

# Schwangere Klientinnen/Patientinnen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe<sup>1</sup>

Jutta Künzel  
Hanna Dauber  
Sara Specht  
Barbara Braun  
Larissa Schwarzkopf

Unter Mitwirkung des Fachbeirates Suchthilfestatistik (Rudolf Bachmeier, Kerstin Guderley, Corinna Mäder-Linke, Friederike Neugebauer, Iris Otto, Peter Raiser, Daniela Ruf, Gabriele Sauermann, Detlef Weiler)

München, April 2020  
© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

---

<sup>1</sup> Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2018 (Dauber et al., 2019), verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de). Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

## Hintergrund und Zielsetzung

Zusätzlich zu den Standardanalysen werden aus dem umfangreichen Pool der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erhobenen Daten in jährlich wechselnden Sonderauswertungen spezifische Betreuungs- und Behandlungsgruppen ausgewählt und in üblicherweise zwei Kurzberichten pro Jahr dargestellt.

Der vorliegende Kurzbericht konzentriert sich auf Klientinnen/Patientinnen, die mit einer dokumentierten Schwangerschaft 2018 in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe betreut bzw. behandelt wurden.

## Methodik

Die Daten der DSHS werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0) dokumentiert und in einrichtungsweise aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2020).

Für die Jahresauswertung 2018 wurden Daten aus 861 ambulanten und 137 stationären Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ (N = 195.811/ 179.067), d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2018 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen auf die Bezugsgruppe der „Beender“<sup>2</sup> (N°=°30.851), d. h. es wird auf Daten von Personen, die 2018 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen.

Der Bericht stellt die Gruppe der schwangeren Klientinnen/Patientinnen getrennt für den ambulanten und stationären Betreuungs-/Behandlungsbereich dar. Diese spezifische Gruppe wird hinsichtlich ihrer Merkmale vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn, während des -verlaufs und am -ende betrachtet.

Zu schwangeren Klientinnen/Patientinnen liegen Daten aus insgesamt 323 (37,5%) ambulanten und 40 stationären Einrichtungen (29,2%) vor. Ein Underreporting hinsichtlich des Vorliegens von Schwangerschaften erscheint daher sehr wahrscheinlich

Da aus datenschutzrechtlichen Gründen für die DSHS keine personenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich Daten, die auf Einrichtungsebene als Behandlungsepisoden bzw. Fälle aggregiert wurden, können keine statistischen Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden durchgeführt werden. Bedingt durch die beinahe flächendeckende Datenerfassung im Rahmen der DSHS und die sehr großen Datensätze, kann eine deskriptive Datenanalyse als ausreichend angesehen werden (vgl. Kipke, Steppan & Pfeiffer-Gerschel, 2011).

---

<sup>2</sup> Diese Bezugnahme wird für den stationären Bereich verwendet, da hier Entlass-Jahrgänge die übliche Bezugsgröße für Leistungserbringer\*innen und Kostenträger darstellen

## Ergebnisse

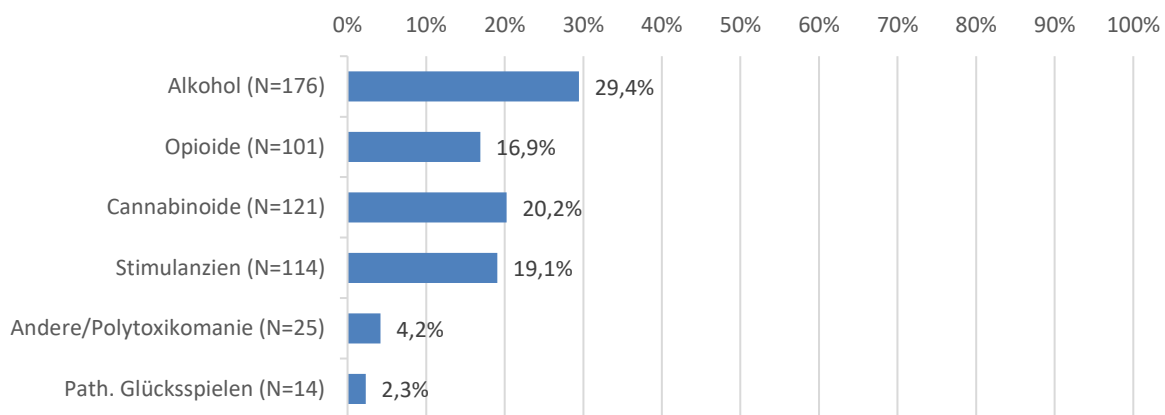
### Ambulante Einrichtungen (Typ 1<sup>3</sup>)

Insgesamt geben im Datenjahr 2,4% der Klientinnen in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe zu Beginn ihrer Betreuung eine Schwangerschaft an. Die Gesamtzahl (N) der schwangeren Klientinnen beträgt 747.

### Suchtproblematik

Mit 29% bilden Klientinnen mit einer Alkoholproblematik die größte Gruppe der schwangeren Frauen. Jedoch ist der Abstand zu den Störungsbildern im Zusammenhang mit illegalen Substanzen eher gering. Die Anteile der Frauen mit Cannabinoid- (20%) bzw. Stimulanzienproblematik (19%) sowie der Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung mit 17% sind ebenfalls hoch (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Häufigste Hauptdiagnosen (ambulant)**

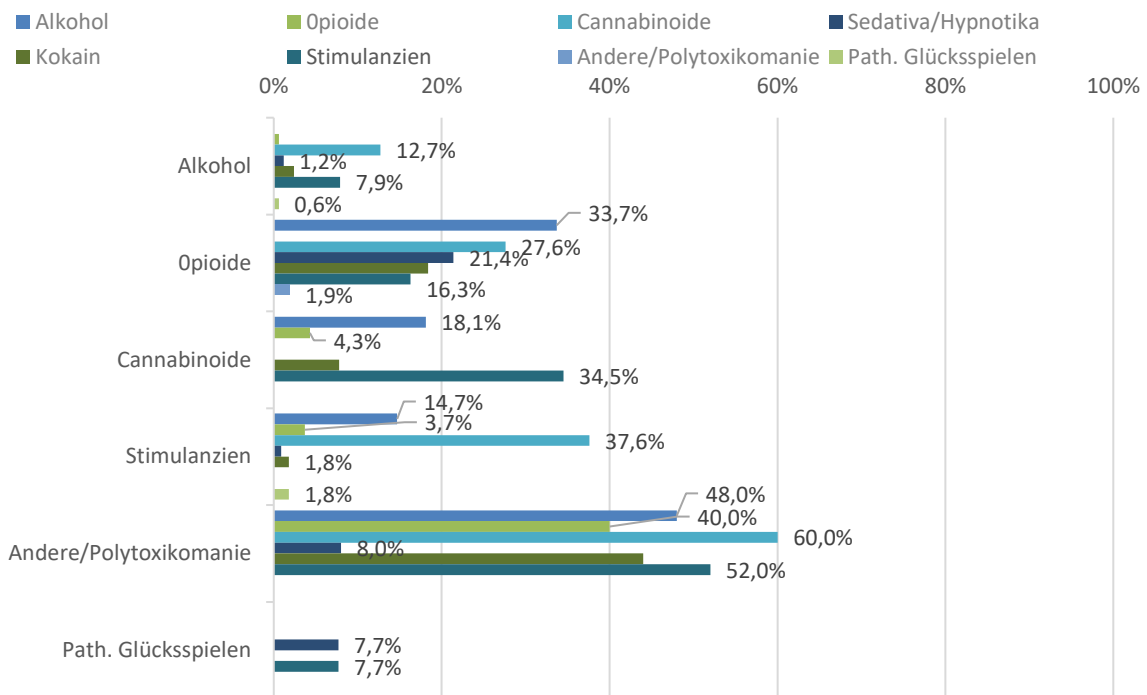


### Zusätzliche Einzeldiagnosen

Abbildung 2 veranschaulicht das Vorliegen zusätzlicher suchtbezogener Einzeldiagnosen in Ergänzung zum Hauptproblembereich. Von multiplen Problemen sind dabei insbesondere Klientinnen mit einer Polytoxikomanie, aber auch Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung hauptsächlich davon betroffen. Als Begleitprobleme finden sich hier vor allem cannabinoid-, alkohol- und kokainbezogene Einzeldiagnosen. Gering ist die zusätzliche Belastung hingegen bei Schwangeren mit einer Alkohol- bzw. Glücksspielproblematik.

<sup>3</sup> Typ 1: Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz, Institutsambulanz, niedrigschwellige Einrichtung

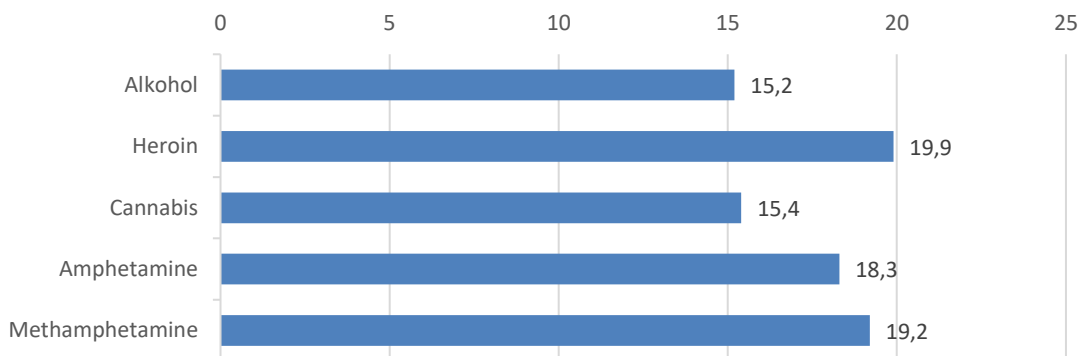
**Abbildung 2: Zusätzliche suchtbezogene Einzeldiagnosen (ambulant)**



### Alter bei Erstkonsum

Das Alter bei Erstkonsum liegt mit jeweils 15 Jahren für die Substanzen Alkohol und Cannabis bei den schwangeren Klientinnen sehr niedrig. Der Konsum von Amphetaminen, Methamphetaminen und Heroin erfolgt deutlich später (18, 19 bzw. 20 Jahre; Abbildung 3).

**Abbildung 3: Alter bei Erstkonsum (in Jahren; ambulant)**

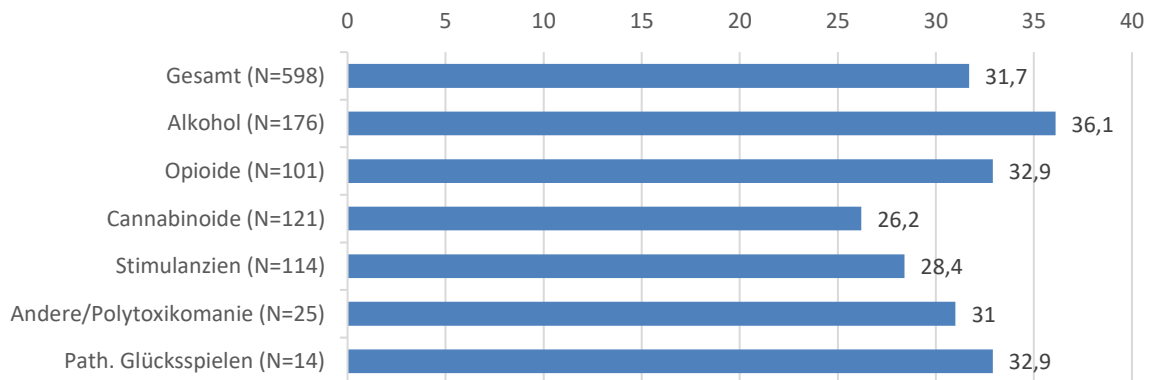


## Soziodemographischer Hintergrund

### Alter

Das durchschnittliche Alter der schwangeren Klientinnen liegt bei 32 Jahren. Das höchste Durchschnittsalter weisen dabei die Klientinnen auf, die aufgrund einer Alkoholproblematik in ambulanter Betreuung sind (36 Jahre). Mit 26 bzw. 28 Jahren sind Klientinnen mit einer cannabinoid- oder einer stimulanzenbezogenen Störung mit Abstand die Jüngsten. Klientinnen der weiteren betrachteten Störungsgruppen weisen alle ein Durchschnittsalter von über 30 Jahren auf (Abbildung 4).

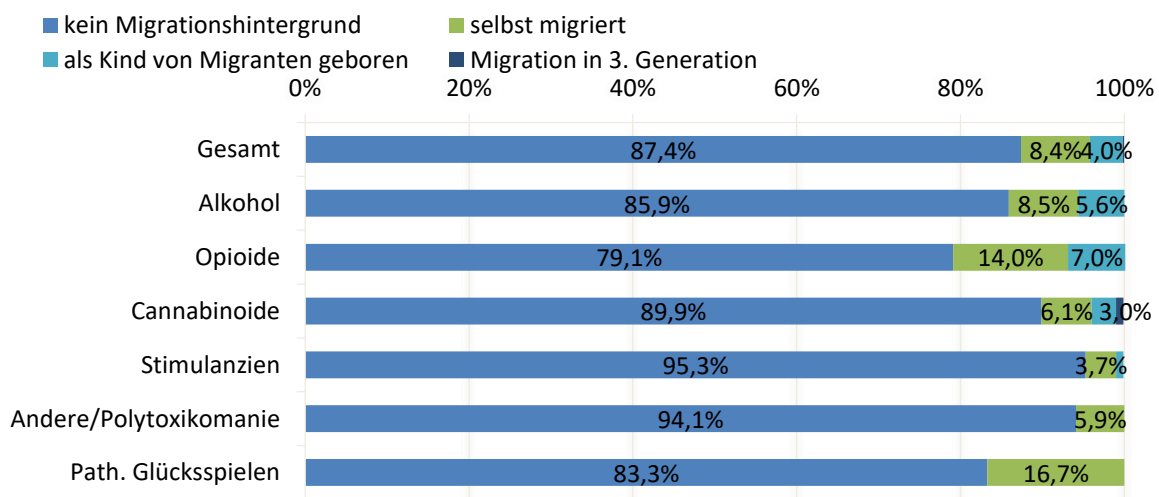
**Abbildung 4:** Altersverteilung  $\bar{x}$  in Jahren (ambulant)



### Migrationshintergrund

Bei 13% der schwangeren Klientinnen liegt ein Migrationshintergrund vor. Bezogen auf die einzelnen Störungsbilder ist der entsprechende Anteil mit 21% bei Klientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik am höchsten. Hierbei handelt es sich in 14% der Fälle um Frauen, die selbst migriert sind, 7% wurden als Kind von Migranten geboren. Ein mit 17% ebenfalls hoher Anteil von schwangeren Klientinnen mit Migrationshintergrund liegt im Bereich Glücksspielproblematik vor. Hier handelt es sich ausschließlich um Klientinnen, die selbst migriert sind. Klientinnen mit einer stimulanzenbezogenen (5%) oder einer polytoxikomanen Problematik (6%) haben hingegen selten einen Migrationshintergrund. Für Frauen mit einer stimulanzenbezogenen Störung handelt es sich dabei in 4 von 5 Fällen um Frauen, die selbst migriert sind. Bei Klientinnen mit einer Politoxikomanieproblematik ist dies sogar durchgängig der Fall (Abbildung 5).

