

1 Einleitung

Der Konsum von Suchtmitteln ist in unserer Gesellschaft wie auch im internationalen Raum weit verbreitet. Er gehört für viele Menschen zum festen Bestandteil ihres Alltagslebens und ihr gewohnheitsmäßiger Gebrauch wird bezüglich der damit verbundenen Risiken selten kritisch hinterfragt. Dies gilt speziell für legale Drogen wie Alkohol, Nikotin, Medikamente oder Cannabis, jedoch zunehmend auch für stoffungebundene Suchtmittel wie exzessiver Medienkonsum oder missbräuchliche suchtfördernde Verhaltensweisen. Die Prävalenz- bzw. Lebenszeitprävalenzraten fallen zwar je nach Suchtform unterschiedlich hoch aus, in ihrer Summe deuten sie jedoch auf eine breite Verteilung in der Gesellschaft hin (Atzendorf et al., 2019). Unter epidemiologischen Gesichtspunkten konsumieren fast acht Mio. Menschen in Deutschland Alkohol in riskantem und gesundheitsgefährdendem Maße. Etwa 12 Mio. Menschen rauchen regelmäßig. Medikamentenmissbrauch bzw. Abhängigkeit betrifft in etwa 2,3 Mio. Menschen, die Anzahl von glücksspiel- oder internetabhängigen Menschen wird für beide Formen mit einer halben Mio. beziffert (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2025). Ohne auf weitere Details, Zahlen oder andere Suchtformen wie illegaler Drogenkonsum einzugehen, wird sichtbar, dass in unserer Gesellschaft ein enormes Potenzial an Risiken im Umgang mit Suchtstoffen besteht, aus denen Suchterkrankungen mit den entsprechenden Folgen für den Einzelnen und für die Gesellschaft als Ganzes resultieren können. In vielen Fällen ist beispielsweise das familiäre Umfeld in den Krankheitsprozess involviert – oftmals mit massiven Folgen, besonders für Kinder und Jugendliche. Nicht umsonst wird immer wieder darauf hingewiesen, dass suchterkrankte Menschen in suchterkrankten Familien oder in suchtfördernden Milieus aufgewachsen sind. Weiterhin führen die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) von suchterkrankten Menschen zu erheblichen und langandauernden Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder langfristig in die Arbeitslosigkeit. Es wird allein an diesen genannten Fakten deutlich, dass die Suchterkrankungen enorme Herausforderungen für das Gesundheitswesen darstellen und erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten von gesamtgesellschaftlicher Relevanz sind.

Bei Suchterkrankungen handelt es sich in der Regel um sehr komplexe Systemerkrankungen, die in dem Spektrum psychischer Erkrankungen in Deutschland einen der vorderen Plätze einnehmen. Ihr Verständnis erfordert eine mehrperspektivische Betrachtungsweise, und Behandlungskonzepte erweisen sich meist dann als besonders wirksam und nachhaltig, wenn sie multidimensional ausgerichtet sind. Verschiedene Professionen mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen und Schwerpunkten gestalten dann gemeinsam den Rehabilitationsprozess. Ein derartiges Behandlungskonzept umfasst i. d. R. schwerpunktmäßig medizini-

sche, psychologische, sozialpädagogische, ergotherapeutische sowie bewegungstherapeutische Maßnahmen, die im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit koordiniert und individuell ausgerichtet werden. Die Rehabilitationskette reicht dabei von der Akutbehandlung über die stationäre oder ambulante Behandlung bis hin zur Nachsorge auf der Wohnortebene.

