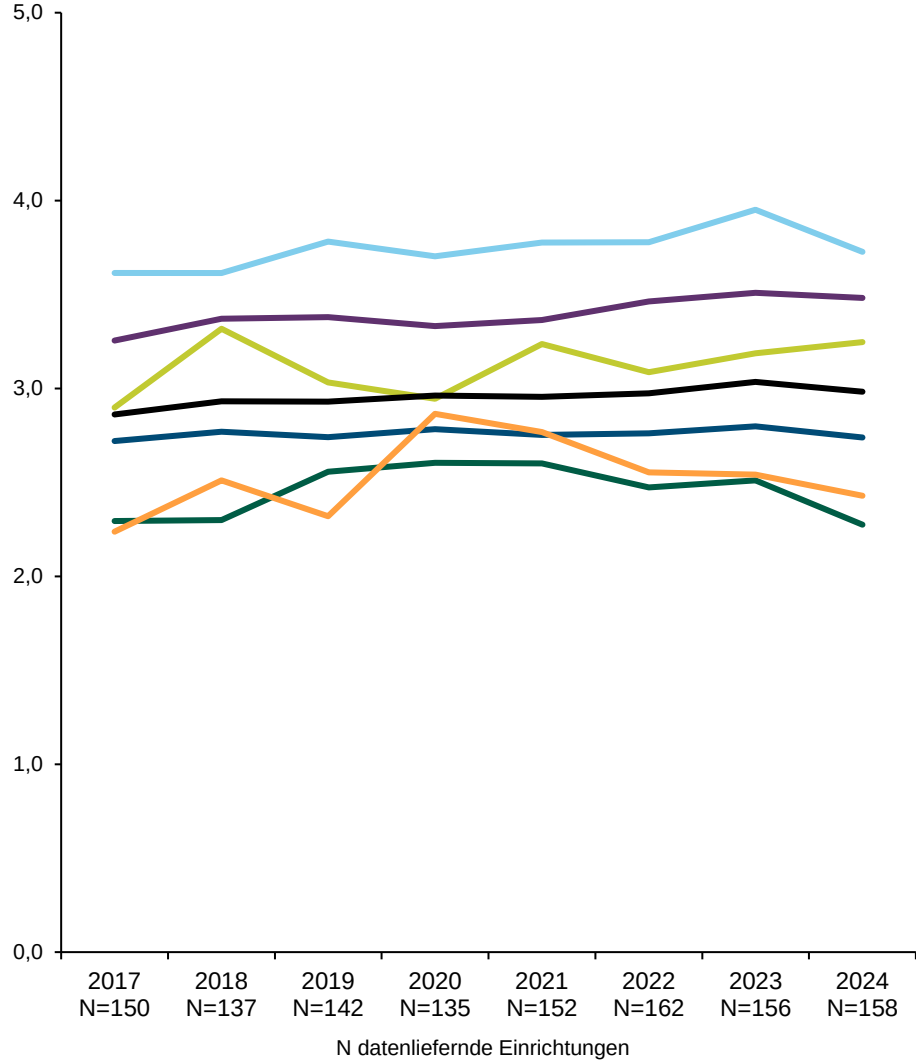


Anteil Erwerbstätig (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Exzess. Medien.	23,8% 0,58	51,4% 0,75	+116%
Opioide	19,5% 8,25	31,9% 5,02	+63,7%
Stimulanzien	20,1% 12,0	26,8% 8,73	+33,1%
Cannabinoide	25,4% 15,5	33,8% 16,9	+32,9%
Path. Spielen	53,2% 7,47	66,5% 2,68	+25,0%
Gesamt mit HD	39,7% 174	45,4% 169	+14,4%
Alkohol	46,3% 115	51,6% 110	+11,4%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