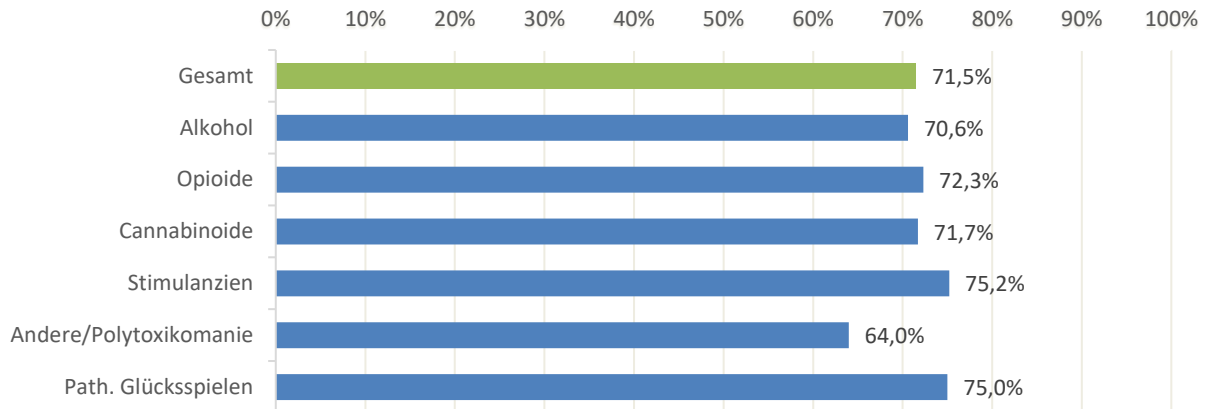
**Abbildung 5:** Migrationshintergrund (ambulant)



### Partner-, Familien- und Lebenssituation

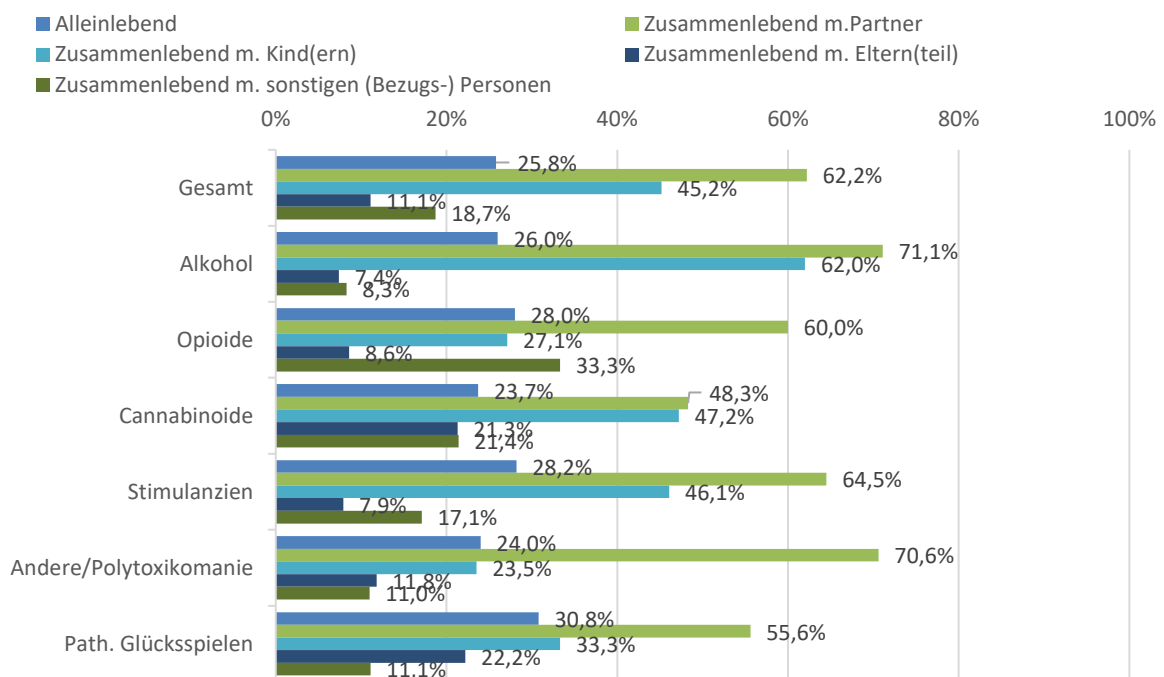
Insgesamt leben 72% der schwangeren Klientinnen in einer Partnerschaft. Am häufigsten mit je 75% ist dies bei Klientinnen mit einer Stimulanzien- oder Glücksspielproblematik der Fall. Aber auch Klientinnen mit einer opioid- oder cannabinoidbezogenen Problematik leben mit je 72% großteils in einer festen Beziehung. Demgegenüber haben nur ca. zwei Drittel der Klientinnen mit einer polytoxikomanen Problematik eine\*n Partner\*in (Abbildung 6).

**Abbildung 6:** Partnerschaft ja (ambulant)



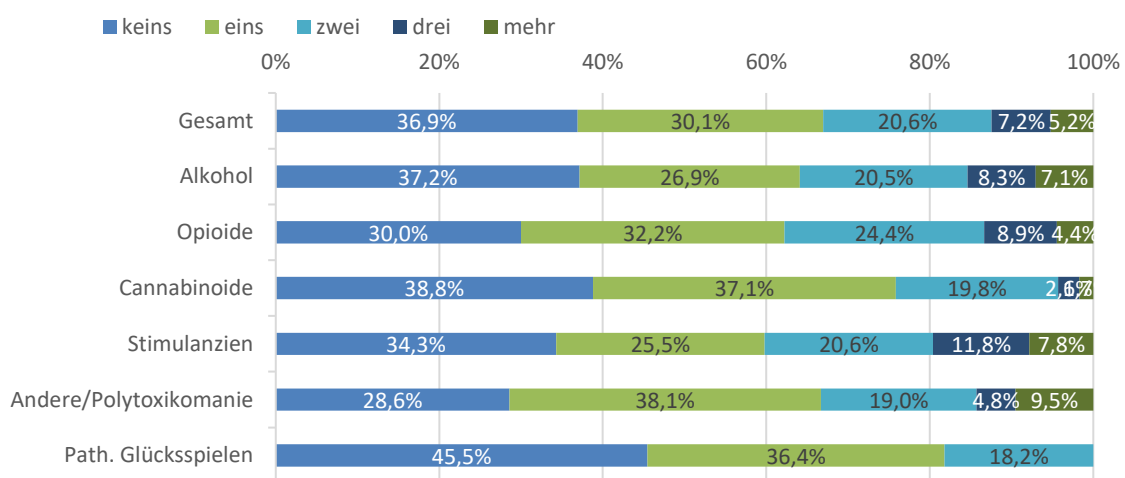
Insgesamt leben 62% der schwangeren Klientinnen auch mit ihrem\*ihrer Partner\*in zusammen. Bei Klientinnen mit einer Cannabisproblematik, die auch zu den jüngsten Klientinnen zählen, fällt dieser Anteil mit 48% vergleichsweise niedrig aus. Hier ist statt dessen das Zusammenleben mit den Eltern oder einem Elternteil noch sehr häufig (21%). Ähnlich ist die Situation bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik. Auch hier lebt nur etwas mehr als die Hälfte mit dem\*der Partner\*in zusammen, dafür 22% bei den Eltern (obwohl der Altersdurchschnitt hier deutlich über dem der Klientinnen mit einer Cannabinoidproblematik liegt). Insgesamt 45% der Klientinnen leben mit ihren Kindern zusammen, besonders trifft dies auf Klientinnen mit einer Alkohol- (62%), Stimulanzien- (47%) und Cannabinoidproblematik zu (46%). Insgesamt und bei fast allen Störungsbildern lebt ein Viertel der Klientinnen alleine (Ausnahme: Path.Glücksspielen: 31%; Abbildung 7).

**Abbildung 7:** Lebenssituation (ambulant)



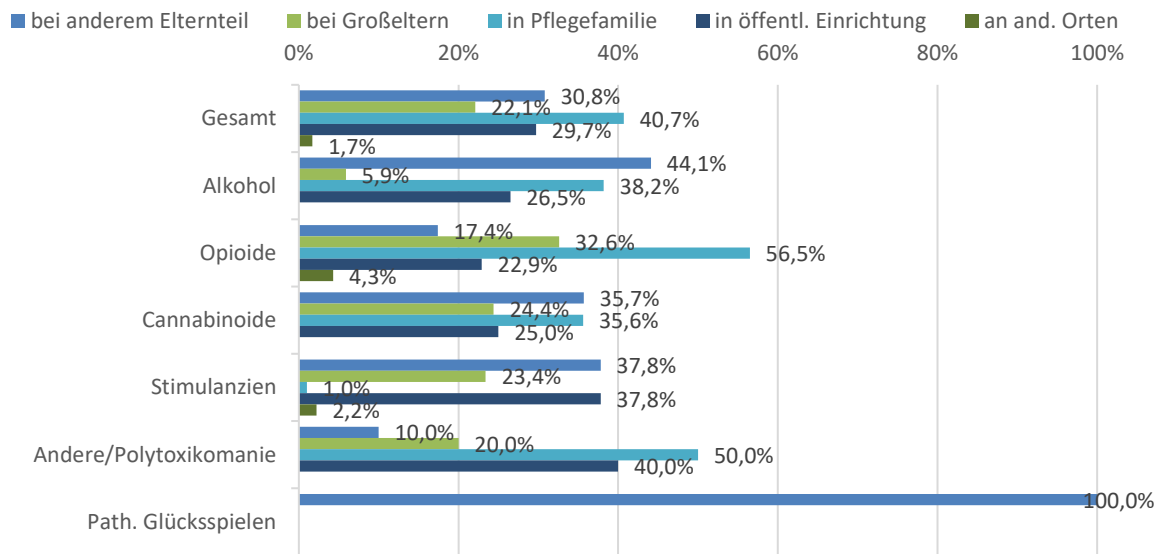
Insgesamt haben knapp zwei Drittel der schwangeren Klientinnen bereits eigene minderjährige Kinder. Dabei haben 30% ein, 21% zwei und 12% haben drei und mehr minderjährige Kinder. Klientinnen mit einer Alkoholproblematik haben im Vergleich am häufigsten minderjährige Kinder (63%), wobei 36% von ihnen mehr als ein minderjähriges Kind haben. Bei schwangeren Klientinnen mit einer Cannabinoidproblematik liegt der Anteil derjenigen die bereits eigene minderjährige Kinder haben (nach Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik) am zweitniedrigsten (61%). Zudem sind Frauen mit Cannabisproblematik die Gruppe, die am häufigsten nur ein eigenes minderjähriges Kind hat (37%). Am häufigsten haben Frauen mit Polytoxikomanie (71%), opioidbezogener Problematik (70%) und stimulanzenbezogener Problematik (66%) bereits eigene minderjährige Kinder. Hier finden sich auch sehr hohe Anteile von Klientinnen mit drei und mehr Kindern (Stimulanzenproblematik 20%, Polytoxikomanie- 14%, und Opioidproblematik 13%) ebenso wie bei Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (15%; Abbildung 8).

**Abbildung 8:** Eigene minderjährige Kinder (ambulant)



53% der eigenen minderjährigen Kinder leben im Haushalt der Klientinnen. Von den eigenen minderjährigen Kindern, die nicht im eigenen Haushalt der Schwangeren leben, befinden sich 41% in Pflegefamilien, 31% bei dem anderen Elternteil, 30% in einer öffentlichen Einrichtung und 22% bei den Großeltern. Der Anteil der Kinder, die bei dem anderen Elternteil leben, ist bei den Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik am höchsten (100%), gefolgt von Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (44%). Kinder von Klientinnen mit einer Opioidproblematik leben am häufigsten in Pflegefamilien (57%), dies trifft auch auf Kinder von Müttern mit Polytoxikomanie zu (50%). In öffentlichen Einrichtungen sind am häufigsten Kinder von Klientinnen mit einer Stimulanzen- (38%) oder Polytoxikomanieproblematik (40%) untergebracht (Abbildung 9).