Schaut man in die entsprechende Fachliteratur und Standardwerke zur Behandlung von Suchterkrankungen, so lässt sich jedoch ein sehr deutliches Ungleichgewicht hinsichtlich der beteiligten Maßnahmen feststellen. Es dominieren traditionsgemäß die verschiedenen medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsansätze, während die Fachtherapien wie die Ergotherapie, die Musiktherapie oder die Bewegungstherapie nicht oder nur rudimentär erwähnt oder abgehandelt werden. Für die Bewegungstherapie verwundert dies umso mehr, weil zumindest in der postakuten Behandlungsphase Bewegungsaktivitäten schon stundenmäßig einen beträchtlichen Raum und Umfang der Behandlung ausmachen. Die vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Wirkungen von körperlicher und therapeutisch geleiteter Aktivität, die u.a. zur Gesundheitsstabilisierung und Symptomlinderung, zur Ressourcen- und Motivationsbildung, zur Stimmungs- und Spannungsregulation oder zu sozialen Integrationsfähigkeiten dieser Personengruppe beitragen können, werden allenfalls peripher thematisiert. Dies steht aus unserer Sicht in deutlichem Widerspruch zu den wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnissen hinsichtlich der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Wirkmechanismen körperlicher Aktivität, welche sich auch auf die hier angesprochene Klientel anwenden lassen. Trotz eindeutiger positiver Gesundheitseffekte bleibt die Wahrnehmung der Bewegungstherapie als eigenständiges therapeutisches Verfahren im fachwissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs eher gering ausgeprägt. In Folge wird das enorme Potenzial für die Betroffenen in den verschiedenen Therapiephasen nur unzureichend ausgeschöpft.

Mit dem vorliegenden Buch möchten die Verfasser den bisherigen randständigen Stellenwert dieses Ansatzes in Theorie und Praxis argumentativ aus sportwissenschaftlicher Sicht verändern. Die ersten beiden Kapitel sind eher theoretischer Natur. Zunächst wird ein kurzer Überblick über den historischen und gesellschaftlichen Background von Sucht und süchtigem Verhalten sowie über die derzeitige Verbreitung von süchtig machenden Substanzen gegeben, die es in ihrer Summe erlauben, von einer ausgeprägten »Suchtlandschaft« in unserer Gesellschaft zu sprechen (► Kap. 2.1, ► Kap. 2.2). Die ätiologischen Zusammenhänge zu den Entstehungsbedingungen sowie die theoretisch begründeten Therapieansätze zur Behandlung werden aufgezeigt. Therapeutische Verfahren unseres medizinischen Versorgungssystems fußen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und stützen sich auf anerkannte Bezugstheorien. Für die Bewegungstherapie als Querschnittsdisziplin werden relevante Bezüge aus der Sportwissenschaft, Medizin und Psychologie wie handlungs- und stresstheoretische Überlegungen, aber auch salutogenetische Perspektiven und Resilienzmodelle vorgestellt (► Kap. 2.3). Im weiteren Verlauf wird in umfassender Weise der derzeitige Stand der Forschung zu den Wirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit einschließlich ihrer Wirkmechanismen beschrieben (► Kap. 3.1, ► Kap. 3.2). Darauf aufbauend folgt die Darstellung

spezifischer Zusammenhänge von körperlicher Aktivität und Suchterkrankungen (► Kap. 3.3). Schon an dieser Stelle wird deutlich werden, dass sich eine stärkere Beachtung dieser Maßnahmen allein aus primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Sicht im Setting der Suchtbehandlung rechtfertigt.