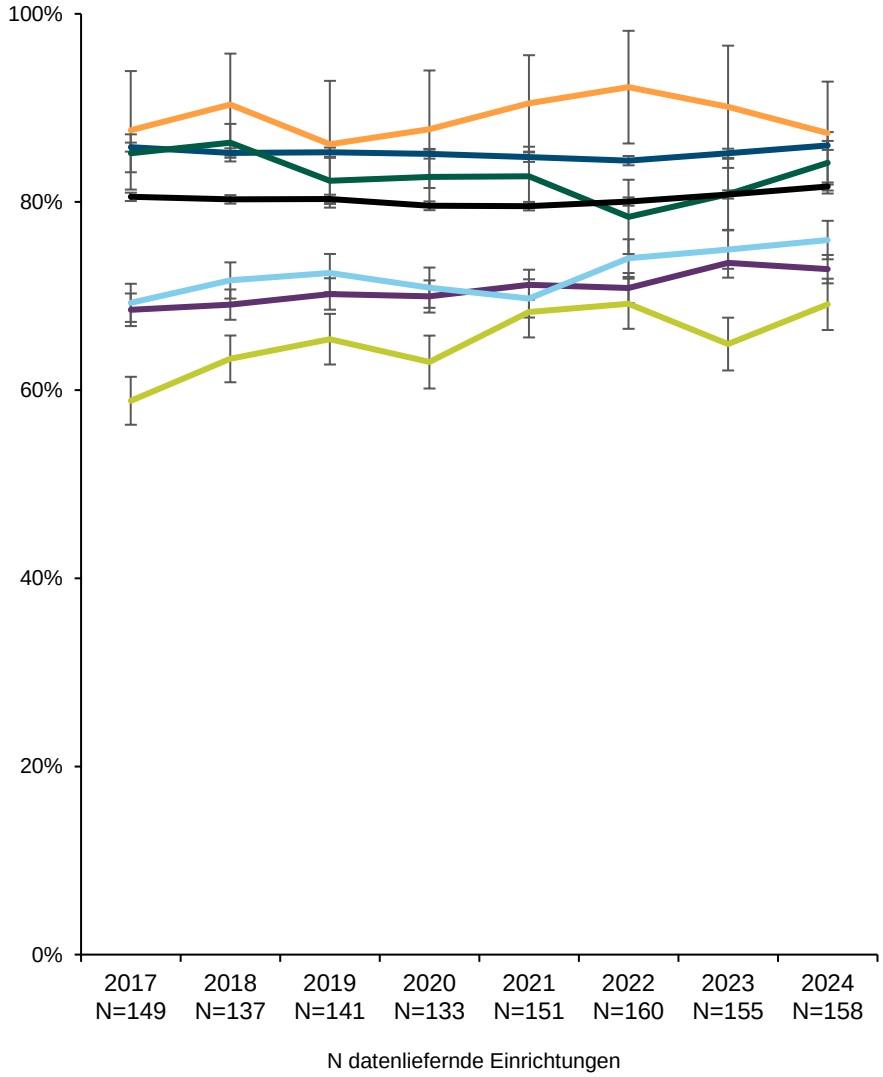
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung der **durchschnittlichen Behandlungsdauer** in Monaten



Durchschnitt Behandlungsdauer (in Monaten) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Opioide	2,9 10,0	3,2 7,11	+12,0%
Leichter Anstieg			
Exzess. Medien.	2,2 0,73	2,4 0,91	+8,5%
Cannabinoide	3,3 19,3	3,5 21,7	+7,0%
Tendenz			
Gesamt mit HD	2,9 210	3,0 205	+4,2%
Stimulanzien	3,6 13,8	3,7 10,8	+3,1%
Unverändert			
Alkohol	2,7 140	2,7 129	+0,7%
Path. Spielen	2,3 8,53	2,3 3,10	-0,9%
Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%, Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%			
Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.			

