

# Kokainkonsumstörungen in der ambulanten und stationären Suchthilfe

KURZBERICHT NR. 2/2024 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2023<sup>1</sup>

Monika Murawski  
Carlotta Riemerschmid  
Larissa Schwarzkopf

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)

München, Oktober 2024

© IFT Institut für Therapieforschung, München



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

<sup>1</sup> Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2023 (Schwarzkopf, Murawski & Riemerschmid, 2024), verfügbar auf der [Webseite der Deutschen Suchthilfestatistik](http://www.suchthilfestatistik.de) (www.suchthilfestatistik.de). Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
Zusammenfassung	III
1 Hintergrund und Zielsetzung	1
2 Methodik	2
2.1 Datenbasis	2
2.2 Auswertung	2
3 Ergebnisse	5
3.1 Relevanz kokainbezogener Störungen in der ambulanten und stationären Suchthilfe im Zeitverlauf	5
3.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel	6
3.3 Klinisches Bild	12
3.4 Behandlungsbezogene Merkmale	17
4 Zusammenfassendes Fazit	22
5 Tabellarische Zusammenfassung	24
6 Quellenverzeichnis	25

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Relevanz kokainbezogener Störungen 2001 – 2023 (ambulanz)	5
Abbildung 2:	Relevanz kokainbezogener Störungen 2001 – 2023 (stationär)	6
Abbildung 3:	Geschlechterverteilung	7
Abbildung 4:	Altersstruktur	8
Abbildung 5:	Schulische Bildung	9
Abbildung 6:	Erwerbsstatus vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	10
Abbildung 7:	Lebenssituation	11
Abbildung 8:	Wohnsituation vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	12
Abbildung 9:	Problembereiche zu Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	13
Abbildung 10:	Suchtbezogene Komorbidität bei kokainbezogenen Störungen	14
Abbildung 11:	Hauptdiagnoseverteilung bei Störungen aufgrund weiterer illegaler Substanzen	15
Abbildung 12:	Erstbetreuungen	16
Abbildung 13:	Störungsdauer bis zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	17
Abbildung 14:	Vermittlungsweg in die aktuelle Betreuung / Behandlung	18
Abbildung 15:	Betreuungs-/ Behandlungsdauer	19
Abbildung 16:	Planmäßige Beendigung der Behandlung	19
Abbildung 17:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten	20
Abbildung 18:	Anteil an Weitervermittlungen nach Betreuungs-/ Behandlungsende	21

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hilfesuchende mit kokainbezogenen Störungen im Vergleich zu Störungen aufgrund von anderen illegalen Substanzen in der ambulanten Suchthilfe (Typ 1) und der stationären Suchtrehabilitation (Typ 2)	24
------------	--	----

## Zusammenfassung

**Zielsetzung:** In Deutschland ist eine wachsende Verfügbarkeit von Kokain und eine zunehmende Anzahl an Konsumierenden zu verzeichnen. Angesichts der zentralen Rolle von psychosozialen Interventionen bei Kokainkonsumstörungen gilt diese Entwicklung als zukünftige Herausforderung für das Suchthilfesystem. Diese Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) soll die Personen, die aufgrund von kokainbezogenen Störungen Leistungen der ambulanten und stationären Suchthilfe in Anspruch nehmen, und ihre dortige Versorgung charakterisieren.

**Methodisches Vorgehen:** Für eine Einordnung der Relevanz kokainbezogener Störungen wurden zunächst an die DSHS übermittelte Daten aus bundesweiten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie stationären Einrichtungen der Suchtrehabilitation der Jahre 2001 bis 2023 herangezogen. In die Auswertung flossen nur Falldaten von Hilfesuchenden ein, die aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen versorgt wurden. Anschließend wurde für das Jahr 2023 die Klientel mit kokainbezogenen Störungen als Anlass („Kokain-Gruppe“) soziodemografisch, klinisch und in Bezug auf das Versorgungsgeschehen charakterisiert. Anhand geeigneter statistischer Tests wurden markante Unterschiede zu den übrigen Hilfesuchenden (Vergleichsgruppe) herausgearbeitet. Alle Auswertungen erfolgten getrennt für ambulante Einrichtungen (Typ 1) und stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2).

**Ergebnisse:** Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Suchthilfe haben kokainbezogene Störungen in den letzten 20 Jahren als Betreuungs- bzw. Behandlungsanlass an Bedeutung gewonnen. In Typ 1- wie in Typ 2-Einrichtungen sind Hilfesuchende aus der Kokain-Gruppe seltener Frauen und durchschnittlich älter als Hilfesuchende aus der Vergleichsgruppe. Sie sind zudem besser beruflich integriert, leben häufiger in etablierten Familienstrukturen und weisen ein kürzere mittlere Störungsdauer auf. In der Kokain-Gruppe finden sich ähnliche Problembereiche wie in der Vergleichsgruppe, wobei familiäre Probleme häufiger sind. Betreuungen in Typ 1-Einrichtungen dauern in der Kokain-Gruppe im Mittel länger und enden häufiger planmäßig bzw. mit einer verbesserten Suchtproblematik. In Typ 2-Einrichtungen zeigen sich diesbezüglich keine Unterschiede.

**Fazit:** Die Klientel mit kokainbezogenen Störungen als Versorgungsanlass unterscheidet sich zum Teil deutlich von derjenigen mit Störungen aufgrund weiterer illegaler Substanzen. Die Gruppe scheint besser sozial integriert zu sein als die Vergleichsgruppe und günstigere Versorgungsverläufe zu zeigen. Bei der inhaltlichen Bewertung und der Ableitung konkreter Handlungsimplicationen sind allerdings Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen Kokain- und Vergleichsgruppe als mögliche Erklärungsfaktoren zu berücksichtigen.

# 1 Hintergrund und Zielsetzung

Kokain ist nach Cannabis die zweithäufigste konsumierte illegale Substanz in Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2024).

Abwasseruntersuchungen und Prävalenzschätzungen zeigen zudem, dass der Kokainkonsum auf europäischer Ebene in den letzten 10 Jahren zugenommen hat (EMCDDA, 2024). Auch in Deutschland steigt die Zahl der Konsumierenden seit 2015 an (Rauschert et al., 2023). 2021 haben 1,6 % der erwachsenen Wohnbevölkerung in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert, wobei ein Viertel einen problematischen Konsum zeigte (Rauschert et al., 2022). Kokainkonsum erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und ist zudem mit einer Vielzahl negativer psychischer und sozialer Konsequenzen assoziiert. Darüber hinaus hat Kokain hohes Abhängigkeitspotenzial (Wagner & Anthony, 2002).

Bislang sind für die Behandlung kokainbezogener Störungen keine Medikamente zugelassen und psychosoziale Interventionen gelten als wirksamster Therapieansatz (Bentzley et al., 2021; Schwartz et al., 2022). Suchthilfeeinrichtungen stellen daher eine zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende mit kokainbezogenen Störungen dar. Für Westeuropa wurde gezeigt, dass die wachsende Verfügbarkeit von Kokain und die steigende Anzahl an Kokain-Konsumierenden mit einer erhöhten Betreuungs- und Behandlungsnachfrage einhergeht (Antoine et al., 2021). Ob sich diese Zusammenhänge auch in Deutschland zeigen, ist bislang unzureichend erforscht.

Der vorliegende Bericht stellt eine Sonderauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik dar. Er arbeitet zunächst die Bedeutung „kokainbezogener Störungen“ als Versorgungsanlass in der ambulanten und stationären Suchthilfe im Zeitverlauf heraus. Anschließend werden auf Basis aktueller Daten zentrale soziodemographische, klinische und versorgungsbezogene Charakteristika der Klientel beschrieben, die aufgrund von kokainbezogenen Störungen in ambulanten bzw. stationären deutschen Suchthilfeeinrichtungen Hilfe sucht, und Hilfesuchenden mit „Störungen aufgrund von weiteren illegalen Substanzen“ als Versorgungsanlass (gepoolte Gruppe) gegenübergestellt.

## 2 Methodik

### 2.1 Datenbasis

Die Daten der DSHS werden jährlich deutschlandweit von Einrichtungen der Suchthilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS; aktuelle Version KDS 3.0) erhoben und in aggregierter Form für die Bundesauswertung zur Verfügung gestellt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2024). Bei den datenliefernden Einrichtungen handelt es sich überwiegend um Beratungsstellen, Niedrigschwellige Einrichtungen sowie Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von (Schwarzkopf et al., 2020) zu entnehmen. Relevante, aktuelle (unkommentierte) Tabellenbände der DSHS sind zurückreichend bis 2007 unter dem Link [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de) frei verfügbar.

### 2.2 Auswertung

Der vorliegende Kurzbericht beleuchtet zunächst die Relevanz kokainbezogener Störungen anhand an die DSHS übermittelter Daten aus bundesweiten ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie stationären Einrichtungen der Suchtrehabilitation der Jahre 2001 bis 2023. Für diesen Bericht werden grundsätzlich nur Falldaten von Hilfesuchenden berücksichtigt, die aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen versorgt wurden.

Der Schwerpunkt des Berichts liegt auf der Charakterisierung der Klientel mit kokainbezogenen Störungen als Anlass („Kokain-Gruppe“) hinsichtlich der Soziodemographie, des klinischen Bildes und des Versorgungsgeschehens. Dabei konzentriert sich die Analyse auf die spezifische Situation von Personen<sup>2</sup>, die 2023 (Datenjahr) aufgrund kokainbezogener Störungen in einer **ambulanten Suchthilfeeinrichtung** (Typ 1: niedrigschwellige Einrichtungen, Beratungsstellen, Fachambulanzen, Institutsambulanzen) oder einer **stationären Rehabilitationseinrichtung** (Typ 2: teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen) versorgt wurden. Hierfür werden Daten aus insgesamt 887 Typ 1- sowie aus 156 Typ 2-Einrichtungen herangezogen.

Im Rahmen der Auswertung werden Hilfesuchende gemäß ihrer handlungsleitenden Diagnose („Hauptdiagnose<sup>3</sup>“ ~ Versorgungsanlass) in zwei Gruppen eingeteilt und vergleichend gegenübergestellt:

---

<sup>2</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Frauen und Männern, Behandelten oder Personen statt von Fällen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d.h. eine Person kann mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

<sup>3</sup> Die Hauptdiagnose einer Betreuung bzw. Behandlung orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall primären Problem einer hilfesuchenden Person.

- **Kokain-Gruppe:** Personen mit **Störungen in Folge des Konsums von Kokain**
- **Vergleichsgruppe:** Personen mit **Störungen in Folge des Konsums weiterer illegaler Substanzen** (Opiode, Cannabinoide<sup>4</sup>, Stimulanzien, Halluzinogene, Flüchtige Lösungsmittel, Multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen)

Die jeweiligen diagnostischen Informationen beruhen auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling et al., 2015). Durch die Selektion dieses Berichts auf Störungen in Folge des Konsums von illegalen Substanzen bleiben Personen mit folgenden Hauptdiagnosen – die in der DSHS ebenfalls erfasst sind – unberücksichtigt: Störungen in Folge des Konsums von Alkohol, Sedativa / Hypnotika, Tabak bzw. nicht abhängigkeiterzeugender Substanzen sowie aufgrund der Verhaltenssuchte Pathologisches Spielen, Exzessive Mediennutzung und Ess-Störungen. Da der KDS neben der Hauptdiagnose die Vergabe weiterer Diagnosen erlaubt, können all diese Störungen jedoch als suchtbefundene Komorbidität dokumentiert sein.

Für den **ambulant**en Bereich basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Zugänge / Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Personen berichtet, die 2023 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a). Aufgrund der Hauptdiagnose-bezogenen Betrachtung werden regelmäßig nur Daten von Personen berichtet, die aufgrund eigener Probleme Leistungen der Suchthilfe in Anspruch genommen haben. Je nach betrachteter Variable wird entweder auf die Teilstichprobe der „Zugänge“ oder die Teilstichprobe der „Beender“ Bezug genommen. Die Bezugsgruppe „Zugänge“ wird für die Auswertung soziodemographischer und diagnostischer Informationen sowie der Zugangs- und Konsumdaten bei Betreuungsbeginn genutzt. Dies soll gewährleisten, dass Informationen zur Charakterisierung der Hilfesuchenden aktuell sind und nicht im Zuge einer langwierigen Betreuung bereits einen veralteten Sachstand spiegeln. Die Bezugsgruppe „Beender“ bildet die Basis für die Berichterstattung zu betreuungs- bzw. behandlungsbezogenen Daten, die erst bei Abschluss dokumentiert werden. Es sei darauf hingewiesen, dass die Stichprobe der „Beender“ häufig geringere Fallzahlen hat als die Stichprobe der „Zugänge“.

Im **stationären** Bereich basiert die Analyse aller Parameter (auch Soziodemographie und Zugangsdaten) auf der Bezugsgruppe „Beender“, d. h. derjenigen Personen, die 2023 eine Behandlung beendet haben (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024b). Dies ist damit begründet, dass Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Kostenträger die übliche Bezugsgröße darstellen.

---

<sup>4</sup> Im Datenjahr 2023 war der Besitz und Konsum von Cannabis in Deutschland noch nicht entkriminalisiert, weshalb cannabinoidbezogene Störungen zur Gruppe der Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen gezählt werden.