Den Schwerpunkt dieses Buches bilden vier Kapitel mit zunehmendem Praxisbezug (► Kap. 4, ► Kap. 5, ► Kap. 6, ► Kap. 7). Zunächst werden wichtige Säulen und Strukturen des Versorgungssystems für suchtmittelabhängige Menschen in Deutschland vorgestellt, einschließlich der Therapiephasen der Behandlung von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (► Kap. 4.1, ► Kap. 4.2). Hierbei wird herausgestellt, dass sich bewegungstherapeutische Maßnahmen in allen Phasen der Behandlung integrieren lassen, wenngleich mit unterschiedlichen thematischen und inhaltlichen Akzenten. Das Folgekapitel skizziert einen konzeptionellen Rahmen für die Bewegungstherapie als klinisches Verfahren (► Kap. 5). Dieser umfasst Aspekte der Diagnostik und Indikation, der praktischen Umsetzung und Evaluation einschließlich der dazu notwendigen Voraussetzungen und Bedingungen für eine professionelle bewegungstherapeutische Behandlung und Betreuung (► Kap. 5.1, ► Kap. 5.2, ► Kap. 5.3). In unserer Grundorientierung betrachten wir Bewegung als polyvalent, d.h. in einer Bewegung sind immer unterschiedliche Sinnzusammenhänge vorhanden (Hölter 2011). Diese erlauben spezifische, aber auch interindividuelle Zielsetzungen auf motorischer-sensorischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Ebene (Thimme et al., 2021). Eine derartige Struktur bzw. Polyvalenz spiegelt sich entsprechend im Praxiskapitel III wider, in dem beispielhaft das spezifische und eigenständige Potenzial unterschiedlicher Bewegungspraxen aufgezeigt wird (► Kap. 6). Der praxisinteressierte Leser findet hier u.a. konkrete Hinweise für die praktische Arbeit mit Zugängen wie Sportspielen, Klettern, Kampfkünsten, Kraft- und Ausdauertraining oder Entspannungsverfahren und Achtsamkeit. Den Abschluss bilden weitergehende praktische Handreichungen und Hilfen sowie Überlegungen zur Nachsorge am Wohnort, hier besonders in Verbindung zur Selbsthilfe, zu Selbsthilfe-Prinzipien und -organisationen (► Kap. 7). Hierbei gilt der Grundsatz, dass eine Rehabilitation erst dann erfolgreich abgeschlossen ist, wenn eine Nachhaltigkeit hinsichtlich der Nutzung des bewegungsbezogenen Benefits gegeben ist.

2 Theoretische Rahmung

In diesem Kapitel wird einleitend eine kurze Darstellung zum Drogenkonsum in der gegenwärtigen Gesellschaft sowie dessen kulturelle Verankerung gegeben. Im Kontext der Menschheitsentwicklung lässt sich die Nutzung berauschender Substanzen durchgehend nachweisen. Kenntnisse über den tradierten Umgang mit ihnen können zu einem vertieften Verständnis von Suchterkrankungen in der heutigen Zeit beitragen. Weiterhin wird die aktuelle »Suchtlandschaft« in Deutschland näher skizziert, um einerseits die große Spannbreite dieses Phänomens zu verdeutlichen und andererseits erste Verbindungslinien für die Bewegungstherapie innerhalb des multimodalen Behandlungsansatzes aufzuzeigen. Dies erfolgt über das biopsychosoziale Modell in der Suchttherapie mit seinen unterschiedlichen Wissenschaftszugängen und Theorien. Weiterführend wird auf ausgewählte bewegungs- und sportwissenschaftliche Rahmentheorien eingegangen wie z. B. Salutogenese, Resilienz, Selbstwirksamkeit sowie stresstheoretische und handlungstheoretische Modelle, die für ein differenziertes Verständnis bewegungstherapeutischen Handelns und Wirkens wichtige Bezugspunkte darstellen.

2.1 Kulturhistorische Gesichtspunkte

Unter kulturhistorischen Gesichtspunkten lässt sich in nahezu allen Phasen der Menschheitsentwicklung der Gebrauch von rauschauslösenden Substanzen nachweisen. Es existieren viele geschichtliche Hinweise, die belegen, dass in vielen Kulturen die Anwendung der unterschiedlichsten psychotrop wirkenden Substanzen bekannt gewesen ist. Zur Anwendung gelangte je nach geografischer Lage, Vegetation und Klima eine Fülle unterschiedlicher biologischer Substanzen, mit denen berauschende, bewusstseinsverändernde Zustände erzielt werden konnten (Pilze, Kakteen, Tabak, Kräuter- und Kokablätter in Mittel- und Südamerika; Cannabis, Betel, Khat, Myrrhe, Tees, Opium im asiatischen und europäischen Raum).

