

# Basisdokumentation

Erkenntnisse aus 18 Jahren Datenerhebung im bus.





# Basisdokumentation

Erkenntnisse aus 18 Jahren Datenerhebung im bus.

Stand: 01.02.2024

bus. | Bundesverband Suchthilfe e. V.

Wilhelmshöher Allee 273 | 34131 Kassel

Fon 0561 779351 | Fax 0561 102883

[bundesverband@suchthilfe.de](mailto:bundesverband@suchthilfe.de) | [www.suchthilfe.de](http://www.suchthilfe.de)



## Inhalt

Einführung .....	6
Hintergrund – Entwicklung bei den Leistungserbringern .....	8
Einrichtungen .....	8
Fallzahlen .....	9
Einrichtunggröße und Jahr .....	10
Einrichtunggröße und Indikation .....	13
Leistungsträgerschaft .....	14
Rehabilitand:innen: Soziodemografische Daten und Behandlung .....	15
Alter .....	15
Geschlechterverteilung .....	17
Behandlungsdauer .....	19
Hauptdiagnosen .....	20
Entlassungsart .....	23
Teilhabe als Ziel der Rehabilitation .....	25
Erwerbstätigkeit – Entwicklung in Deutschland .....	25
Erwerbstätigkeit – Ergebnisse aus der Basisdokumentation .....	28
Schlusswort .....	32
Abbildungsverzeichnis .....	34
Literatur .....	35
Impressum .....	37

## Einführung

Individuelle Gestaltung der Hilfen, Qualifizierung des Personals und die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Versorgungssystems im Sinne einer regionalen Planung, aber auch unter der Berücksichtigung bundesweiter Trends, stellten die Suchthilfe in den 1980er Jahren vor vielfältige Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund wurde die kontinuierliche sowie wissenschaftlich nachvollziehbare Erfassung und Auswertung von klienten- und einrichtungsbezogenen Daten für Leistungsträger und Leistungserbringer immer relevanter und notwendiger. Gleichzeitig wurde offensichtlich, dass kaum eine Einrichtung ihre Leistungen zu Beratung, Behandlung und Begleitung ihrer Klientel dokumentierte und dass die wenigen Einrichtungen, die eine Dokumentation führten, dies in sehr unterschiedlicher Form taten.

Mit dem Ziel, sowohl den Einrichtungen der Suchthilfe die Daten für ihre eigenen Zwecke zugänglich zu machen als auch verbands-, länder-, bundes- und europaweite Auswertungen für Trendanalysen zu erstellen, wurde 1980 das einrichtungsbezogene Informationssystem (EBIS) auf Beschluss der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder eingeführt. Verbände und Bundesländer unternahmen in den darauffolgenden Jahren erhebliche Anstrengungen, einrichtungs- und klientenbezogene Basisdokumentation in der ambulanten und stationären Suchthilfe zu etablieren, so dass neben EBIS eine Vielzahl von EDV-basierten Systemen entstand.

Um zum ersten Mal auf einen einheitlichen Datensatz für die Dokumentation in der Suchthilfe zurückgreifen zu können, entwickelte 1978 das Institut für Therapieforschung (IFT) im Rahmen eines Bundesmodells und in Kooperation mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege den „Bundesdatensatz“.

In den Jahren 1995 bis 2000 erarbeitete die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) den Europäischen Kerndatensatz als kleinsten gemeinsamen Nenner für eine europaweite Dokumentation. Dieser ermöglicht seitdem europäische Vergleiche.

Die europäische Entwicklung berücksichtigend erstellten die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und das IFT parallel dazu einen klientenbezogenen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchthilfe (KDS) als Teilbereich des Bundesdatensatzes. Der klientenbezogene KDS wurde 1998 verabschiedet. Diesem folgte 1999 die erste Version des einrichtungsbezogenen KDS. Der KDS bildet mit diesen beiden Teilen die Grundlage für die einheitliche Dokumentation in Einrichtungen in Deutschland, in denen Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie Verhaltenssüchten beraten, betreut und behandelt werden. Er stellt einen im fachlichen Konsens mit allen Interessengruppen vereinbarten Mindeststandard dar, an dem sich alle Dokumentationssysteme im Kern orientieren.<sup>1</sup>

Der Fachausschuss Statistik der DHS ist für die kontinuierliche Aktualisierung des KDS zuständig. Dank seiner Arbeit traten 2007 mit der Version 2.0 und 2017 mit der Version 3.0 Updates des KDS in Kraft.

Das maßgebliche Publikationsorgan der Dokumentation in der Suchthilfe ist heute die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS), in der die bundesweit gesammelten Daten zusammengeführt und ausgewertet werden. Die DSHS dient sowohl für nationale als auch für internationale Zwecke. Sie liefert verlässliche Aussagen zur Struktur des Versorgungsangebotes im Suchthilfebereich, zu den Charakteristika der Klientel und den durch die Einrichtungen erbrachten Leistungen. Die DSHS

---

<sup>1</sup> Quelle: <https://www.suchthilfestatistik.de>

ermöglicht es, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sichern sowie Problembereiche und Anpassungsbedarf im Hilfesystem frühzeitig zu erkennen bzw. darauf zu reagieren.

Der Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.) kann seit dem Datenjahr 1996 auf Jahresauswertungen der Basisdaten und somit auf eine lange Tradition im Bereich der Dokumentation zurückblicken. Um die Ausgestaltung und Interpretation der Auswertung praxisorientiert und auf hohem fachlichem Niveau durchzuführen, gründete der Verband im Jahr 2004 den Dokumentationsausschuss und beauftragte ab 2007 Redline Data GmbH mit der bus.-Verbandsauswertung. Seitdem werden jährliche Berichte, beginnend mit den Basisdaten 2005, erstellt. Bis einschließlich 2006 wurde dazu die erste Version des KDS genutzt, in den Jahren 2007 bis 2017 der KDS 2.0 und ab dem Jahr 2017 die Version KDS 2017. Nicht alle Items sind über den gesamten Zeitraum konstant geblieben und damit vergleichbar, was die Auswertungen einschränkt. Auch die unterschiedlich große bereitgestellte jährliche Datenmenge kann eine Limitierung darstellen. Insbesondere die Umstellung von KDS 2.0 auf KDS 2017 hatte einen erheblichen Einfluss auf die Datenerhebungen. Technische und kommunikative Probleme und die generelle Belastung der Einrichtungen führten im Suchthilfesystem zu erheblichen Problemen in der Erfassung der Basisdokumentation.

Gleichwohl verfügt der bus. über einen reichen Schatz an Daten und Informationen aus seiner 18-jährigen Basisdokumentation. Dieser Schatz wurde nun ausgewertet und soll der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Der Dokumentationsausschuss des bus. hat sich intensiv mit den in 18 Jahren gesammelten Basisdaten auseinandergesetzt und gibt mit dem nun vorliegenden Bericht interessante und aussagekräftige Einblicke in die Entwicklung des Verbandes und der Behandlung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten.

Zu Beginn werden die Mitgliedseinrichtungen des bus. und die Entwicklung der Fallzahlen, die in die Auswertung eingeflossen sind, dargestellt. Dabei wird auch auf die entsprechenden Leistungsträger Bezug genommen. Daran anschließend gibt der Bericht einen Überblick über die soziodemografischen Daten wie Alter und Geschlechterverteilung der Rehabilitand:innen, die in den vergangenen 18 Jahren in Mitgliedseinrichtungen des bus. behandelt wurden. Es folgen Angaben über die Behandlungsdauer, die Hauptindikation sowie die Entlassungsart. Zum Abschluss wird die Teilhabe als Ziel der medizinischen Rehabilitation in den Blick genommen. Im Fokus steht hier die Entwicklung der Erwerbstätigkeit der Rehabilitand:innen vor dem Hintergrund zahlreicher regionaler und globaler gesellschaftlicher Veränderungen sowie den zunehmenden Bemühungen der Leistungsträger um Stärkung der Erwerbsfähigkeit. Diese Bemühungen führten zu einer Konzentration auf erwerbsbezogene Maßnahmen während der Rehabilitation.

## Hintergrund – Entwicklung bei den Leistungserbringern

### Einrichtungen

In die hier verwendeten Auswertungen sind die von Mitgliedseinrichtungen des bus. jährlich übermittelten Daten der Basisdokumentation eingeflossen. Die Eingabe erfolgt durch die Mitarbeiterin/ den Mitarbeiter der Einrichtung zu Beginn und zum Ende der Maßnahme. Die Daten werden von Redline Data gesammelt und aggregiert nach Ablauf eines Kalenderjahres an den Verband übermittelt. Die Erfassung erfolgte nach dem im Erhebungsjahr aktuellen KDS.

Bis zum KDS-Wechsel im Jahr 2017 war die Erfassung der Basisdokumentation für den Bundesverband Suchthilfe e. V. eine wahre Erfolgswelle. Ausgehend von 46 Einrichtungen (2005) waren es sieben Jahre später bereits 99 Einrichtungen (2011), die sich daran beteiligten. Der stetige Zuwachs an beteiligten Einrichtungen lag meist über den Neuaufnahmen von Verbandsmitgliedern. Gründe hierfür können eine größere IT-Durchdringung und somit der Wegfall der händischen Auszählung, Verlagerung von Prioritäten und entsprechende Verbandsarbeit sein. Berücksichtigt man, dass etwa 15 % der Mitgliedseinrichtungen keine Datenerhebung gemäß KDS-Standard durchführen, erreichte die Beteiligung im Jahr 2016 einen Rekordwert von 94 %.

Die Überarbeitung des Kerndatensatzes zum Jahr 2017 durch die DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) und die anschließenden Probleme in der Einführung haben dazu geführt, dass im bus. die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen um 18 % fiel und gleichzeitig andere Verbände von ähnlichen Schwierigkeiten berichteten. Der Rückgang konnte auch trotz der neu gewonnenen 18 Mitgliedseinrichtungen im Jahr 2017 nicht kompensiert werden. Nach einem leichten Anstieg in den Jahren 2018 und 2019 sank die Teilnehmerzahl in 2020 wieder. Grund war die Corona-Pandemie.

In den letzten Jahren macht sich aber auch die Arbeitsverdichtung in den Rehakliniken bemerkbar. Seit 2017 ist das Verhältnis von bus.-Mitgliedern und teilnehmenden Einrichtungen relativ konstant geblieben. (Abb.1)

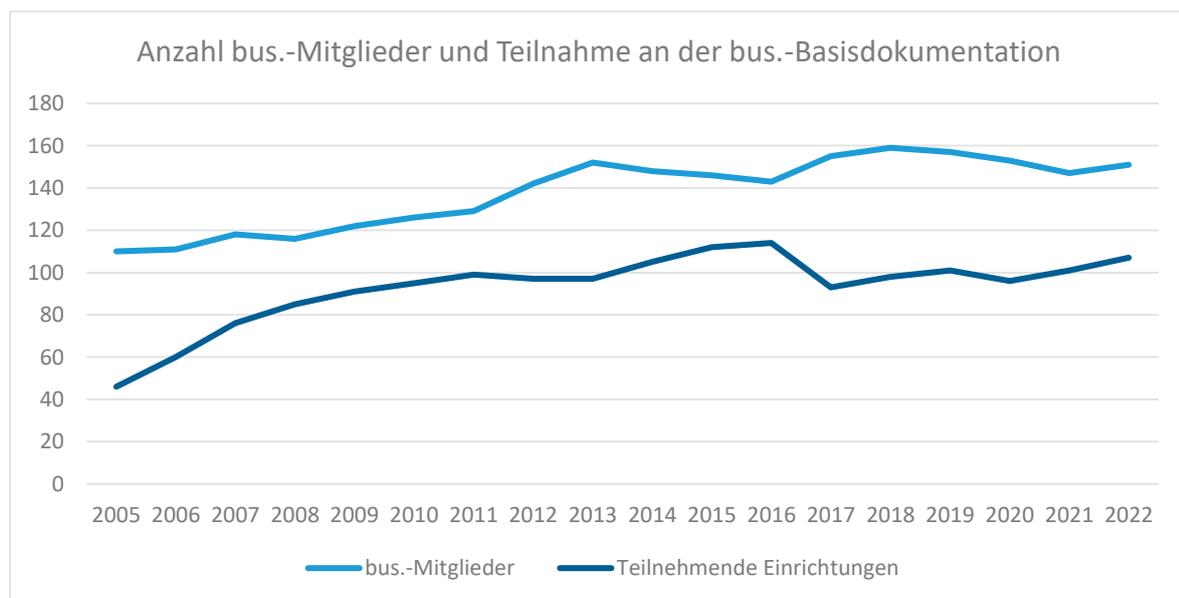


Abb. 1

## Fallzahlen

Die Fallzahlen, die in die Auswertung eingeflossen sind, entwickeln sich über die Jahre entsprechend den beteiligten Einrichtungen. Insgesamt wurden 280.087 Fälle aus 1.673 Datenlieferungen aus den Behandlungsjahren 2005 – 2022 ausgewertet. In den Jahren 2014 – 2016 blieb der Zuwachs an Fallzahlen etwas hinter dem der Einrichtungen zurück. Grund hierfür sind vornehmlich Ein- und Austritte von Mitgliedseinrichtungen ab 2013, letztere auch bedingt durch Schließungen.

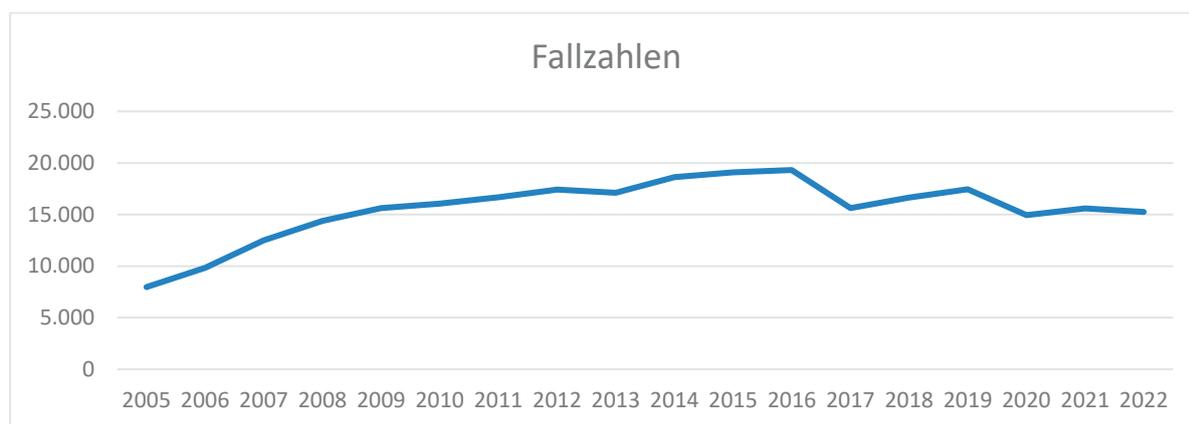


Abb. 2

Analog zum Zuwachs der Einrichtungen kann festgestellt werden, dass die Anzahl der Fälle bis 2016 anstieg (2016: 19.316 Fälle) und sich seitdem zwischen 15.500 und 17.500 einpendelt (Ausnahmen: 2020: 14.942, 2022: 15.432). (Abb.2)

Bei der Betrachtung der Fälle muss allerdings auch berücksichtigt werden, dass der gesamte Reha-Markt rückläufig ist, sowohl die Anzahl der Beantragungen als auch die der genehmigten Behandlungsmaßnahmen.