Schließlich gehen in die ambulanten Auswertungen nur Fälle ein, innerhalb derer mehr als ein Kontakt zur betreuenden Suchthilfeeinrichtung erfolgt ist („ohne Einmalkontakte“). Stationäre Episoden gelten per Definition als – ein sich über einen gewissen Zeitraum erstreckender – Einmalkontakt.

Alle aufgeführten Ergebnisse beruhen jeweils auf einem 33 %-Lauf. Dies besagt, dass für jeden ausgewerteten Parameter Daten von Einrichtungen, bei denen > 33 % der Angaben zu diesem Parameter fehlen (sogenannten „Missings“), von der Auswertung ausgenommen werden. Dies soll verhindern, dass die Datenqualität durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote beeinträchtigt wird. Infolgedessen kann die Zahl der ausgewerteten Einrichtungen und damit auch die Fallzahl für die einzelnen Parameter variieren. Die berichteten Fallzahlen („Stichprobengröße“) beziehen sich zudem nur auf gültige Angaben, Fehlwerte bleiben unberücksichtigt. Für alle ausgewerteten Parameter wird die Stichprobengröße zusammen mit der Anzahl der ausgewerteten Einrichtungen und dem zugehörigen Anteil an Fehlwerten in den jeweiligen Grafiken aufgeführt.

Aus Gründen der Interpretierbarkeit werden in den Grafiken Anteilswerte unter 3 % ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen. Zahlenangaben werden im Fließtext der Lesbarkeit halber in der Regel auf ganze Zahlen gerundet.

Für den vorliegenden Bericht wird für die einzelnen Parameter anhand eines Alphaniveaus von 5 % statistisch überprüft, ob sich ein Anteilswert in der Kokain-Gruppe signifikant von einem Anteilswert in der Vergleichsgruppe unterscheidet. Diese Tests erfolgen nur, wenn der Anteilswert in mindestens einer Gruppe > 3 % ist. Ist der Unterschied nicht signifikant, werden Anteile als ähnlich eingeordnet. P-Werte werden nur für signifikante Unterschiede berichtet.

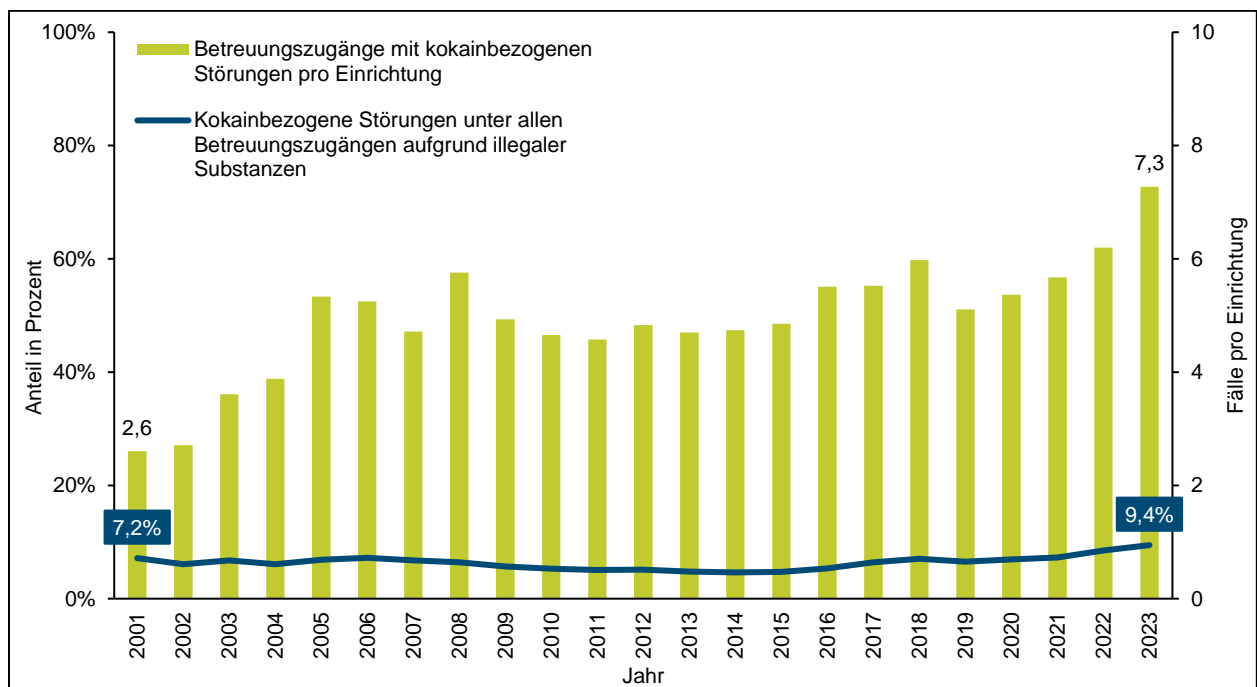
Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass für die DSHS aus Datenschutzgründen keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich auf Einrichtungsebene aggregierte Falldaten zur Verfügung stehen. Daher können Parameter nur isoliert betrachtet werden, strukturelle Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in Bezug auf andere Parameter bleiben unberücksichtigt. Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Gruppen (Kokain-Gruppe bzw. Vergleichsgruppe) dürften sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.



### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Relevanz kokainbezogener Störungen in der ambulanten und stationären Suchthilfe im Zeitverlauf

Während 2001 in ambulanten Einrichtungen 7,2 % der Zugänge aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen auf primär kokainbezogene Störungen entfielen, lag der entsprechende Anteil 2023 bei 9,4 % (siehe Abbildung 1). Die durchschnittliche Fallzahl pro Einrichtung hat sich im Beobachtungszeitraum fast verdreifacht, sie stieg von 2,6 auf 7,3 Fälle mit primär kokainbezogenen Störungen pro ambulanter Einrichtung.



**Abbildung 1: Relevanz kokainbezogener Störungen 2001 – 2023 (ambulant)**

In stationären Einrichtungen entfielen 2001 3,9 % der beendeten Behandlungen aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen auf primär kokainbezogene Störungen. 2023 lag der entsprechende Anteil mit 10,6 % mehr als 2,5-mal so hoch (siehe Abbildung 2). Die durchschnittliche Fallzahl pro Einrichtung hat sich im Beobachtungszeitraum von 0,9 auf 7,8 Fälle mit primär kokainbezogenen Störungen pro stationärer Einrichtung vervielfacht.

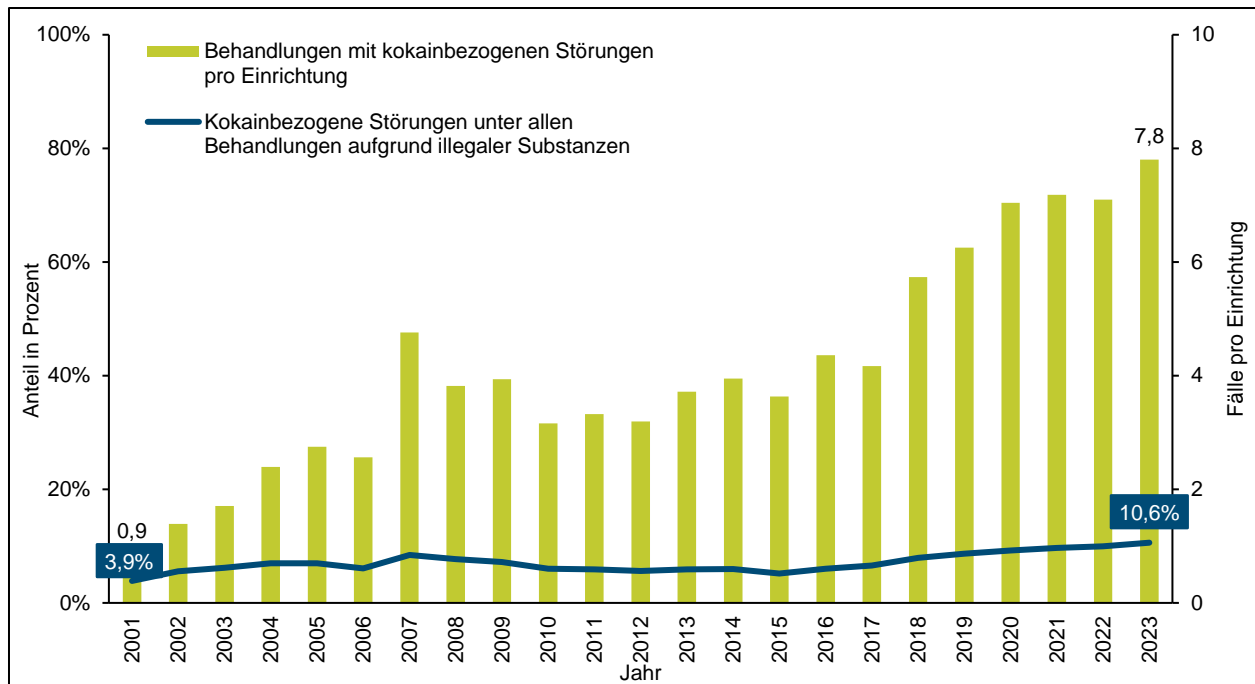
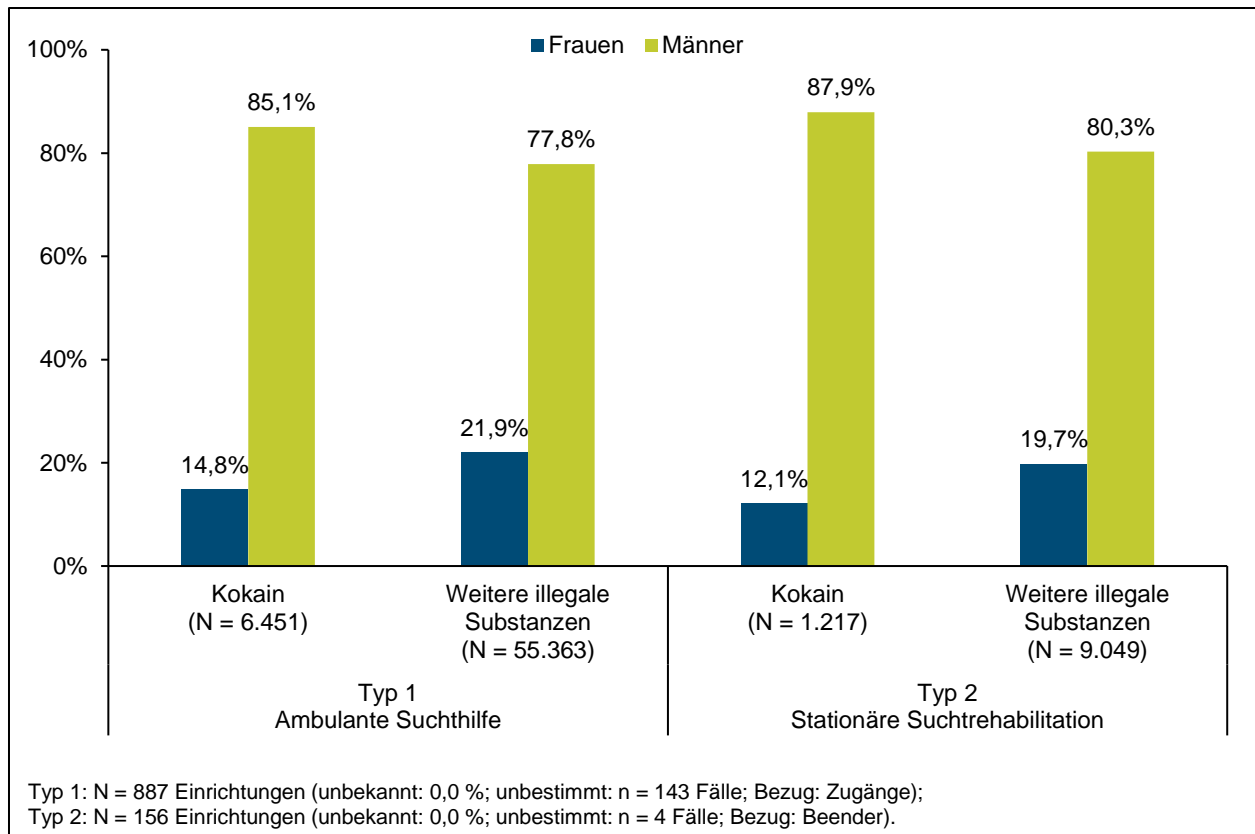


Abbildung 2: Relevanz kokainbezogener Störungen 2001 – 2023 (stationär)

