

Klient*innen/Patient*innen mit Kindern in Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe¹

Jutta Künzel
Hanna Dauber
Sara Specht
Monika Murawski
Larissa Schwarzkopf

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

München, Oktober 2020
© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

¹ Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2019 (Dauber et al., 2020), verfügbar unter 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 zwei Kurzberichten pro Jahr dargestellt.

Der vorliegende Kurzbericht konzentriert sich auf Klient*innen/Patient*innen² mit eigenen minderjährigen Kindern, die 2019 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 Sonderauswertung zum vorliegenden Kurzbericht wurden Daten aus 863 ambulanten und 142 stationären Einrichtungen berücksichtigt. Die Analysen basieren auf den Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“³, d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2019 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben.

Die dargestellten Vergleiche beziehen sich auf folgende zwei Gruppen: 1) Klient*innen/Patient*innen mit eigenen minderjährigen Kindern, die mit ihnen in einem Haushalt leben und 2) Klient*innen/Patient*innen mit eigenen minderjährigen Kindern, die nicht mit ihnen in einem Haushalt leben. Die Darstellung erfolgt getrennt für den ambulanten und stationären Betreuungs-/Behandlungsbereich. Beide Gruppen werden hinsichtlich ihrer Merkmale vor Betreuungs-/Behandlungsbereich, während des -verlaufs und am -ende betrachtet.

Für eine bessere Lesbarkeit wird im Folgenden die Gruppe der Klient*innen/Patient*innen mit eigenen minderjährigen Kindern, die mit ihnen in einem Haushalt leben als Gruppe 1 und die Gruppe der Klient*innen/Patient*innen mit eigenen minderjährigen Kindern, die nicht mit ihnen in einem Haushalt leben als Gruppe 2 bezeichnet. Zudem wird der Begriff „eigene minderjährige Kinder“ durch „Kinder“ ersetzt.

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).

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit werden im Text die Begriffe „Klient*innen (ambulant) bzw. Patient*innen (stationär) oder Personen“ verwendet, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d.h. eine Person mehrfach als Fall in den aggregierten Datensatz eingehen kann.

³ Diese Bezugnahme wurde verwendet, da hier Langzeitbetreuungen nicht berücksichtigt werden, wodurch aktuelle Veränderungen besser beobachtet werden können.

Ambulante Einrichtungen (Typ 1⁴)