In der Regel war der Gebrauch von Drogen zur damaligen Zeit in feste Rituale und Zeremonien eingebunden, die von Schamanen, Priestern oder Häuptlingen vorbereitet und kollektiv in der Gemeinschaft durchgeführt wurden. Notwendig war dazu allerdings ein spezifisches Wissen über die richtige Dosierung, da ansonsten tödliche Vergiftungen hervorgerufen werden konnten, beispielsweise

durch psychoaktiv wirkende Pilze. In dieses Wissen waren nur ausgewählte Personen eingeweiht. Vermutlich stammten deren Kenntnisse aus der genauen Beobachtung von Tieren, bei denen sich auffällige Verhaltensveränderungen beim Fressen von psychoaktiv wirkenden Drogen oder verfaulten Früchten zeigten. Zudem lässt sich schon bei den frühen Kulturen feststellen, dass der ritualisierte Gebrauch von Drogen wahrscheinlich dazu genutzt wurde, um der mühsamen und gefährvollen Realität des Alltags zu bestimmten Zeitpunkten zu entfliehen bzw. nach einem bewusstseinsweiternden, spirituellen Sinn zu suchen (König, 1982). In jedem Fall handelte es sich um einen Einstieg in grenzüberschreitende physische, psychische und psychosoziale Erfahrungen. Durch die rituelle Einbindung war aus heutiger Sicht gleichzeitig eine soziale Kontrolle gegeben, so dass es unwahrscheinlich erscheint, dass Menschen schon damals in unserem klassischen Verständnis von Suchterkrankungen abhängig waren, zumal diese Substanzen nicht jederzeit verfügbar waren und viele von ihnen wahrscheinlich auch nicht das Suchtpotenzial besaßen, wie dies bei heutigen Drogen der Fall ist. Die unterschiedlichen Wirkungen der Drogensubstanzen wurden ebenfalls früh erkannt und beispielsweise zur Schmerzlinderung eingesetzt; in gewisser Weise war dies der Beginn der pharmakologischen Entwicklung der Medizin. Die Nutzung und Verankerung einzelner Drogen in den jeweiligen Kulturkreisen kann an dieser Stelle nicht weiter vertiefend ausgeführt werden. Eine ausführliche Beschreibung hierzu findet sich u. a. bei Völger und Welck (1982) sowie bei Jay (2011).

In der weiteren Menschheitsgeschichte lassen sich komprimiert folgende Entwicklungs- und Verbreitungsprozesse bis in die Gegenwart nachweisen:

- Die Verbreitung der Drogen erfolgte durch den frühen Handel zwischen Völkern und Nationen. In allen Hochkulturen der Antike (z.B. Ägypten, Griechenland, Römisches Reich) existieren zahlreiche Belege bezüglich ihrer Nutzung.
- Die Kolonialisierung trug wesentlich zu einer weiteren Ausbreitung und Kommerzialisierung vieler Drogen bei.
- Alkoholische Produkte wie Bier, Wein und höherprozentige Spirituosen spielten in diesen Zusammenhängen zunehmend eine größere Rolle.
- Mit der wachsenden Verbesserung der Herstellung, Qualität, Haltbarkeit, Produktbreite und eines professionellen Vertriebssystems konnte sich süchtiges Verhalten durch die tägliche Verfügbarkeit sowie einem günstigen Preis über alle Gesellschaftsschichten hinweg verbreiten (Lindenmeyer, 2005). Ein vergleichbarer Trend ist aktuell in der Verbreitung von synthetisch erzeugten Drogen feststellbar.
- Ein rapider Anstieg zu missbräuchlicher Nutzung von Alkohol und Drogen durch ganze Bevölkerungsgruppen kristallisierte sich besonders in Krisen, Kriegs- oder ökonomischen Umbruchzeiten heraus (»Elendsalkoholismus«; vgl. dazu Hübner & Hübner, 1994; Spode, 1993; »Drogenmissbrauch im Dritten Reich«, vgl. dazu Ohler, 2015). Viele heute noch stigmatisierende Einstellungen zu suchterkrankten Menschen stammen aus dieser Zeit, zumal noch kein valides medizinisches Krankheitskonzept zur Erklärung von Suchterkrankungen existierte. Suchterkrankte Menschen wurden mit Charakterschwäche, Unzuverläss-

sigkeit oder Lasterhaftigkeit etikettiert, was in ihrer Konsequenz zu einer zusätzlichen entwertenden Haltung bezüglich der Suchterkrankungen von Betroffenen führte (Schomerus, 2011, 2017). Diese abwertenden Haltungen haben vielfach bis heute Bestand (Frischknecht, 2023), wobei in bestimmten städtischen Räumen die Hotspots von chronisch kranken, drogenabhängigen Menschen diese negativen Eindrücke aufrechterhalten.

- Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich ein jahrzehntelang intensiver (Wohlstands-)Konsum von Alkohol und Nikotin in der Bevölkerung, der bis heute auf hohem Level stagniert. Parallel dazu besteht seit Jahrzehnten ein breites Angebot von illegalen Drogen, welches sich durch die neueren Formen der synthetisch hergestellten Drogen (NPS) zunehmend erweitert (*DHS Jahrbuch Sucht 2024*, 2024).
- Suchtspezifisches Verhalten zeigt sich in den neueren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Digitalisierung) als weiterer Trend in unterschiedlichsten nichtstoffgebundenen Suchtformen (Glücksspielsucht; Computerspiel- und Internetsucht u. a.).

Die Menschheitsgeschichte ist aus historischer Sicht eng mit dem Gebrauch unterschiedlicher Drogen sowie deren Verbreitung verbunden. Die bestehende Vielfalt an alkoholischen Getränken, Tabakprodukten oder anderen Rauschmitteln unterstreicht diesen langen Entwicklungsprozess. Parallel dazu entstand eine bis in die Gegenwart reichende kulturelle Tradition, den Konsum in den täglichen Gebrauch und zu jeder Gelegenheit einzubinden, speziell die Nutzung von Alkohol und Tabak. Damit einhergehend stieg jedoch gleichzeitig die Gefahr von Missbrauch und Abhängigkeit mit ihren zum Teil krassen individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen (Heinz & Daedelow, 2021). Das Bewusstsein, dass es sich hierbei um schwerwiegende Krankheitsformen handelt, ist gesellschaftlich noch immer nicht sehr verbreitet (Schomerus, 2017).

Der gesellschaftliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen, hier speziell Alkohol und Cannabis, verweist u. a. auf eine Ambivalenz zwischen Akzeptanz und Verbot auf der politischen Ebene: Legaler Konsum wird toleriert, verharmlost und zum Teil mit vom Staat steuerlich unterstützt, illegaler Drogenkonsum hingegen verboten oder kriminalisiert. Es besteht hier eine ausgeprägte Doppelmoral. Dementsprechend bewegt sich bis heute die staatliche Drogen- und Gesundheitspolitik in dem Spannungsfeld von Legalisierung (Freiheitsrechte; Selbstbestimmung u. a.) und Verbot, z. B. zum Schutz der Bevölkerung (Duprez & Groenemeyer, 2009; Feustel, 2020).

In der gegenwärtigen Situation eröffnet sich als Folge dieser historischen Entwicklungen sowie der derzeitigen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum unterschiedlicher Formen, Arten und Zugänge zu Drogenkonsum, die es berechtigt erscheinen lassen, von einer ausgeprägten »Suchtlandschaft« zu sprechen. Der Begriff der Sucht impliziert in diesem Zusammenhang nicht nur die Spannbreite von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen von stoff- und nichtstoffgebundenen Suchtmitteln, sondern beispielsweise auch zwanghaft erlebtes Verhalten wie etwa bei Kauf-, Spiel- oder Internetsucht. Er ist damit vom Verständnis her umfassender ausgelegt im Vergleich zu dem stärker

pathologieorientierten Abhängigkeitsbegriff, wie er im ICD-11 oder DSM-5 definiert und verstanden wird. Im Gegensatz dazu wird im sozialpädagogischen Bereich fast ausschließlich der Begriff »Sucht« verwendet. Beide Begriffe werden heute in der Regel synonym benutzt (Laging, 2018; Sack et al., 2009) und in den Fachwissenschaften mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen kontrovers diskutiert.

Im folgenden Teil wird die »Suchtlandschaft« näher dargestellt, um zu verdeutlichen, um welche relevante gesundheitspolitische Dimension es sich hier handelt und welche Konsequenzen sich hieraus für die bewegungstherapeutische Versorgung ergeben.