## 3.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel

### 3.2.1 Geschlecht

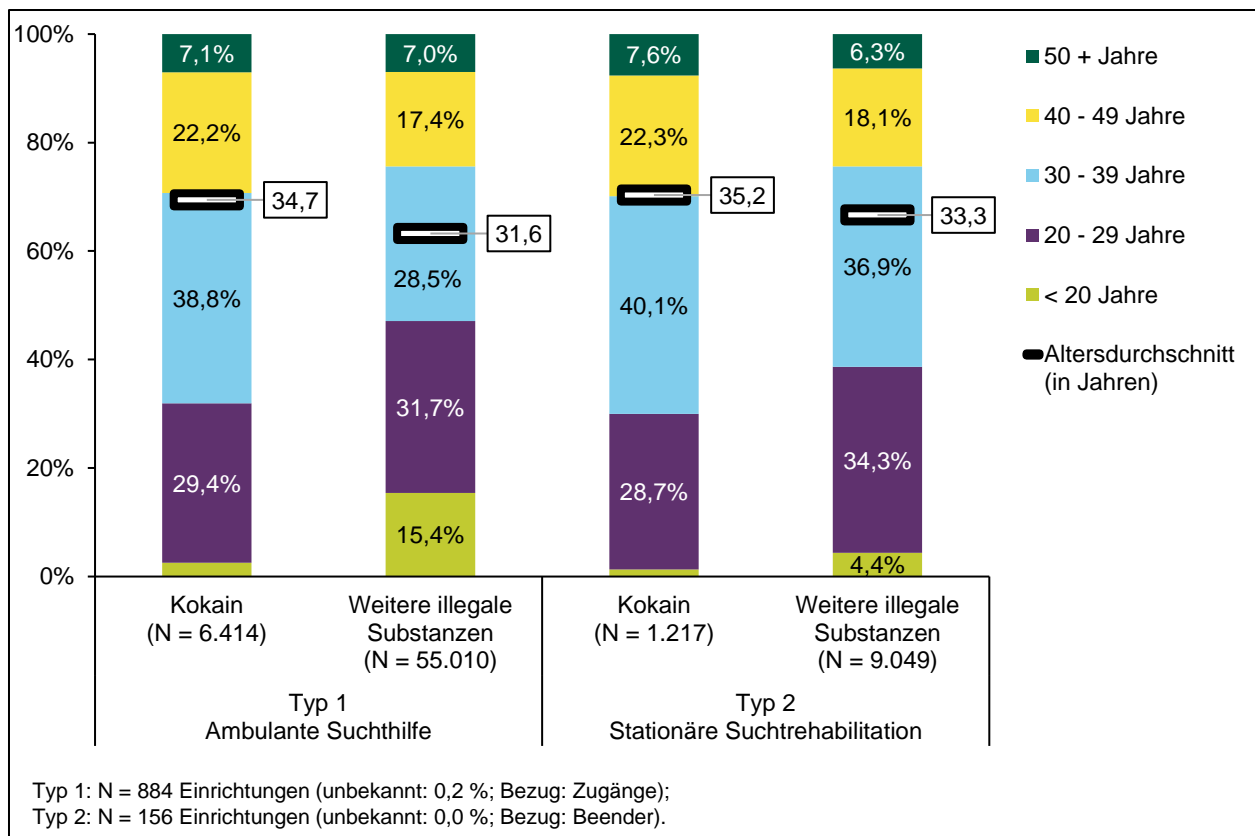
Sowohl in der Kokain-Gruppe als auch in der Vergleichsgruppe sind die Hilfesuchenden überwiegend Männer (siehe Abbildung 3). In der Kokain-Gruppe erfolgt etwa jede siebte ambulante Betreuung bzw. jede achte stationäre Behandlung bei einer Frau. Der Frauenanteil ist damit jeweils geringer als in der Vergleichsgruppe (jeweils  $p < 0,001$ ).



**Abbildung 3: Geschlechterverteilung**

### 3.2.2 Alter

In der **ambulanten** Suchthilfe liegt der Altersdurchschnitt der Kokain-Gruppe mit 34,7 Jahren um 3,1 Jahre höher als in der Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 4). In der Kokain-Gruppe finden sich nur vereinzelt Hilfesuchende unter 20 Jahre, etwa 3 von 10 Hilfesuchenden sind zwischen 20 und 29 Jahre alt, etwa 4 von 10 zwischen 30 und 39 Jahre alt und jeweils gut 2 von 10 zwischen 40 und 49 Jahre. Etwa einer von 14 Fällen betrifft Hilfesuchende ab 50 Jahren. Dabei sind die Altersgruppen „unter 20 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) sowie „20 bis 29 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) seltener vertreten als in der Vergleichsgruppe. Hingegen entfällt auf die Altersgruppen „30 bis 39 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) sowie „40 bis 49 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) ein jeweils größerer Anteil. Personen ab 50 Jahren finden sich in beiden Gruppen ähnlich häufig.



**Abbildung 4: Altersstruktur**

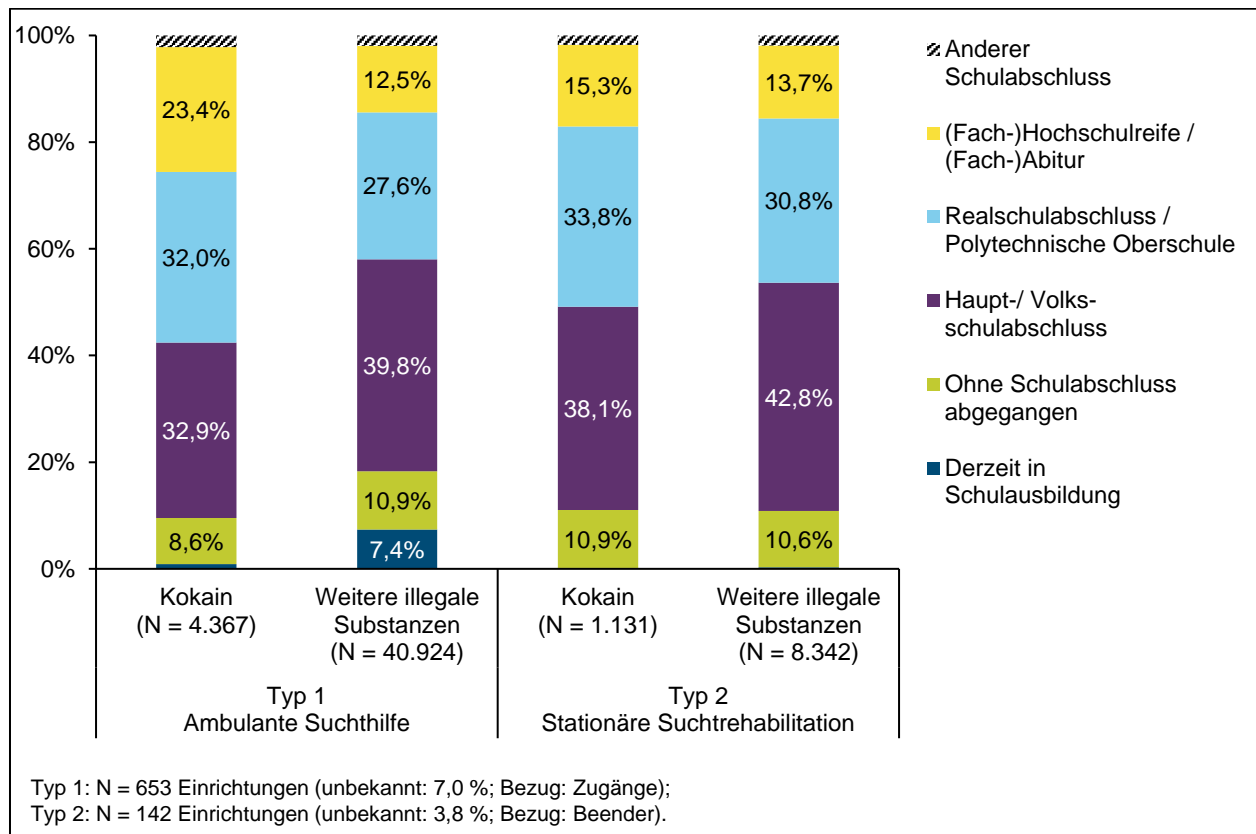
In der **stationären** Suchtrehabilitation liegt der Altersdurchschnitt der Kokain-Gruppe mit 35,2 Jahren um 1,8 Jahre höher als in der Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 4). In der Kokain-Gruppe finden sich nur vereinzelt Hilfesuchende unter 20 Jahren. Der Altersgruppe „20 bis 29 Jahre“ gehören etwa 3 von 10 Behandelten an, der Altersgruppe „30 bis 39 Jahre“ etwa 4 von 10 Behandelten und der Altersgruppe „40 bis 49 Jahre“ gut 2 von 10 Behandelten. Etwa einer von 14 Fällen betrifft Hilfesuchende ab 50 Jahren. Damit sind die Altersgruppen „unter 20 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) sowie „20 bis 29 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) seltener vertreten als in der Vergleichsgruppe, während auf die Altersgruppen „30 bis 39 Jahre“ ( $p = 0,032$ ) sowie „40 bis 49 Jahre“ ( $p < 0,001$ ) ein jeweils größerer Anteil entfällt. In beiden Gruppen werden ähnlich häufig Personen ab 50 Jahren behandelt.

Sowohl bei Kokain als auch in der Vergleichsgruppe werden im ambulanten wie auch stationären Bereich nur vereinzelt Hilfesuchende im Alter von mindestens 65 Jahren betreut bzw. behandelt (2 bis 4 von 1.000 Hilfesuchenden).

### 3.2.3 Schulische Bildung

In der Kokain-Gruppe finden sich **ambulant** nur vereinzelt Betreute in laufender Schulausbildung (siehe Abbildung 5). Jeweils etwa ein Drittel der Betreuten verfügt über einen berufsbildenden Schulabschluss (Haupt-/ Volksschulabschluss) bzw. die mittlere Reife

(Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule). Knapp ein Viertel hat das (Fach-)Abitur. In etwa einem von 12 Fällen kam es zum Schulabbruch. Damit sind neben einem Schulabbruch ( $p < 0,001$ ) auch der laufende Schulbesuch ( $p < 0,001$ ) und ein berufsbildender Abschluss ( $p < 0,001$ ) seltener als in der Vergleichsgruppe. Demgegenüber haben Hilfesuchende aus der Kokain-Gruppe häufiger die mittlere Reife ( $p < 0,001$ ) bzw. das Fach(Abitur) ( $p < 0,001$ ) als Hilfesuchende aus der Vergleichsgruppe.



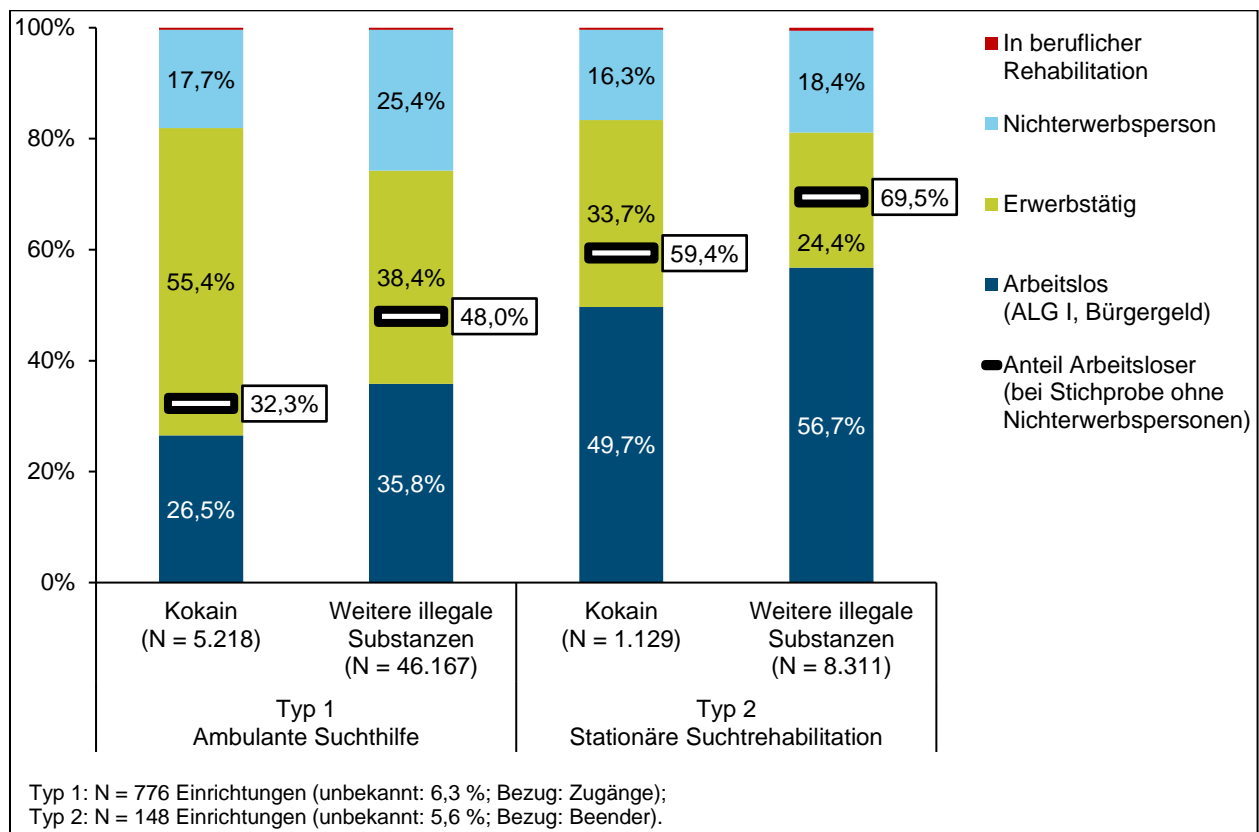
**Abbildung 5: Schulische Bildung**

Unter **stationär** Behandelten der Kokain-Gruppe finden sich nur vereinzelt Personen in laufender Schulausbildung (siehe Abbildung 5). Knapp zwei Fünftel haben die Schule mit einem berufsbildenden Abschluss verlassen. Ein weiteres Drittel verfügt über die mittlere Reife und etwa ein Sechstel hat das (Fach-)Abitur. In etwa einem von 9 Fällen kann es zum Schulabbruch. Damit haben Behandelte aus der Kokain-Gruppe seltener einen berufsbildenden Abschluss ( $p = 0,003$ ) und häufiger die mittlere Reife ( $p = 0,041$ ) als stationär Behandelte aus der Vergleichsgruppe. Ein Schulabbruch und das (Fach-)Abitur sind in beiden Gruppen ähnlich häufig.