Seit 2019 gingen die Anträge und Bewilligungen um etwa 5 % zurück. (Abb.3)

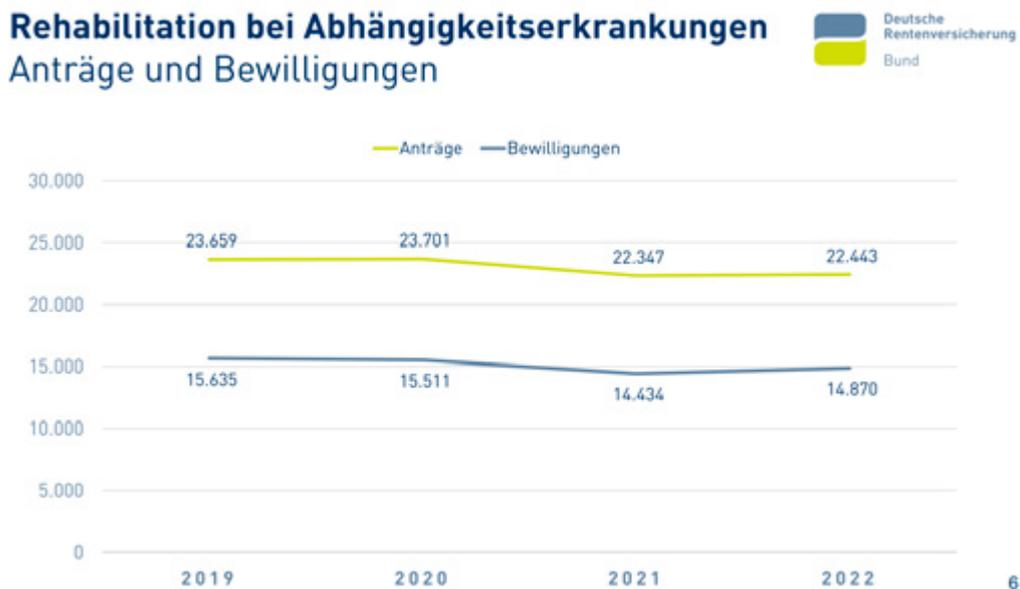


Abb. 3. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

### Einrichtunggröße und Jahr

Die beteiligten Einrichtungen sind stationäre und ganztägig-ambulante Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen aus ganz Deutschland. Die üblicherweise in Platzzahlen bemessene Einrichtunggröße ist nicht Bestandteil des Datensatzes, aus diesem Grund wurde die Anzahl der Fälle und Aufenthaltstage pro Einrichtung und Jahr als Bemessungsgröße herangezogen. Eine unterdurchschnittlich ausgelastete Einrichtung wird somit kleiner als ihre offizielle Platzzahl dargestellt. Betrachtet wird also die **tatsächliche Größe der Gruppe der Rehabilitand:innen in einer Einrichtung**. Im Folgenden wird diese Größe mit „belegte Plätze“ angegeben. Da die durchschnittliche Auslastung aller Einrichtungen bei etwa 90% (Quelle: Belegungsumfragen bus.) liegt, ergibt sich eine nur geringe Abweichung zur offiziellen Platzzahl.

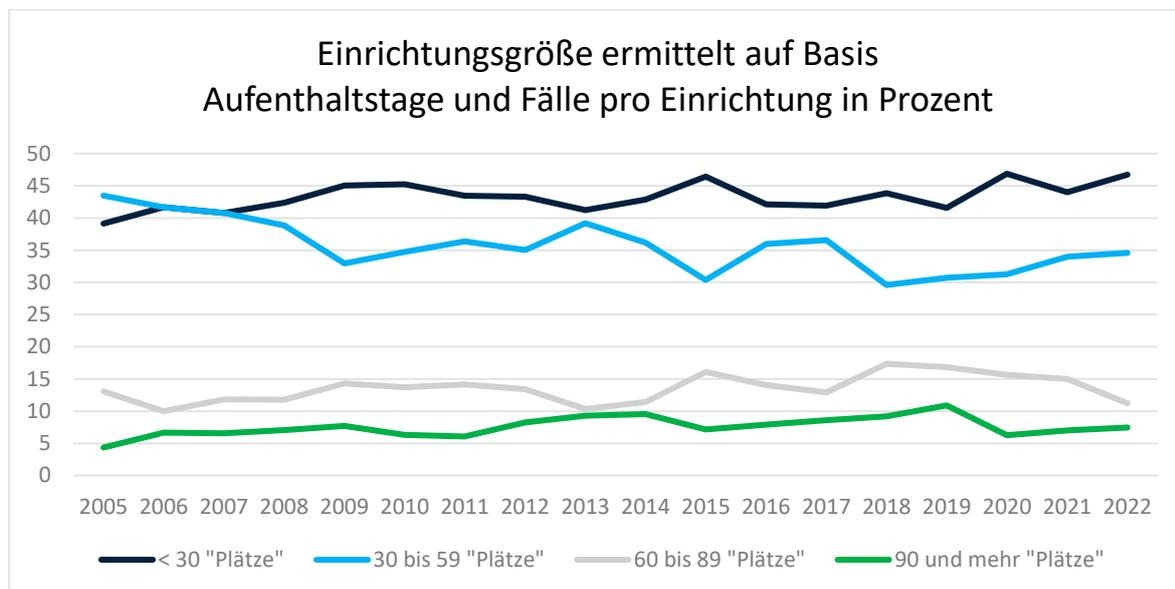


Abb. 4

Unter den beteiligten Einrichtungen lässt sich ein leichter Rückgang der Einrichtungsgröße 30 – 59 belegte Plätze erkennen, wobei die Zahlen ab dem Jahr 2018 gegen den Trend wieder ansteigen. Die Gruppe behauptet sich jedoch deutlich mit über 30 % als zweitstärkste in der Auswertung. Seit dem zweiten Jahr der Erhebung ist die Gruppe <30 belegte Plätze die meist vertretene und verzeichnet über den gesamten Auswertungszeitraum einen Zuwachs von 8 %, der sich besonders in den letzten vier Jahren verstetigt. Bei Einrichtungen mit 60 – 89 belegten Plätzen hingegen ist eine größere Dynamik vorhanden. Der Tiefpunkt ist 2013 mit 9,5 % (9 Einrichtungen), anschließend steigen die Zahlen unter Schwankungen wieder auf 18,1 % (2018: 17 Einrichtungen) und 16,8 % (2019: 17 Einrichtungen).

Die sog. großen Kliniken (über 90 belegte Plätze), welche ca. 10 % aller Fachkliniken ausmachen, erreichen einen Wert um 10 % nur in Ausnahmejahren (2013, 2014 und 2019). In den beiden Corona-Jahren 2020 und 2021 sinkt die Zahl der teilnehmenden Kliniken und deren Belegung deutlich. Die Rückkehr zum Normalbetrieb nach Aufhebung der Einschränkungen durch die Pandemie gelingt kleineren Einrichtungen (bis 59 belegte Plätze) tendenziell schneller.

Besonders auffällig ist, dass sich sowohl in der starken Wachstumsphase des Projektes der Datensammlung im Verband in den Anfangsjahren als auch bei Einbrüchen der Beteiligung durch Ein- und Austritte von Mitgliedseinrichtungen eine recht konstante Verteilung über alle Größen zeigt. Dies lässt auf eine ähnliche Entwicklung und Stabilität in allen Einrichtungen gleichermaßen schließen, unabhängig von der Einrichtungsgröße. Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Anfälligkeit für äußere Einflüsse, der Flexibilität und Problemlösung oder der Reaktion auf neue Anforderungen festzustellen. (Abb. 4 und Abb. 5)

Einrichtungsgöße und Jahr																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 30	18	25	31	36	41	43	43	42	40	45	52	48	39	43	42	45	44	50
30 bis 59	20	25	31	33	30	33	36	34	38	38	34	41	34	29	31	30	34	37
60 bis 89	6	6	9	10	13	13	14	13	10	12	18	16	12	17	17	15	15	12
90 und mehr	2	4	5	6	7	6	6	8	9	10	8	9	8	9	11	6	7	8

Einrichtungsgöße und Jahr in Prozent																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
< 30	39,1	41,7	40,8	42,4	45,1	45,3	43,4	43,3	41,2	42,9	46,4	42,1	41,9	43,9	41,6	46,9	44,0	46,7
30 bis 59	43,5	41,7	40,8	38,8	33,0	34,7	36,4	35,1	39,2	36,2	30,4	36,0	36,6	29,6	30,7	31,3	34,0	34,6
60 bis 89	13,0	10,0	11,8	11,8	14,3	13,7	14,1	13,4	10,3	11,4	16,1	14,0	12,9	17,3	16,8	15,6	15,0	11,2
90 und mehr	4,3	6,7	6,6	7,1	7,7	6,3	6,1	8,2	9,3	9,5	7,1	7,9	8,6	9,2	10,9	6,3	7,0	7,5

Abb. 5

In der folgenden Tabelle wird die prozentuale Verteilung von bus.-Mitgliedseinrichtungen nach Einrichtungsgöße dargestellt und dem Anteil der aus dieser Gruppe in die Auswertung eingeflossenen Daten gegenübergestellt. Es zeigt sich über den gesamten Zeitraum von 18 Jahren, dass die sogenannten kleinen Einrichtungen sich immer sehr aktiv an der Basisdokumentation beteiligt haben und auch bei veränderten Anforderungen wie Umstellungen im Erfassungssystem sehr kurzfristig reagiert haben, so dass diese weitestgehend ohne Auswirkung blieben. (Abb. 6)

Einrichtungsgöße (Betten) bzw. "Plätze"	Anteil bus.-Einrichtungen 2005	Teilnahme 2005	Anteil bus.-Einrichtungen 2018	Teilnahme 2018	Anteil bus.-Einrichtungen 2018	Teilnahme 2020	Anteil bus. Einrichtungen 6/2023
< 30	21,3%	40,0%	35,2%	43,9%	33,3%	46,9%	31,9%
30-59	42,7%	42,2%	38,4%	29,6%	38,7%	31,3%	39,6%
60-89	22,5%	13,3%	16,4%	17,3%	16,7%	15,6%	18,1%
> 90	13,5%	4,4%	10,1%	9,2%	11,3%	6,3%	10,4%

Abb. 6

## Einrichtungsgöße und Indikation

Einrichtungsgöße und Indikation - Anzahl Fälle																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Alkohol:</b>																		
< 30	1.072	1.066	1.193	1.455	1.797	1.933	1.686	1.814	1.651	1.978	2.345	2.040	1.411	1.632	1.389	1.667	1.373	1.456
30 bis 59	2.662	2.681	3.626	4.192	4.357	4.103	4.856	4.906	5.361	4.727	4.034	4.692	4.022	2.889	3.002	2.908	3.042	3.484
60 bis 89	1.678	1.685	2.473	2.695	2.892	3.215	3.198	2.856	2.211	2.788	3.879	3.289	1.682	3.071	2.931	2.707	3.344	1.872
90 und mehr	910	1.450	1.961	2.782	2.943	2.773	2.567	3.456	3.483	4.321	3.133	3.338	2.807	2.999	3.646	1.952	2.116	2.720
<b>Andere:</b>																		
< 30	403	557	928	962	1.039	1.216	1.456	1.447	1.175	1.264	1.577	1.241	1.205	1.042	1.325	1.382	1.204	1.325
30 bis 59	670	1.751	1.624	1.696	1.084	1.690	1.458	1.287	1.446	1.963	1.949	2.441	2.022	2.036	2.022	2.062	2.543	2.338
60 bis 89	424	235	250	294	956	744	1.010	1.034	796	751	1.336	1.256	1.606	1.713	1.785	1.487	1.240	1.427
90 und mehr	142	406	434	315	556	393	456	625	973	831	844	1.019	881	1.256	1.338	777	719	615
<b>Einrichtungsgöße und Indikation in Prozent</b>																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Alkohol:</b>																		
< 30	17,0	15,5	12,9	13,1	15,0	16,1	13,7	13,9	13,0	14,3	17,5	15,3	14,2	15,4	12,7	18,1	13,9	15,3
30 bis 59	42,1	39,0	39,2	37,7	36,3	34,1	39,5	37,6	42,2	34,2	30,1	35,1	40,5	27,3	27,4	31,5	30,8	36,6
60 bis 89	26,5	24,5	26,7	24,2	24,1	26,7	26,0	21,9	17,4	20,2	29,0	24,6	17,0	29,0	26,7	29,3	33,9	19,6
90 und mehr	14,4	21,1	21,2	25,0	24,5	23,1	20,9	26,5	27,4	31,3	23,4	25,0	28,3	28,3	33,2	21,1	21,4	28,5
<b>Andere:</b>																		
< 30	24,6	18,9	28,7	29,4	28,6	30,1	33,2	32,9	26,8	26,3	27,6	20,8	21,1	17,2	20,5	24,2	21,1	23,2
30 bis 59	40,9	59,4	50,2	51,9	29,8	41,8	33,3	29,3	32,9	40,8	34,2	41,0	35,4	33,7	31,3	36,1	44,6	41,0
60 bis 89	25,9	8,0	7,7	9,0	26,3	18,4	23,1	23,5	18,1	15,6	23,4	21,1	28,1	28,3	27,6	26,1	21,7	25,0
90 und mehr	8,7	13,8	13,4	9,6	15,3	9,7	10,4	14,2	22,2	17,3	14,8	17,1	15,4	20,8	20,7	13,6	12,6	10,8

Abb. 7

### Indikation: Alkohol

Hier ist festzustellen, dass bei der Indikation Alkohol der Rücklauf an Basisdaten in der Gruppe der Einrichtungen mit 30 – 59 belegten Plätzen am höchsten ist (Ausnahme 2018, 2021). Ob es sich um eine Trendumkehr handelt, muss beobachtet werden.

Die kleinen Einrichtungen (bis 30 belegte Plätze) liefern stabil um die 15 % der Datenmenge, bei den Einrichtungen mit der Größe 30 – 59 belegte Plätze ist der Anteil unter Schwankungen rückläufig von ca. 40 % auf ca. 30 % (2021) und steigt in 2022 wieder an.

Bei den Kliniken mit 60 – 89 belegten Plätzen wurden bis 2021 (Ausnahme: 2013, 2017) stabil um die 25 % der Datenmenge geliefert, im Jahre 2021 steigt die Zahl auf 33,3 % und fällt im Jahr 2022 wieder auf 19,6 %.

Die großen Kliniken liefern mit Ausnahme 2005 einen Anteil der Daten zwischen 20 % und 30 %.