2.2 Suchtlandschaft in Deutschland

Es existiert faktisch ein breites Angebot von Konsumsubstanzen, die bei ihrer Nutzung mit Gesundheitsrisiken und Gefahren zur Abhängigkeitsentwicklung verbunden sind. Die Substanzen lassen sich einteilen z. B. in:

- legale und illegale Drogen,
- biologische und synthetische Drogen,
- weiche und harte Drogen,
- stoffgebundene und nichtstoffgebundene Substanzen,
- euphorisierende, aufputschende, halluzinogene und angst- bzw. schmerzlin-
dernde Substanzen.

Der Konsum vor allem der stoffgebundenen Substanzen ist insgesamt in der Bevölkerung stark verbreitet. Die nachfolgend aufgeführten absoluten Zahlen zu den wichtigsten Suchterkrankungen untermauern dies (► Abb. 2.1). Insofern ist es berechtigt, aufgrund dieser Sachlage den Begriff der »Suchtlandschaft« zu benutzen. Die Datenangaben basieren auf den aktuellen Ergebnissen des »DHS Jahrbuch Sucht 2025« der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sowie dem »Epidemiologischen Suchtsurvey 2021« (Rauschert et al., 2022). Ergänzend zu diesen Werten muss bei etlichen Erkrankungsformen von einer zusätzlichen Dunkelziffer (z.B. Medikamentenmissbrauch) oder deutlich erhöhten Prävalenzraten für Smartphone- oder Internetsucht bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen ausgegangen werden (Müller & Wölfling, 2017). Generell bleibt festzustellen, dass die epidemiologischen Angaben zu den Suchterkrankungen in der wissenschaftlichen Literatur aufgrund andersartiger methodischer Vorgehensweisen einer gewissen Spannweite unterliegen.

Nikotin-/Tabakabhängigkeit

Nikotin ist die am weitesten verbreitete Suchtsubstanz, die zudem mit der höchsten Rate an Todesfällen einhergeht. In Deutschland beträgt der Anteil an Raucher*innen in der Bevölkerung im Jahr 2024 30,4% (Starker et al., 2025). Die Prävalenzrate von Jungen und Männern liegt im Jahr 2024 bei ca. 33,6%, bei Mädchen und Frauen bei 27,3% (Rummel et al., 2025). Zudem erfüllen 4,4 Mio. Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren die Kriterien einer Tabakabhängigkeit, was etwa 9,8% der Männer und 7,3% der Frauen betrifft. Der Raucheranteil in der Gesellschaft liegt zudem über dem westeuropäischen Durchschnitt (Rauschert et al., 2022). Wenngleich der Tabakkonsum seit 2000 insgesamt aufgrund präventiver Maßnahmen ebenso wie der Anteil der starken Raucher*innen einen rückläufigen Trend aufwies, zeichnet sich in jüngerer Zeit wieder ein Anstieg bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab, bedingt durch neuere Produktformen (E-Zigaretten/Vapes, Wasserpeifen, Snus, Nikotinbeutel). Zudem besteht häufig ein gekoppeltes Auftreten von Alkohol- und Nikotinkonsum, d.h. starke Raucher*innen haben einen höheren Alkoholkonsum als z.B. Nichtraucher*innen. Bei Menschen mit einer Drogenabhängigkeit ist der Anteil an Rauchern sehr hoch. Generell wird das Suchtpotenzial von Nikotin- bzw. Tabakprodukten mit seinen gesundheitlichen Langzeitfolgen in der Bevölkerung massiv unterschätzt (Koalick et al., 2021). Auf die bestehenden hohen Komorbiditäten bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit wird weiter unter verwiesen.