### 3.2.4 Erwerbsstatus

5 von 9 **ambulant** Betreuten aus der Kokain-Gruppe sind am Tag vor Betreuungsbeginn erwerbstätig (siehe Abbildung 6). Gut ein Viertel ist arbeitslos und gut ein Sechstel fällt in die

Gruppe der Nichterwerbspersonen. Erwerbstätigkeit ist damit weiter ( $p < 0,001$ ) verbreitet als in der Vergleichsgruppe. Niedriger ist demgegenüber der Anteil an Arbeitslosen ( $p < 0,001$ ) und Nichterwerbspersonen ( $p < 0,001$ ). Um eine bestmögliche Annäherung an die offizielle Statistik der Bundesagentur für Arbeit zu erreichen, wird zusätzlich der Anteil an Arbeitslosen unter Ausschluss der Nichterwerbspersonen ermittelt. Hierbei zeigt sich, dass in der Kokain-Gruppe ein Drittel der Klientel arbeitslos ist. Diese „Arbeitslosenquote“ ist dabei niedriger als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ).



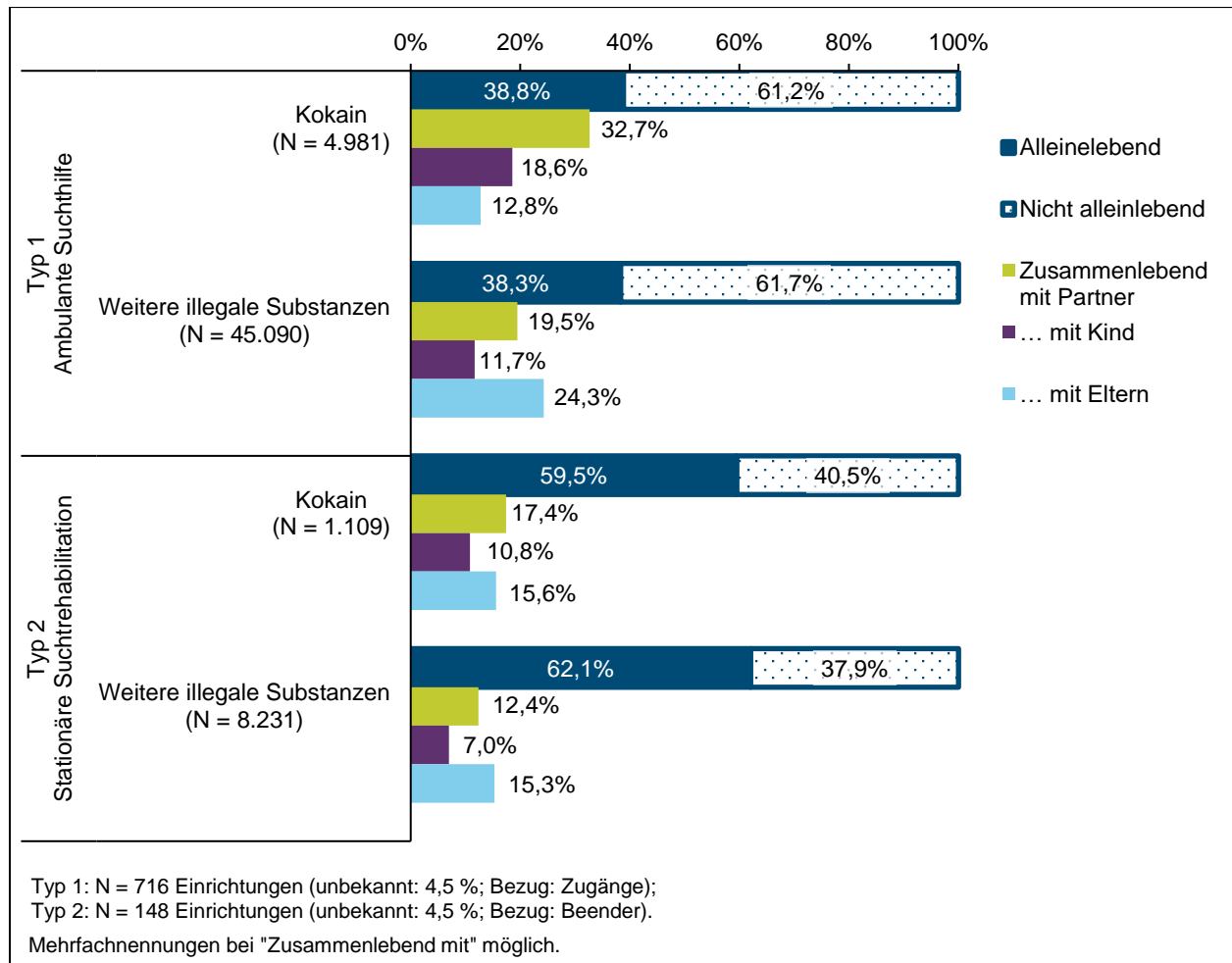
**Abbildung 6: Erwerbsstatus vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung**

Etwa die Hälfte der **stationär** Behandelten aus der Kokain-Gruppe ist arbeitslos (siehe Abbildung 6). Etwa ein Drittel ist erwerbstätig, etwa ein Sechstel gehört zur Gruppe der Nichterwerbspersonen. Erwerbstätigkeit ( $p < 0,001$ ) ist damit häufiger als in der Vergleichsgruppe, Arbeitslosigkeit wiederum seltener ( $p < 0,001$ ). In beiden Gruppen finden sich anteilmäßig ähnlich viele Nichterwerbspersonen. Bei Ausschluss von Nichterwerbspersonen zeigt sich, dass drei Fünftel aus der Kokain-Gruppe arbeitslos sind. Dabei ist diese „Arbeitslosenquote“ niedriger als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ).

### 3.2.5 Lebenssituation

Etwa 2 von 5 **ambulant** Betreuten aus der Kokain-Gruppe leben allein, etwa ein Drittel lebt mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen, gut ein Sechstel mit Kindern und etwa ein Achtel

bei den Eltern (Mehrfachnennungen möglich; siehe Abbildung 7). In der Vergleichsgruppe ist das Alleinleben ähnlich weit verbreitet, allerdings finden sich andere Konstellationen des Zusammenlebens: Hilfesuchende aus der Kokain-Gruppe leben häufiger mit dem Partner bzw. der Partnerin ( $p < 0,001$ ) sowie mit Kindern ( $p < 0,001$ ) zusammen als Hilfesuchende aus der Vergleichsgruppe, aber seltener mit den Eltern ( $p < 0,001$ ).



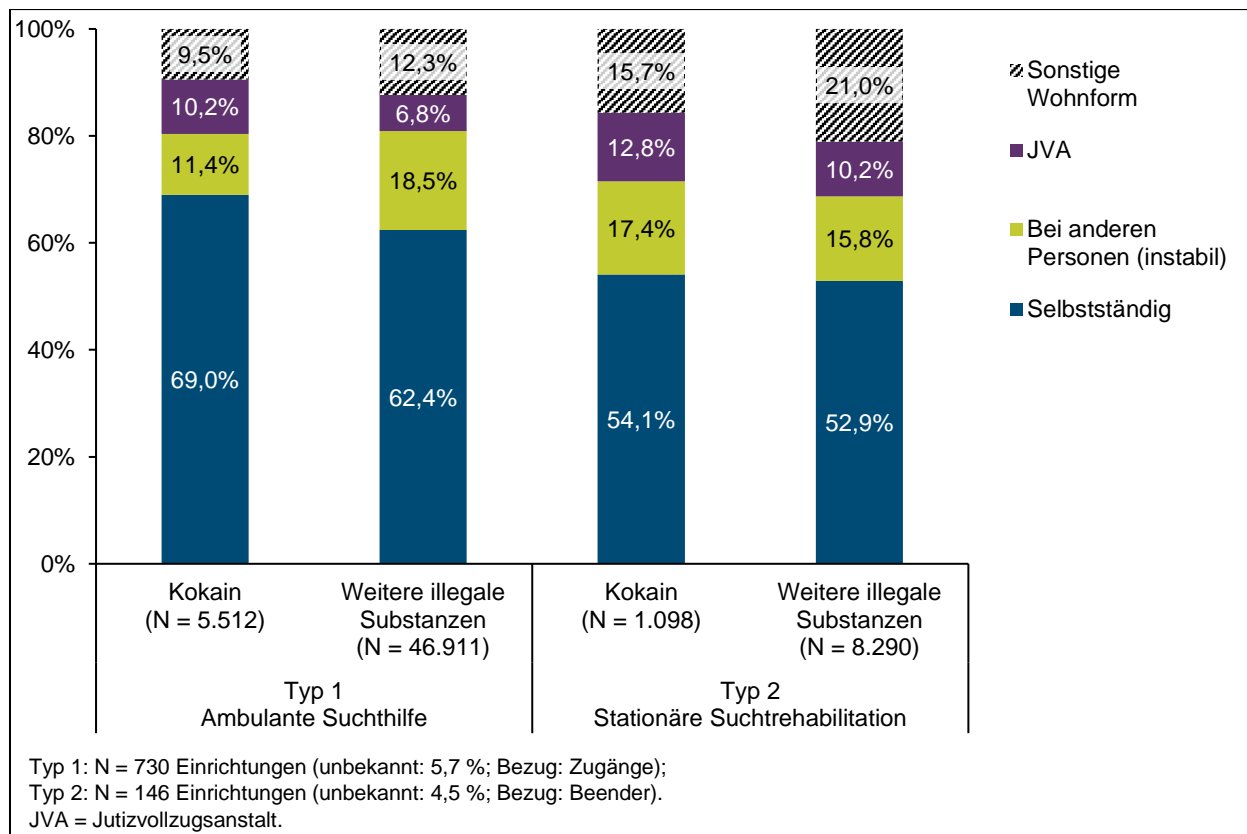
**Abbildung 7: Lebenssituation**

Drei Fünftel der **stationär** Behandelten aus der Kokain-Gruppe leben allein (siehe Abbildung 7). Gut bzw. knapp ein Sechstel lebt mit dem Partner bzw. der Partnerin oder den eigenen Eltern zusammen und etwa ein Neuntel mit Kindern. In der Kokain-Gruppe ist das Alleinleben sowie das Zusammenleben mit den eigenen Eltern damit ähnlich häufig wie in der Vergleichsgruppe. Weiter verbreitet ist hingegen das Zusammenleben mit dem Partner bzw. der Partnerin ( $p < 0,001$ ) und das Zusammenleben mit Kindern ( $p < 0,001$ ).

### 3.2.6 Wohnsituation

In der Kokain-Gruppe leben 7 von 10 **ambulant** Betreuten am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig, etwa ein Neuntel wohnt instabil bei anderen Personen (siehe Abbildung 8). Etwa

ein Zehntel war im letzten halben Jahr überwiegend im Justizvollzug untergebracht, ähnlich häufig sind sonstige Wohnformen. Somit sind sowohl das selbstständige Wohnen ( $p < 0,001$ ) als auch eine vorübergehende Unterbringung im Justizvollzug ( $p < 0,001$ ) in der Kokain-Gruppe häufiger als in der Vergleichsgruppe. Demgegenüber sind das instabile Wohnen bei anderen Personen ( $p < 0,001$ ) sowie sonstige Wohnformen ( $p < 0,001$ ) weniger verbreitet.



**Abbildung 8: Wohnsituation vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung**

Etwa 5 von 9 **stationär** Behandelten aus der Kokain-Gruppe leben am Tag vor Behandlungsbeginn selbstständig (siehe Abbildung 8). Gut ein Sechstel wohnt instabil bei anderen Personen und etwa ein Achtel war im letzten halben Jahr vor Behandlungsbeginn überwiegend im Justizvollzug untergebracht. Andere als die genannten Wohnformen finden sich bei etwa einem Sechstel. Behandelte aus der Kokain-Gruppe wohnen somit ähnlich häufig selbstständig bzw. instabil bei anderen Personen wie Behandelte aus der Vergleichsgruppe. Allerdings finden sich in der Kokain-Gruppe häufiger eine vorübergehende Unterbringung im Justizvollzug ( $p = 0,008$ ) und seltener andere als die genannten Wohnformen ( $p < 0,001$ ).