### Indikation: andere

Hier kann festgestellt werden, dass die beiden „kleinen“ Bereiche (bis 30 und bis 59 belegte Plätze) etwa zwei Drittel der Datenmenge liefern und die beiden „größeren“ (bis 89 und ab 90 belegten Plätzen) nur auf ein Drittel kommen.

### Fazit:

Mitgliedseinrichtungen mit einer belegten Platzzahl < 60 liefern bezogen auf die Gesamtmenge sehr viele Daten. Auf die Entwicklung der Indikationen wird im Folgenden eingegangen. (Abb. 7)

## Leistungsträgerschaft

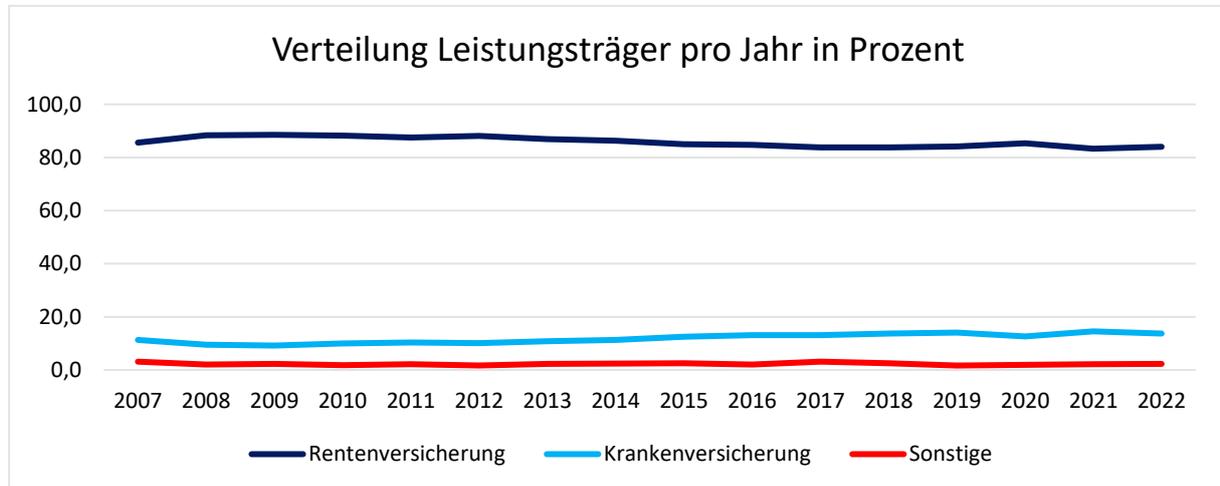


Abb. 8

Im KDS 1 wurden keine Daten zur Leistungsträgerschaft erhoben (Jahr 2005/2006).

Zwischen 2007 und 2022 zeigt sich die Deutsche Rentenversicherung durchgängig mit deutlich über 80 % als größter Leistungsträger für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die höchste Quote mit 88,5 % zeigt sich für 2009, die niedrigste Quote mit 83,3 % im Jahr 2021. (Abb. 8)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rentenversicherung	10.686	12.721	13.831	14.172	14.611	15.355	14.860	16.066	16.225	16.382	13.101	13.936	14.680	12.752	12.988	12.797
Krankenversicherung	1.417	1.371	1.438	1.598	1.720	1.770	1.846	2.113	2.382	2.537	2.044	2.276	2.465	1.895	2.267	2.097
Sonstige	386	299	355	297	356	300	390	444	490	397	491	426	293	295	334	343

Abb. 9

In absoluten Zahlen zeigen sich die höchsten Fallzahlen zwischen 2014 und 2016 (16.066, 16.225, 16.382 Fälle).

Die höchste Quote der Krankenkassen als Kostenträger zeigt sich 2021 mit 14,5 %. Die niedrigste Quote liegt bei 9,2 % im Jahr 2009.

In absoluten Zahlen zeigen sich 2015 und 2017 fast gleichauf mit den höchsten Werten von 490 bzw. 491 Rehabilitationen in Kostenträgerschaft der Krankenkassen.

Die tendenziell erkennbare Reduktion der Leistungsträgerschaft der DRVen beruht vermutlich auf einer steigenden Anzahl älterer Rehabilitand:innen (2022 8,5 % älter als 60 Jahre) sowie einer

anhaltend hohen Zahl langzeitarbeitsloser Rehabilitand:innen mit brüchiger Erwerbsbiographie, oft ohne rentenversicherungspflichtige Berufstätigkeitszeiten.<sup>2</sup> (Abb. 8 und Abb. 9)

## Rehabilitand:innen: Soziodemografische Daten und Behandlung

### Alter

Die detaillierten Auswertungen der letzten 18 Jahre bestätigen, dass Rehabilitand:innen mit der Indikation Drogen deutlich jünger sind (im Mittel 14 Jahre jünger) als solche mit der Indikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Der Altersdurchschnitt der Rehabilitand:innen bei Betreuungsbeginn lag in den letzten 18 Erhebungsjahren bei 41,3 Jahren (Durchschnitt der Mittelwerte). Im Vergleich dazu schwankt der Median zwischen 43 und 40 Jahren, in der Tendenz abnehmend, was sich auch in der Verschiebung der Anteile der Altersgruppen zeigen wird.

Über die letzten Jahre hat sich auch der Modalwert verändert: Die häufigste Altersangabe der Rehabilitand:innen findet sich nicht mehr in der Altersgruppe 40 – 49 Jahre, sondern kontinuierlich in der Altersspanne 30 – 39 Jahre (Modal 34 – 37 Jahre). (Abb. 10)

Altersdurchschnitt bei Betreuungsbeginn																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl	7.961	9.831	12.489	14.391	15.624	16.067	16.687	17.425	17.096	18.623	19.097	19.316	15.636	16.638	17.438	14.942	15.589	15.237
Mittelwert	42,2	41,1	40,1	40,8	40,8	40,9	41,1	41,4	41,5	41,7	41,5	41,6	41,2	41,3	41,3	41,3	41,6	41,6
Standard-abweichung	10,5	11,2	11,6	11,4	11,4	11,6	11,9	11,9	11,8	12,1	12,2	12,2	12,4	12,3	12,4	12,4	12,6	12,6
Median	43	42	41	42	42	42	42	43	43	43	42	42	41	41	41	40	41	41
Modalwert	45	43	45	44	46	45	46	47	51	51	48	50	34	34	35	37	37	39
Minimum	14	5	14	15	14	14	14	15	15	1	14	1	14	15	15	15	15	14
Maximum	78	76	78	82	79	83	82	82	84	81	83	85	85	82	85	84	85	86

Abb. 10

Die Altersgruppen der unter 19-jährigen sowie der über 70-jährigen Rehabilitand:innen bilden kontinuierlich den geringsten Anteil an den Gesamtfällen. Dennoch besteht beim Blick in die detaillierteren Auswertungen der vergangenen 18 Jahre und aus den Erfahrungen der Suchtberatung heraus ein anhaltender Bedarf an pädagogisch und suchtherapeutisch ausgerichteten Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Mit den ca. 300 dokumentierten stationären Rehabilitationen für die Jüngsten, überwiegend in Bezug auf die Indikation Drogenkonsum (88%, Verbandsauswertung Basisdokumentation 2022), kann bei weitem nicht dieser Bedarf gedeckt werden.

Mit Blick auf die in näherer Zukunft berenteten geburtenstarken Jahrgänge kann ein Anstieg der Bedarfe für die Gruppe der über 60- bzw. 70-Jährigen vermutet werden. Der zunehmenden Lebenserwartung und den psychosozialen Folgen von sich überlagernden Krisen könnte durch

<sup>2</sup> Auszug Basisdaten 2021/2022: Bezug von ALG II-Leistungen 2021 29,3 %; 2022 29,0 %, Rentner 2021 6,6 %; 2022 6,2 %

geeignete Präventionsangebote und den Erhalt ambulanter Beratungs-, Rehabilitations- sowie Selbsthilfestruckturen, die in sozialräumliche Aktivitäten eingebunden sind, Rechnung getragen werden. Diese Forderung wird auch durch den kontinuierlichen prozentualen Anstieg der Altersgruppe 60 – 69 Jahre gestützt. Diese Rehabilitand:innen befinden sich unmittelbar vor oder nach dem Altersrenteneintritt, mit den diesbezüglichen besonderen Entwicklungsaufgaben in diesem neuen Lebensabschnitt.

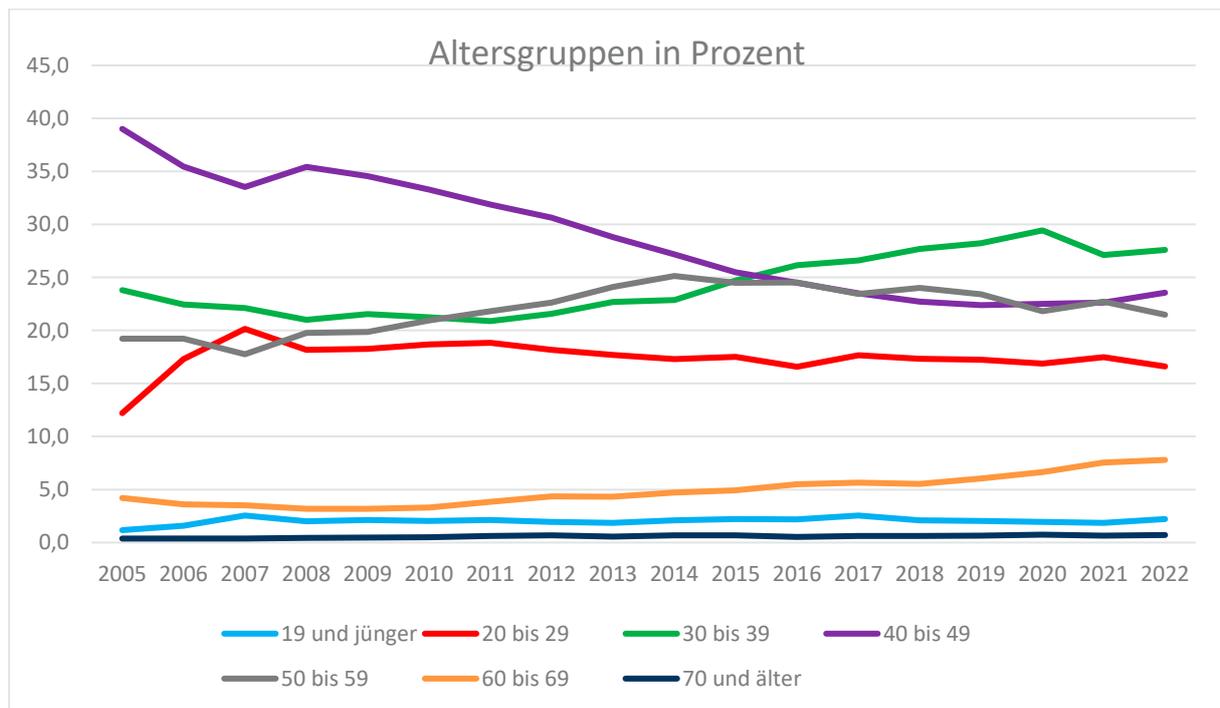


Abb. 11

Altersgruppen bei Betreuungsbeginn - Anzahl Fälle																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
19 und jünger	93	155	318	288	332	327	355	340	315	389	423	422	396	347	353	291	287	338
20 bis 29	971	1.699	2.516	2.615	2.854	3.000	3.145	3.165	3.024	3.224	3.343	3.202	2.762	2.883	3.006	2.522	2.727	2.532
30 bis 39	1.894	2.206	2.761	3.023	3.365	3.413	3.485	3.762	3.878	4.262	4.716	5.052	4.162	4.605	4.923	4.399	4.228	4.206
40 bis 49	3.104	3.484	4.185	5.100	5.397	5.348	5.317	5.338	4.923	5.063	4.870	4.734	3.673	3.780	3.904	3.362	3.528	3.592
50 bis 59	1.530	1.891	2.217	2.844	3.105	3.367	3.641	3.943	4.120	4.682	4.676	4.739	3.664	3.998	4.083	3.262	3.540	3.273
60 bis 69	334	355	439	458	499	531	642	760	738	879	941	1.063	883	922	1.052	994	1.177	1.187
70 und älter	30	38	49	62	72	81	102	117	98	124	128	104	96	103	115	111	101	109

Abb. 12

Bei der Altersgruppe 20 – 29 Jahre besteht bzgl. der Indikationen Drogen bzw. Alkohol und Medikamente erfahrungsgemäß ein Verteilungsverhältnis von 3:1. Die Altersgruppe ist in den letzten 18 Jahren relativ stabil geblieben. Hierdurch wird die o.g. Altersvariation zwischen den Indikationsgruppen maßgeblich geprägt.

Die größten Veränderungen der Zeitreihen zeigen sich in den drei Altersgruppen in der Spanne 30 – 59 Jahre, deren Linien sich in der Grafik annähern. Während der Anteil der Altersgruppe 40 – 49 Jahre seit 2005 um fast 20 % abgenommen hat und sich mit den 50- bis 59-Jährigen auf einem Niveau zwischen 20 und 25 % einpendelt, hat die Altersgruppe 30 – 39 Jahre prozentual zugelegt. In der jüngsten Jahrgangsauswertung 2022 ist die Altersgruppe 30 – 39 Jahre mit rund 27 % am

stärksten vertreten, dabei verteilen sich die Rehabilitanden dieser Altersgruppe nahezu gleichmäßig auf die Indikationen Drogen bzw. Alkohol. Womöglich gelingt es inzwischen besser, Menschen mit Substanzkonsumstörung etwas früher im Krankheitsverlauf durch medizinische Rehabilitation zu erreichen. (Abb. 11 und Abb. 12)

**Fazit:**

Trotz verhältnismäßig gleichem Mittelwert nimmt der Anteil an älteren und jungen Rehabilitand:innen zu. Die Heterogenität der Altersgruppen der Rehabilitand:innen stellt für die Einrichtungen eine zusätzliche Herausforderung in der Ausgestaltung ihrer altersgerechten Therapieangebote dar.