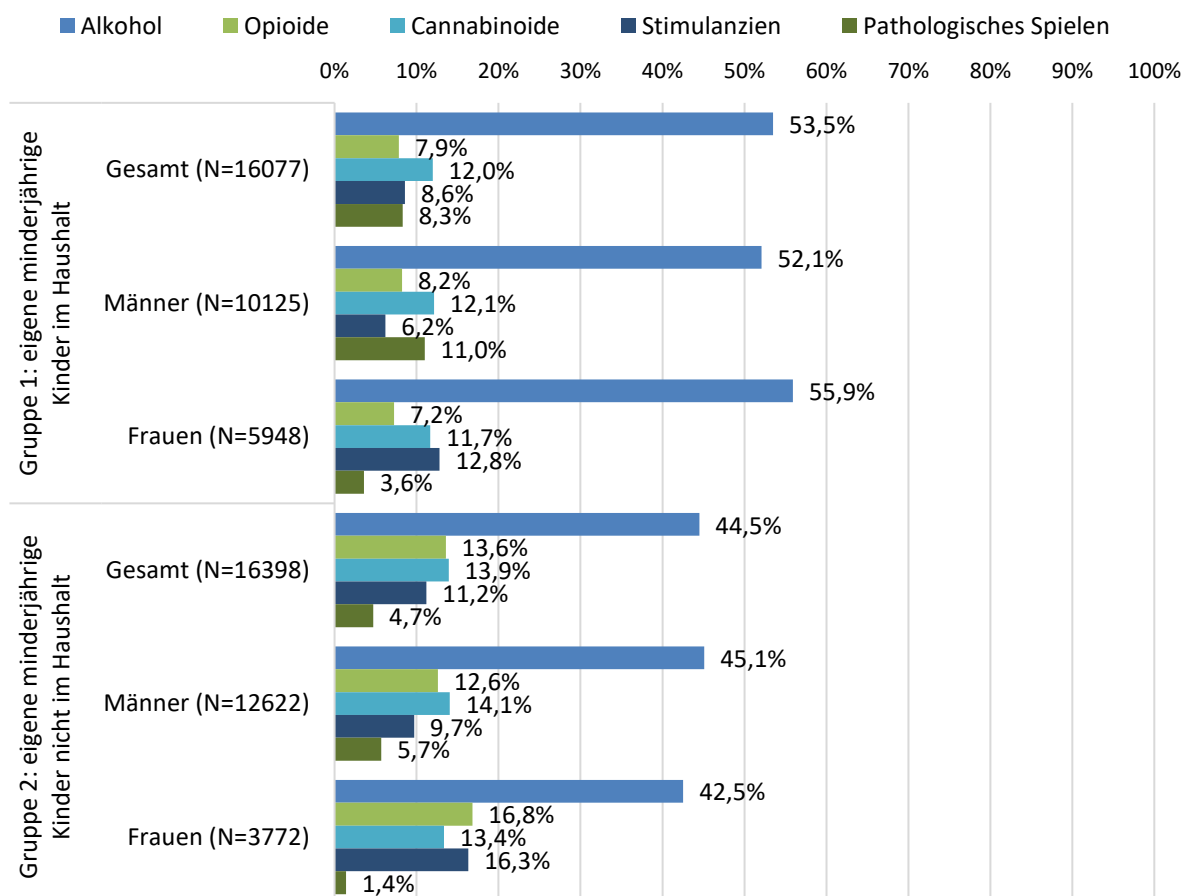
Insgesamt geben im Datenjahr 2019 44% der Klient*innen in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe an, eigene Kinder und 27% eigene minderjährige Kinder zu haben. Innerhalb der Gruppe der Klient*innen mit eigenen minderjährigen Kindern leben diese in 51% (N = 32.848) der Fälle im Haushalt der Klient*innen (Gruppe 1), in 53% (N= 31.906) der Fälle leben die Kinder außerhalb des Haushalts der Klient*innen (Gruppe 2)⁵.

Suchtproblematik

Klient*innen der Gruppe 1 haben häufiger eine alkoholbezogene Störung (54% vs. 45%) und eine Glücksspielproblematik (8% vs. 5%), wohingegen Klient*innen der Gruppe 2 häufiger Störungen in Bezug auf illegale Substanzen aufweisen.

Frauen in Gruppe 1 haben eher eine alkoholbezogene bzw. eine stimulanzenbezogene Störung als Männer in dieser Gruppe (56% vs. 52% und 13% vs. 6%). In Gruppe 2 liegt bei Frauen öfter eine opioid- bzw. eine stimulanzenbezogene Störung (17% vs. 13% und 16% vs. 10%) vor als bei Männern. In beiden Gruppen weisen Männer deutlich häufiger eine Glücksspielproblematik auf als Frauen (11% vs. 4%; 6% vs. 1%; Abbildung 1).

Abbildung 1: Häufigste Hauptdiagnosen (ambulant)



⁴ Typ 1: Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz, Institutsambulanz, niedrigschwellige Einrichtung