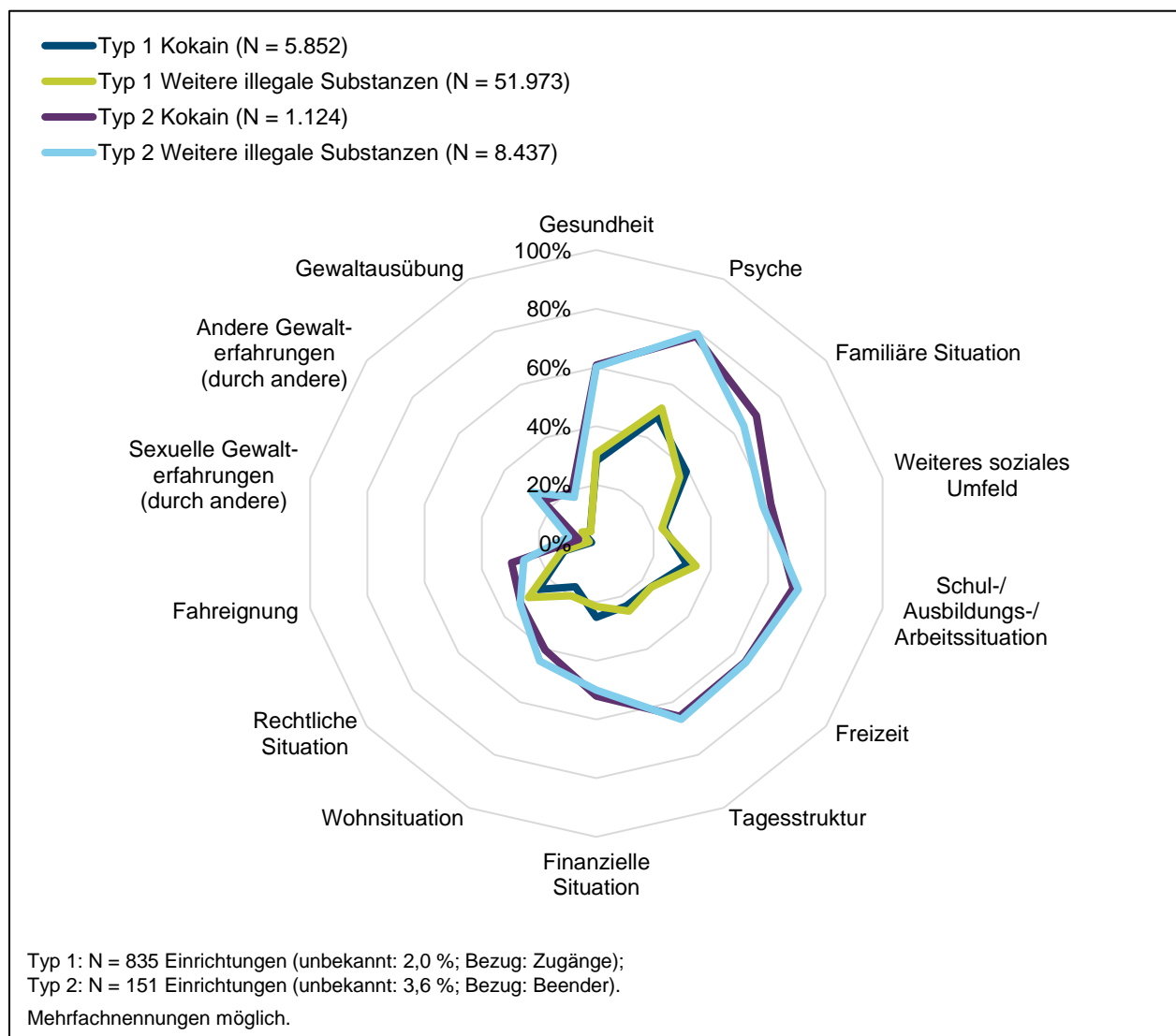
### 3.3 Klinisches Bild

#### 3.3.1 Häufigste Problembereiche

In der Kokain-Gruppe ist im **ambulanten** Bereich neben dem Suchtverhalten die „Psyche“ der am häufigsten genannte Problembereich (siehe Abbildung 9). Er wird bei knapp der Hälfte der



Hilfesuchenden dokumentiert und dabei seltener als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ). Es folgen Probleme mit der „Familiären Situation“, die bei 4 von 10 Betreuten erfasst sind, sowie mit der „Schul- / Ausbildungs- / Arbeitssituation“ bzw. der „Gesundheit“ bei jeweils etwa 3 von 10 Betreuten. In der Kokain-Gruppe werden damit häufiger Probleme mit der „Familiären Situation“ ( $p < 0,001$ ) dokumentiert als in der Vergleichsgruppe und seltener Probleme mit der „Schul- / Ausbildungs- / Arbeitssituation“ ( $p < 0,001$ ) bzw. der „Gesundheit“ ( $p < 0,001$ ).



**Abbildung 9: Problembereiche zu Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung**

Im **stationären** Bereich ist bei Behandelten der Kokain-Gruppe die „Psyche“ der am häufigsten neben dem Suchtverhalten zusätzlich benannte Problembereich (siehe Abbildung 9). Entsprechende Einschränkungen bestehen bei 8 von 10 Behandelten und damit ähnlich häufig wie in der Vergleichsgruppe. Es folgen die „Familiäre Situation“ sowie die „Schul- / Ausbildungs- / Arbeitssituation“, die bei rund 7 von 10 Behandelten der Kokain-Gruppe als belastet eingestuft werden. Hierbei wird der Problembereich „Familie“ ( $p < 0,001$ ) häufiger

genannt als in der Vergleichsgruppe und der Problembereich Schul- / Ausbildungs- / Arbeitssituation“ ähnlich häufig. Zudem geben in beiden Gruppen jeweils 2 von 3 Behandelten die „Tagesstruktur“ bzw. die „Freizeit“ als Problembereiche an.

### 3.3.2 Diagnoseprofil

Die nachfolgend dargestellten Diagnoseprofile zeigen zunächst für die Kokain-Gruppe auf, welche suchtbewegenen Begleiterkrankungen bei ambulant betreuten bzw. stationär behandelten Personen dokumentiert ist. Hierbei bleibt die Vergleichsgruppe mit Störungen in Folge des Konsums weiterer illegaler Substanzen unberücksichtigt, da sich aufgrund der Zusammenfassung verschiedener Störungen in einer gepoolten Gruppe kein gemeinsames Komorbiditätsprofil erstellen lässt. Für die Vergleichsgruppe wird stattdessen die Verteilung der Hauptdiagnosen im ambulanten und stationären Bereich aufgeschlüsselt. Ein differenziertes Bild der suchtbewegenen Komorbidität bei den einzelnen Störungsbildern findet sich im aktuellen Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (Schwarzkopf et al., 2024).

### Suchtbewegene Komorbidität bei kokainbezogenen Störungen

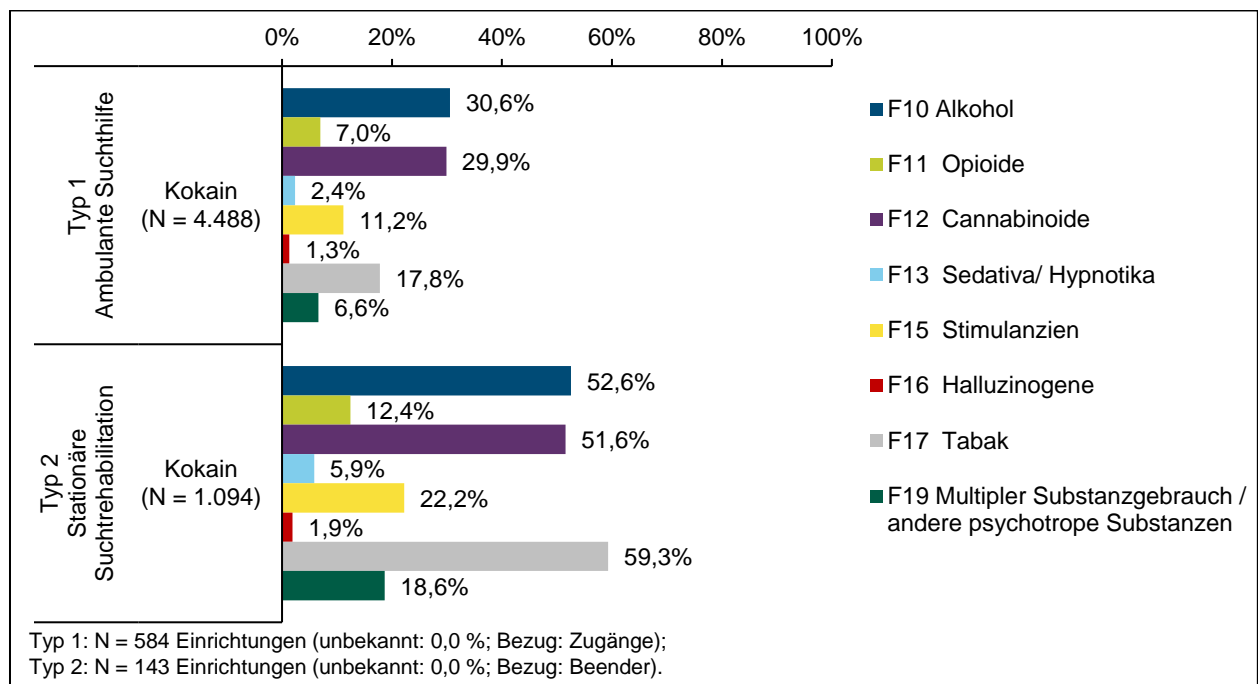


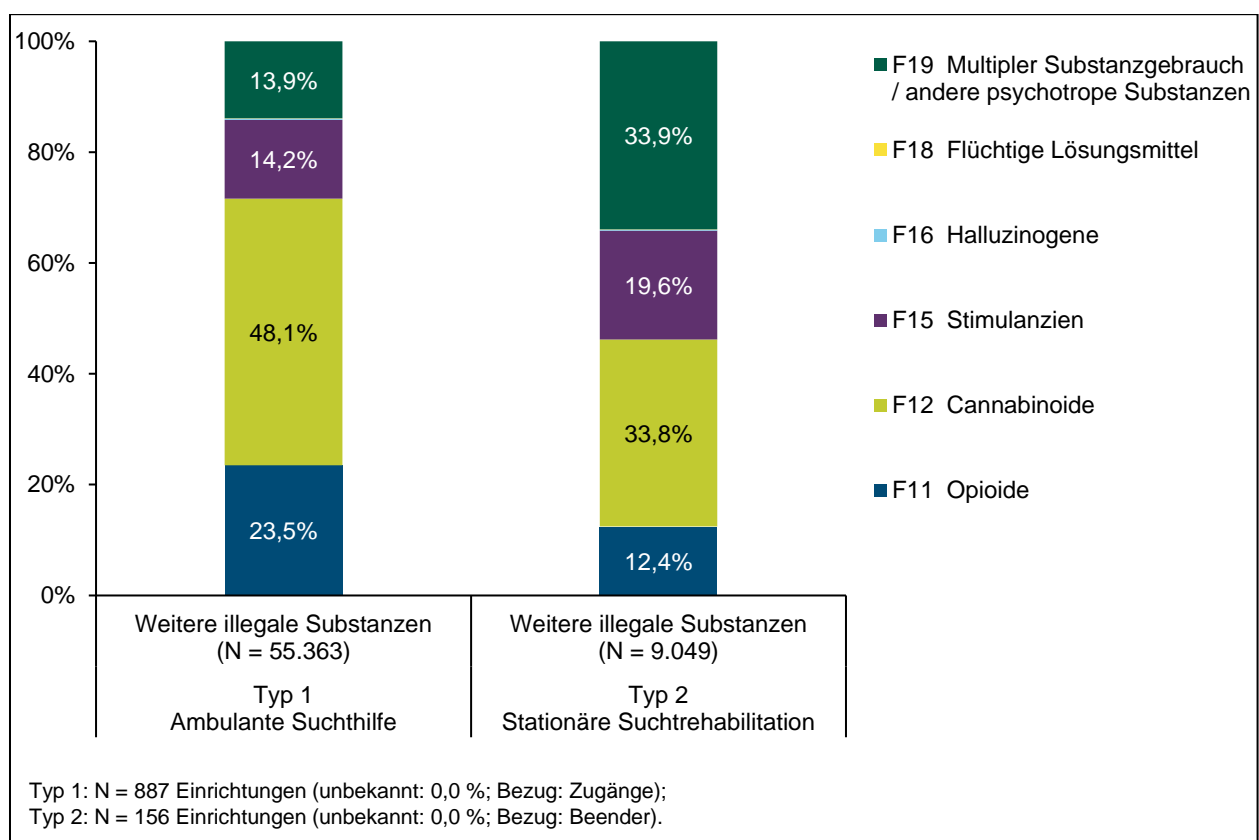
Abbildung 10: Suchtbewegene Komorbidität bei kokainbezogenen Störungen

Jeweils etwa 3 von 10 **ambulant** Betreuten aus der Kokain-Gruppe haben begleitende alkohol- bzw. cannabinoidbezogene Störungen (siehe Abbildung 10). Gut ein Sechstel konsumiert Tabak und etwa ein Neuntel Stimulanzien in missbräuchlicher oder abhängiger Weise. Zudem

werden in jeweils etwa einem von 14 Fällen begleitende Opioidkonsumstörungen bzw. begleitende Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs<sup>5</sup> dokumentiert.