**Geschlechterverteilung**

Die prozentuale Geschlechterverteilung schwankt zwischen 21 % Frauen, 79 % Männer (2020) und 26,3 % Frauen, 73,7 % Männer (2005). Eine Gesetzmäßigkeit im Sinne einer linearen Entwicklung ist dabei nicht zu erkennen. Die Datenliste zeichnet ein leichtes Auf und Ab der Relation von männlichen und weiblichen Rehabilitand:innen. (Abb. 13)

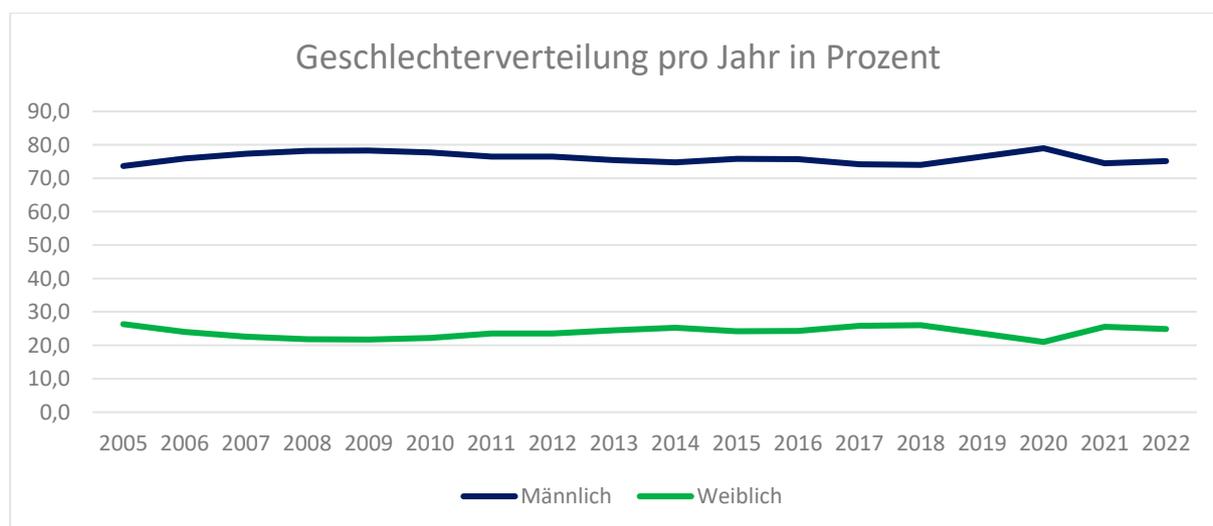


Abb. 13

Betrachtet man die absoluten Zahlen, also die reale Anzahl der behandelten Männer und Frauen, zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier liegt die niedrigste Zahl der behandelten Männer und Frauen im Jahr 2005 (2.097 Rehabilitandinnen, 5.864 Rehabilitanden) mit kontinuierlich ansteigender Anzahl. Die höchste Zahl behandelter Männer wird 2016 erreicht mit 14.617 Rehabilitanden. Die höchsten Zahlen der Rehabilitandinnen zeigen sich 2014 und 2016 mit 4.701 bzw. 4.699 behandelten Frauen. Die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationen für Männer steigt damit um das 2,5-fache, die der Frauen um das 2,3-fache. (Abb. 14 und Abb. 15)

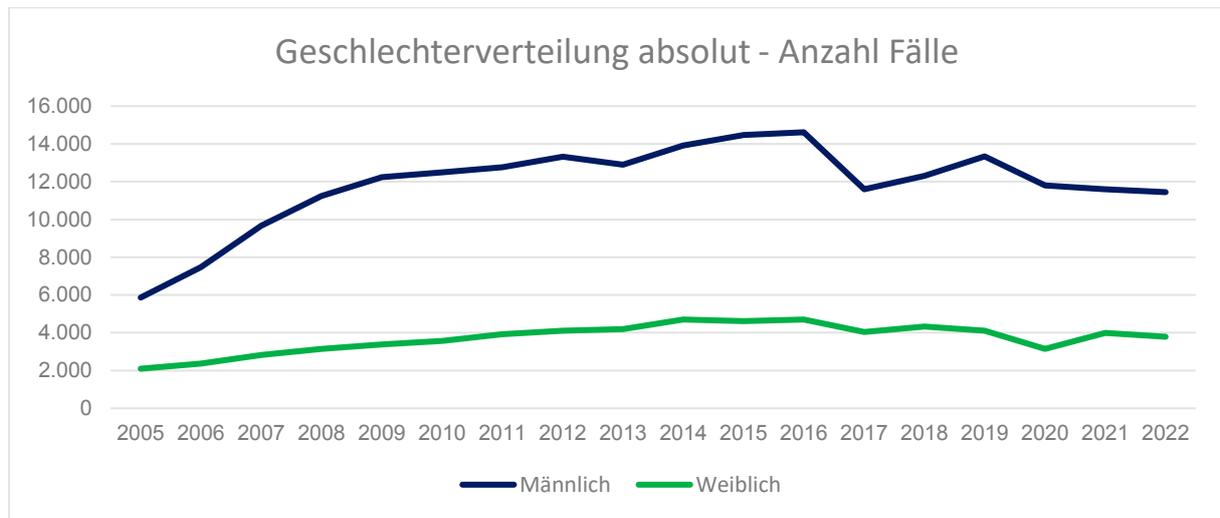


Abb. 14

Geschlechterverteilung pro Jahr - Anzahl Fälle																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Männlich	5.864	7.467	9.664	11.247	12.235	12.495	12.758	13.320	12.902	13.922	14.477	14.617	11.600	12.306	13.333	11.801	11.604	11.449
Weiblich	2.097	2.364	2.824	3.144	3.389	3.572	3.929	4.105	4.194	4.701	4.620	4.699	4.036	4.332	4.105	3.141	3.985	3.788

Abb. 15

Ab 2017 zeigen sich für beide Geschlechter verringerte Zahlen, vermutlich basierend auf veränderten Datenerhebungsinstrumenten, den KDS 3.0.

Auch durch COVID-19-bedingte Belegungsrückgänge zeigen sich deutlich, bei männlichen und weiblichen Rehabilitand:innen jedoch unterschiedlich. Während die Zahl der behandelten Männer zunächst von 2017 bis 2019 kontinuierlich steigt, sinkt sie 2020 deutlich, 2021 noch leicht und steigt 2022 wieder leicht an. Die Zahl der behandelten Frauen steigt zunächst deutlich an, sinkt dann 2019 und insbesondere 2020 (um fast ein Viertel ggü. 2019). 2021 steigt die Zahl der Rehabilitandinnen wieder deutlich an, sinkt 2022 wieder leicht.

Plätze für Entzugsbehandlungen standen nach einer coronabedingten starken Einschränkung ab 2021 sukzessive wieder mehr zur Verfügung, insbesondere für schwer erkrankte Patient:innen und als qualifizierte Entzugsbehandlung. Aus vielen Auswertungen wissen wir, dass im Vergleich der Quote substanzabhängiger Frauen in der Gesamtbevölkerung mit den behandelten Frauen in der Suchtrehabilitation prozentual mehr drogenabhängige als alkohol- bzw. medikamentenabhängige Frauen in die Entwöhnungsbehandlung kommen. Häufiger finden sich hier soziale, psychische und somatische Hochbelastungen als Behandlungsmotive bei den Betroffenen, meist mit dringendem, stationären Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf.

Das Bereitstellen ambulanter, ganztägig ambulanter und kombinierter Behandlungsmöglichkeiten seit 2008 konnte entgegen den Erwartungen augenscheinlich keine gravierende Erhöhung der Quote von Entwöhnungsbehandlungen für Frauen bewirken. Erschwerend hat sich möglicherweise ausgewirkt, dass vergleichsweise wenige Angebote für Frauen/Eltern mit Kindern bestehen bzw. der Zugang oft schwierig ist. Mindestens ebenso erschwerend könnte sich hier die zunehmend reduzierte Zahl an Entgiftungsplätzen für Frauen/Eltern mit Kindern auswirken. (Abb. 14 und Abb. 15)

## Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer für Rehabilitand:innen mit einer Alkoholabhängigkeit ist über den Zeitraum 2005 – 2021 im Mittelwert von 87,1 Tagen auf 85,2 Tage um 1,9 Tage (-1,70 %) zurückgegangen. Dabei lag in diesem Zeitraum die Standardabweichung recht konstant bei 33,5 – 38,6 Tagen zum Mittelwert.

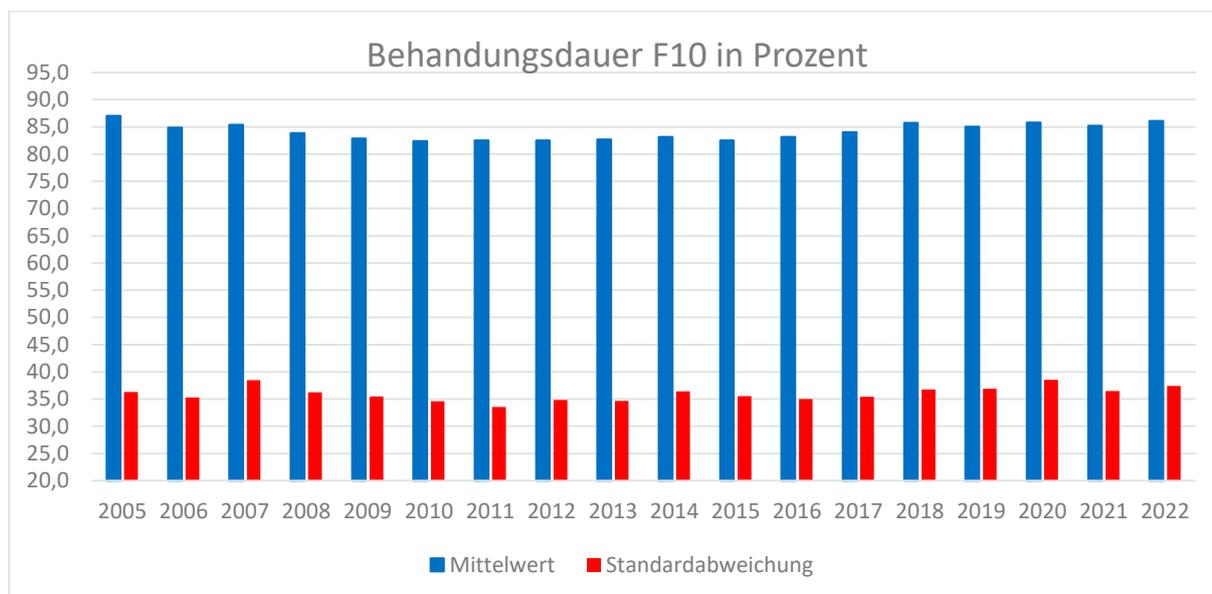


Abb. 16

Für die Rehabilitand:innen mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen ergibt sich im selben Zeitraum folgendes Bild: Im Mittelwert steigen die Behandlungstage leicht von 95,4 Tagen auf 99,4 Tage um 4 Tage (+4,2 %). Die Standardabweichung lag hier bei 58,7 – 69,0 Tagen.

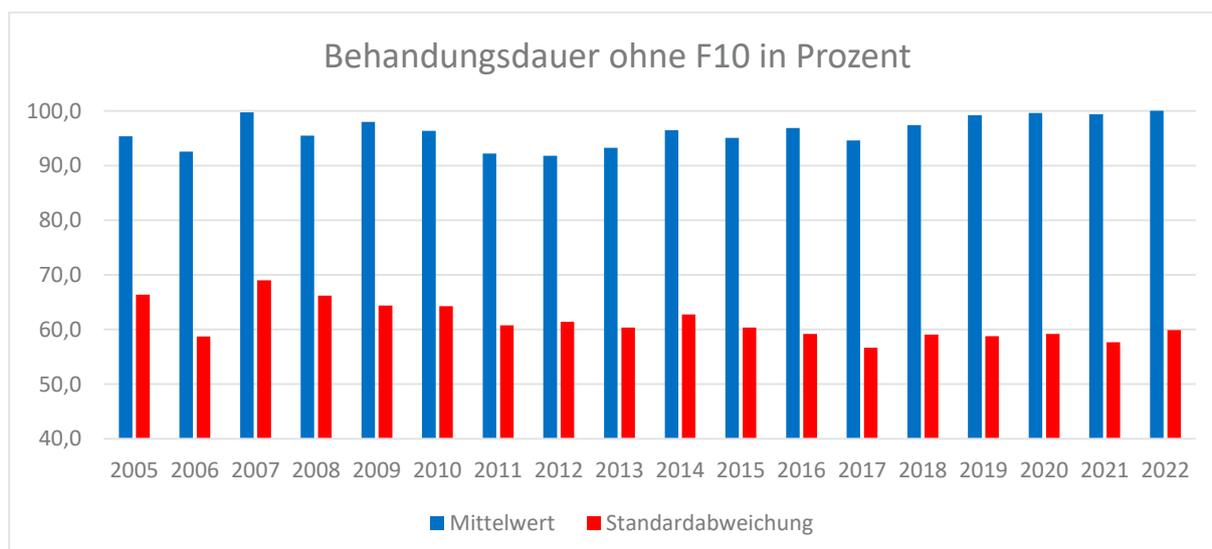


Abb. 17

Obwohl die Kostenzusagen für Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit zwischen 12 und 16 Wochen (84 – 112 Tage) und für Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose einer Abhängigkeit von illegalen Drogen zwischen 22 und 26 Wochen (154 – 182 Tage) je nach

Rentenversicherung liegen, unterscheidet sich der Mittelwert der Behandlungsdauer nur um ca. 14 Tage. Der Grund hierfür liegt wohl in den höheren Abbruchquoten für Rehabilitand:innen mit einer Drogenabhängigkeit, was sich auch in der deutlich höheren Standardabweichung im Vergleich zeigt. (Abb. 16 und Abb. 17)

## Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose in Prozent																		
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Keine Angabe	7,2	11,6	0,3	0,2	0,1	0,9	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,8	5,7	5,0	0,3	0,0	0,0	0,0
F10 Alkohol	79,4	70,0	74,1	77,3	76,7	74,8	73,8	74,8	74,3	74,2	70,1	69,2	63,5	63,7	62,9	61,8	63,4	62,6
F11 Opiode	5,9	8,2	11,6	9,3	9,1	8,8	9,2	7,5	7,5	6,8	7,3	6,4	4,9	5,8	4,9	5,2	4,4	4,5
F12 Cannabis	1,8	3,4	5,3	4,5	5,3	6,2	6,1	6,2	6,5	7,3	8,5	9,3	9,6	10,0	10,7	10,2	10,5	10,6
F13 Sedativa Hypnotika	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8
F14 Kokain	1,1	1,2	2,4	1,9	1,8	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	2,2	2,7	2,6	3,3	3,6	4,5	4,7	4,3
F15 Stimulanzien	0,3	1,1	1,9	1,9	1,8	2,0	3,0	3,6	4,2	4,8	6,2	6,0	5,4	5,2	5,1	4,5	4,6	5,9
F16 Halluzinogene	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F17 Tabak	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
F18 Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F19 Mehrfach abhängig	2,2	2,2	1,9	2,2	2,1	2,3	2,4	2,3	1,6	2,4	2,2	2,1	4,1	4,1	9,1	10,8	9,5	9,9
F50 Essstörungen	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
F55 Medikamenten missbrauch	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F63 Pathologisches Spielen	1,2	1,5	1,6	2,0	2,3	2,5	3,0	3,1	3,4	2,1	2,4	2,8	3,2	2,0	2,4	2,0	1,6	1,1
F68.8 F63.8 Exzessive Mediennutzung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3

Abb. 18

Die Hauptdiagnose Alkohol ging von 2005 mit 79,4 % bis zum Ende der Gültigkeit des KDS 2.0 im Jahr 2017 um 10,2 % auf 69,2 % zurück. Im Zeitraum von KDS 3.0 reduzierte sich der Anteil nochmals um 6,6 % auf 62,6 %. Gleichzeitig ist eine Zunahme von Menschen, die neben Alkohol weitere Suchtmittel konsumieren, zu beobachten. Des Weiteren wurde seit Einführung des KDS 3.0 die Hauptdiagnose anders erhoben.