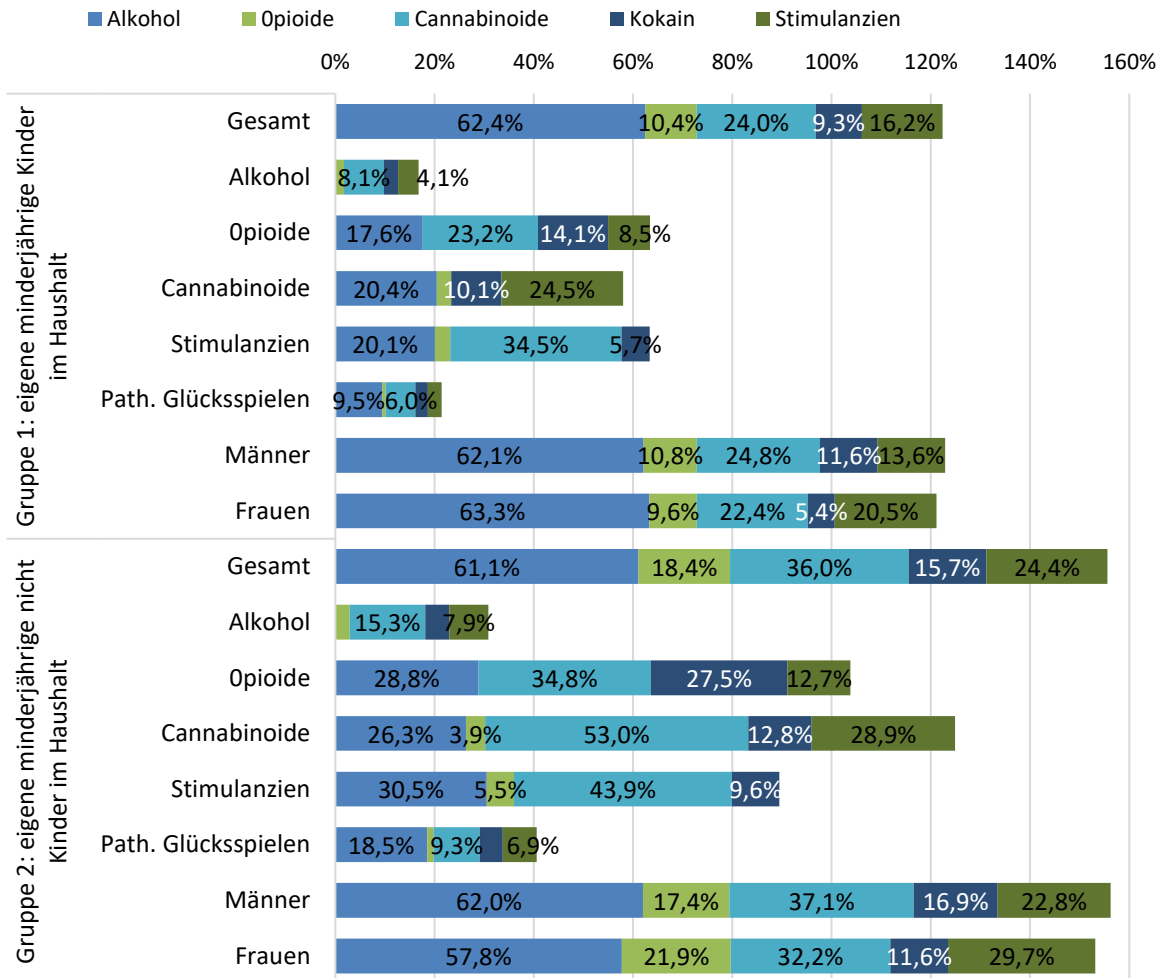
⁵ Die Prozentwerte addieren sich auf über 100% aufgrund einer Überlappung der Stichproben: 13% bzw. 16% der Klient*innen haben sowohl eigene minderjährige Kinder im Haushalt als auch in Fremdbetreuung und umgekehrt.

Zusätzliche Einzeldiagnosen

Abbildung 2 veranschaulicht das Vorliegen zusätzlicher suchtbbezogener Einzeldiagnosen neben der primären Störung. Es zeigt sich, dass in Gruppe 2 eine deutlich höhere Komorbiditätslast vorliegt. Hier sind es insbesondere Klient*innen mit einer opioid- bzw. cannabinoidbezogenen Störung, die in hohem Maße eine substanzbezogene Komorbidität aufweisen. In beiden Gruppen sind Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung und Glücksspielproblematik am geringsten durch zusätzliche Einzeldiagnosen belastet.

Männer und Frauen unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht wesentlich (Abbildung 2).

Abbildung 2: Zusätzliche suchtbbezogene Einzeldiagnosen* (ambulant)