Medikamentenabhängigkeit

Etwa 3,2% der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland erfüllen die Kriterien einer Abhängigkeit von Medikamenten; in absoluten Zahlen bedeutet dies, dass ca. 1,4–1,9 Mio. Menschen als abhängig von Medikamenten mit einem Suchtpotenzial gelten (Pogarell et al., 2021). Bei ca. 2,9 Mio. Menschen lag im Jahr 2021 ein problematischer Medikamentengebrauch vor (Rauschert et al., 2022). Hierbei stehen vor allem die nichtopioiden Analgetika (Paracetamol; Metamizol u.a.) sowie opioidhaltigen Schmerzmittel (Fentanyl, Tilidin u.a.) im Vordergrund, gefolgt von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine; Z-Drugs). Diese Medikamente haben ein hohes Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotenzial. Etwa jede zehnte Person zwischen 18 und 64 Jahren nutzt Analgetika missbräuchlich. Zwei Drittel der betroffenen Personengruppe sind dabei Frauen. Die Einnahme dieser Medikamentengruppe ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Im Unterschied z.B. zu Alkohol- und Drogenabhängigkeit spielt diese Form der Abhängigkeit in der öffentlichen Wahrnehmung kaum eine Rolle, sie wird daher auch als »stille Sucht im Verborgenen« bezeichnet. Erwähnt werden sollte zudem, dass speziell die Medikamentenabhängigkeit von Beruhigungs- und Schlafmitteln im Alter zunehmend ansteigt. Im Bereich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit wird die oben genannte Medikamentengruppe zur Regulation der Entzugs- und Nebenwirkungen oder der begleitenden Folgeschäden illegal genutzt. Dies führt in vielen Fällen zu einer Mehrfachabhängigkeit (Lindenmeyer, 2016). Ergänzend ist

der missbräuchliche Konsum von verschreibungspflichtigen Psychostimulanzien wie z.B. Methylphenidat und Dextroamphetamine als »Gehirndoping« zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Neuroenhancement) zu nennen. Ursprünglich werden diese Wirkstoffe bei der Behandlung von ADHS im Kindes- und Jugendalter eingesetzt (Ritalin® u.a.). Weitere Substanzen in diesem Zusammenhang sind Antidepressiva, aber auch Kokain oder Amphetamine (Moesgen & Klein, 2015).

Alkoholabhängigkeit

Je nach Erhebungsmethode leiden etwa 1,6 bis 1,8 Mio. Menschen in Deutschland an einer Alkoholabhängigkeit; dies entspricht insgesamt einer Prävalenz von ca. 3 %. Das Geschlechterverhältnis bei dieser Erkrankung beträgt 4,5 % bei den Männern im Vergleich zu 1,7 % bei den Frauen, also einem Verhältnis von ca. 3 zu 1. Zudem betreiben 7,9 Mio. Menschen zwischen 18–64 Jahren einen gesundheitlich riskanten Umgang mit Alkohol, d.h. sie überschreiten die tägliche Trinkmenge eines risikoarmen Konsums. Bei 9 Mio. Menschen liegt ein problematischer, d.h. ein gefährlicher bzw. hochriskanter Konsum vor (Rummel et al., 2025). Deutschland gehört im internationalen Vergleich mit einem Verbrauch von 10 Litern Reinalkohol pro Kopf zu einem Hochkonsumland. Jährlich sterben ca. 74.000 Menschen an den direkten und indirekten Folgen von Alkoholmissbrauch. Die Möglichkeiten einer frühzeitigen ambulanten Behandlung werden nur in geringem Umfang wahrgenommen, so dass sich gravierende körperliche und psychosoziale Folgeschäden entwickeln können. Die Komorbiditätsrate von gleichzeitiger Nikotinabhängigkeit bewegt sich je nach Studienlage zwischen 64–85 %. Weitere hohe Komorbiditäten bestehen zu Angststörungen, affektiven Störungen (Depressionen) oder Persönlichkeitsstörungen (Lindenmeyer, 2021).

Illegale Drogen

Rund 1,3 Mio. Menschen weisen einen problematischen Konsum von Cannabis auf; dies sind etwa 2,5 % der Bevölkerung. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 8,8 %. Männer sind dabei häufiger betroffen als Frauen. Cannabis ist damit die am häufigsten konsumierte Droge in Deutschland, wobei gesundheitspolitisch dessen Teillegalisierung seit April 2024 besteht. Die Konsumprävalenz hat in den letzten Jahren auch europaweit zugenommen. Ca. 300.000 Menschen (0,6 %) gelten als cannabisabhängig, wobei ein leichter Anstieg in den letzten Jahren festzustellen ist. In der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Konsum von Cannabis am höchsten; er nimmt mit zunehmendem Alter wieder ab (Rummel et al., 2025). Andere illegale Drogen sind weitaus weniger stark verbreitet. Bei Amphetaminen (Speed) wird von ca. 103.000 abhängigen Personen, bei Kokain (Crack) von ca. 41.000 Abhängigen ausgegangen (Rummel et al., 2025). Der Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS), auch bekannt als »Legal Highs«, liegt mit einer Verbreitung von 1,3 % noch vor dem von Methamphetamin. 0,2 % der Bevölkerung konsumieren z.B. diese auch als Crystal Meth bekannte