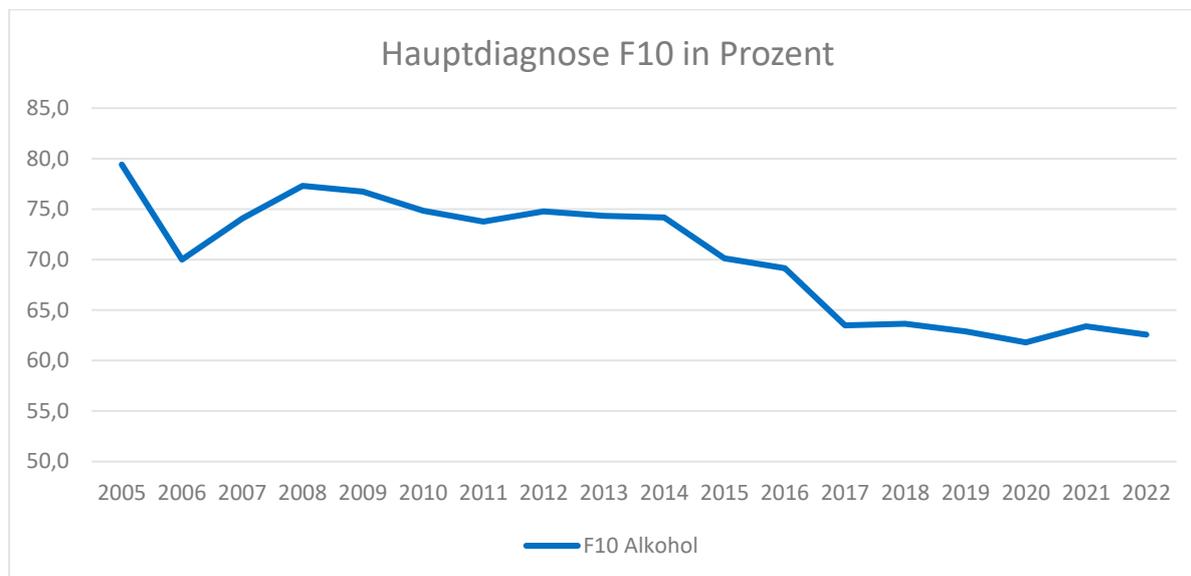


Abb. 19

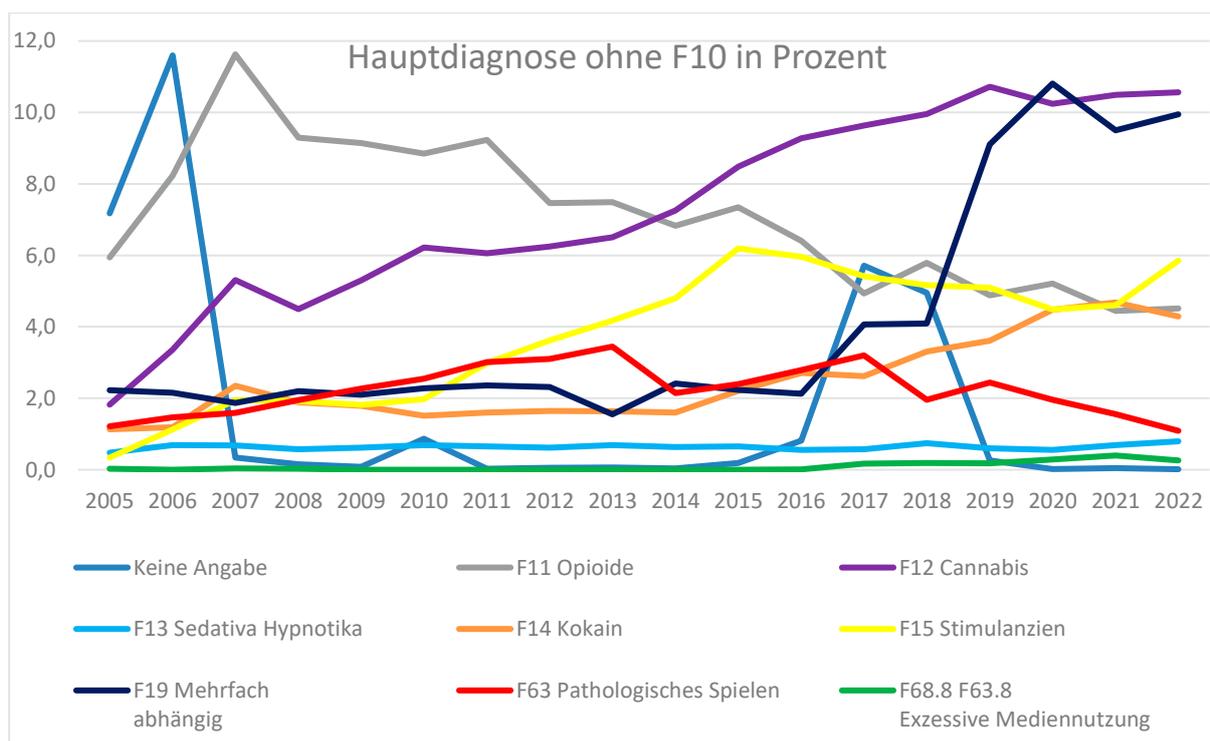


Abb. 20

Ebenfalls ging der Anteil der Hauptdiagnose für Opioiden deutlich vom Höhepunkt in 2007 mit 11,6 % bis 2016 auf 6,4 % zurück, und in den folgenden Jahren fiel er auf 4,5 % in 2022. Hier bleibt abzuwarten, ob der Wechsel von Heroin- auf medikamentösen Opioid-Konsum (z. B. Fentanyl, Oxycodon etc.) die Fallzahlen wieder ansteigen lässt.

Einen deutlichen Zuwachs erleben wir dagegen bei Cannabis von 1,8 % in 2005 auf 9,3 % in 2016 sowie einen weiteren Zuwachs auf 10,6 % in 2022. Dieser Zuwachs erklärt sich aus der Zunahme

der Cannabiskonsumenten in den letzten 20 Jahren, und es bleibt abzuwarten, ob mit der kontrollierten Abgabe von Cannabis ein weiterer Zuwachs dieser Hauptdiagnose einhergehen wird.

Der Anteil der aktivitätssteigernden Suchtmittel aus der Gruppe der Stimulanzien und Kokain ist ebenfalls von 2005 (1,4 %) bis 2016 (8,7 %) um 7,5 % gestiegen, der Anteil der Stimulanzien betrug dabei 6,0 %. Unter dem KDS 3.0 erfolgte eine weitere Steigerung auf 10,2 % in 2022. Dabei ergab sich ein Anteil der Stimulanzien von 5,9 %.

Im Reitox-Bericht 2022<sup>3</sup> (Karachaliou et al. 2022) wird berichtet, dass ab 2019 Kokain erstmals die wichtigste illegale Droge ist, gefolgt von Speed im Szenebereich der elektronischen Tanzmusik (Interviewumfrage Trendscout/Frankfurt a. M.). Ebenfalls wird berichtet, dass unabhängig von der Partyszene Stimulanzien vermehrt werktags konsumiert werden (Werse et al. 2020). Dies wäre ein Hinweis darauf, dass Stimulanzien in der Arbeitswelt zunehmend im Sinne des Neuroenhancements eingenommen werden.

Der Anteil der Fälle mit Polytoxikomanie blieb im Zeitraum 2005 – 2016 fast unverändert (2,2 % vs. 2,1 %). Mit der neuen Form der Erhebung der Hauptdiagnose unter KDS 3.0 ergab sich ein deutlicher Anstieg um 7,8 % auf 9,9 % für 2022. Insgesamt ist ein Anstieg von Mehrfachkonsument:innen zu verzeichnen. Ein Grund für diesen Anstieg liegt in der unterschiedlichen Diagnosestellung der Einrichtungen sowie in den Vorgaben des KDS 3.0. Manche Einrichtungen kodieren die Hauptdiagnose prinzipiell bei Vorliegen von Abhängigkeit/Missbrauch von drei Suchtmitteln, ausgenommen Nikotin. Andere vergeben die Diagnose Mehrfachabhängigkeit nur bei einem wahllosen Konsum von mindestens drei Suchtmitteln.

Pathologisches Spielen ist im gesamten Zeitraum von 2005–2022 mit 1,1 – 1,2 % gleichgeblieben. Der Anteil an exzessiver Mediennutzung ist im Erhebungszeitraum in den letzten sechs Jahren für die Einrichtungen mit 0,2 – 0,4 % unbedeutend klein geblieben. Dies hängt mit der bisherigen Zuweisungspraxis der Leistungsträger, Menschen mit exzessiver Mediennutzung eher in psychosomatische Einrichtungen zu schicken, zusammen. Hier bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Zuweisungspraxis aufgrund der Entwicklungen im DSM-V und ICD-11 ändern wird.

Für die Hauptdiagnosen Sedative (0,5 – 0,8 %), Essstörungen (0,0 – 0,1 %), Tabak (0,0 – 0,1 %), Lösungsmittel (0,0 %) und Medikamentenmissbrauch (0,0 %) haben sich im Zeitraum von 2005 – 2022 keine wesentlichen Veränderungen ergeben. (Abb. 18 – 20)

---

<sup>3</sup> [https://www.dbdd.de/fileadmin/user\\_upload\\_dbdd/05\\_Publikationen/PDFs/REITOX\\_BERICHT\\_2022/REITOX\\_Bericht\\_2022\\_DE\\_WB\\_03\\_Drogen.pdf](https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_03_Drogen.pdf)

## Entlassungsart

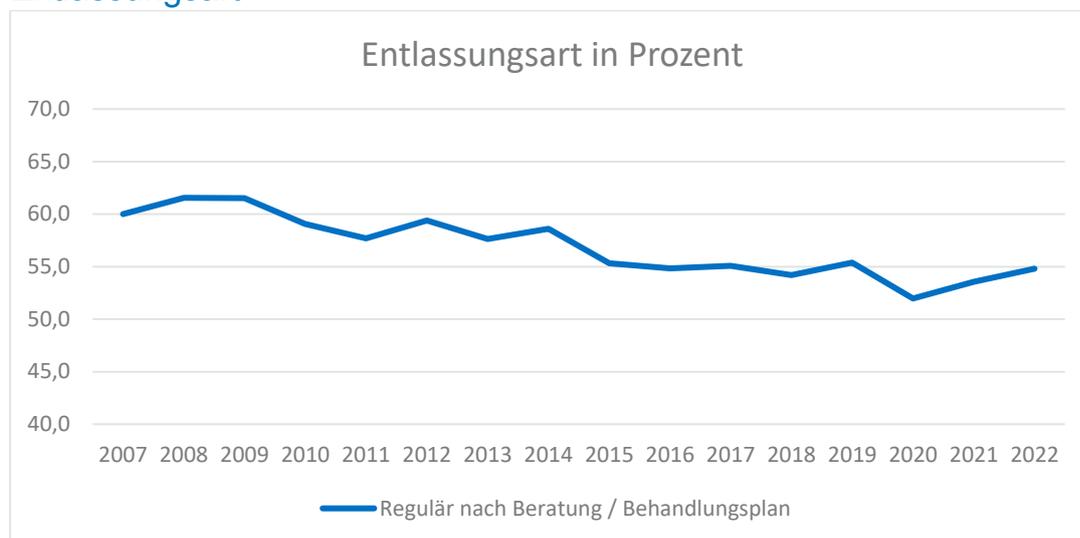


Abb. 21

Die Items zur Entlassungsart wurden erst mit dem KDS 2 ab dem Jahr 2007 erfasst.

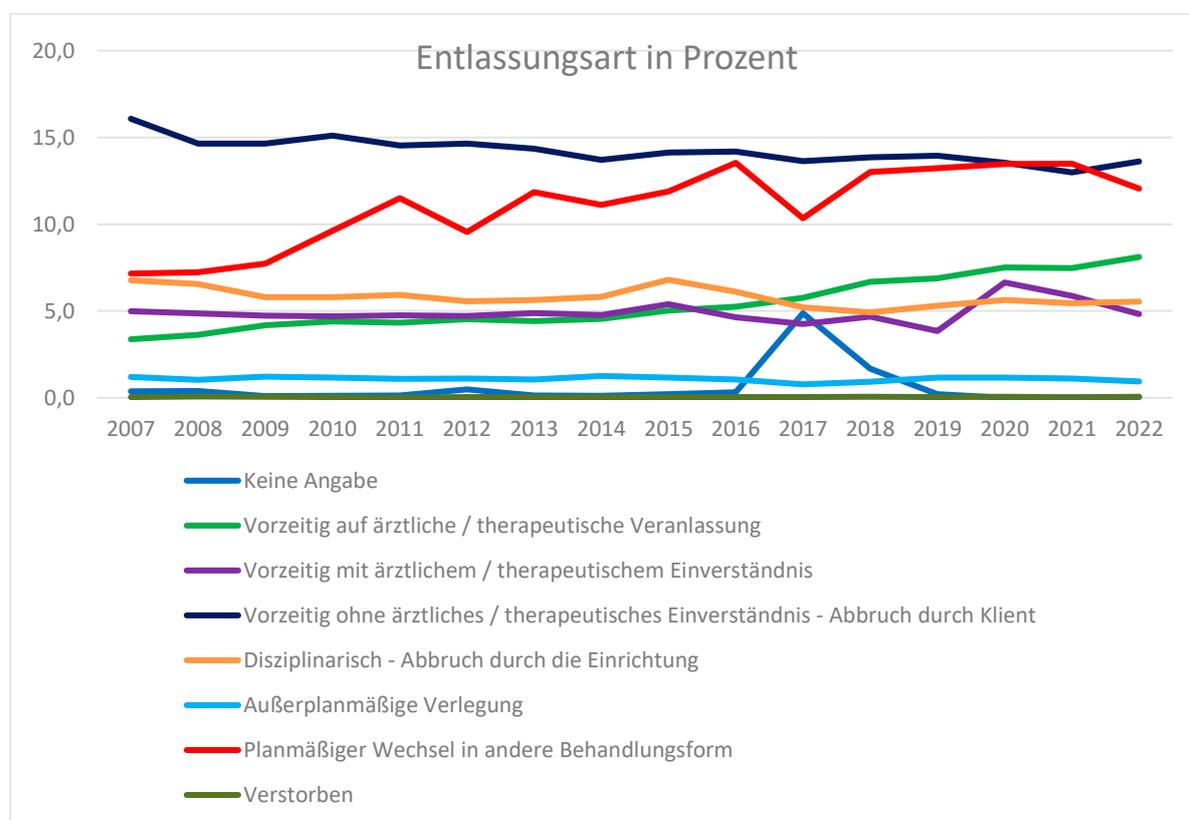


Abb. 22

Die regulären Entlassungen sinken vom Jahr 2007 mit 60,0 % auf 53,6 % im Jahr 2021 um 6,4 %. Erfreulicherweise steigt in diesem Zeitraum die Entlassungsart „Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ um 6,3 % von 7,2 % auf 13,5 %. Dies liegt wohl darin begründet, dass zunehmend Kombibehandlungen oder vermehrt nach stationärer Rehabilitation Anschlussbehandlungen wie Adaption sowie (ganztägig-) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen beantragt und durchgeführt werden.