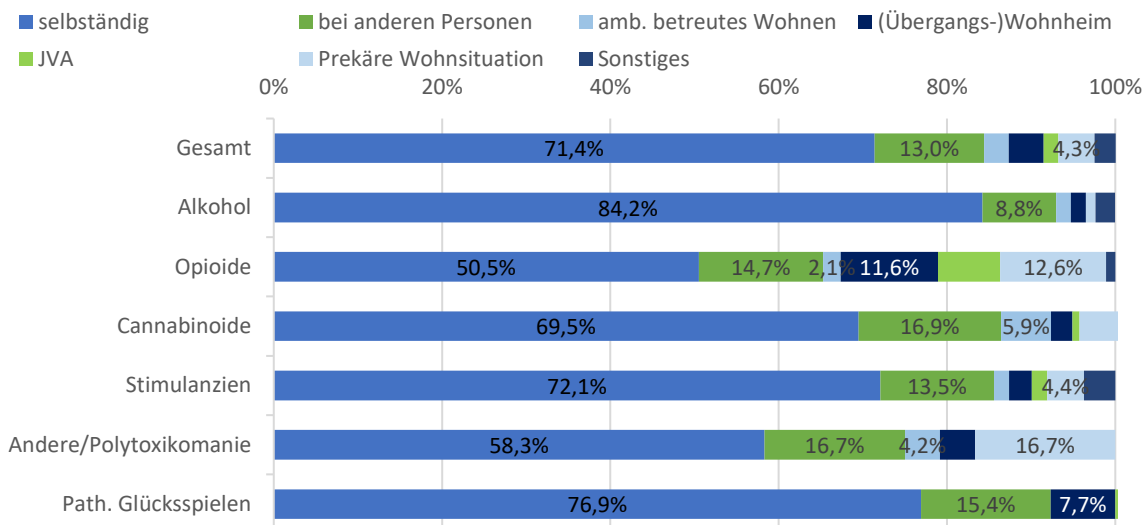
**Abbildung 9:** Eigene minderjährige Kinder – nicht im eigenen Haushalt lebend (ambulant)



**Wohnsituation**

Klientinnen mit einer bestehenden Schwangerschaft leben am Tag vor Betreuungsbeginn am häufigsten (71%) selbstständig (d. h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. eigenem Haus). 13% leben bei anderen Personen, 4% in einem (Übergangs-)Wohnheim und 4% befinden sich in einer prekären Wohnsituation, d. h. sie leben entweder in einer Notunterkunft oder sind obdachlos. Letztere Situation trifft vor allem auf Klientinnen mit einer Opioidproblematik zu, 13% von ihnen leben in prekären Wohnverhältnissen. Auch ist der Anteil derer, die in einem (Übergangs-)Wohnheim untergebracht sind, mit 12% besonders hoch. 7% dieser Klientinnen leben in einer Justizvollzugsanstalt (JVA). Eine ähnliche Wohnsituation liegt bei Klientinnen mit einer Polytoxikomanieproblematik vor. Von ihnen lebt mit 17% ein noch höherer Anteil in prekären Wohnverhältnissen, jedoch keine Klientin in der JVA. Selbstständig wohnen vor allem Klientinnen mit einer Alkohol- (84%) oder einer Glücksspielproblematik (77%; Abbildung 10).

**Abbildung 10** Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (ambulant)

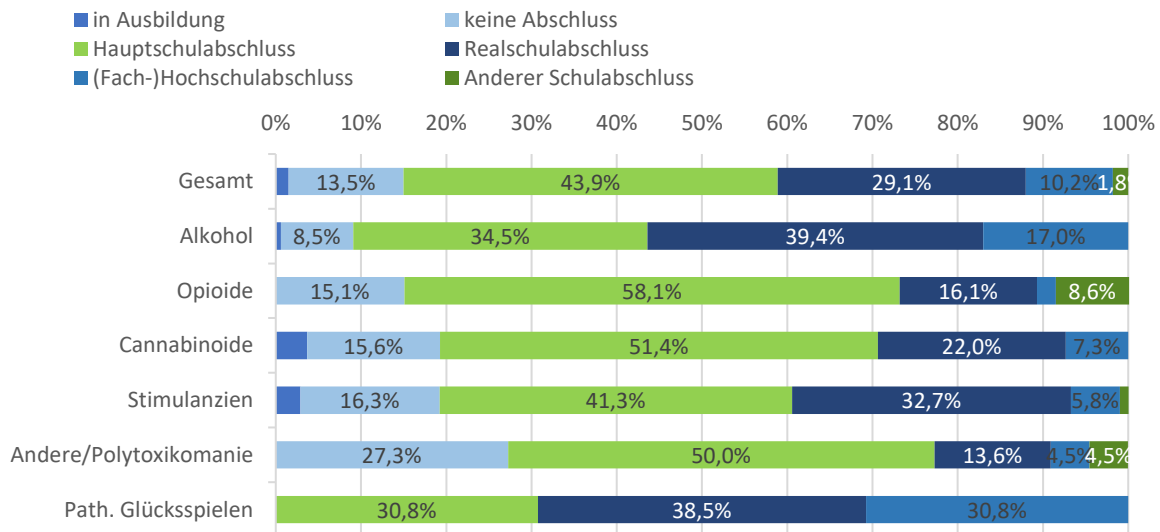




## Schule und Ausbildung

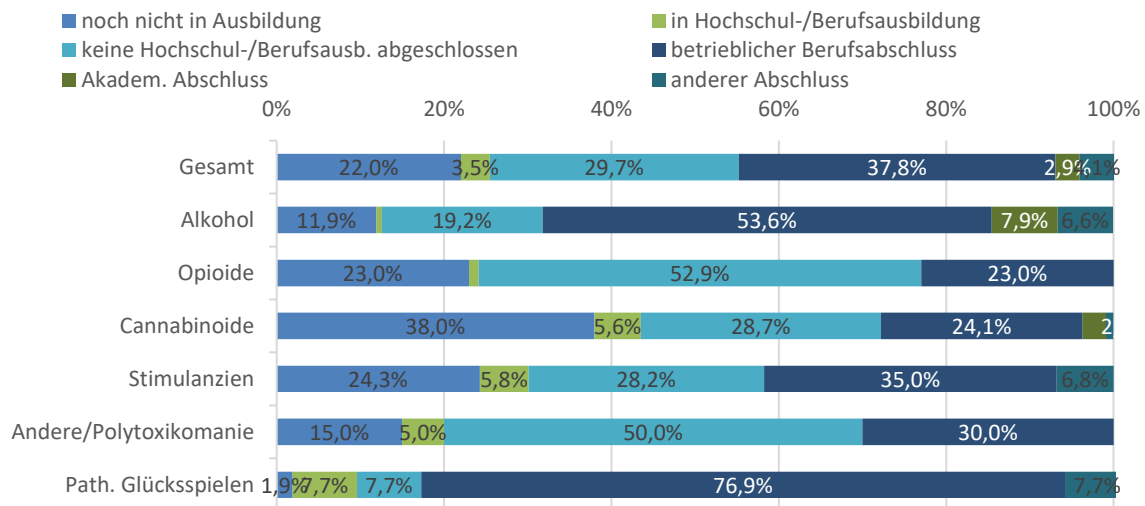
14% der Klientinnen haben die Schule ohne Abschluss verlassen. 44% weisen einen Hauptschulabschluss auf und 39% haben einen höheren Schulabschluss (Mittlere Reife, Abitur). Hohe Anteile an fehlenden Schulabschlüssen finden sich bei den Klientinnen mit einer Polytoxikomanie (27%) sowie den Klientinnen mit einer Stimulanzien-, Cannabinoid- (je 16%) und Opioidproblematik (15%). Der geringste Anteil an höheren Schulabschlüssen liegt bei Klientinnen mit einer Opioid- bzw. einer Polytoxikomanieproblematik vor (je 18%). Die höchste Schulbildung weisen Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung auf: hier haben 56% einen höheren Schulabschluss und nur 9% sind ohne Abschluss von der Schule abgegangen (Abbildung 11).

**Abbildung 11: Höchster Schulabschluss (ambulant)**



Mit 30% verfügt ein hoher Anteil schwangerer Klientinnen über keine abgeschlossene Ausbildung (beruflich bzw. akademisch). Bei 38% liegt ein betrieblicher und bei 3% ein akademischer Abschluss vor. 4% befinden sich gerade in Ausbildung und 22% haben bisher noch keine Ausbildung begonnen. Schwangere Klientinnen ohne abgeschlossene Berufsausbildung finden sich vor allem unter denjenigen mit einer Opioid- (53%) oder mit Polytoxikomanieproblematik (50%). Der geringste Anteil an fehlenden Abschlüssen (beruflich bzw. akademisch) ist bei den Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung zu verzeichnen (19%): 54% haben hier eine betriebliche Berufsausbildung und 8% einen akademischen Abschluss. Noch besser stellt sich die Ausbildungssituation bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik dar (jedoch geringes N). Hier hat der überwiegende Teil eine betriebliche Ausbildung (77%) abgeschlossen und nur 8% sind ohne Abschluss. Etwa ein Drittel der Klientinnen mit cannabiod- und ein Viertel der Schwangeren mit stimulanzenbezogenen Störungen haben noch keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen (Abbildung 12).

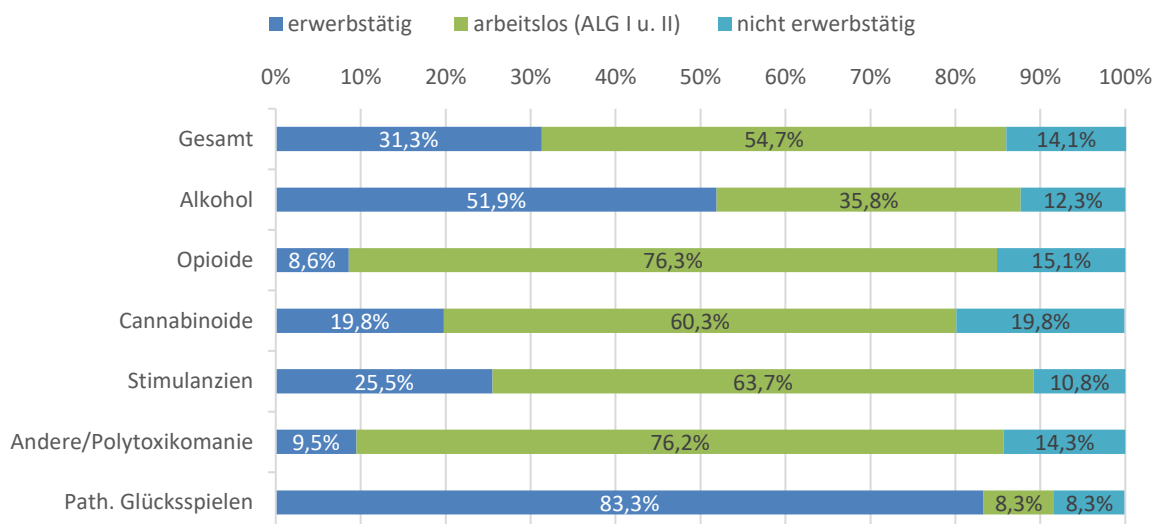
**Abbildung 12: Höchster Ausbildungsabschluss (ambulant)**



### Erwerbssituation

Zu Beginn der Betreuung sind insgesamt 55% der schwangeren Klientinnen arbeitslos und nur 31% erwerbstätig. Eine positivere Erwerbssituation weisen hier Klientinnen mit einer Alkoholproblematik auf: von ihnen ist knapp über die Hälfte erwerbstätig und nur 36% sind von Arbeitslosigkeit betroffen. Demgegenüber weisen Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung ebenso wie Klientinnen mit einer Polytoxikomanie eine Arbeitslosenquote von 76% auf. Und auch bei Klientinnen mit einer cannabinoid- oder stimulanzienbezogenen Störung ist die Arbeitslosigkeit mit 60% bzw. 64% hoch. Klientinnen mit einer Cannabinoidproblematik haben den höchsten Anteil an Nichterwerbspersonen (20%), darunter den mit 8% höchsten Anteil an SchülerInnen/Studentinnen (ebenso wie Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik; Abbildung 13).

**Abbildung 13: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (ambulant)**

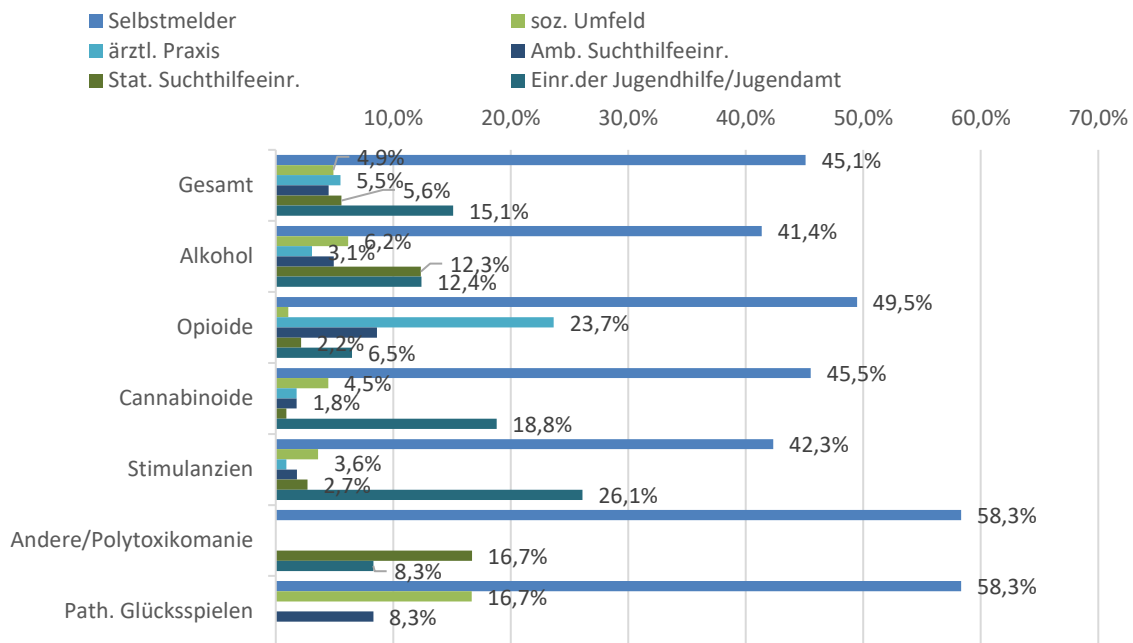


## Betreuung

### Vermittlung in die Betreuung

Schwangere Klientinnen kommen am häufigsten ohne Vermittlung als Selbstmelderinnen in die Betreuung. Das trifft für alle dargestellten Diagnosegruppen in ähnlichem Maße zu. Bedeutende Vermittlungsinstanzen sind darüber hinaus Jugendämter/Einrichtungen der Jugendhilfe, die vor allem bei Klientinnen mit einer Stimulanzien- (26%), Cannabinoid-(19%) und Alkoholproblematik (12%) eine Rolle spielen. Vermittlungen durch ärztliche Praxen treffen hauptsächlich auf Klientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik zu (24%). Stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermitteln vor allem Klientinnen mit einer Polytoxikomanie (17%) bzw. einer Alkoholproblematik (12%) in die ambulante Betreuung (Abbildung 14).