**Stationär** Behandelte der Kokain-Gruppe haben in 3 von 5 Fällen begleitenden Tabak- und in gut der Hälfte der Fälle begleitende Alkohol- bzw. Cannabinoidkonsumstörungen (siehe Abbildung 10). Bei gut einem Fünftel ist ein missbräuchlicher bzw. abhängiger Beikonsum vom Stimulanzien dokumentiert und bei gut einem Sechstel Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs. Zudem sind für etwa ein Achtel der Behandelten begleitende opioidbezogene Störungen erfasst.

### Hauptdiagnoseverteilung bei Störungen aufgrund anderer illegaler Substanzen



**Abbildung 11: Hauptdiagnoseverteilung bei Störungen aufgrund weiterer illegaler Substanzen**

Die Vergleichsgruppe setzt sich bei **ambulant** Betreuten zu knapp der Hälfte aus Hilfesuchenden mit primär cannabinoidbezogenen Störungen und zu etwa einem Viertel aus Hilfesuchenden mit primär opioidbezogenen Störungen zusammen (siehe Abbildung 11). Ein Siebtel der Betreuten kommt aufgrund von Störungen in Folge des Konsums von Stimulanzien

<sup>5</sup> Die Hauptdiagnose „F19.X Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ wird vergeben, wenn (a) keine Problematik aufgrund der separat klassifizierten Substanzen vorliegt oder wenn (b) mehrere Substanzkonsumproblematiken gleichzeitig vorliegen, ohne dass eine von ihnen klar als betreuungs- bzw. behandlungsleitend festgelegt werden kann. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird für diese Störungsgruppe im Folgenden der Begriff „Multipler Substanzgebrauch“ verwendet.

in die ambulante Suchthilfe, ein weiteres Siebtel aufgrund von Störungen in Folge Multiplen Substanzgebrauchs.

Bei **stationär** Behandelten besteht die Vergleichsgruppe zu jeweils einem Drittel aus Behandelten mit primären Störungen in Folge des Konsums von Cannabinoiden bzw. Multiplen Substanzgebrauchs (siehe Abbildung 11). Ein Achtel befindet sich aufgrund von opioidbezogenen Störungen in stationärer Behandlung und etwa ein Fünftel aufgrund von stimulanzenbezogenen Störungen.

### 3.3.3 Erstbetreuungen

Sowohl in der Kokain-Gruppe als auch in der Vergleichsgruppe entfallen etwa 2 von 5 **ambulanten** Betreuungen auf Erstbetreuungen (siehe Abbildung 12). Auf eine Auswertung im stationären Bereich wird verzichtet, da hier von einem vorherigen Kontakt zur Suchthilfe ausgegangen wird.

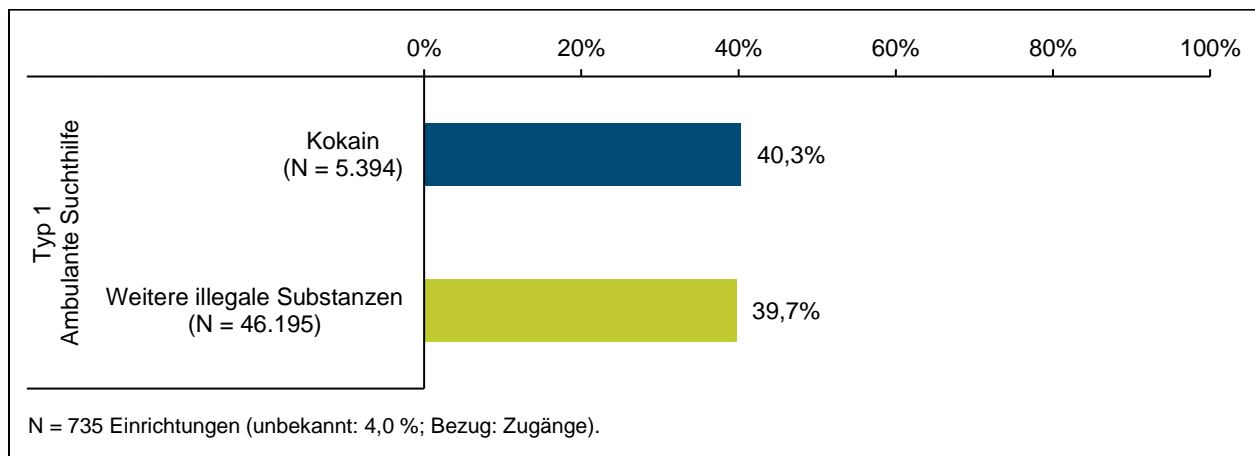


Abbildung 12: Erstbetreuungen

### 3.3.4 Störungsdauer zu Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

Der Störungsbeginn liegt bei **ambulant** Betreuten der Kokain-Gruppe bei Beginn der aktuellen Episode etwa 11 Jahre zurück (siehe Abbildung 13). Dies ist etwa ein Jahr weniger als in der Vergleichsgruppe. Im **stationären** Bereich liegt der Störungsbeginn in der Kokain-Gruppe bei Beginn der aktuellen Behandlung etwa 12 Jahre zurück. Dies sind etwa 2 Jahre weniger als in der Vergleichsgruppe.

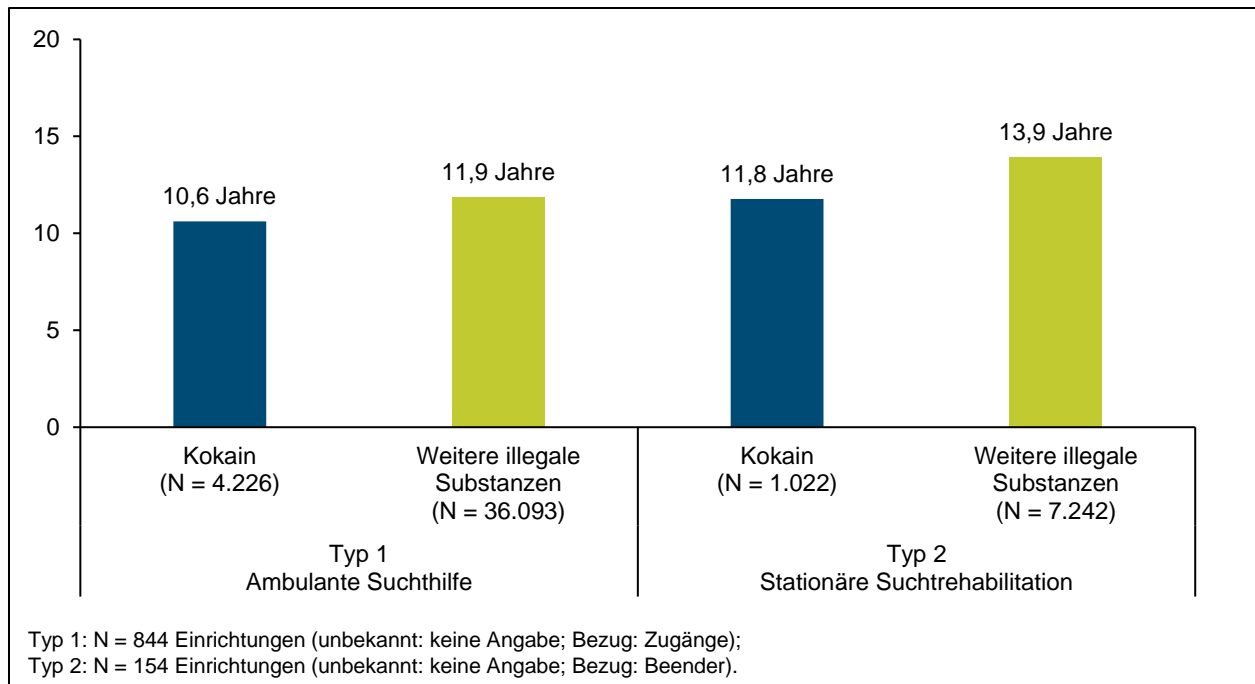
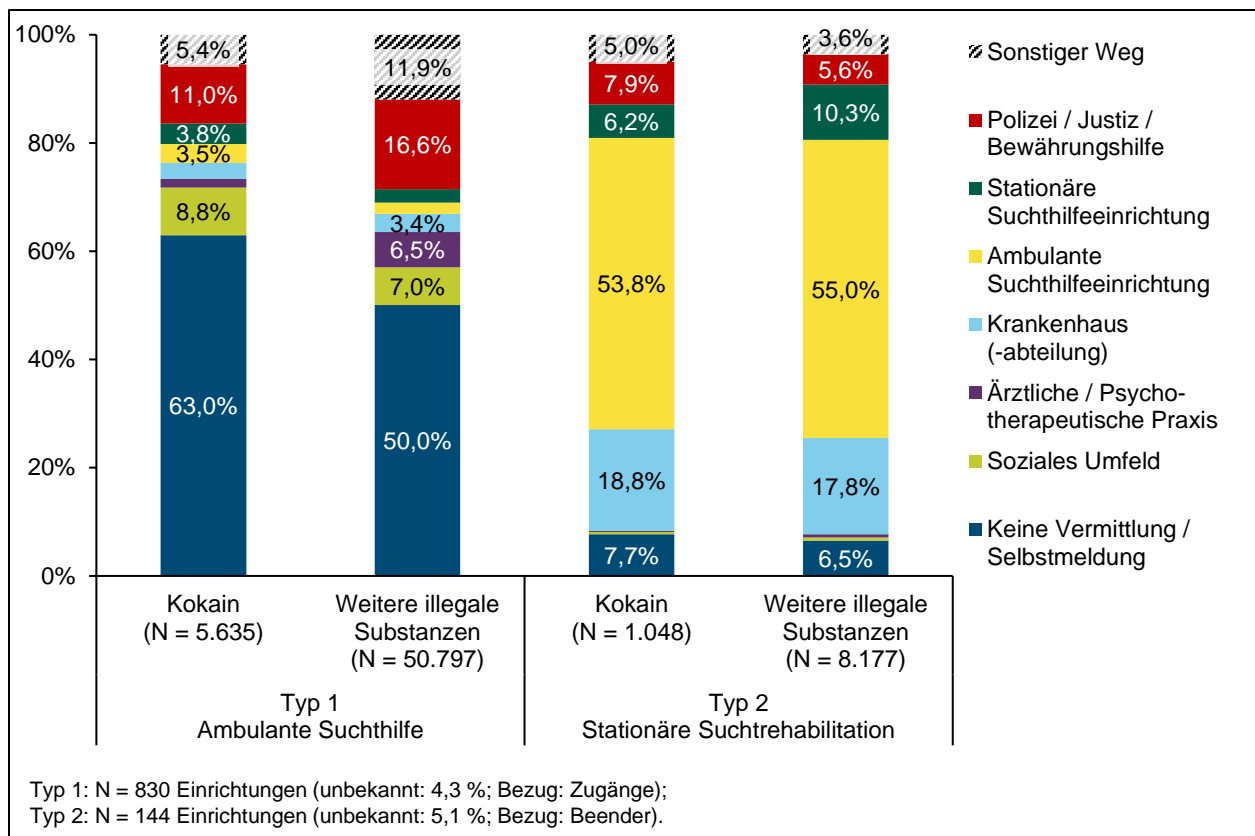


Abbildung 13: Störungsdauer bis zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

### 3.4 Behandlungsbezogene Merkmale

#### 3.4.1 Vermittlungsweg in die Behandlung

Knapp 2 von 3 Betreuten der Kokain-Gruppe kommen ohne Vermittlung, d. h. über Selbstmeldung in die aktuelle **ambulante** Betreuung (siehe Abbildung 14). In einem von 11 Fällen war das soziale Umfeld ausschlaggebend und in einem von 13 Fällen eine Suchthilfeeinrichtung, wobei sich ambulante und stationäre Einrichtungen die Waage halten. Alle genannten Vermittlungswege sind in der Kokain-Gruppe häufiger als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ). Etwa einer von 9 Fällen aus der Kokain-Gruppe wird durch die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe vermittelt, wobei dieser Anteil niedriger ist als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ). Neben vereinzelt Vermittlungen durch Krankenhäuser bzw. ärztliche / psychotherapeutische Praxen finden sich zudem bei einem von 20 Fällen andere als die benannten Wege. Diese nicht spezifizierten Wege sind dabei seltener als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ).