Entlassungsart in Prozent																
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Keine Angabe	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,2	0,3	4,9	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0
Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	60,0	61,6	61,5	59,1	57,7	59,4	57,6	58,6	55,3	54,8	55,1	54,2	55,4	52,0	53,6	54,8
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	3,4	3,6	4,2	4,4	4,3	4,5	4,4	4,5	5,0	5,2	5,8	6,7	6,9	7,5	7,5	8,1
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	5,0	4,9	4,7	4,7	4,8	4,7	4,9	4,8	5,4	4,6	4,3	4,7	3,8	6,6	5,9	4,8
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis - Abbruch durch Klient	16,1	14,7	14,7	15,1	14,5	14,6	14,4	13,7	14,1	14,2	13,6	13,9	14,0	13,5	13,0	13,6
Disziplinarisch - Abbruch durch die Einrichtung	6,8	6,6	5,8	5,8	5,9	5,6	5,6	5,8	6,8	6,1	5,2	4,9	5,3	5,6	5,5	5,5
Außerplanmäßige Verlegung	1,2	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1	0,8	0,9	1,2	1,2	1,1	1,0
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	7,2	7,2	7,7	9,6	11,5	9,5	11,9	11,1	11,9	13,5	10,3	13,0	13,2	13,5	13,5	12,1
Verstorben	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1

Abb. 23

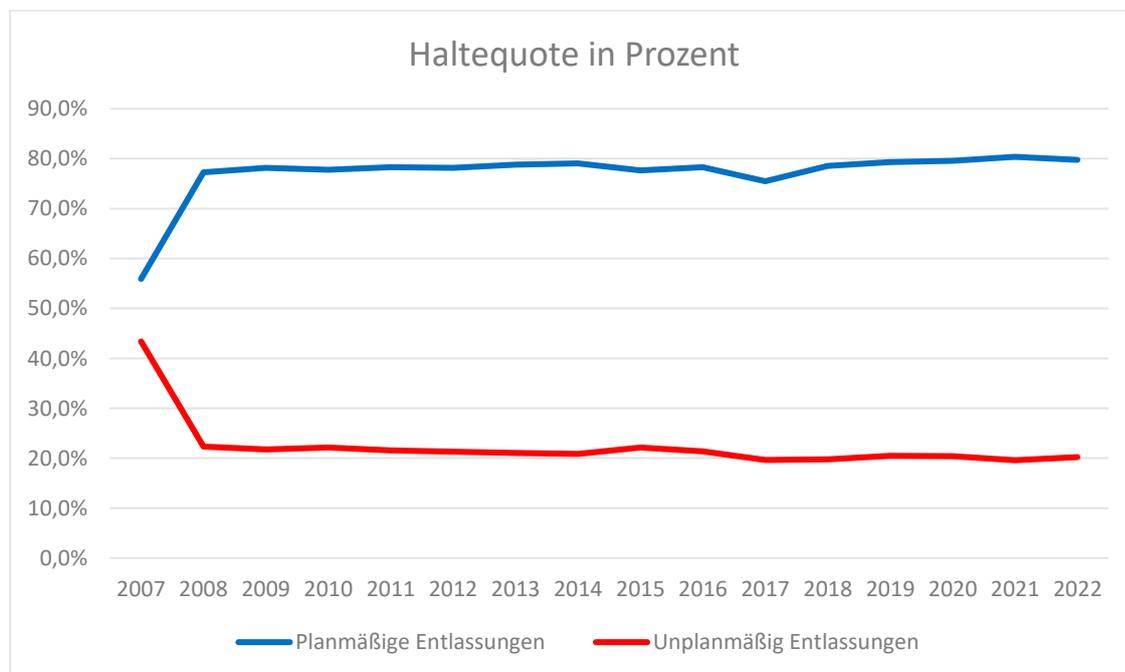


Abb. 24

Der Anteil planmäßiger Entlassungen hat sich über diesen langen Zeitraum kaum geändert und beträgt im Mittel etwa 78,4 %. Im Bereich der außerplanmäßigen Entlassungen sind die

Entlassungen „Disziplinarisch - Abbruch durch die Einrichtung“ von 6,8 % auf 5,5 % und die Entlassungen „Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis - Abbruch durch Klient“ von 16,1 % auf 13,6 % gesunken. Dafür sind die Entlassungen „auf ärztliche / therapeutische Veranlassung“ von 3,4 % auf 8,1 % gestiegen. Dies spricht für ein zeitnahes aktives Handeln der Reha-Einrichtung z. B. bei Motivationsproblemen im Reha-Prozess, rechtzeitige Beendigung der Reha-Maßnahme, bevor die Rehabilitandin/der Rehabilitand die Maßnahme abbricht oder eine disziplinarische Entlassung droht.

Die deutlich erhöhten Werte für „Keine Daten“ in 2017 (4,9 %) und 2018 (1,7 %) sind wohl der Einführung des neuen Kerndatensatzes 3.0 zuzuschreiben.

#### Fazit:

Es bleibt festzuhalten, dass insgesamt in Bezug auf die Behandlungsdauer – bei leichtem Rückgang im Alkoholbereich und leichtem Anstieg im Bereich der illegalen Drogen – die planmäßigen Entlassungsformen als Marker für die Prozessqualität unverändert geblieben sind. Insbesondere der Anstieg der Rehabilitand:innen, die von einer Reha-Einrichtung in eine weiterführende Rehabilitationsbehandlung gehen, lässt die Vermutung zu, dass Reha-Einrichtungen sich zunehmend als ein Element eines Behandlungsnetzes verstehen und über den Aufenthalt in der eigenen Einrichtung hinaus gemeinsam mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden eine einrichtungsübergreifende Gesamtrehabilitations-Planung umsetzen. Im Sinne der Versorgungsforschung wäre es wünschenswert, bei kombinierten Reha-Behandlungen die Rehabilitand:innen in Bezug auf die Basisdokumentation und Katamnese ebenfalls über den gesamten Reha-Verlauf zu erfassen und die Fälle auszuwerten. Ein weiterer Schritt wäre dann, diese Ergebnisse mit Reha-Maßnahmen in nur einer Reha-Einrichtung zu vergleichen. Hier könnten sich relevante Hinweise auf eine passgenaue Behandlung im Sinne der teilhabeorientierten Rehabilitation ergeben. (Abb. 21 bis Abb. 24)

## Teilhabe als Ziel der Rehabilitation

### Erwerbstätigkeit – Entwicklung in Deutschland

Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit ist seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland von zahlreichen regionalen und globalen Wandlungsprozessen beeinflusst worden. Soll in der Folge ein Blick auf die Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Rehabilitand:innen der Suchtrehabilitation mithilfe der Erkenntnisse aus 18 Jahren Datenerhebung des bus geworfen werden, empfiehlt sich eingangs ein kurzer Blick zurück.

Die ersten Jahre der neu gegründeten Bundesrepublik waren von der Überwindung der wirtschaftlichen, politischen und sozialen Folgen des zweiten Weltkrieges geprägt. Die Arbeitslosenquote war hoch, viele Menschen mit dem Überleben beschäftigt. Unter anderem durch den Marschall-Plan begünstigt, erlebte die Bundesrepublik in den sechziger Jahren das sogenannte Wirtschaftswunder, das zu einer tendenziellen Vollbeschäftigung führte. In dieser Zeit des Arbeitskräftemangels begannen auch die Anwerbeverfahren für Arbeitnehmer aus südeuropäischen und nordafrikanischen Ländern, die als sogenannte Gastarbeiter zum wirtschaftlichen Erfolg der Bundesrepublik beitrugen.

In den Jahren nach 1970 war der Arbeitsmarkt von gravierenden Umbrüchen geprägt. Zu nennen sind der Wandel im Bergbau (Zechensterben), die Ölkrise (1973) und in den Folgejahren die

Stahlkrise. Einerseits erlebte die Industrie eine zunehmende Automatisierung, was einen Wegfall von Arbeitsplätzen zur Folge hatte. Andererseits war die Förderung von Steinkohle in Deutschland teuer und die Produktion von Stahl war durch die zunehmende internationale Konkurrenz getrieben. Die Globalisierung der Wirtschaft bewirkte eine Reduktion der rohstofffördernden und grundstoffzeugenden Industrien mit großen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Die Zechen im Ruhrgebiet wurden für den Erhalt von Arbeitsplätzen zunächst staatlich subventioniert. Es folgten Ausstiegs- und Sozialpläne für die freiwerdenden Mitarbeiter. In der Metallindustrie waren die Stilllegung der Völklinger Hütte im Saarland im Jahr 1987 und der Kampf um das Krupp Stahlwerk in Duisburg Rheinhausen ab 1987 Höhepunkte der Stahlkrise. Das Stahlwerk Rheinhausen schloss endgültig 1993. In der Metallindustrie fusionierten Konzerne (z. B. ThyssenKrupp GmbH 1997).

Die Arbeitslosenquote nahm ab 1974 kontinuierlich zu. Dabei führten Rezessionen zur Erhöhung der Arbeitslosenzahlen, bei Progressionen erfolgte aber kein gleichwertiger Abbau der Arbeitslosenquote.

Eine besonders bedeutsame Herausforderung mit Wirkung auf die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt bestand in der Deutschen Einheit. Der Deutschen Einheit folgten ein Transformationsschock und die sogenannte Abwicklung von nicht konkurrenzfähigen ostdeutschen Betrieben, was hohe Arbeitslosenquoten zur Folge hatte.<sup>4 5 6</sup>



Abb. 25

<sup>4</sup> vgl. Website der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): Transformationsschock  
<https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/501258/transformationsschock>

<sup>5</sup> Die Kosten und Erträge der Wiedervereinigung Deutschlands | Lange Wege der Deutschen Einheit | bpb.de  
<https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/47534/die-kosten-und-ertraege-der-wiedervereinigung-deutschlands/>

<sup>6</sup> Daten und Fakten: Arbeitslosigkeit | Arbeitsmarktpolitik | bpb.de  
<https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/305833/daten-und-fakten-arbeitslosigkeit/>

So entstand in der Zeit der Regierung von Bündnis 90/Die Grünen und der SPD von 1998 bis 2005 zunehmend Handlungsdruck für die politischen Akteure, um auf die wirtschaftlichen Probleme des Landes und die stetig steigende Arbeitslosigkeit zu reagieren. (Abb. 25)

Waren zuvor viele potenziell arbeitsfähige Menschen im System von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe ohne nennenswerte Reintegrationschancen auf dem Arbeitsmarkt, zeigte sich zunehmend auch die Sozialhilfe, mit der der Sozialstaat das soziokulturelle Existenzminimum sichert, durch einen hohen Anteil potenziell arbeitsfähiger Menschen belastet. Hier wurden Instrumente der Arbeitsförderung, z. B. Maßnahmen des Programms „Arbeit statt Sozialhilfe“, entwickelt, um diese Menschen aus der Sozialhilfebedürftigkeit herauszuführen und zumindest in das Sozialversicherungssystem von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe zu überführen.

In der rotgrünen Regierung bildete die *Agenda 2010* den Beginn eines Umstrukturierungsprozesses des Sozialleistungssystems, welcher in die sogenannten Hartz-Gesetze und die Hartz IV-Reform zur Einführung des SGB II als Grundsicherung für Arbeitssuchende mündete. Damit waren ab dem 01.01.2005 erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger und vormals Empfänger der Arbeitslosenhilfe zusammengefasst.

Mit dem SGB II wurde schließlich das Prinzip des „Förderns und Forderns“ in den Gesetzestext geschrieben.

Mit der Einführung des SGB II zur Regelung des Arbeitslosengeldes II und den damit verbundenen gravierenden Veränderungen in der sozialstaatlichen Bekämpfung der Arbeitslosigkeit zeigt sich in der allgemeinen Statistik der Arbeitslosenzahlen ab 2005 ein stetiger Abwärtstrend der Arbeitslosenquote.

So lag die Arbeitslosenquote in der Gesamtbevölkerung 2005 bei einem Höchstwert von 11,7 %, im Jahr 2007 noch bei 9 % und reduzierte sich auf 7,8 % im Jahr 2008.

Die Erholung des Arbeitsmarktes ging allerdings auch einher mit einer Zunahme der Zeitarbeit und von gering bezahlten Beschäftigungsverhältnissen.<sup>7</sup>

Der Anstieg der Arbeitslosigkeit ab 2009 ist im Zusammenhang mit der Banken- und Wirtschaftskrise der Jahre 2009 – 2010 zu verstehen. Im weiteren Verlauf zeichnete sich ein kontinuierlicher Abwärtstrend der Arbeitslosenquoten ab bis zu dem vorläufig niedrigsten Wert der Arbeitslosenquote von 5 % im Jahr 2019. Die Zunahme der Arbeitslosigkeit ab dem Jahr 2020 dürfte unter anderem auf die gesellschaftlichen Herausforderungen der Corona-Pandemie und ihre Wirkung auf den Arbeitsmarkt zurückzuführen sein. In diese Zeit fallen auch der sogenannte BREXIT, der Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union, und die damit verbundenen wirtschaftlichen Unsicherheiten und nicht zuletzt die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen des Ukrainekrieges auf Teilhabechancen und Teilhabersiken der Bevölkerung und

---

<sup>7</sup> Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Entwicklungen in der Zeitarbeit, Nürnberg, Juli 2022.

insbesondere der Rehabilitand:innen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter.<sup>8</sup>  
(Abb. 26)

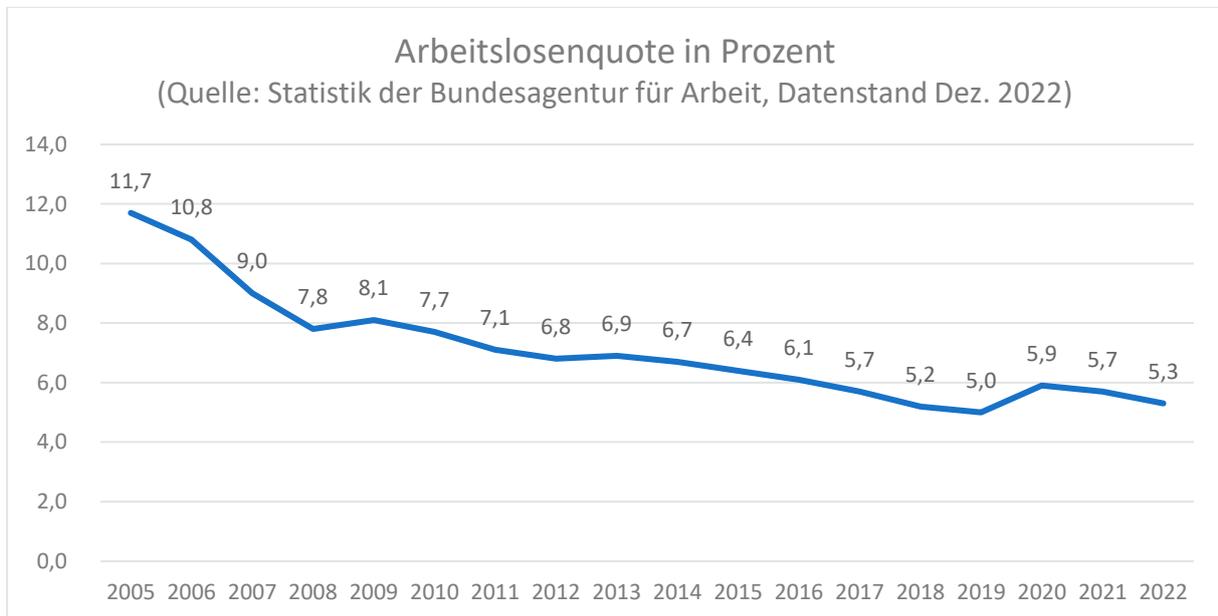


Abb. 26

## Erwerbstätigkeit – Ergebnisse aus der Basisdokumentation

Im Folgenden soll nun näher auf die statistischen Daten aus 18 Jahren Datenerhebung des bus. e.V. eingegangen werden.