**Abbildung 14:** Vermittlung in die Betreuung (ambulant)\*



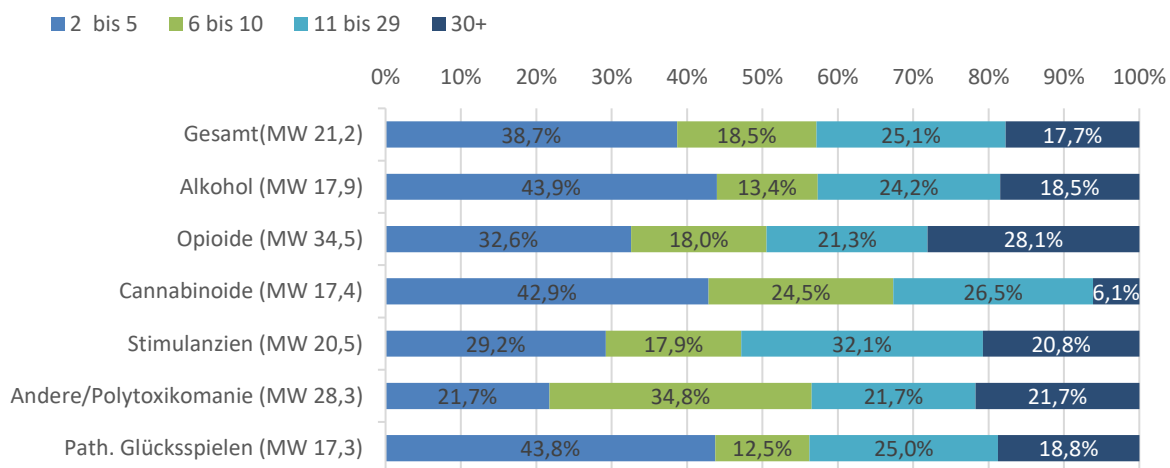
\*Nur häufigste Nennungen

### Hauptmaßnahmen, Kontakthäufigkeit und Betreuungsdauer

Von den Hauptmaßnahmen, die im Rahmen der ambulanten Betreuung von schwangeren Klientinnen durchgeführt werden, fallen 88% in die Kategorie „Beratung und Betreuung“. Davon entfallen 75% auf die Einzelmaßnahme Sucht- und Drogenberatung, 15% auf die Psychosoziale Begleitung Substituierter und 10% auf niedrigschwellige Hilfen wie existenzsichernde und gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzenaustausch etc. 8% der Hauptmaßnahmen sind der Kategorie „Suchtbehandlung“ zuzuordnen. Davon entfallen 48% auf die Einzelmaßnahme Reha-Nachsorge und 41% auf die ambulante medizinische Rehabilitation.

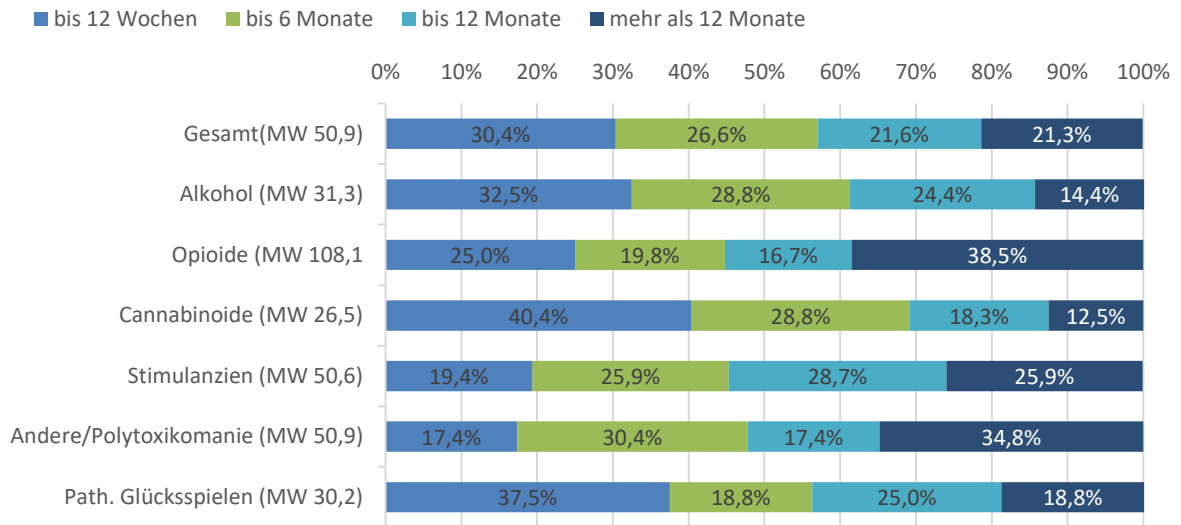
Schwangere Klientinnen haben im Betreuungsverlauf durchschnittlich 21 Kontakte mit der betreuenden Suchthilfeeinrichtung. Der größte Anteil (39%) hat zwischen zwei und fünf Kontakte, ein Viertel hat 11 bis 29 Kontakte und 18% nutzen 30 und mehr Kontakte. Eine geringe Kontaktzahl von bis zu fünf Kontakten liegt häufiger bei Klientinnen mit einer Alkohol- (44%), Cannabinoid- (43%) und Glücksspielproblematik vor (44%). Sehr hohe Kontaktzahlen weisen Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (28%), einer Polytoxikomanie (22%) bzw. einer Stimulanzienproblematik (21%; Abbildung 15) auf.

**Abbildung 15: Anzahl Kontakte (ambulant)**



Die Dauer der ambulanten Betreuung von schwangeren Klientinnen beträgt durchschnittlich 51 Wochen (Abbildung 16), wobei Betreuungsdauern von bis zu 12 Wochen am häufigsten sind (30%). Betreuungen, die länger als ein Jahr dauern (21%), sind annähernd ähnlich häufig wie Betreuungen, die bis zu sechs oder bis zu 12 Monaten dauern. Die kürzesten Betreuungsdauern liegen bei Klientinnen mit einer Cannabinoid- bzw. Alkoholproblematik (durchschnittlich 27 bzw. 31 Wochen) vor. Die längste Betreuungszeit mit durchschnittlich 108 Wochen haben Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung. Hier liegt der Anteil von Dauern über 12 Monate bei 39%, ähnlich wie bei Klientinnen mit einer Polytoxikomanie (35%), die im Durchschnitt allerdings eine deutlich geringere Betreuungsdauer (51 Wochen) aufweisen (Abbildung 16).

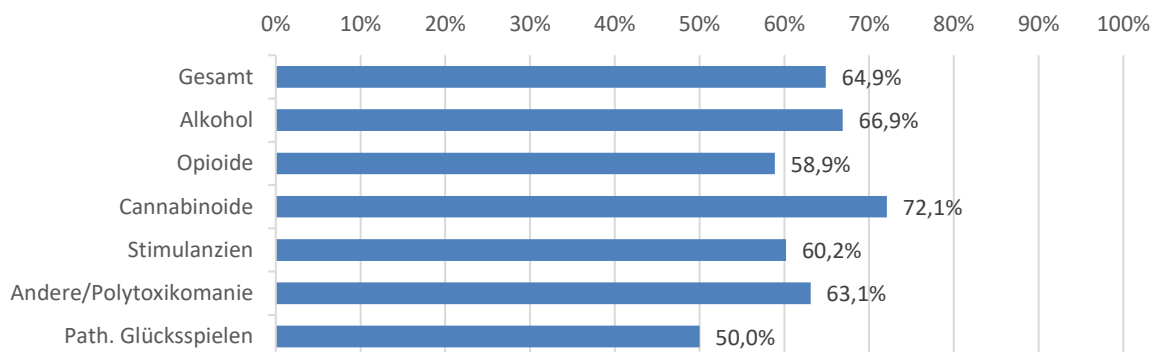
**Abbildung 16: Dauer der Betreuung in Wochen (ambulant)**



### Art der Beendigung

Insgesamt beenden 65% der schwangeren Klientinnen ihre ambulante Betreuung planmäßig<sup>4</sup>. Der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen liegt bei Klientinnen mit einer Cannabinoidproblematik vor (72%), gefolgt von Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (67%). Die geringsten Quoten an planmäßigen Beendigungen weisen Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (50%; jedoch geringes N) und Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (59%) auf (Abbildung 17).

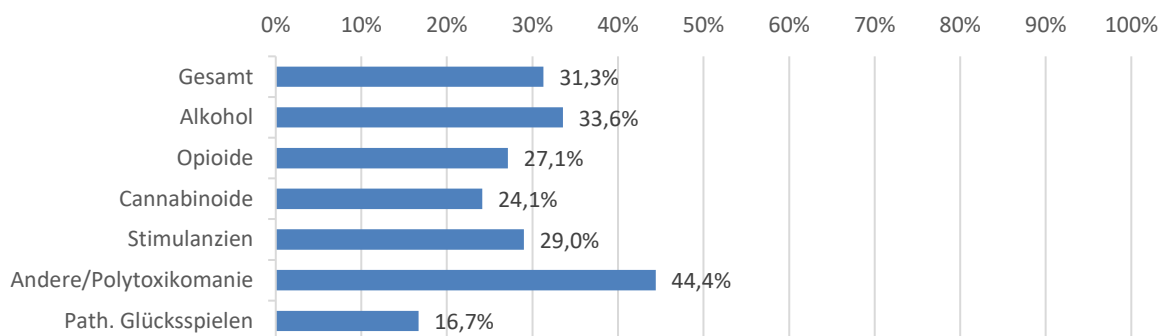
**Abbildung 17:** Planmäßige Beendigungen der Betreuung (ambulant)



### Weitervermittlung nach Betreuungsende

Nach Beendigung der Betreuung werden 31% der schwangeren Klientinnen in andere Institutionen weitervermittelt. Mit 44% die höchste Weitervermittlungsquote haben Klientinnen mit einer Polytoxikomanie, gefolgt von Klientinnen mit einer alkoholbezogenen (34%) bzw. einer stimulanzenbezogenen Störung (29%). Die geringsten Weitervermittlungsanteile weisen Klientinnen mit einer Glücksspiel- (17%) bzw. einer Cannabinoidproblematik auf (24%; Abbildung 18).

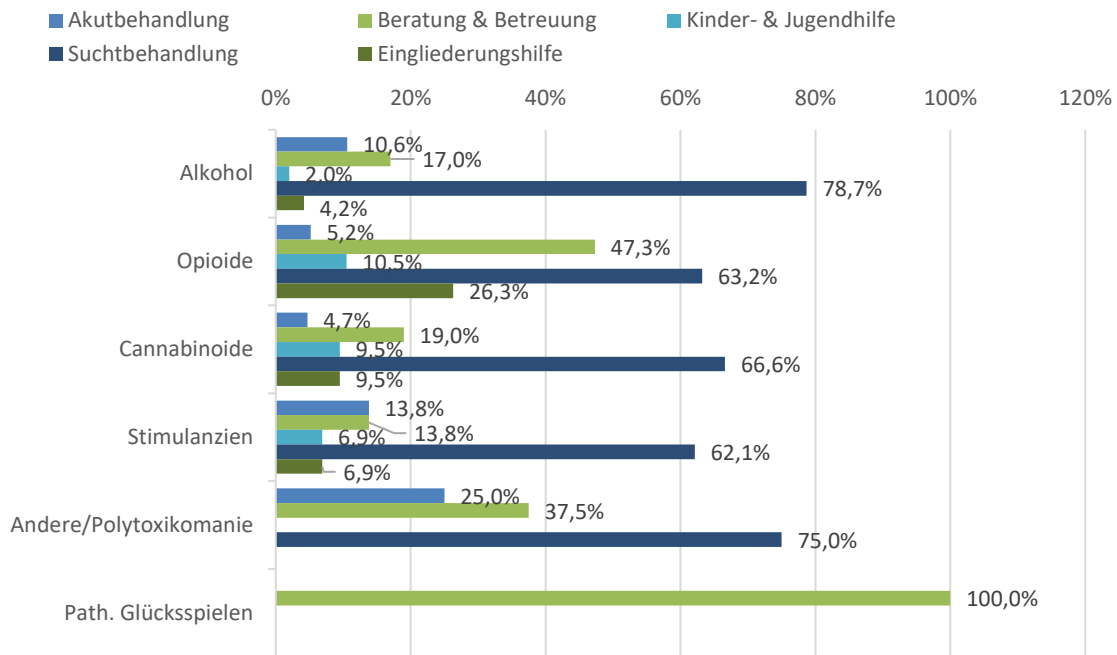
**Abbildung 18:** Weitervermittlung/-verlegung nach Ende der Betreuung – ja (ambulant)



Am häufigsten werden schwangere Klientinnen in die Suchtbehandlung weitervermittelt. Die Anteile liegen hier zwischen 79% bei Klientinnen mit einer Alkohol- und 63% bei Klientinnen mit einer Opioidproblematik. Ebenfalls häufig bei allen Störungsbildern sind Weitervermittlungen in eine Beratung oder Betreuung oder im Falle der Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung an Einrichtungen der Eingliederungshilfe (26%; Abbildung 19).