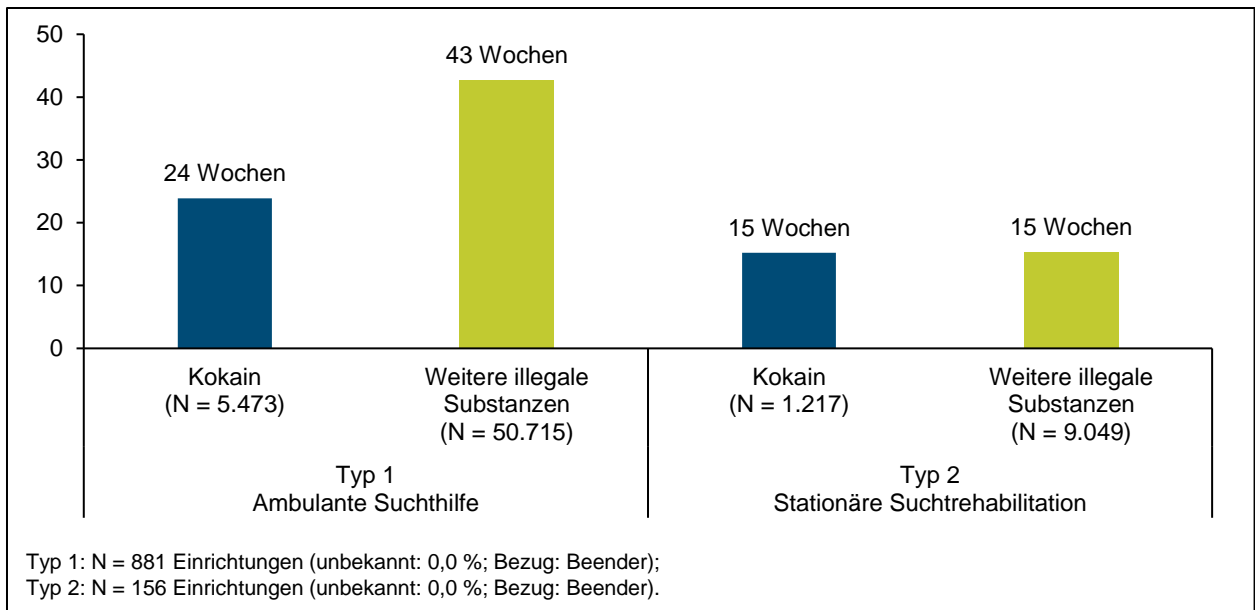


**Abbildung 14: Vermittlungsweg in die aktuelle Betreuung / Behandlung**

In der Kokain-Gruppe wird gut die Hälfte der Fälle durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in die **stationäre** Behandlung vermittelt (siehe Abbildung 14). Knapp ein Fünftel der Fälle wird durch ein Krankenhaus vermittelt, in etwa einem von 15 Fällen ist eine Selbstmeldung dokumentiert. Somit sind diese Vermittlungswege ähnlich häufig wie in der Vergleichsgruppe. In der Kokain-Gruppe ist zudem in einem von 16 Fällen eine stationäre Suchthilfeeinrichtung die vermittelnde Instanz – und damit seltener als in der Vergleichsgruppe ( $p < 0,001$ ). Einer von 15 Fällen wird über die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe vermittelt, in einem von 20 Fällen ist ein sonstiger Vermittlungsweg angegeben. Hierbei sind sowohl die juristischen Instanzen ( $p = 0,002$ ) als auch sonstige Wege ( $p = 0,028$ ) häufiger als in der Vergleichsgruppe.

### 3.4.2 Behandlungsdauer

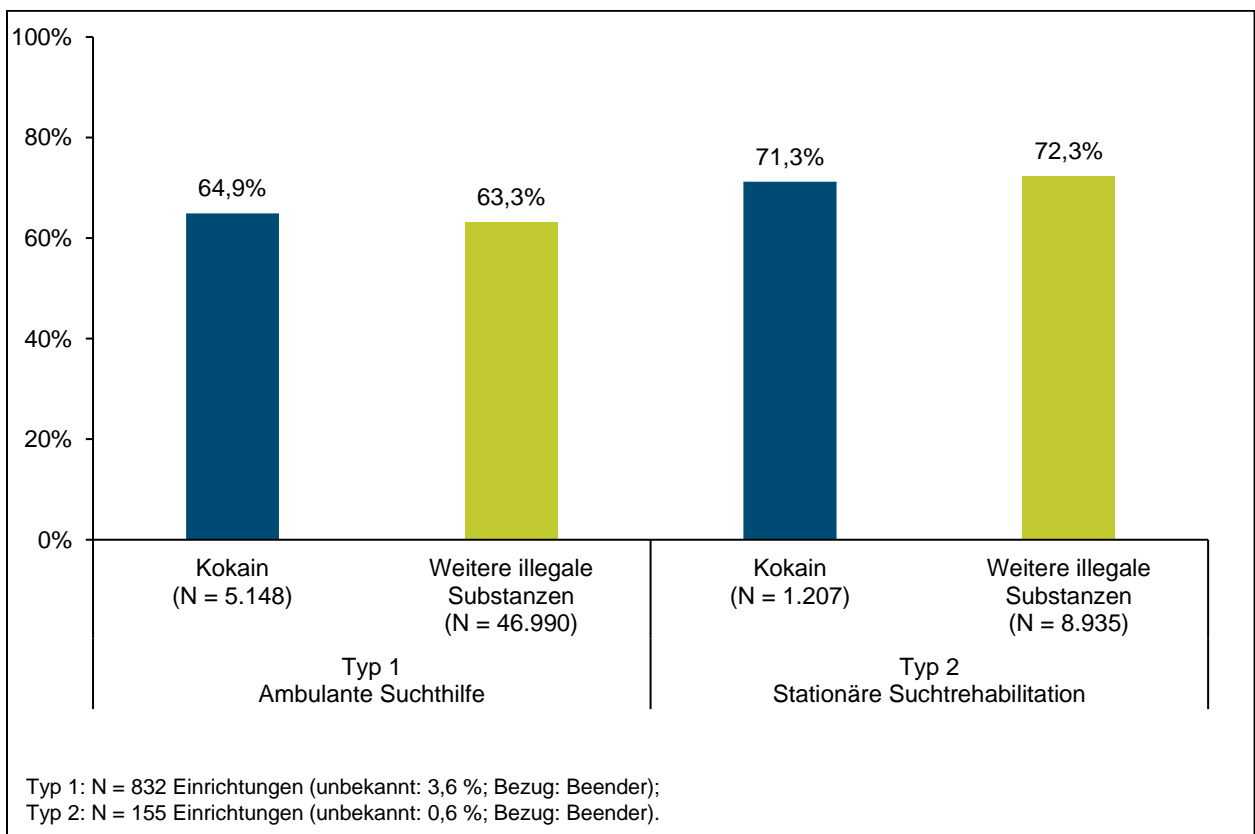
In der Kokain-Gruppe dauern **ambulante** Betreuungen im Durchschnitt 24 Wochen, in der Vergleichsgruppe sind Betreuungen im Mittel fast doppelt so lang (siehe Abbildung 15). **Stationäre** Behandlungen dauern in der Kokain-Gruppe 15 Wochen und damit genauso lange wie in der Vergleichsgruppe.



**Abbildung 15: Betreuungs-/ Behandlungsdauer**

### 3.4.3 Art der Beendigung

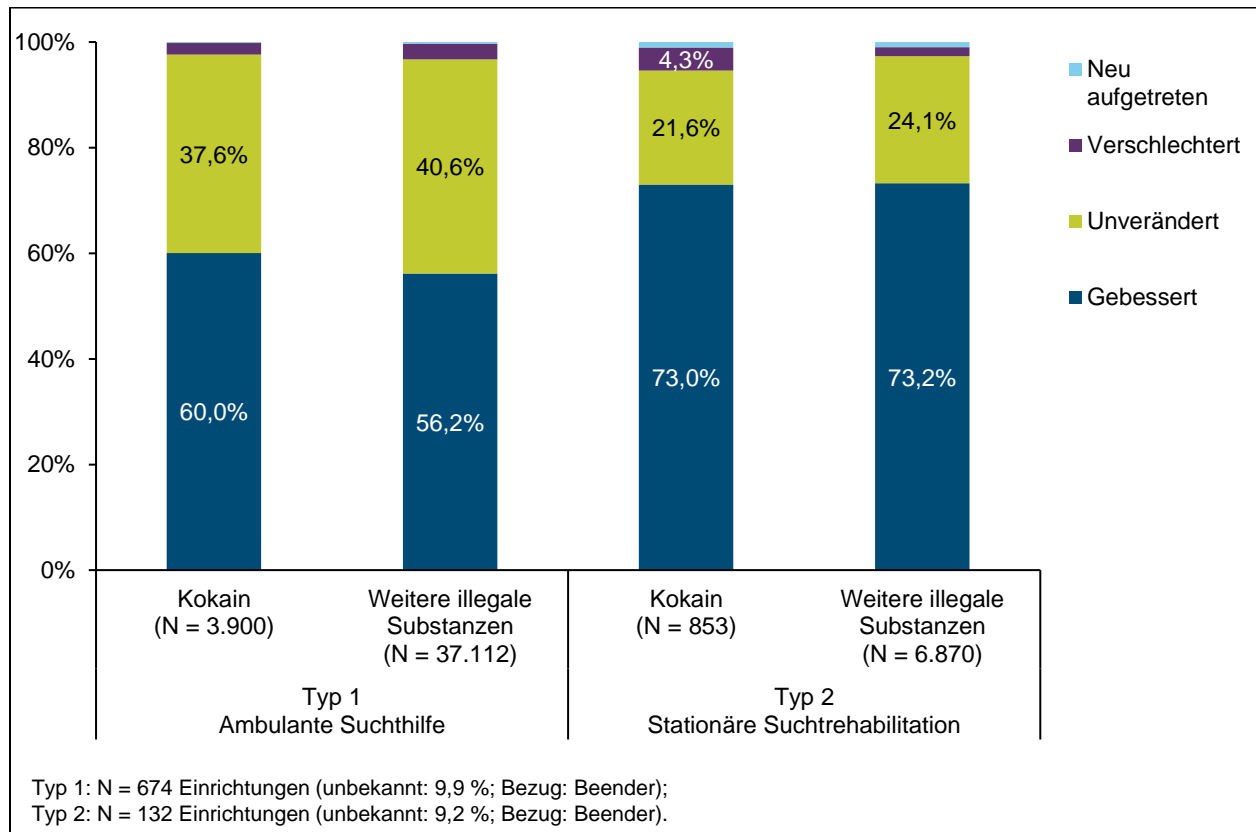
**Ambulante** Betreuungen enden in der Kokain-Gruppe in 2 von 3 Fällen planmäßig (siehe Abbildung 16) und damit häufiger als in der Vergleichsgruppe ( $p = 0,019$ ). **Stationäre** Behandlungen enden jeweils in 7 von 10 Fällen und damit gleich häufig planmäßig.



**Abbildung 16: Planmäßige Beendigung der Behandlung**

### 3.4.4 Behandlungsergebnis

In der Kokain-Gruppe verbessert sich das Suchtverhalten bis zum Ende der **ambulanten** Betreuung bei 3 von 5 Hilfesuchenden (siehe Abbildung 17). Bei weiteren 3 von 8 Hilfesuchenden stabilisiert sich die Ausgangssituation. Zur Verschlechterung oder einem Neuauftreten der Suchtproblematik kommt es nur vereinzelt. Dabei ist eine Verbesserung ( $p < 0,001$ ) in der Kokain-Gruppe wahrscheinlicher und eine Stabilisierung ( $p < 0,001$ ) unwahrscheinlicher als in der Vergleichsgruppe.



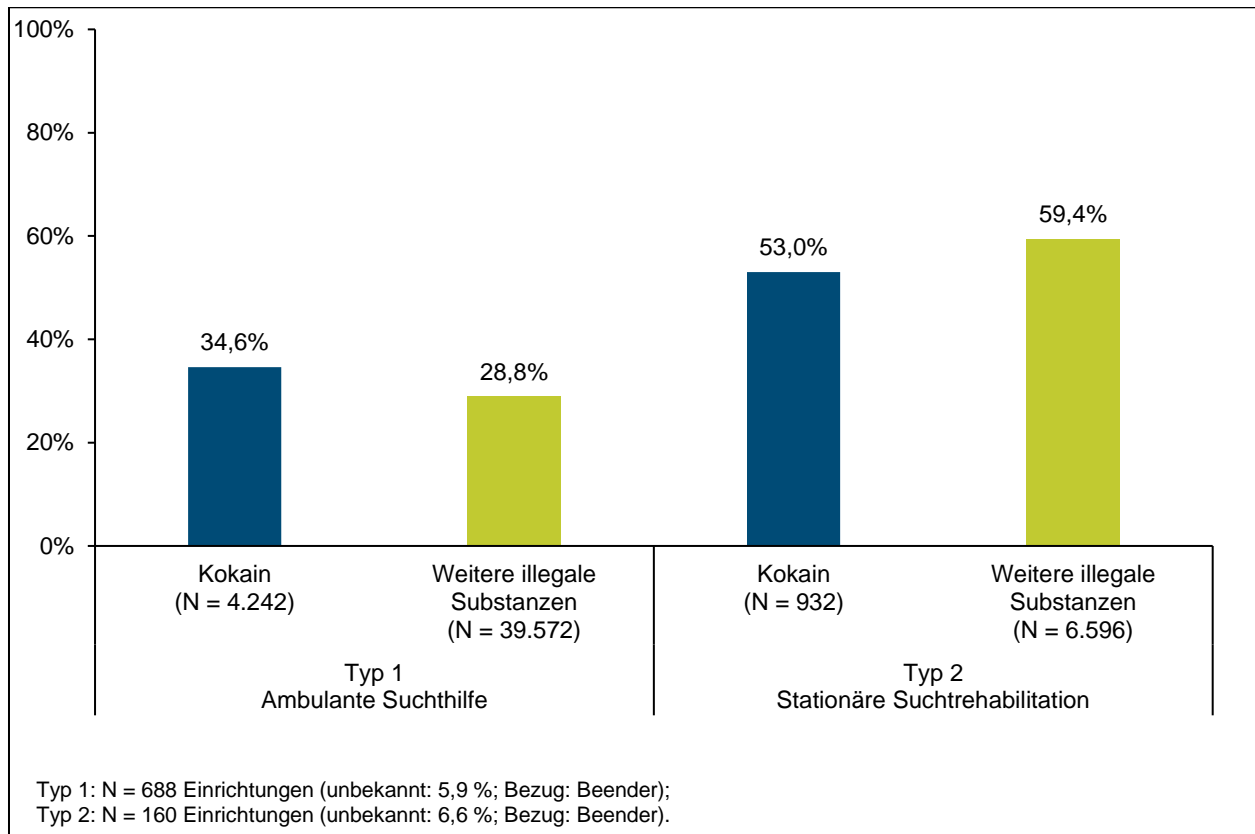
**Abbildung 17: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten**

Bei 3 von 4 **stationär** Behandelten aus der Kokain-Gruppe verbessert sich das Suchtverhalten bis zum Behandlungsende, bei gut einem Fünftel stabilisiert es sich (siehe Abbildung 17). Zu einer Verschlechterung kommt es in rund einem von 20 Fällen. In der Kokain-Gruppe sind Verbesserungen und Stabilisierungen unter stationär Behandelten ähnlich häufig wie in der Vergleichsgruppe. Hingegen findet sich in der Kokain-Gruppe ein höherer Anteil mit Verschlechterung ( $p < 0,001$ ).