Droge. Die neuen psychoaktiven Substanzen auf synthetischer Basis bedienen ein ganzes Spektrum unterschiedlicher Wirkungen zwischen Stimulation, Schmerzfreiheit bis hin zu Entspannung, Euphorie oder spiritueller Verbundenheit. Bei den Opiaten (z. B. Heroin) liegt die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen bei 0,4 %, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei 0,1 %. Der Konsum dieser Substanzen ist bei Männern höher als bei Frauen. Die Anzahl der Personen mit illegaler Drogenabhängigkeit wird insgesamt auf ca. 165.000 geschätzt; diese Rate stagniert in den letzten Jahren auf diesem Niveau (Atzendorf et al., 2019). Zu beachten ist, dass bei der Mehrzahl der abhängigen Konsumenten ein multipler Substanzgebrauch vorliegt. Die synthetisch produzierten Drogen werden aufgrund ihres geringen Beschaffungspreises und ihrer erleichterten Beschaffung zunehmend mehr von Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Party- oder Lifestyle-Stoff benutzt, so dass mit einem Anstieg ihres Konsums zu rechnen ist. Weiterhin bestehen hohe Komorbiditätsraten zu Nikotinabhängigkeit sowie zu unterschiedlichen psychischen Krankheiten bzw. Persönlichkeitsstörungen (Thomasius, 1998).

Nichtstoffgebundene Suchterkrankungen

Das Datenportal Sucht und Drogen der Bundesregierung beziffert die Zahl erwachsener Menschen (18–64 Jahre) mit einer pathologischen Glücksspielstörung auf 1,3 Mio., weitere 3 Mio. spielen riskant. Die Studienergebnisse zu Internetnutzungsstörungen im Erwachsenenalter variieren stark und liegen in Deutschland zwischen 1 % und 6 %. Bei Jugendlichen und jungen Menschen ist die Zahl der Betroffenen deutlich höher, wie z. B. Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zeigen. Demnach erfüllten im Jahr 2019 8,4 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen sowie 5,5 % der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen die Kriterien einer computerspiel- oder internetbezogenen Störung (siehe: <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/>). Als eigenständiges Erkrankungsbild ist das pathologische Glücksspiel im ICD-11 bzw. DSM-5 ausgewiesen.

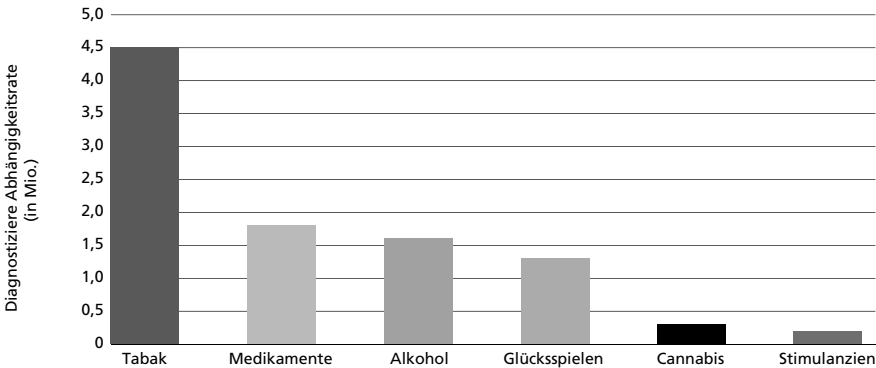


Abb. 2.1: Überblick zur Suchtlandschaft in Deutschland (in Anlehnung an Atzendorf et al., 2019; Buth et al., 2021; DHS, 2025)