<sup>4</sup> Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

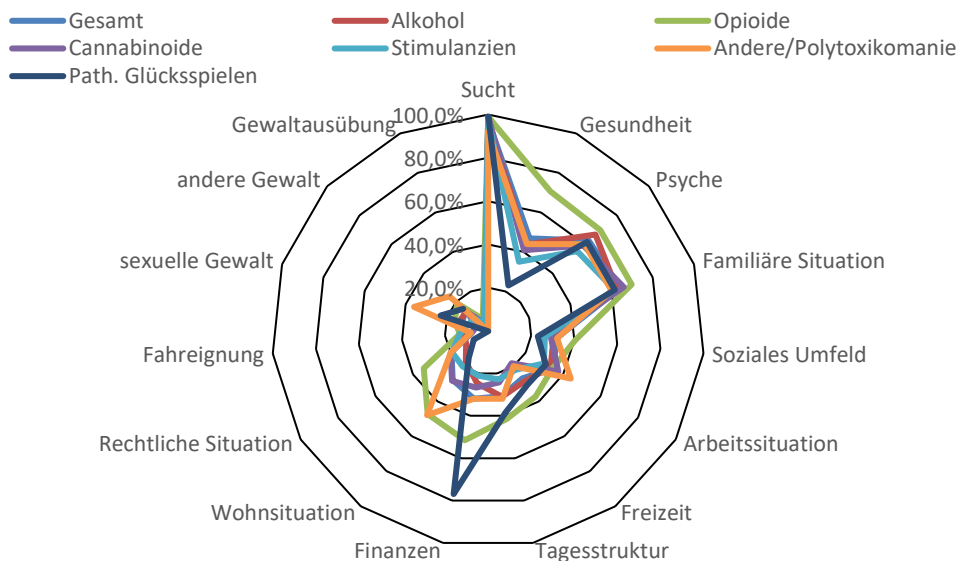
**Abbildung 19: Weitervermittlung/-verlegung nach Ende der Betreuung – wohin (ambulant)**



**Behandlungsergebnis**

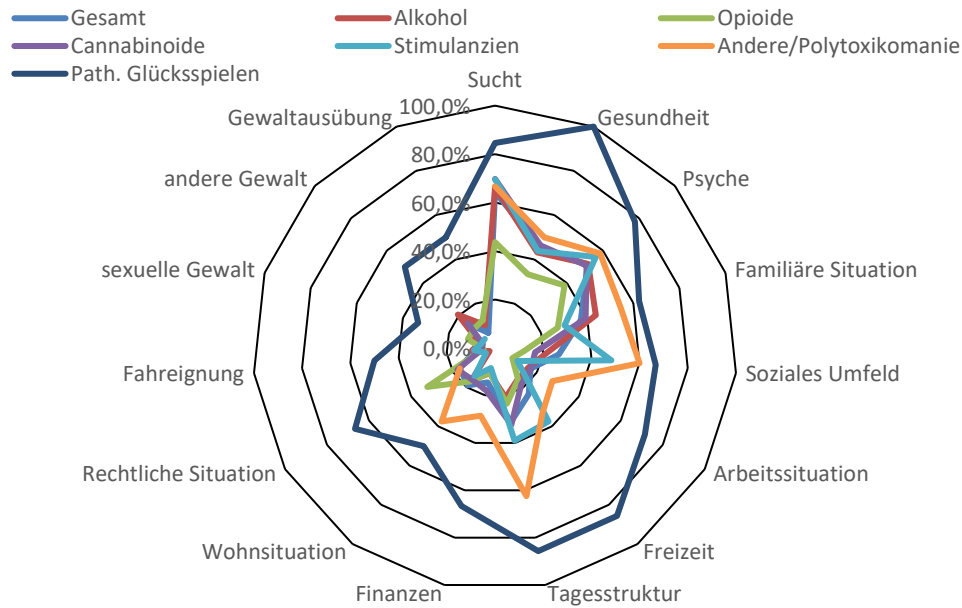
Die zu Beginn der Behandlung dokumentierten Problembereiche der schwangeren Klientinnen liegen insgesamt vor allem in den Bereichen Sucht (97%), der familiären Situation (64%), der psychischen Gesundheit (63%), der körperlichen Gesundheit (47%) und der Arbeitssituation (35%). Diese Reihenfolge gilt für alle betrachteten Störungsbereiche jedoch in etwas unterschiedlichen Ausprägungen. Abbildung 20 zeigt deutlich, dass für alle Störungsbereiche der Bereich Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten mit Abstand die höchste Belastung darstellt. Ebenso wird deutlich, dass die insgesamt höchste Problembelastung bei Klientinnen mit einer Opioidproblematik vorliegt. Zudem findet sich eine außerordentlich hohe Belastung im finanziellen Bereich bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (Abbildung 20).

**Abbildung 20: Problembereiche zu Beginn der Betreuung (ambulant)**



Die Einschätzung der betreuenden Mitarbeiter\*innen am Ende der Betreuung hinsichtlich einer Besserung der Problematik zeigt insgesamt bei 64% der Klientinnen eine gebesserte Situation im Problembereich Sucht, eine Verbesserung von 52% im Bereich psychische und von 46% im Bereich körperliche Gesundheit. Geringere Erfolge weisen die Bereiche familiäre Situation (37%) und Arbeitssituation (17%) auf. Betrachtet man die Verbesserungen in Verbindung mit den einzelnen Störungsbildern, so fällt auf, dass insbesondere bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik die Situation in allen genannten Problembereichen deutlich gebessert ist (jedoch geringes N). Klientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik weisen insgesamt die geringsten Verbesserungen auf (Abbildung 21).

**Abbildung 21:** Problembereiche am Ende der Betreuung mit Status „gebessert“ (nach Hauptdiagnosen, ambulant)





## Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2<sup>5</sup>)

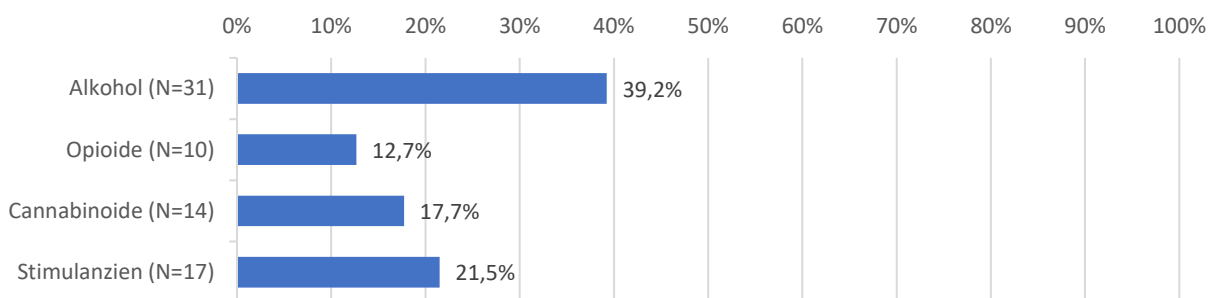
Insgesamt geben im Datenjahr 2,4% der Patientinnen in stationären Einrichtungen der Suchthilfe zu Beginn ihrer Betreuung eine Schwangerschaft an. Die Gesamtzahl (N) der schwangeren Klientinnen beträgt 103<sup>6,7</sup>.

### Suchtproblematik

#### Hauptdiagnosen

Schwangere Patientinnen befinden sich am häufigsten aufgrund einer Alkoholproblematik in stationärer Behandlung (39%). Der Abstand zu den weiteren betrachteten Störungsbildern im Zusammenhang mit illegalen Substanzen ist eher gering. Die Anteile der Schwangeren mit einer Stimulanzien- (22%), Cannabinoid- (18%) und Opioidproblematik (13%) sind hoch (Abbildung 22).

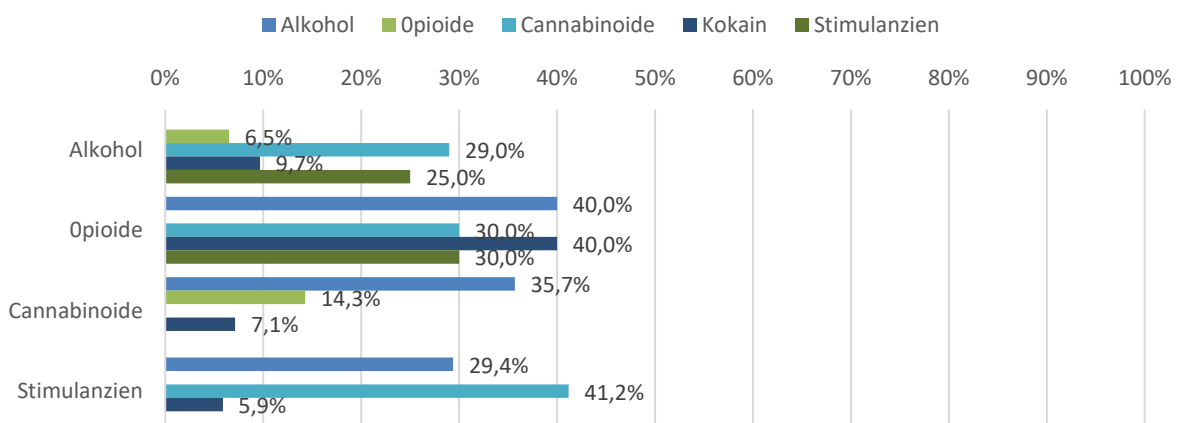
**Abbildung 22:** Häufigste Hauptdiagnosen (stationär)



#### Zusätzliche Einzeldiagnosen

Zusätzliche suchtbetragene Problembereiche neben dem Hauptproblembereich sind in Abbildung 23 dargestellt. Insbesondere Patientinnen mit einer Opioidproblematik sind von zusätzlichen Substanzproblematiken betroffen und weisen hier die höchsten Anteile auf. Schwangere mit einer alkoholbezogenen Störung weisen ebenfalls das ganze Spektrum der betrachteten Zusatzdiagnosen auf, jedoch in geringerem Umfang (Abbildung 23).

**Abbildung 23:** Zusätzliche Einzeldiagnosen (stationär)



<sup>5</sup> Typ 2: Stationäre, teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen

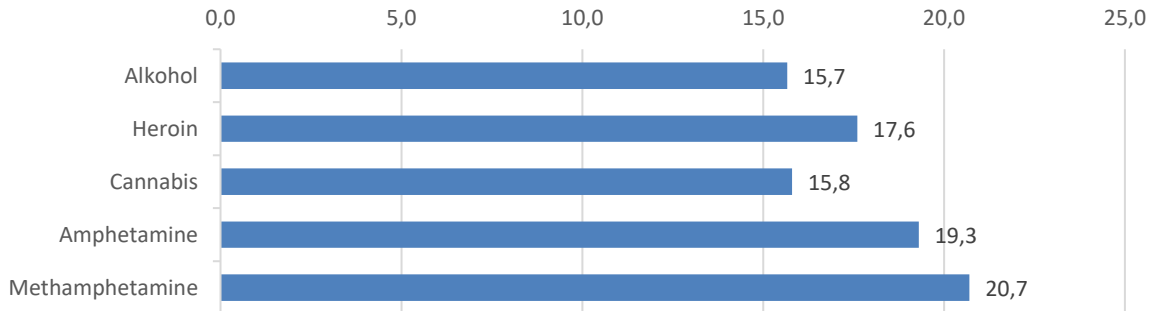
<sup>6</sup>Das geringe N der Gruppe der schwangeren Patientinnen bedingt eine verringerte Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse.

<sup>7</sup> Eine Darstellung der Störungsgruppen „andere/Polytoxikomanie“ und „Pathologisches Glücksspielen“ (analog der Darstellung für Typ 1) ist für den stationären Bereich aufgrund des zu geringen N nicht möglich

### Alter bei Erstkonsum

Das niedrigste Alter bei Erstkonsum liegt mit jeweils 16 Jahren bei den schwangeren Patientinnen für die Substanzen Alkohol und Cannabis vor. Der Erstkonsum von Heroin, Amphetaminen und Methamphetaminen erfolgt mit 18, 19 und 21 Jahren deutlich später (Abbildung 24).

**Abbildung 24:** Alter bei Erstkonsum (stationär)

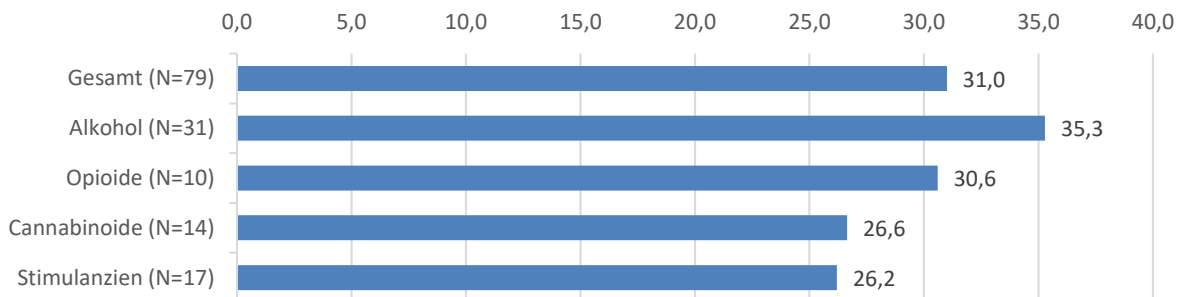


### Soziodemographischer Hintergrund

#### Alter

Im Durchschnitt sind die schwangeren Patientinnen 31 Jahre alt. Das höchste Durchschnittsalter weisen dabei Patientinnen auf, die aufgrund einer Alkoholproblematik in stationärer Behandlung sind (35 Jahre). Mit 26 bzw. 27 Jahren sind Klientinnen mit einer stimulanzen- oder einer cannabinoidbezogenen Störung mit Abstand die Jüngsten. In den übrigen betrachteten Störungsgruppen liegt das Durchschnittsalter jeweils über 30 Jahren (Abbildung 25).

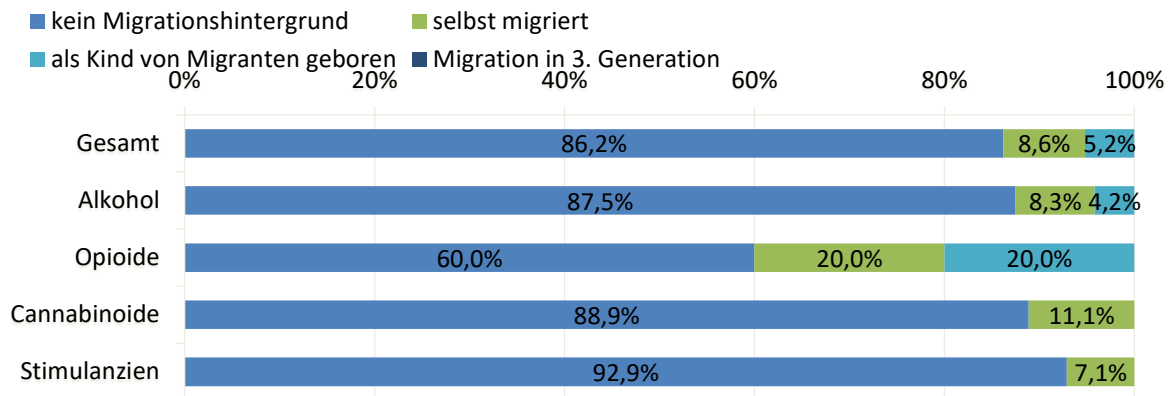
**Abbildung 25:** Altersverteilung  $\bar{x}$  in Jahren (stationär)



#### Migrationshintergrund

Bei 14 % der schwangeren Patientinnen liegt ein Migrationshintergrund vor. Davon sind 9% selbst migriert und 5% als Kind von Migranten geboren. Bei Patientinnen mit einer Opioidproblematik ist ein Migrationshintergrund mit Abstand am häufigsten (40%; jedoch geringes N). Patientinnen mit einer cannabinoid- oder alkoholbezogenen Störung weisen mit 11% bzw. 12% ähnliche Anteile auf. Bei den Patientinnen mit einer Cannabinoidproblematik sind alle selbst migriert, während bei den Patientinnen mit einer Alkoholproblematik neben 8% selbst Migrierten auch 4% als Töchter von Migranten geboren sind. Patientinnen mit einer Störung aufgrund von Stimulanzienkonsum haben mit 7% am seltensten einen Migrationshintergrund (Abbildung 26).