### 3.4.6 Weitervermittlung nach Behandlungsende

Gut ein Drittel der **ambulant** Betreuten aus der Kokain-Gruppe wird weitervermittelt (siehe Abbildung 18). Somit sind Weitervermittlungen häufiger ( $p < 0,001$ ) als in der Vergleichsgruppe. Im **stationären** Bereich werden knapp 5 von 9 Behandelten der Kokain-Gruppe weitervermittelt. Dies ist ein geringerer Anteil ( $p < 0,001$ ) als in der Vergleichsgruppe.



**Abbildung 18: Anteil an Weitervermittlungen nach Betreuungs-/ Behandlungsende**

## 4 Zusammenfassendes Fazit

Unter den Störungen aufgrund illegaler Substanzen haben kokainbezogene Störungen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Suchthilfe über die letzten 20 Jahre hinweg an Bedeutung gewonnen. Daher sollte stärkeres Augenmerk auf diese Klientel gelegt werden.

Hilfesuchende mit kokainbezogenen Störungen unterscheiden sich in ihrer Soziodemographie zum Teil deutlich von Hilfesuchenden mit Störungen aufgrund anderer illegaler Substanzen. Hierbei ist zu bedenken, dass Hilfesuchende mit primär cannabinoid- oder opioidbezogenen Störungen (ambulant) bzw. Störungen in Folge Multiplen Substanzgebrauchs / anderer psychotroper Substanzen (stationär) einen großen Anteil dieser Vergleichsgruppe stellen. Somit werden die Referenzwerte in der Vergleichsgruppe stark durch die jeweilige Ausprägung in der sehr jungen Klientel mit cannabinoid- bzw. eher älteren Klientel mit opioidbezogenen Störungen bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch / anderer psychotroper Substanzen bestimmt. Ob und inwieweit sich spezifische Muster innerhalb der genannten Gruppen innerhalb der (gepoolten) Vergleichsgruppe aufheben, lässt sich nicht feststellen.

Zudem dürften Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Hilfesuchenden in der Kokain- bzw. der Vergleichsgruppe dazu beitragen, dass Populationen in unterschiedlichen Lebensphasen und mit unterschiedlichen Bedarfslagen versorgt werden. Die beobachteten soziodemographischen Unterschiede sind auch in diesem Kontext zu sehen. Insgesamt fällt der vergleichsweise geringe Frauenanteil und das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter in der Kokain-Gruppe auf. Darüber hinaus verfügen Hilfesuchende aus der Kokain-Gruppe über eine höhere Schulbildung, was einen gewissen Erklärungsbeitrag zur vergleichsweise guten beruflichen Integration (i. S. v. Erwerbstätigkeit) liefern könnte. Das höhere Alter und die vergleichsweise gute berufliche Integration könnten zudem dazu beitragen, dass Hilfesuchende aus der Kokain-Gruppe häufiger in etablierten Familienstrukturen (mit Partner / Partnerin bzw. Kindern) leben als Hilfesuchende aus der Vergleichsgruppe. In gewissem Widerspruch zur guten sozialen Integration steht indes die erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Aufenthalt in einer JVA.

Hilfesuchende mit kokainbezogenen Störungen haben in ähnlichen Bereichen Probleme wie Hilfesuchende aus der Vergleichsgruppe, allerdings sind gerade im ambulanten Bereich seltener Probleme dokumentiert. Hier könnte die im Vergleich zu Hilfesuchenden mit Störungen durch weitere illegale Substanzen kürzere Störungsdauer ein Indiz dafür sein, dass Hilfe bereits bei einem geringeren Ausmaß an psychosozialer Belastung gesucht wird. Eventuell kann hier über das annahmegemäß weitmaschigere soziale Umfeld (Familie, Kolleginnen und Kollegen), das vergleichsweise häufig als vermittelnde Instanz dient, frühzeitiger ein Impuls zur Hilfeinanspruchnahme gesetzt werden. Dafür spricht auch, dass familiäre Probleme als einziger

der häufigsten Problembereiche in der Kokain-Gruppe wahrscheinlicher sind als in der Vergleichsgruppe.

Auch die höhere Wahrscheinlichkeit einer verbesserten Suchtproblematik am Ende einer ambulanten Betreuung, verbunden mit kürzeren Betreuungsdauern, können mit der vergleichsweise geringen Problemlast in der Kokain-Gruppe in Zusammenhang stehen. Allerdings ist zu bedenken, dass extrem lange Betreuungsdauern bei der Klientel mit opioidbezogenen Störungen den Wert in der Vergleichsgruppe nach oben ziehen. Die überdurchschnittlich hohe Weitervermittlungsquote scheint zu bestätigen, dass ambulant Betreute mit primär kokainbezogenen Störungen gut in das Hilfesystem eingebettet sind. Im stationären Bereich zeigen sich diese Zusammenhänge nicht, so dass nicht auszuschließen ist, dass die Unterschiede zwischen ambulant und stationär versorgter Klientel bei Hilfesuchenden in der Kokain-Gruppe stärker ausgeprägt sind als in der Vergleichsgruppe.

## 5 Tabellarische Zusammenfassung

**Tabelle 1: Hilfesuchende mit kokainbezogenen Störungen im Vergleich zu Störungen aufgrund von anderen illegalen Substanzen in der ambulanten Suchthilfe (Typ 1) und der stationären Suchtrehabilitation (Typ 2)**

Parameter	Kokain Typ 1	Weitere illegale Substanzen Typ 1	Kokain Typ 2	Weitere illegale Substanzen Typ 2
Geschlechterverteilung	Männer: 85 % Frauen: 15 %	Männer: 78 % Frauen: 22 %	Männer: 88 % Frauen: 12 %	Männer: 80 % Frauen: 20 %
Alter (Durchschnitt)	35 Jahre	32 Jahre	35 Jahre	33 Jahre
Schulbildung	9 % Schulabbruch 33 % Hauptschule 32 % Realschule 23 % Abitur	11 % Schulabbruch 40 % Hauptschule 28 % Realschule 13 % Abitur	11 % Schulabbruch 38 % Hauptschule 34 % Realschule 15 % Abitur	11 % Schulabbruch 43 % Hauptschule 31 % Realschule 14 % Abitur
Erwerbsstatus	55 % Erwerbstätig 27 % Arbeitslos 18 % Nichterwerbbsp.	38 % Erwerbstätig 36 % Arbeitslos 25 % Nichterwerbbsp.	34 % Erwerbstätig 50 % Arbeitslos 16 % Nichterwerbbsp.	24 % Erwerbstätig 57 % Arbeitslos 18 % Nichterwerbbsp.
Zusammenlebend mit: (häufigste Nennungen)	33 % Partner(in) 19 % Kind(er)	24 % Eltern(teil) 20 % Partner(in)	17 % Partner(in) 16 % Eltern(teil)	15 % Eltern(teil) 12 % Partner(in)
Wohnsituation (häufigste Nennungen)	69 % Selbstständig 11 % Instabil bei anderen	62 % Selbstständig 19 % Instabil bei anderen	54 % Selbstständig 17 % Instabil bei anderen	53 % Selbstständig 21 % Sonstige Wohnform
Problembereiche bei Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung (häufigste Nennungen)	48 % Psychische Gesundheit 39 % Familiäre Situation 32 % Schule / Ausbildung / Arbeit 28 % Gesundheit	51 % Psychische Gesundheit 36 % Familiäre Situation 35 % Schule / Ausbildung / Arbeit 31 % Gesundheit	78 % psychische Gesundheit 70 % Familiäre Situation 69 % Schule / Ausbildung / Arbeit 65 % Freizeit 65 % Tagesstruktur	79 % Psychische Gesundheit 71 % Schule / Ausbildung / Arbeit 67 % Tagesstruktur 65 % Freizeit 64 % Familiäre Situation
Suchtbezogene Komorbidität der Kokain- Gruppe (häufigste Nennungen)	31 % F10: Alkohol 30 % F12: Cannabinoide 18 % F17: Tabak	~	59 % F17: Tabak 53 % F10: Alkohol 52 % F12: Cannabinoide	~
Hauptdiagnosen der Vergleichsgruppe (häufigste Nennungen)	~	48 % F12: Cannabinoide 24 % F11: Opiode	~	34 % F19: Multipler Substanzgebrauch / andere psychotrope Substanzen 34 % F12: Cannabinoide
Erstbetreuung ja	40 %	40 %	~	~
Störungsdauer bei Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung (Durchschnitt)	11 Jahre	12 Jahre	12 Jahre	14 Jahre
Vermittlung in die aktuelle Betreuung/Behandlung (häufigste Nennungen)	63 % keine Vermittlung 11 % Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	50 % keine Vermittlung 17 % Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	54 % Ambulante Einrichtung 19 % Krankenhaus	55 % Ambulante Einrichtung 18 % Krankenhaus
Betreuungsdauer/Behandlungsdauer (Durchschnitt)	24 Wochen	43 Wochen	15 Wochen	15 Wochen
Beendigung „planmäßig“	65 %	63 %	71 %	72 %
Problembereich Sucht „gebessert“	60 %	56 %	73 %	73 %
Weitervermittlung ja	35 %	29 %	53 %	59 %

Nichterwerbbsp. = Nichterwerbsperson.

Parameterspezifische Fallzahlen und Anteile fehlender Werte sind den Abbildungen des Berichts zu entnehmen.

## 6 Quellenverzeichnis

- Antoine, J., Berndt, N., Astudillo, M., Cairns, D., Jahr, S., Jones, A., Kuijpers, W., Llorens, N., Lyons, S. & Maffli, E. (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction*, 116(5), 1131-1143.
- Bentzley, B. S., Han, S. S., Neuner, S., Humphreys, K., Kampman, K. M. & Halpern, C. H. (2021). Comparison of treatments for cocaine use disorder among adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 4(5), e218049-e218049.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2024). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe (3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 01.01.2024)*. [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/02\\_kds/2024-01-01\\_Manual\\_Kerndatensatz\\_3.0.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2024-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf)
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10., überarbeitete Auflage ed.). Hogrefe.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2024). European Drug Report Retrieved 09.08.2024, from [https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en)
- IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2024a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 1: Ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf*. IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>
- IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. (2024b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender. 33 %-Lauf*. IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>
- Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S. & Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int*, 119, 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>
- Rauschert, C., Möckl, J., Wilms, N., Hoch, E., Kraus, L. & Olderbak, S. (2023). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 1990-2021. In: IFT Institut für Therapieforschung.
- Schwartz, E. K., Wolkowicz, N. R., De Aquino, J. P., MacLean, R. R. & Sofuoglu, M. (2022). Cocaine use disorder (CUD): current clinical perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 25-46.
- 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/>
- Schwarzkopf, L., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2024). *Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. IFT Institut für Therapieforschung. <http://www.suchthilfestatistik.de>
- Wagner, F. A. & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26(4), 479-488.

**Zitationsempfehlung:**

Murawski, M., Riemerschmid, C. & Schwarzkopf, L. (2024). Kokainkonsumstörungen in der ambulanten und stationären Suchthilfe. Kurzbericht Nr. 2/2024 – Deutsche Suchthilfestatistik 2023. IFT Institut für Therapieforschung, München.

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

© November 2024  
IFT Institut für Therapieforschung, München  
All rights reserved