Es ist allgemein anerkannt, dass Abhängigkeitserkrankungen ein Risiko für die Erwerbsfähigkeit und auch die Integration in den Arbeitsmarkt sind. Zusätzlich besteht in einer Langzeitarbeitslosigkeit ein erhebliches Risiko, anfälliger zu werden für psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen.<sup>9</sup>

Entsprechend liegt der Anteil arbeitsloser Rehabilitand:innen, die sich in Behandlung ihrer Abhängigkeit begeben, wie Abbildung 27 zeigt, im Mittel bei etwa 50 % aller Behandelten und somit weit über der Arbeitslosenquote in der Gesamtbevölkerung.

Ausgehend von der allgemeinen Reduktion der Arbeitslosigkeit in Deutschland könnte man annehmen, dass sich im Verlauf auch die Arbeitslosigkeit von Menschen, die eine Rehabilitation bei einer Abhängigkeitserkrankung beginnen, verringert. Betrachtet man hingegen die durch den

---

<sup>8</sup> Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Datenstand Dezember 2022: Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf: Einzelausgaben - Statistik der Bundesagentur für Arbeit (arbeitsagentur.de)

<sup>9</sup> vgl. Thaller/Specht/Künzel/Braun 2017 und auch Henkel/Schröder 2015

KDS erfassten Statistikdaten des bus., so fällt auf, dass die stationäre Suchtrehabilitation augenscheinlich nicht von der positiven Entwicklung des allgemeinen Arbeitsmarktes profitiert.

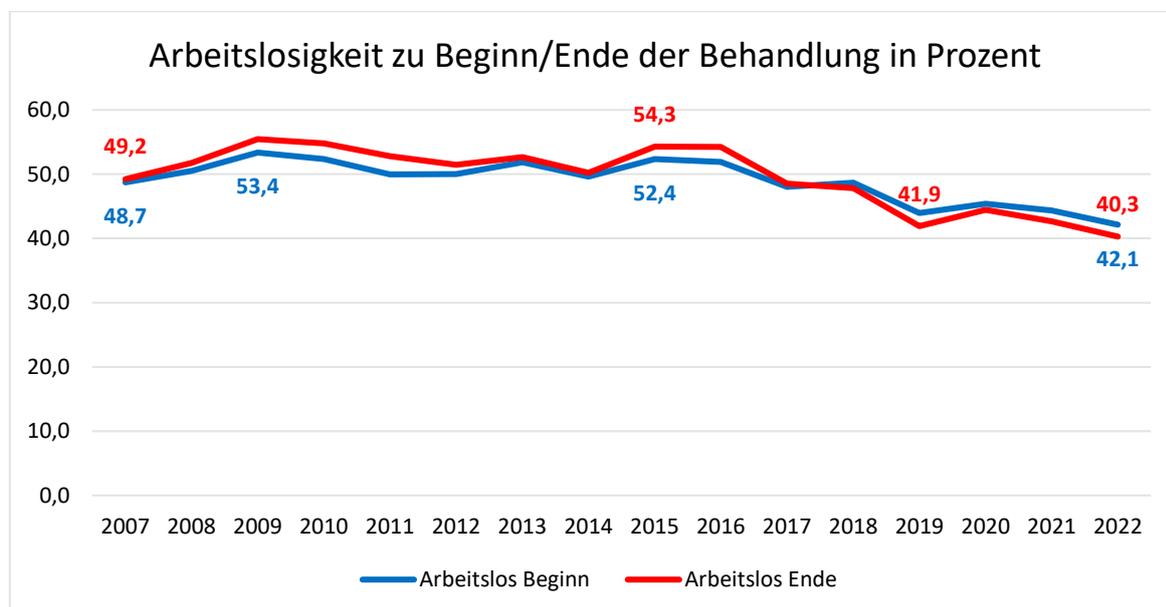


Abb. 27

Da für die Jahre 2005 und 2006 keine auswertbaren Statistikdaten des bus. für die Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Rehabilitanden in stationärer Suchtrehabilitation vorliegen, beginnt die Auswertung mit dem Jahr 2007.

Der Anteil arbeitsloser Rehabilitand:innen zu Beginn der Behandlung ist 2007 mit 48,7 % bereits sehr hoch und steigt bis zum Jahr 2009 auf 53,4 %, bleibt in den Folgejahren bei Werten um 50 % und nimmt in den Jahren 2015 und 2016 um etwa 2 Prozentpunkte auf 52,4 % zu. Ebenso nimmt der Anteil arbeitsloser Rehabilitand:innen am Ende der Behandlung zu, auf 54,3 %. Erst ab 2017 nimmt der Anteil arbeitsloser Rehabilitanden erkennbar ab.

Es gibt mehrere Erklärungsansätze für die geringe Korrelation der Entwicklung des allgemeinen Arbeitsmarktes und der erwerbsbezogenen Problemlagen von Patienten der stationären Suchtrehabilitation. Ein Faktor könnte in den generellen Konsequenzen von Abhängigkeitserkrankungen liegen, denen ein hohes Risiko für das Scheitern beruflicher und sozialer Teilhabe immanent zu sein scheint, unabhängig von Gegebenheiten des Arbeitsmarktes. Ein weiterer Faktor könnte die Veränderung der Zugangswege in stationäre Rehabilitation und damit die Veränderung der Rehabilitanden-Gruppe sein, die stationäre Behandlungen antritt. Falls mehr erwerbstätige Rehabilitand:innen ambulante Rehabilitationsleistungen anstreben, kommen möglicherweise mehr Rehabilitand:innen mit größeren Teilhabebehmnissen (arbeitslos) in die stationäre Rehabilitation.

Auffällig ist zudem, dass bis zum Jahr 2017 die Quote der Arbeitslosen zum Behandlungsende durchgehend etwas höher liegt als zu Beginn der Rehabilitation. Es ist anzunehmen, dass die Zunahme unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass bereits Kündigungen vorlagen, vorhandene Arbeitsbedingungen ein Rückfallrisiko darstellten oder soziale Teilhabe Probleme, die während der Reha erst deutlich wurden (Trennungen, Wohnungsverlust, Verschuldung, gesundheitliche Folgeprobleme der Abhängigkeit usw.), eine Rückkehr in Arbeit verhinderten. Erst ab 2018 ist der Anteil Arbeitsloser bei Entlassung geringer als zu Beginn der Rehabilitation. Dieser

Trend setzt sich bis zum Jahr 2022 fort. Einflussfaktoren könnten die veränderte Erfassung im KDS 3.0 ab 2017 sowie die Entwicklung des Arbeitsmarktes sein.

Diese Reduktion von Arbeitslosigkeit im Verlauf der Rehabilitation dürfte ihre Wurzeln in mehreren, kaum in ihrer Einzelwirkung zu trennenden Faktoren haben. Einerseits haben sich durch den zunehmenden Arbeitskräftemangel auf dem Arbeitsmarkt Vermittlungsbedingungen in den letzten Jahren verbessert. Auch durch die Implementierung der BORA-Empfehlungen und weiterer Maßnahmen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dürfte ein größeres Augenmerk auf die Förderung beruflicher Teilhabe und verbesserte Kooperation mit den Akteuren des Arbeitsmarktes gelegt worden sein. (Abb. 27)

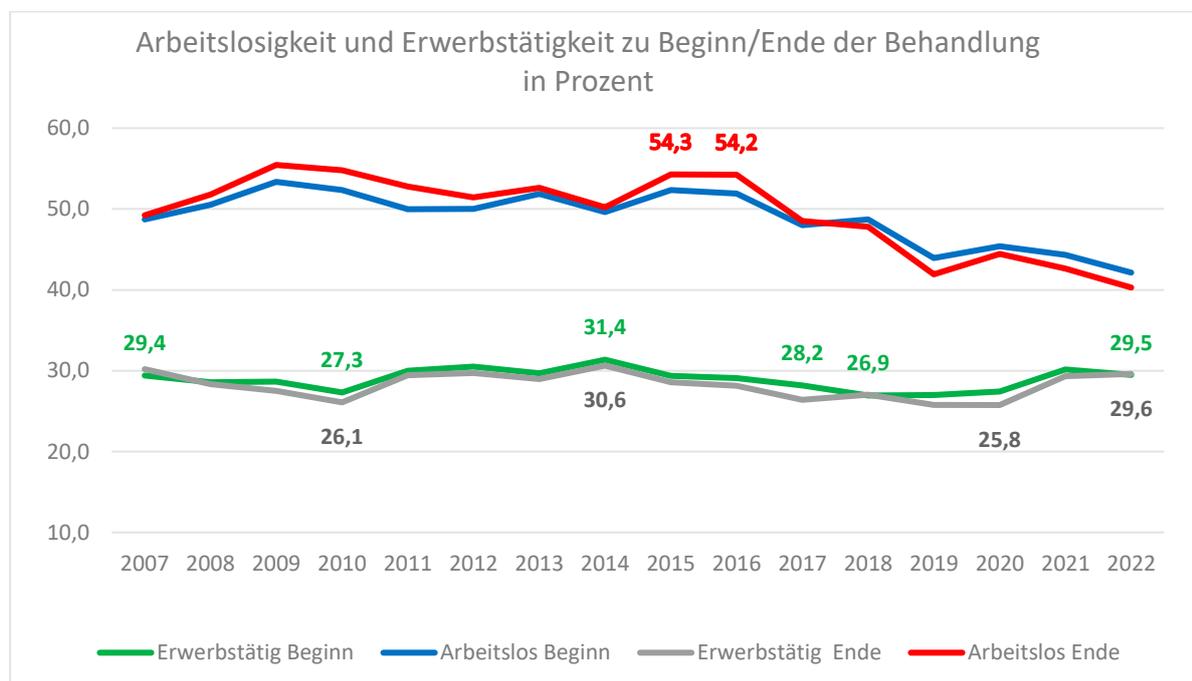


Abb. 28

Betrachtet man nun den prozentualen Anteil von Menschen, die eine Suchtrehabilitation als Erwerbstätige beginnen und mit dem (erneuten) Wechsel in Erwerbstätigkeit beenden, fällt zunächst auf, dass diese Quoten nicht im gleichen Maße schwanken wie der Anteil der arbeitslosen Rehabilitand:innen.

In den Jahren 2007 bis 2010 fällt der Anteil der Erwerbstätigen zu Behandlungsbeginn von 29,4 % auf 27,3 %, erhöht sich dann auf bis zu 31,4 % im Jahr 2014. Während die Quote der Arbeitslosen in Reha nach dem Höchststand der Jahre 2015 und 2016 trotz weiterer Schwankungen deutlich sinkt, nimmt der Anteil von Rehabilitanden in Erwerbstätigkeit von 2014 bis 2018 sogar um 4,5 % ab. Erst ab 2019 steigt der Anteil Erwerbstätiger in der Rehabilitation wieder an. Dabei verbessert sich auch die Quote der Erwerbstätigkeit zum Ende der Rehabilitation und liegt 2022 um 0,1 % über der Erwerbstätigkeitsquote bei Rehabilitationsbeginn. (Abb. 28)

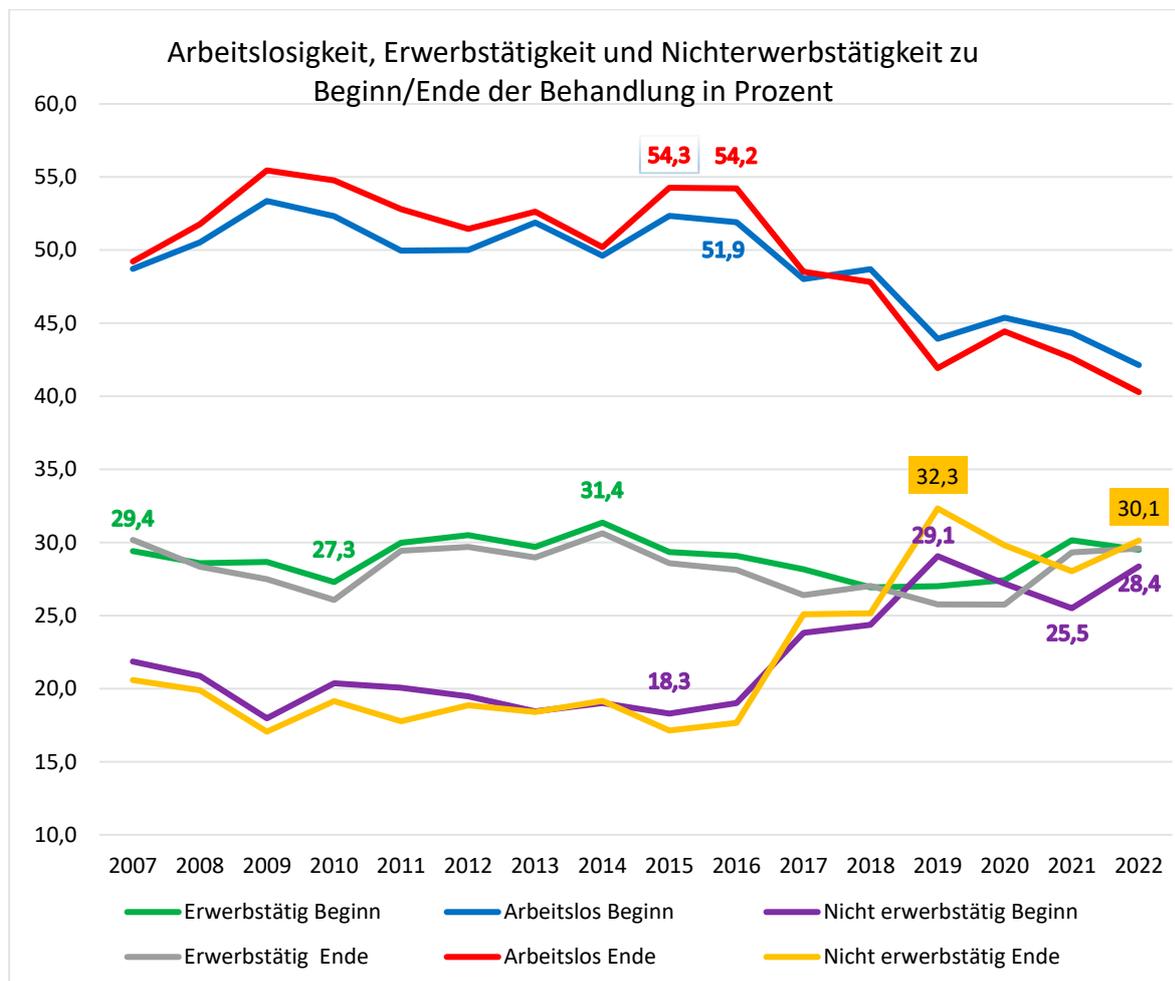


Abb. 29

Erst durch die Zusammenschau der Anteile sowohl der Arbeitslosen, Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen in der Gesamtauswertung von 18 Jahren Basisdaten zeigt sich, dass die Abnahme der Arbeitslosen ab dem Jahr 2016 nicht auf eine starke Zunahme erwerbstätiger Rehabilitand:innen zurückzuführen ist, sondern der Anteil nicht erwerbstätiger Rehabilitand:innen sich vom Jahr 2015 von 18,3 % deutlich bis zum Jahr 2019 auf 29,1% erhöht hat. Zudem werden im gleichen Jahr 32,3 % aller Rehabilitand:innen als Nichterwerbstätige entlassen.