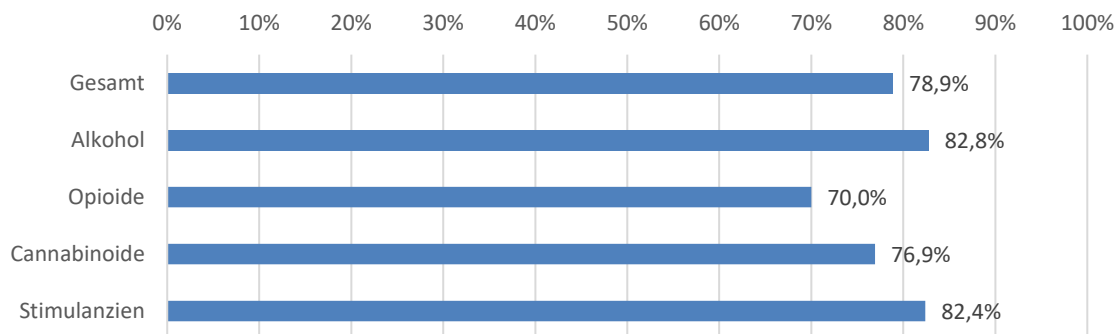
**Abbildung 26: Migrationshintergrund (stationär)**



**Partner-, Familien- und Lebenssituation**

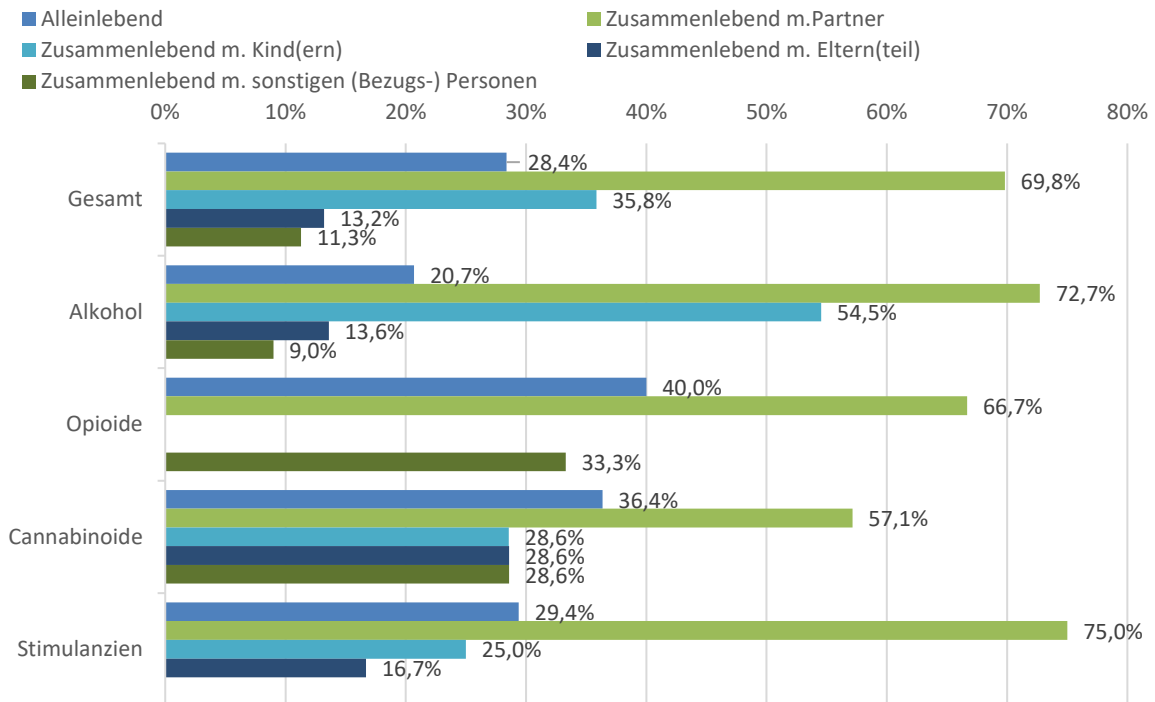
Insgesamt leben 79% der schwangeren Patientinnen in einer Partnerschaft. Mit 83% und 82% ist dies am häufigsten bei Patientinnen mit einer Alkohol- bzw Stimulanzienproblematik der Fall. Aber auch Klientinnen mit einer cannabinoid- oder opioidbezogenen Problematik leben mit 77% und 70% in einer festen Beziehung (Abbildung 27).

**Abbildung 27: Partnerschaft ja (stationär)**



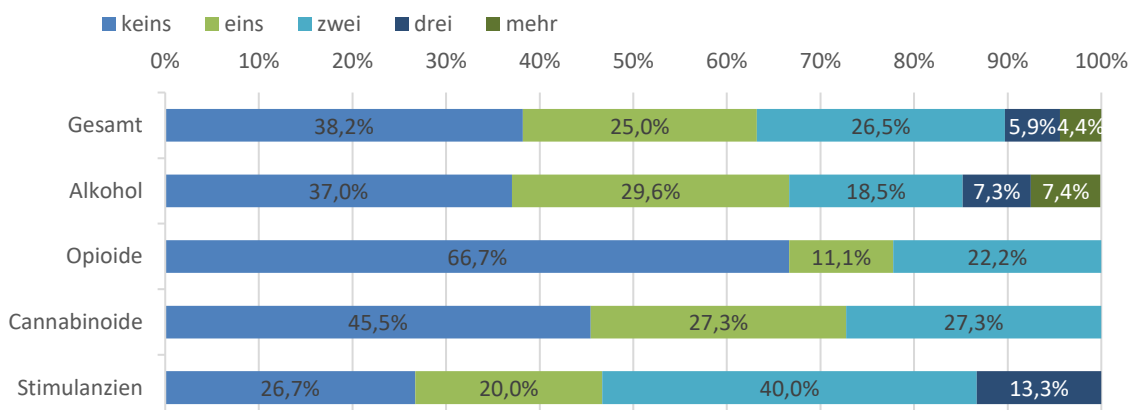
Ein hoher Anteil (70%) der schwangeren Patientinnen lebt auch mit dem\*der Partner\*in zusammen, 36% mit Kindern, 28% leben alleine und 13% leben noch bei den Eltern. Mit 75% und 73% sind die Patientinnen mit einer Stimulanzien- bzw. Alkoholproblematik diejenigen, die am häufigsten mit ihrem\*ihrem Partner\*in zusammenleben. Bei Patientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung trifft dies dagegen nur auf 55% zu. In dieser Gruppe lebt etwa ein Drittel alleine, etwas mehr als ein Viertel lebt bei den Eltern (Abbildung 28).

**Abbildung 28: Lebenssituation (stationär)**



Insgesamt haben 62% der schwangeren Patientinnen bereits eigene minderjährige Kinder. Ein Viertel hat ein, 27% haben zwei und 10% haben drei und mehr minderjährige Kinder. Klientinnen mit einer Opioidproblematik haben im Vergleich am seltensten eigene minderjährige Kinder (33%) und sie haben – ebenso wie Patientinnen mit Cannabinoidproblematik – maximal zwei minderjährige Kinder. Mit 73% haben Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik am häufigsten eigene minderjährige Kinder: 40% haben zwei und 13% drei minderjährige Kinder. Patientinnen mit alkoholbezogener Störung haben am häufigsten mindestens drei eigene minderjährige Kinder (15%) und sind überdies die einzige Gruppe, in der sich schwangere Frauen mit bereits mehr als drei eigenen Kindern finden (Abbildung 29).

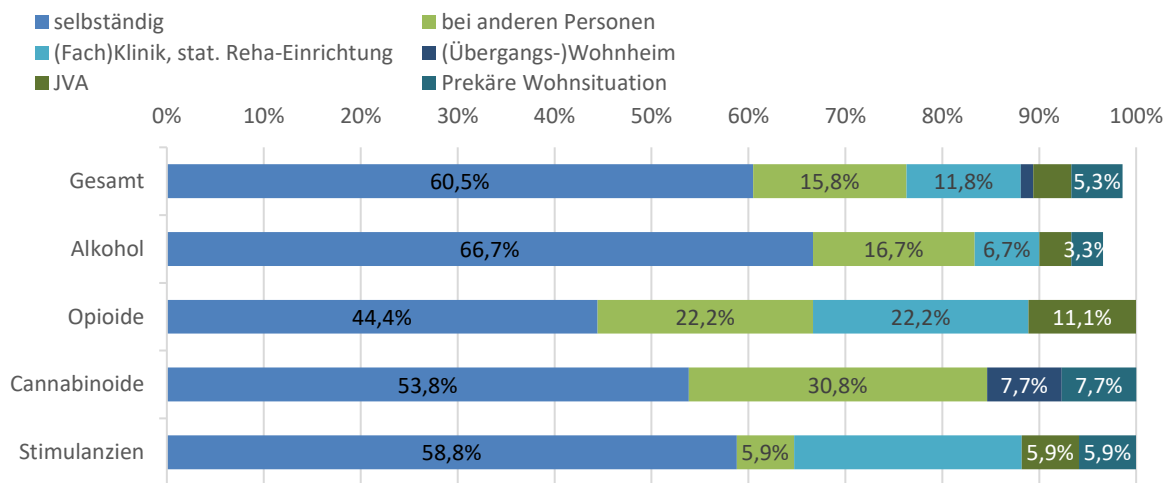
**Abbildung 29: Eigene minderjährige Kinder (stationär)**



### Wohnsituation

Am Tag vor Behandlungsbeginn leben Patientinnen mit einer bestehenden Schwangerschaft am häufigsten (61%) selbstständig (d. h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. eigenem Haus). 16% leben bei anderen Personen, 12% in einer (Fach-)Klinik oder stationären Rehabilitationseinrichtung, 4% in einer JVA und 5% befinden sich in einer prekären Wohnsituation, d. h. sie leben entweder in einer Notunterkunft oder sind obdachlos. Die letztgenannte Situation trifft vor allem auf Patientinnen mit einer Cannabinoid- (8%) bzw. Stimulanzienproblematik (6%) zu. Mit Ausnahme der Patientinnen mit einer Cannabinoidproblematik, weist jede Störungsgruppe einen Anteil an Patientinnen auf, die vor Beginn der Behandlung in einer JVA lebten, dies trifft insbesondere auf Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung zu (11%; Abbildung 30).

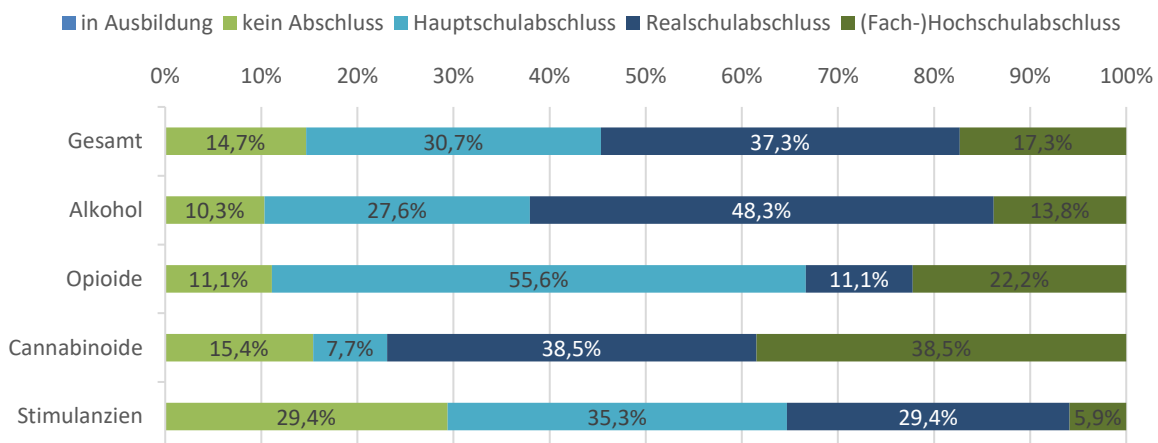
**Abbildung 30:** Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn (stationär)



### Schule und Ausbildung

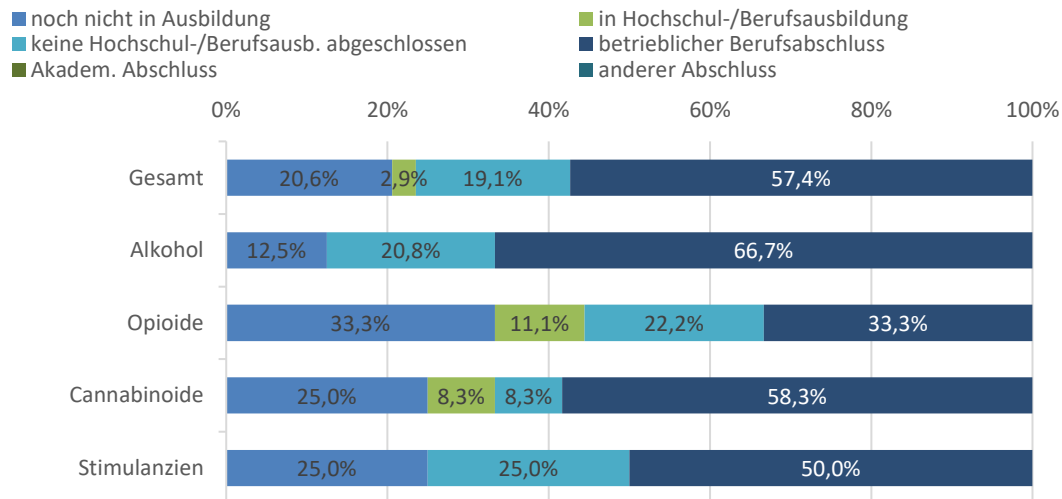
15% der schwangeren Patientinnen haben keinen Schulabschluss. 31% weisen einen Hauptschulabschluss auf und etwas mehr als die Hälfte hat einen höheren Schulabschluss (Mittlere Reife, Abitur). Der höchste Anteil an fehlenden Schulabschlüssen findet sich bei den Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik (29%). Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung haben am häufigsten die Schule mit einem Hauptschulabschluss beendet (56%). Patientinnen mit einer Cannabinoidproblematik weisen mit 77% den höchsten Anteil an höheren Schulabschlüssen auf, gefolgt von Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (62%; Abbildung 31).