*Nur häufigste Nennungen

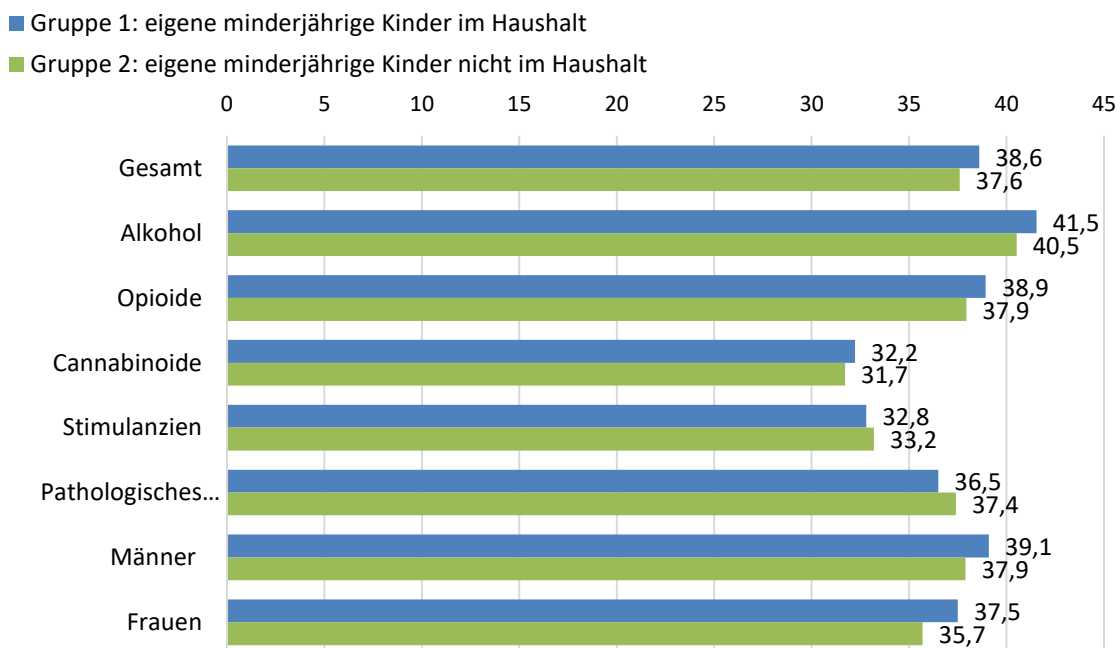
Soziodemographischer Hintergrund

Alter

Klient*innen in Gruppe 1 sind im Mittel ein Jahr älter als Klient*innen in Gruppe 2 (39 vs. 38 Jahre). Auf Ebene der einzelnen Störungen ist dieser Unterschied nur für Klient*innen mit alkoholbezogener (42 vs. 41 Jahre) bzw. opioidbezogener Störung (39 vs. 38 Jahre) beobachtbar, wohingegen sich bei den übrigen Störungen allenfalls geringfügige Unterschiede ergeben.

Männer sind in beiden Gruppen zu Behandlungsbeginn älter als Frauen (Gruppe 1: 39 vs. 37, Gruppe 2: 38 vs. 36), wobei beide Geschlechter in Gruppe 1 ein höheres Durchschnittsalter aufweisen (Abbildung 4).

Abbildung 3: Durchschnittsalter in Jahren (ambulant; Hauptdiagnosen; Geschlecht)