Entwicklung der **planmäßig beendeten** Behandlungen

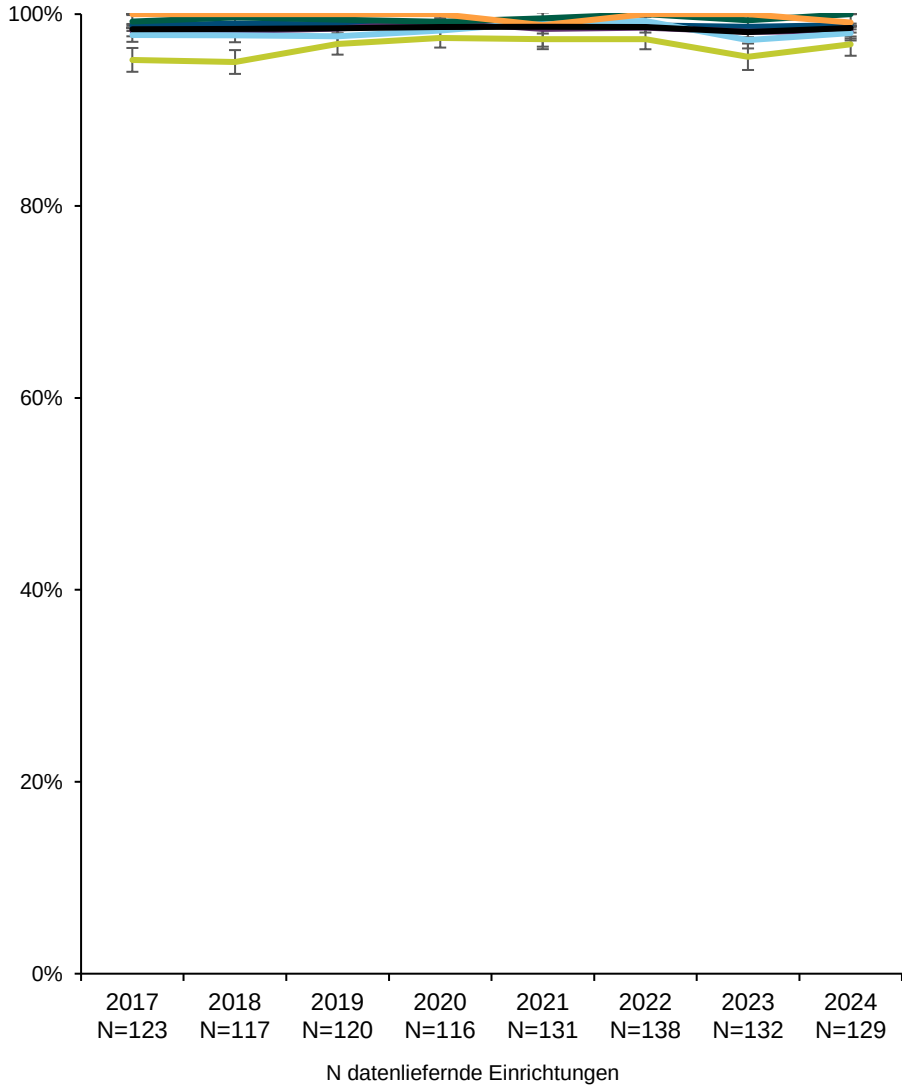


Planmäßige Beendigung (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Deutlicher Anstieg			
Opioide	58,9% 9,61	69,1% 6,97	+17,4%
Leichter Anstieg			
Stimulanzien	69,3% 13,3	76,0% 10,6	+9,6%
Cannabinoide	68,5% 18,5	72,9% 21,1	+6,3%
Unverändert			
Gesamt mit HD	80,5% 205	81,6% 201	+1,4%
Alkohol	85,8% 137	86,0% 127	+0,2%
Exzess. Medien.	87,6% 0,70	87,3% 0,90	-0,3%
Path. Spielen	85,2% 8,01	84,2% 3,04	-1,2%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

Entwicklung der **positiven Behandlungsergebnisse**



Positive Behandlungsergebnisse (%) Durchschnittliche Anzahl an Fällen pro Einrichtung (Ø)			
Hauptdiagnose	**2017**	**2024**	**Δ 2024/2017**
Unverändert			
Opioide	95,2% 9,21	96,9% 6,19	+1,7%
Gesamt mit HD	98,4% 175	98,6% 183	+0,2%
Path. Spielen	99,2% 5,31	100,0% 2,98	+0,8%
Stimulanzien	97,8% 13,4	98,0% 9,5	+0,2%
Cannabinoide	98,3% 16,8	98,2% 17,0	+0,0%
Alkohol	98,8% 114	98,8% 118	+0,1%
Exzess. Medien.	100,0% 0,31	99,1% 0,90	-0,9%

Deutliche Veränderung: >10%, Leichte Veränderung: 5-10%,
Tendenz: 3-5%, Unverändert: <3%

Bei der Trendinterpretation ist die zu Grunde liegende Fallzahl zu beachten. Gerade bei kleinen Stichproben (bzw. geringen Anteilswerten) sind starke relative Schwankungen möglich, die nicht überinterpretiert werden sollten. Zudem erlauben relative Entwicklungen innerhalb einer Gruppe keinen Rückschluss auf die absolute Zahl der Fälle pro Einrichtung.