In den drauffolgenden Jahren sinkt die Zahl der Nichterwerbstätigen bis zum Jahr 2021 auf 25,5 % Anteil an allen Rehabilitand:innen, liegt damit aber immer noch deutlich über relativ stabilen Anteilen der Jahre von 2007 bis 2016. Im Jahr 2022 ist ein erneuter Anstieg der Nichterwerbstätigen zu verzeichnen. Der Anteil liegt bei 28,4 % bei Behandlungsbeginn und 30,1% zum Entlassungszeitpunkt.

**Fazit:**

Es ist anzunehmen, dass die einerseits verringerten Arbeitslosenquoten des allgemeinen Arbeitsmarktes bei gleichzeitigem globalem Veränderungsdruck und Unsicherheiten in den Jahren seit 2005 dazu führen, dass Menschen sich später in Rehabilitation begeben. Die wirtschaftlichen Krisen im Berichtszeitraum und die weltpolitischen Ereignisse könnten Einfluss auf die Entscheidung haben, trotz Abhängigkeitserkrankung und deren Folgeprobleme länger in Arbeit zu bleiben, bevor dann doch die Entscheidung zu einer Rehabilitation fällt.

Ein allgemeiner Trend in der Entwicklung des professionellen Suchthilfesystems liegt in der Zunahme ambulanter Rehabilitationsbehandlungen und hierdurch veränderte Zugangsbedingungen für die stationäre Rehabilitation. Möglicherweise werden in ambulanter Rehabilitation zunehmend auch Menschen erreicht, für die das Suchthilfesystem früherer Zeiten zu hochschwellig war.

Ein letzter Faktor mit Einfluss auf die beschriebenen Entwicklungen besteht in den Bemühungen der Leistungsträger um Stärkung des Erwerbsbezuges in der medizinischen Suchtrehabilitation und der damit einhergehenden stärkeren Konzentration auf erwerbsbezogene Maßnahmen während der Rehabilitation. Hierdurch werden einerseits Menschen bei der Überwindung erwerbsbezogener Probleme bereits durch zielgenauere Interventionen während der Behandlung unterstützt, was den oben beschriebenen Zugewinn an Erwerbstätigkeit zum Behandlungsende mit erklären dürfte, andererseits wird auch der Blick für Erwerbsunfähigkeit geschärft. Dies könnte mitursächlich für die Zunahme der Nichterwerbstätigen zum Behandlungsende ab dem Jahr 2017 sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in den kommenden Jahren die Entwicklung der Erwerbssituation von Menschen, die in eine stationäre Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen kommen, weiter beobachtet werden muss. Behandlungskonzepte und auch die materielle und personelle Ausstattung der Rehabilitation werden auf die Zunahme nicht erwerbstätiger Menschen Antworten finden müssen. Leistungsträger und Akteure der sozialen Sicherungssysteme und des Arbeitsmarktes müssen gemeinsam mit der medizinischen Suchtrehabilitation besser verzahnte und wirksamere Kooperationsmodelle zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Rehabilitand:innen mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickeln.

## Schlusswort

Die umfangreiche Sammlung des bus. mit über 264.850 Datensätzen aus 18 Jahren zeigt, dass es den Mitgliedseinrichtungen wichtig ist, ihre Leistungen der Beratung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten sowie ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den Sozialleistungsträgern darzustellen. Darüber hinaus wissen die Fach- und Tageskliniken sowie die Adaptionseinrichtungen um die Notwendigkeit, mit den erhobenen Daten zur Diskussion und Herausbildung von Leitlinien und Standards der therapeutischen und teilhabeorientierten Hilfen beizutragen.

Die Einrichtungen der Suchthilfe standen fortlaufend und stehen aktuell vor besonders großen Herausforderungen. Eine Pandemie, die mehr als zwei Jahre die Arbeit mit den hilfeschuchenden Menschen beeinflusst hat, und ein menschenverachtender Krieg in Europa, der eine historische Inflation, eine drohende Energieknappheit und damit einhergehende explodierende Sachkosten mit sich bringt, stellen für die Einrichtungen eine weitreichend ungewisse, wirtschaftlich extrem belastende Situation dar. Des Weiteren sieht sich das Suchthilfesystem, wie der Arbeitsmarkt insgesamt, mit einem eskalierenden Fachkräfte- und Personalmangel konfrontiert, der es immer schwieriger macht, die Strukturanforderungen der Leistungsträger zu erfüllen und die Hilfsangebote in der bisherigen Quantität aufrechtzuerhalten.

Trotz allem ist es den Einrichtungen in den letzten beiden Jahrzehnten fortwährend und qualitativ hochwertig gelungen, die Versorgung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten zu sichern und dabei auch die entsprechende Dokumentation nicht aus den Augen zu verlieren. Dafür gebührt allen Verantwortlichen und den Teams vor Ort ein ausdrücklicher Dank.

Für uns als Bundesverband Suchthilfe besteht im Hinblick auf die Vertretung der Interessen der Einrichtungen die Aufgabe, die Situation ihrer Klientel ebenso wie die geleistete Arbeit, deren Effizienz und Effektivität sichtbar zu machen. In den Diskussionen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung der einzelnen Segmente des Suchthilfesystems sind diesbezügliche belastbare, differenzierte Daten, wie die der Basisdokumentation, entscheidend, um die Argumente in Verhandlungen zur Struktur und zur Finanzierung der Einrichtungen zu untermauern.

Gerade die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, auf die sich der vorliegende Bericht bezieht, unterliegt durch das im Februar 2021 in Kraft getretene Gesetz Digitale Rentenübersicht einem weitreichenden Transformationsprozess. Mit dem Ziel, die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation transparent und wettbewerbsfähig zu regeln, wird das Zulassungsverfahren für Einrichtungen, die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl, das Public Reporting sowie das Vergütungssystem bis zum 01.01.2026 bundeseinheitlich überarbeitet. Die Verbände der Leistungserbringer sowie Vertreter:innen der Leistungsberechtigten sind in einem Begleitgremium in die Umsetzung der Veränderungen eingebunden. Die Erkenntnisse aus 18 Jahren Basisdokumentation des bus. werden – um nur ein Beispiel zu nennen – an dieser Stelle einfließen und dazu beitragen, die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen im Sinne der betroffenen Menschen zukunftsfähig zu gestalten.

Die Basisdaten haben in verschiedenen Kontexten einen hohen Stellenwert, um argumentativ dabei zu unterstützen, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine konsequent bedarfsorientierte Behandlung umsetzbar ist, die die Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft für Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten so weit wie möglich wiederherstellt und sichert.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Anzahl bus.-Mitglieder und Teilnahme an der bus.-Basisdokumentation	S. 8
Abb. 2	Fallzahlen	S. 9
Abb. 3	Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Anträge und Bewilligungen	S. 10
Abb. 4	Einrichtungsgröße ermittelt auf Basis Aufenthaltstage und Fälle pro Einrichtung in Prozent	S. 11
Abb. 5	Einrichtungsgröße und Jahr / Einrichtungsgröße und Jahr in Prozent (Tabelle)	S. 12
Abb. 6	Einrichtungsgröße / Anteil bus.-Einrichtungen / Teilnahme (Tabelle)	S. 12
Abb. 7	Einrichtungsgröße und Indikation (Tabelle)	S. 13
Abb. 8	Verteilung Leistungsträger pro Jahr in Prozent	S. 14
Abb. 9	Verteilung Leistungsträger pro Jahr – Anzahl Fälle (Tabelle)	S. 14
Abb. 10	Altersdurchschnitt bei Betreuungsbeginn (Tabelle)	S. 15
Abb. 11	Altersgruppen in Prozent	S. 16
Abb. 12	Altersgruppen bei Betreuungsbeginn – Anzahl Fälle (Tabelle)	S. 16
Abb. 13	Geschlechterverteilung pro Jahr in Prozent	S. 17
Abb. 14	Geschlechterverteilung absolut – Anzahl Fälle	S. 18
Abb. 15	Geschlechterverteilung pro Jahr – Anzahl Fälle (Tabelle)	S. 18
Abb. 16	Behandlungsdauer F10 in Prozent	S. 19
Abb. 17	Behandlungsdauer ohne F10 in Prozent	S. 19
Abb. 18	Hauptdiagnosen (Tabelle)	S. 20
Abb. 19	Hauptdiagnosen F10 in Prozent	S. 21
Abb. 20	Hauptdiagnosen ohne F10 in Prozent	S. 21
Abb. 21	Entlassungsart in Prozent – regulär	S. 23
Abb. 22	Entlassungsart in Prozent	S. 23
Abb. 23	Entlassungsart in Prozent (Tabelle)	S. 24
Abb. 24	Haltequote in Prozent	S. 24
Abb. 25	Entwicklung der Arbeitslosenquote in Deutschland (1950–2019)	S. 26
Abb. 26	Arbeitslosenquote in Prozent	S. 28
Abb. 27	Arbeitslosigkeit zu Beginn/Ende der Behandlung in Prozent	S. 29
Abb. 28	Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit zu Beginn/Ende der Behandlung in Prozent	S. 30
Abb. 29	Arbeitslosigkeit, Erwerbstätigkeit und Nichterwerbstätigkeit zu Beginn/Ende der Behandlung in Prozent	S. 31

## Literatur

Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Entwicklungen in der Zeitarbeit, Nürnberg, Juli 2022

Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Datenstand Dezember 2022: Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf: Einzelausgaben (arbeitsagentur.de)

Bundeszentrale für politische Bildung (Website, letzter Zugriff 31.01.2024):

<https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/501258/transformationsschock>;

<https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/47534/die-kosten-und-ertraege-der-wiedervereinigung-deutschlands/>

<https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/305833/daten-und-fakten-arbeitslosigkeit/>

Deutsche Suchthilfestatistik; <https://www.suchthilfestatistik.de>

Dieter Henkel, Helmut Schröder (2015): Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007-2012. Suchttherapie, 2015, 16 (3), 129-135.

Krystallia Karachaliou, Christian Rauschert, Franziska Schneider, Charlotte von Glahn-Middelmeene, Maria Friedrich, Esther Neumeier (2022): Reitox-Bericht 2022. Workbook Drugs, online verfügbar unter: [https://www.dbdd.de/fileadmin/user\\_upload\\_dbdd/05\\_Publikationen/PDFs/REITOX\\_BE-RICHT\\_2022/REITOX\\_Bericht\\_2022\\_DE\\_WB\\_03\\_Drogen.pdf](https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BE-RICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_03_Drogen.pdf); letzter Zugriff: 31.01.2024

Rebecca Thaller, Sara Specht, Jutta Künzel, Dr. Barbara Braun (2017): Zur Situation der arbeitslosen Klientel in der deutschen Suchthilfe. Charakteristik und Entwicklung 2007 bis 2015; online verfügbar unter: [konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2017-wege-in-arbeit/zur-situation-der-arbeitslosen-klientel-in-der-deutschen-suchthilfe](https://konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2017-wege-in-arbeit/zur-situation-der-arbeitslosen-klientel-in-der-deutschen-suchthilfe); letzter Zugriff: 31.01.2024

Bernd Werse, Gerrit Kamphausen, Jennifer Martens (2021): MoSyD Jahresbericht 2020. Drogentrends in Frankfurt am Main, Centre for Drug Research - Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main



## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)  
Wilhelmshöher Allee 273  
34131 Kassel  
[bundesverband@suchthilfe.de](mailto:bundesverband@suchthilfe.de) | [www.suchthilfe.de](http://www.suchthilfe.de)

### Ausgabe Januar 2024

### Autorinnen und Autoren:

- Matthias Cabadag, Adaption der Bernhard Salzmann-Klinik LWL, Gütersloh
- Nikolaus Lange, AGJ Fachklinik Freiolsheim
- Gotthard Lehner, Fachklinik Haus Immanuel der DGD GmbH, Thurnau-Hutschdorf
- Corinna Mäder-Linke, bus. e. V., Kassel
- Jan Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböök
- Iris Otto, bus. e. V., Kassel
- Barbara Schickentanz, Eschenberg-Wildpark-Klinik, Hennef
- Martina Tranel, CRT Caritas – Reha und Teilhabe GmbH Osnabrück

*Die Autorinnen und Autoren gehören dem Dokumentationsausschuss des bus. an.*

### Redaktion:

- Iris Otto, bus. e. V., Kassel
- Simone Schwarzer, bus. e. V., Kassel

### Zitiervorschlag:

Matthias Cabadag, Nikolaus Lange, Gotthard Lehner, Corinna Mäder-Linke, Jan Medenwaldt, Iris Otto, Barbara Schickentanz, Martina Tranel: Basisdokumentation. Erkenntnisse aus 18 Jahren Datenerhebung im bus., hrsg. v. Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.), Kassel 2024





***bus.***

Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus.)  
Wilhelmshöher Allee 273  
34131 Kassel  
[bundesverband@suchthilfe.de](mailto:bundesverband@suchthilfe.de) | [www.suchthilfe.de](http://www.suchthilfe.de)