**Abbildung 31:** Höchster Schulabschluss (stationär)



Insgesamt haben 19% der schwangeren Patientinnen keinen Hochschulabschluss oder abgeschlossene Berufsausbildung. Bei 57% liegt ein betrieblicher Berufsabschluss vor, einen akademischen Abschluss hat keine der Patientinnen. Ein Fünftel der Patientinnen hat noch keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen. Schwangere Patientinnen ohne abgeschlossene Berufsausbildung finden sich zu ähnlichen Anteilen (zwischen 21% und 25%) bei allen Störungsgruppen außer im Bereich der Cannabinoidproblematik, wo der entsprechende Anteil deutlich geringer ist (8%). Mit 67% betrieblichen Berufsabschlüssen liegt bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung die positivste Ausbildungssituation vor (Abbildung 32).

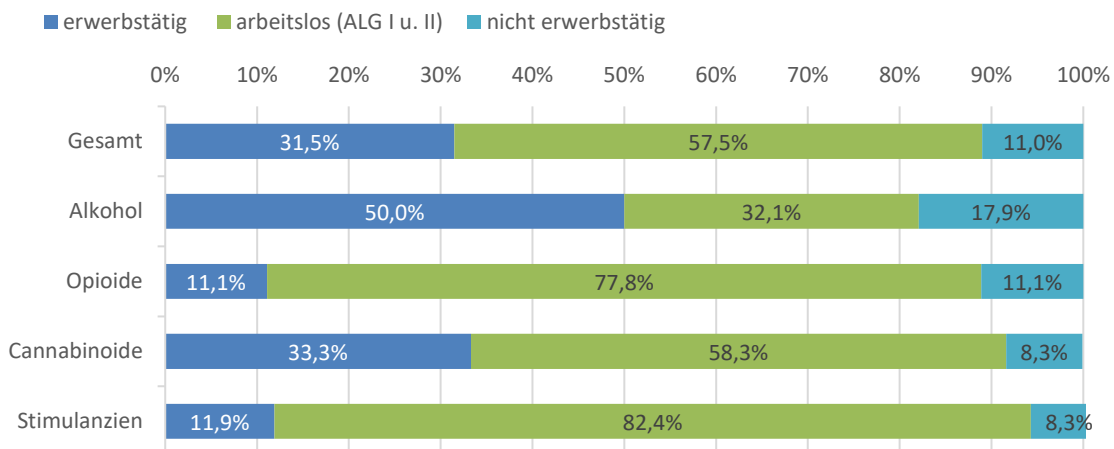
**Abbildung 32:** Höchster Ausbildungsabschluss (stationär)



### Erwerbssituation

Zu Beginn der Behandlung sind insgesamt 58% der schwangeren Klientinnen arbeitslos und 32% erwerbstätig. Nahezu umgekehrt ist die Verteilung bei Patientinnen mit einer Alkoholproblematik: von ihnen ist die Hälfte erwerbstätig und nur 32% sind von Arbeitslosigkeit betroffen. Demgegenüber finden sich bei Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung ebenso wie Patientinnen mit einer Opioidproblematik sehr hohe Arbeitslosenquoten von 82% und 78% (Abbildung 33).

**Abbildung 33:** Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (stationär)

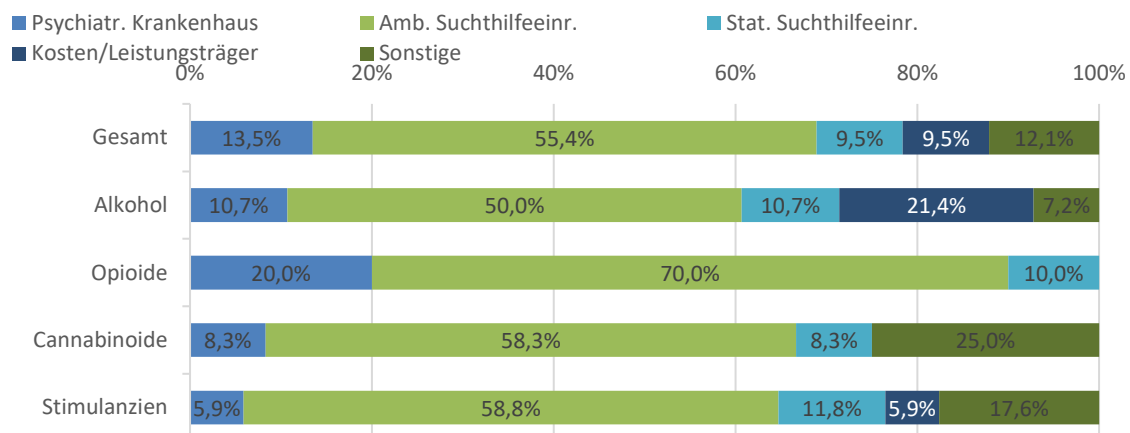


## Behandlung

### Vermittlung in die Behandlung

Klientinnen mit einer bestehenden Schwangerschaft werden in 55% der Fälle durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in die stationäre Behandlung vermittelt. Diese Vermittlung trifft für alle dargestellten Diagnosegruppen zwar in unterschiedlichem Maße aber immer am häufigsten zu. Psychiatrische Krankenhäuser stehen, bedingt durch die verhältnismäßig große Bedeutung in der Vermittlung von Patientinnen mit Opioidproblematik (20%), an zweiter Stelle. Nur bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung sowie bei Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik fungieren Kosten- und Leistungsträger als vermittelnde Instanz, wobei dies auf den Problembereich „Alkohol“ deutlich stärker zutrifft (21%) als auf den Problembereich „Stimulanzien“ (6%) (Abbildung 34).

**Abbildung 34:** Vermittlung in die Behandlung(stationär)

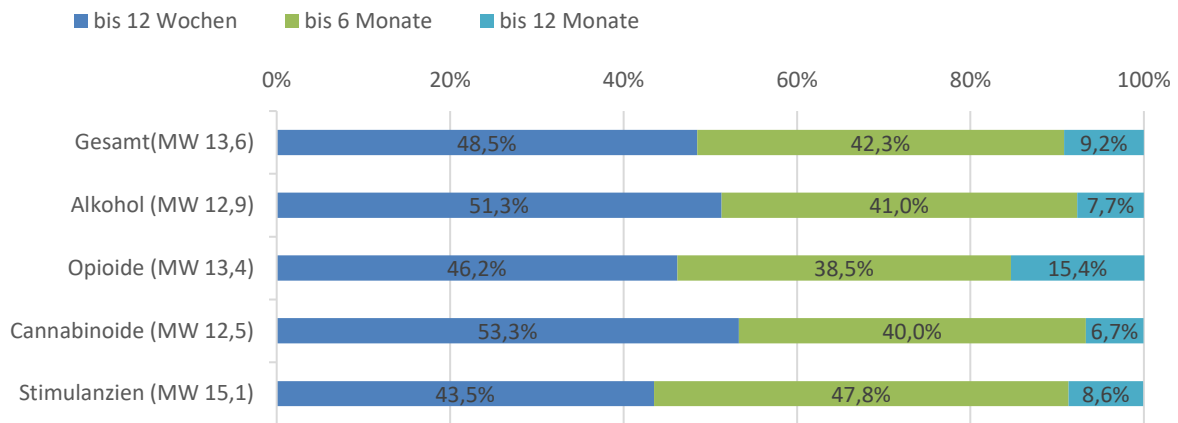


### Hauptmaßnahmen und Behandlungsdauer

Von den Hauptmaßnahmen, die im Rahmen der stationären Behandlung von schwangeren Klientinnen durchgeführt werden, fallen 100% in die Kategorie „Suchtbehandlung“. Davon entfallen 88% auf die Einzelmaßnahme stationäre medizinische Rehabilitation und 7% auf die Adaption.

Die Dauer der stationären Behandlung von schwangeren Patientinnen beträgt im Mittel 14 Wochen, wobei am häufigsten (49%) Behandlungen mit einer Dauer von bis zu 12 Wochen dokumentiert sind. Behandlungen mit einer Dauer bis zu einem Jahr sind mit 9% eher selten. Über ein Jahr hinausgehende Behandlungen liegen nicht vor. Die mit 15 Wochen durchschnittlich längste Behandlungsdauer weisen Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik auf. Bei ihnen handelt es sich um die Gruppe, in der Betreuungen mit einer Dauer bis 12 Wochen am seltensten sind (6%). Am kürzesten werden mit durchschnittlich 13 Wochen die schwangeren Patientinnen mit einer Alkoholproblematik behandelt, 51% der Behandlungen dauern hier nur bis maximal 12 Wochen. Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung haben den höchsten Anteil an Behandlungen mit einer Dauer von bis zu einem Jahr (15%; Abbildung 35).

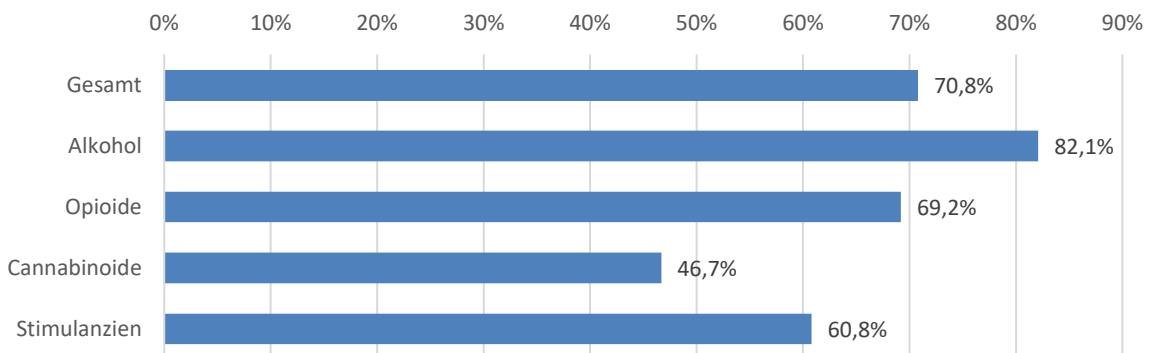
**Abbildung 35: Dauer der Behandlung (stationär)**



### Art der Beendigung

Insgesamt beenden 71% der schwangeren Patientinnen ihre stationäre Behandlung planmäßig<sup>8</sup>. Der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen liegt bei Patientinnen mit einer Alkoholproblematik vor (82%), gefolgt von Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (69%). Die geringste Quote an planmäßigen Beendigungen weisen Patientinnen mit einer Cannabinoidproblematik (47%) auf (Abbildung 36).

**Abbildung 36: Planmäßige Beendigung der Behandlung (stationär)**



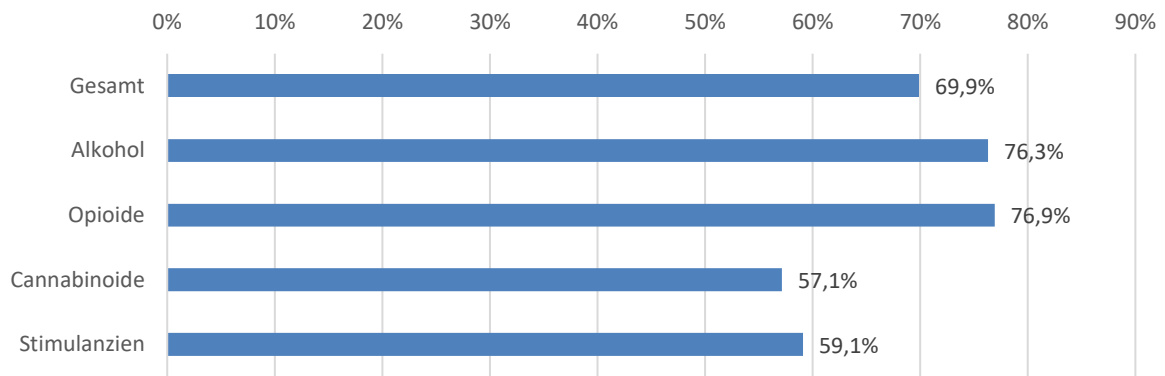
### Weitervermittlung nach Behandlungsende

Insgesamt werden 70% der schwangeren Patientinnen nach Beendigung ihrer stationären Behandlung weitervermittelt. Mit 77% bzw. 76% sind Patientinnen mit einer Opioid- bzw. Alkoholproblematik diejenigen, die am häufigsten weitervermittelt werden. Bei den Patientinnen mit einer cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Störung werden mit 59% und 57% deutlich geringere Anteile nach Behandlungsende in andere Institutionen vermittelt (Abbildung 37).