7 LITERATUR

Bundesgesetzblatt. (2024). *Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz – CanG)*. https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/109

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2025). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe (3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2025).*

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien.* (10., überarbeitete Auflage ed.). Hogrefe.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte mit Hauptmaßnahme ABW. 33 %-Lauf*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte mit Hauptmaßnahme ARS. 33 %-Lauf*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte mit Hauptmaßnahme NAS. 33 %-Lauf*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025d). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte mit Hauptmaßnahme PSB. 33 %-Lauf*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025e). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte mit Hauptmaßnahme SBJ. 33 %-Lauf*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025f). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1: Ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf.* IFT Institut für Therapieforschung. https://doi.org//10.5281/zenodo.17052721

IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2025g). *Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 33 %-Lauf.* IFT Institut für Therapieforschung. https://doi.org//10.5281/zenodo.17053053

Schwarzkopf, L., Braun, B., Specht, S., Dauber, H., Strobl, M., Künzel, J., Klapper, J., Kraus, L., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Die Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS. Eine Einführung

in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertungen. *Konturen online. Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen*. https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025a). *Genesis-Online. Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen.*

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025b). *Genesis-Online. Bevölkerung ab 15 Jahren in Hauptwohnsitzhaushalten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Allgemeine Schulausbildung.*

Süss, B., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. *Sucht*, *57*(6), 469–477. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000142

Autorinnen:

PD Dr. Larissa Schwarzkopf (Dipl.-Ges.oek., M.Sc. Biostatistik)
Leitung der Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, IFT Institut für Therapieforschung München

Dr. Hanna Dauber (Mag. rer. nat)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, IFT Institut für Therapieforschung München

Carlotta Riemerschmid (M.Sc. Psychologie)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, IFT Institut für Therapieforschung München

Fachbeirat Deutsche Suchthilfestatistik

Rudolf Bachmeier	Bereichsleitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Holding SE & Co. KG, Bad Füssing, Mitglied im Vorstand FVS+ (für den Fachverband Sucht+ e. V.)
N.N.	Bundesministerium für Gesundheit - Referat 125, Berlin
Eva Egartner	Geschäftsführerin, Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.
Wolfgang Klose	Deutscher Caritasverband e. V.
Corinna Mäder-Linke	Geschäftsführung, bus. – Bundesverband Suchthilfe e. V.
Anja Mevius	Bundesarbeitsgemeinschaft der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband. e. V. – Caritas Suchthilfe (CaSu)
Iris Otto	Geschäftsstelle, bus. – Bundesverband Suchthilfe e. V.
Dr. Peter Raiser	Geschäftsführung, DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Gabriele Sauermann	Referentin, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Referat Gefährdetenhilfe
Heike Timmen	Referentin für Suchthilfe, Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V., Abteilung 1 Gesundheit, Alter, Behinderung
Detlef Weiler	Referent für QM und Forschung, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Referat Qualitätsmanagement und Forschung

Zitationsempfehlung:

Schwarzkopf, L., Dauber, H. & Riemerschmid, C. (2025). Deutsche Suchthilfestatistik 2024 – Jahresbericht. IFT Institut für Therapieforschung, München.
https://doi.org/10.5281/zenodo.17647798

Der Bericht ist ab Ende Januar 2026 in seiner barrierefreien Version unter https://doi.org/10.5281/zenodo.17647798 verfügbar.

IFT Institut für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München
Tel.: +49 (0)89 360804-0
E-Mail: doku@ift.de
Website: www.suchthilfestatistik.de

© November 2025
IFT Institut für Therapieforschung, München
All rights reserved