<sup>8</sup> Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

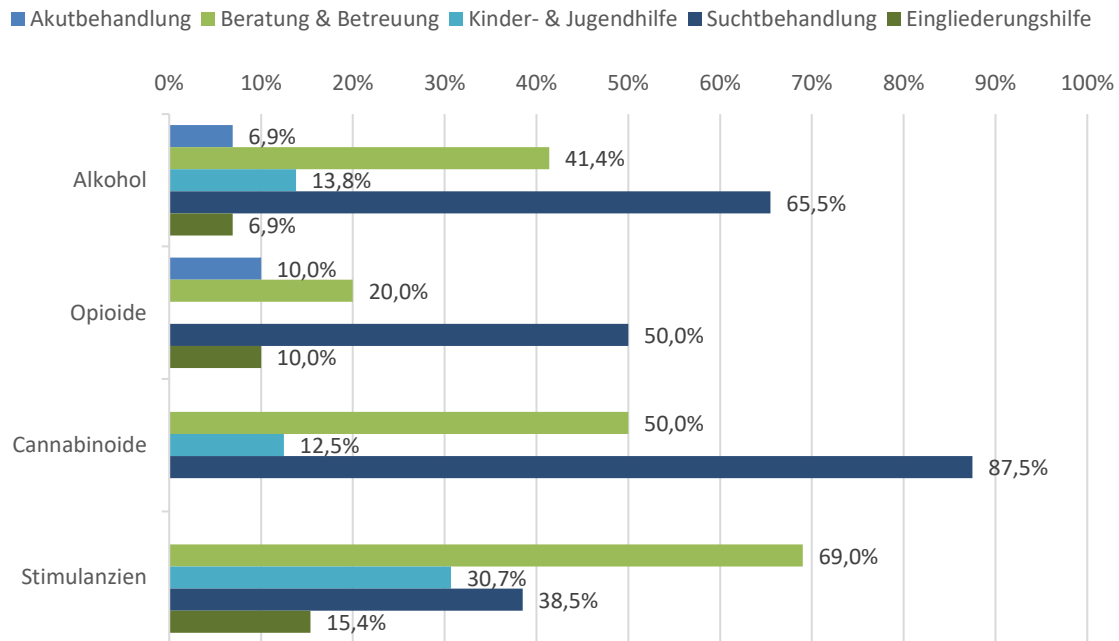


**Abbildung 37:** Weitervermittlung ja (stationär)



Von den Patientinnen, die nach Beendigung ihrer Behandlung weitervermittelt werden, wird der größte Anteil in eine Suchtbehandlung weitervermittelt. Das betrifft alle betrachteten Störungsbilder, lediglich bei Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik wird der Großteil in die Beratung und Betreuung vermittelt (69%). Auch liegt bei ihnen die höchste Quote an Weitervermittlungen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (13%) vor. Nur bei den Patientinnen mit einer Alkohol- und einer Opioidproblematik liegen Weitervermittlungen in eine Akutbehandlung vor (7% bzw. 10%). In Einrichtungen der Eingliederungshilfe finden Weitervermittlungen für alle betrachteten Störungsgruppen (Ausnahme: Cannabinoide) statt (Abbildung 38).

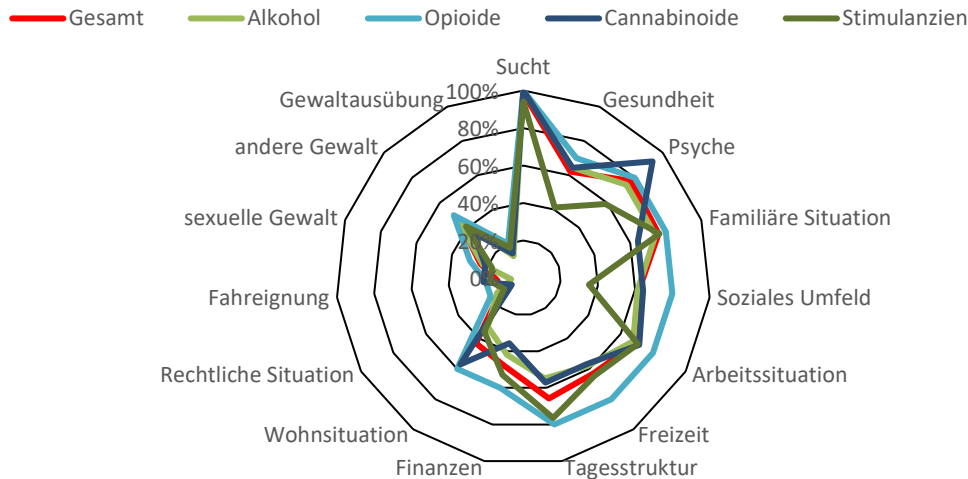
**Abbildung 38:** Weitervermittlung/-verlegung nach Ende der Behandlung – wohin (stationär)



### Behandlungsergebnis

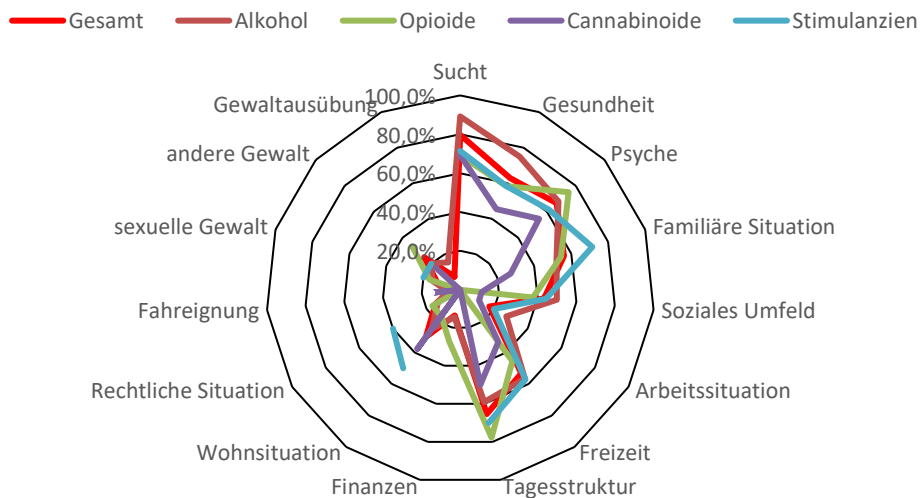
Die zu Beginn der Behandlung dokumentierten Problembereiche der schwangeren Patientinnen liegen insgesamt vor allem in den Bereichen Sucht (99%), der psychischen Gesundheit (77%), der familiären Situation (76%), der Arbeitssituation und der Tagesstrukturierung (66%). Diese Reihenfolge gilt für alle betrachteten Störungsbereiche jedoch in etwas unterschiedlichen Ausprägungen. Abbildung 39 verdeutlicht, dass für alle Störungsbereiche der Bereich Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten mit Abstand die höchste Belastung darstellt. Ebenso wird hier deutlich, dass insgesamt die höchste Problembelastung bei Patientinnen mit einer Opioidproblematik vorliegt.

**Abbildung 39:** Problembereiche zu Beginn der Behandlung (stationär)



Laut Einschätzung der betreuenden Mitarbeiter\*innen hat sich am Ende der Behandlung bei 80% der Patientinnen eine gebesserte Situation im Problembereich Sucht, bei 67% eine Verbesserung im Bereich psychische Gesundheit und bei 65% eine Besserung im Bereich Tagesstrukturierung ergeben. Auch die familiäre Situation wird bei 56% der Patientinnen als verbessert eingeschätzt. Ein geringerer Erfolg liegt mit 17% im Bereich Arbeitssituation vor. Betrachtet man die Verbesserungen in Verbindung mit den einzelnen Störungsbildern, so fällt auf, dass insbesondere bei Patientinnen mit einer Stimulanzienproblematik die Situation am Behandlungsende in allen genannten Problembereichen deutlich gebessert ist. Hingegen haben sich bei Patientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik die geringsten Verbesserungen ergeben (Abbildung 40).

**Abbildung 40:** Problembereiche am Ende der Behandlung mit Status „gebessert“ (stationär)



## Zusammenfassung

### Ambulante Einrichtungen

- 2,4% der Klientinnen geben zu Beginn ihrer Betreuung eine Schwangerschaft an.
- 29% der schwangeren Klientinnen sind wegen einer Alkoholproblematik in Betreuung, 20% wegen einer Cannabinoid-, 19% wegen einer Stimulanzienproblematik, 17% aufgrund einer opioidbezogenen Störung.
- Mit jeweils 15 Jahren weisen schwangere Klientinnen ein sehr niedriges Alter bei Erstkonsum für die Substanzen Alkohol und Cannabis auf.
- Die schwangeren Klientinnen sind im Durchschnitt 32 Jahre alt. Das höchste Durchschnittsalter liegt bei 36 Jahren (Alkoholproblematik) das niedrigste bei 26 Jahren (cannabinoidbezogene Störung).
- 13% der schwangeren Klientinnen haben einen Migrationshintergrund. Den höchsten Anteil weisen Klientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik auf (21%).
- 72% der schwangeren Klientinnen leben in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Klientinnen mit einer Stimulanzien- oder Glücksspielproblematik (75%), am seltensten auf Klientinnen mit einer polytoxikomanen Problematik (64%) zu.
- 62% der schwangeren Klientinnen leben mit ihrem\*ihrer Partner\*in zusammen.
- 63% der schwangeren Klientinnen haben bereits eigene minderjährige Kinder, davon haben 12% mindestens drei Kinder. 53% der eigenen minderjährigen Kinder leben im Haushalt der Klientinnen.
- 71% der schwangeren Klientinnen leben am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig, 4% befinden sich in einer prekären Wohnsituation (Notunterkunft, obdachlos). Letzteres betrifft vor allem Klientinnen mit einer Opioidproblematik (13%).
- 14% der Klientinnen haben keinen, 39% einen höheren Schulabschluss (Mittlere Reife, Abitur).
- 30% der schwangeren Klientinnen haben keine abgeschlossene Ausbildung (beruflich bzw. akademisch).
- 55% der schwangeren Klientinnen sind zu Beginn der Betreuung arbeitslos. Der niedrigste Anteil an Arbeitslosigkeit liegt bei Klientinnen mit einer Alkoholproblematik vor (36%), der höchste bei Klientinnen mit einer opioid- oder polytoxikomanen Störung (76%).
- 45% der schwangeren Klientinnen kommen ohne Vermittlung, 15% über Jugendämter/Einrichtungen der Jugendhilfe in die Betreuung.
- 88% der Hauptmaßnahmen bei schwangeren Klientinnen fallen in die Kategorie „Beratung und Betreuung“. Davon entfallen 75% auf die Einzelmaßnahme Sucht- und Drogenberatung, 15% auf die Psychosoziale Begleitung Substituierter und 10% auf niedrigschwellige Hilfen.
- Die ambulante Betreuung schwangerer Klientinnen dauert durchschnittlich 51 Wochen. Am kürzesten werden Klientinnen mit einer Cannabinoid- bzw. Alkoholproblematik (Ø 27 bzw. 31 Wochen) betreut, am längsten Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (Ø 108 Wochen).
- 65% der schwangeren Klientinnen beenden ihre Betreuung planmäßig. Der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen liegt bei Klientinnen mit einer Cannabinoidproblematik vor (72%), der niedrigste bei Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (59%).
- Am Ende der Betreuung zeigt sich bei den Klientinnen eine gebesserte Situation in den Problembereichen Sucht (64%), psychische (52%) und körperliche Gesundheit (46%). Geringere Erfolge weisen die Bereiche familiäre (37%) und Arbeitssituation (17%) auf.

## Stationäre Einrichtungen

- 2,4% der Patientinnen geben zu Beginn ihrer Behandlung eine Schwangerschaft an.
- 39% der schwangeren Patientinnen sind wegen einer Alkoholproblematik in Behandlung, 22% wegen einer Stimulanzien-, 18% wegen einer Cannabonoidproblematik, 13% aufgrund einer opioidbezogenen Störung.
- Das Alter bei Erstkonsum für die Substanzen Alkohol und Cannabis liegt bei den schwangeren Patientinnen bei 15 Jahren.
- Die schwangeren Patientinnen sind im Durchschnitt 31 Jahre alt. Das höchste Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren (Alkoholproblematik), das niedrigste bei 26 Jahren (stimulanzienbezogene Störung).
- 14% der schwangeren Patientinnen haben einen Migrationshintergrund. Den höchsten Anteil weisen Patientinnen mit einer opioidbezogenen Problematik auf (40%; jedoch geringes N).
- 79% der schwangeren Patientinnen leben in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Patientinnen mit einer Alkoholproblematik (83%), am seltensten auf Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (70%) zu.
- 70% der schwangeren Patientinnen leben mit ihrem\*ihrer Partner\*in zusammen.
- 62% der schwangeren Patientinnen haben bereits eigene minderjährige Kinder, davon haben 10% mindestens drei Kinder.
- 61% der schwangeren Patientinnen leben am Tag vor Behandlungsbeginn selbstständig, 5% befinden sich in einer prekären Wohnsituation (Notunterkunft, obdachlos). Letzteres betrifft vor allem Patientinnen mit einer Cannabinoidproblematik (8%).
- 15% der schwangeren Patientinnen haben keinen, 55% einen höheren Schulabschluss (Mittlere Reife, Abitur).
- 19% der schwangeren Patientinnen haben keine abgeschlossene Ausbildung (beruflich bzw. akademisch).
- 58% der schwangeren Patientinnen sind bei Behandlungsbeginn arbeitslos. Der niedrigste Anteil an Arbeitslosigkeit liegt bei Patientinnen mit einer Alkoholproblematik vor (32%), der höchste bei Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (82%).
- 55% der schwangeren Patientinnen werden durch eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in die Behandlung vermittelt, 14% von psychiatrischen Kliniken.
- 100% der Hauptmaßnahmen bei schwangeren Patientinnen fallen in die Kategorie „Suchtbehandlung“. Davon entfallen 88% auf die Einzelmaßnahme Stationäre medizinische Rehabilitation, 7% auf die Adaption.
- Die stationäre Behandlung schwangerer Patientinnen dauert durchschnittlich 14 Wochen. Am kürzesten werden Patientinnen mit einer Alkoholproblematik (Ø 13 Wochen) behandelt, am längsten Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (Ø 15 Wochen).
- 71% der schwangeren Patientinnen beenden ihre Behandlung planmäßig. Der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen liegt bei Patientinnen mit einer Alkoholproblematik vor (82%), der niedrigste bei Patientinnen mit einer cannabinoidebezogenen Störung (47%).
- Am Ende der Behandlung zeigt sich bei den Patientinnen eine gebesserte Situation in den Problembereichen Sucht (80%, psychische (67%) und Tagesstrukturierung (65%). Geringer Erfolg weist der Bereich Arbeitssituation auf (17%).

## Quellen

Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *SUCHT*, 55 (Sonderheft 1), S6 - S14.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019). Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019). Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019). Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte – Schwangere. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019). Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte - Schwangere. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2019). *Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de).

DHS (2020). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand 01.01.2020. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Kipke, I., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Cannabisbezogene Störungen –epidemiologische und soziodemographische Daten aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000 – 2009. *SUCHT*, 57 (6), 439 – 450.