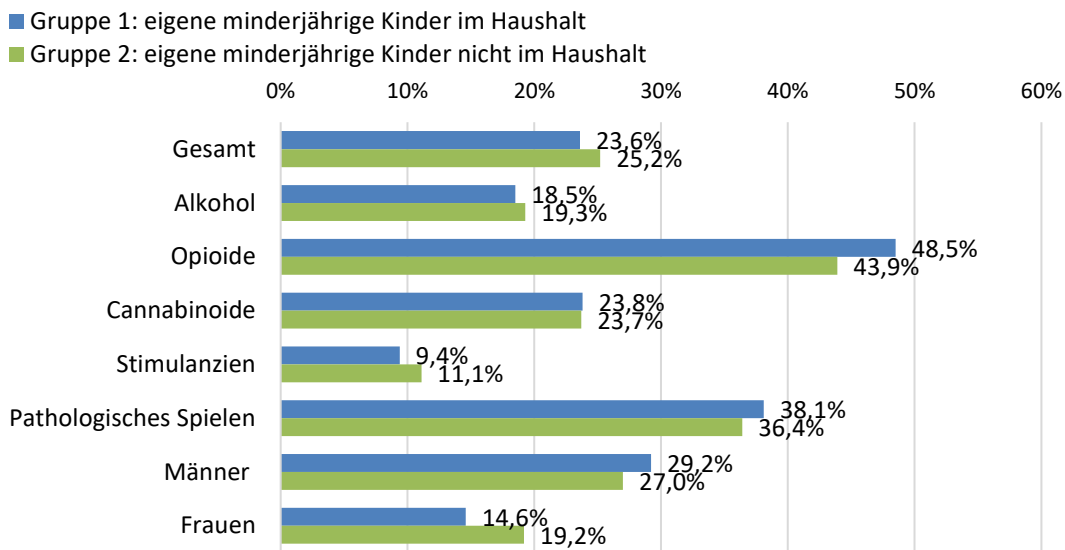


Migrationshintergrund

Der Anteil an Klient*innen mit Migrationshintergrund ist in beiden Gruppen annähernd gleich (Gruppe 1: 25%, Gruppe 2: 24%). Die höchsten Migrationsquoten liegen in beiden Gruppen bei Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung bzw. einer Glücksspielproblematik vor. Wobei die Anteile in Gruppe 1 jeweils höher liegen (Gruppe 1: 49% bzw. 38%; Gruppe 2: 44% bzw. 36%). Bei Klient*innen mit einer stimulanzienbezogenen Störung verhält es sich umgekehrt (11% vs. 9%). Bei Personen mit alkohol- bzw. cannabinoidbezogener Störung gibt es keine Gruppenunterschiede in der Migrationsquote (jeweils 19% bzw. jeweils 24%).

Die größten Unterschiede zeigen sich bei den Geschlechtern: Ein Migrationshintergrund liegt hier in beiden Gruppen bei Männern (Gruppe 1: 29%, Gruppe 2: 27%) wesentlich häufiger vor als bei Frauen (Gruppe 1: 15%, Gruppe 2: 19%). Männer in Gruppe 1 haben zudem häufiger einen Migrationshintergrund als Männer in Gruppe 2, bei Frauen ist die Situation umgekehrt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Migrationshintergrund ja (ambulant; Hauptdiagnosen, Geschlecht)

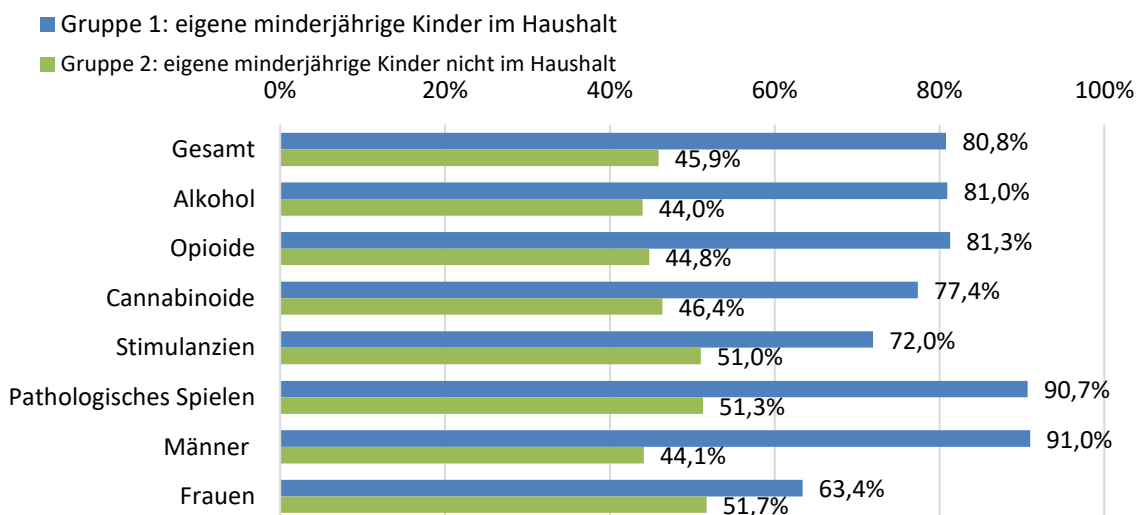


Partner-, Familien- und Lebenssituation

Grundsätzlich befinden sich Klientinnen in Gruppe 1 störungsübergreifend rund doppelt so häufig in einer festen Partnerschaft wie Klient*innen in Gruppe 2 (81% vs. 46%). Der Unterschied ist bei Klient*innen mit einer stimulanzienbezogenen Störung am schwächsten (72% vs. 51%) und bei Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung am stärksten (81% vs. 44%) ausgeprägt. In der Gruppe 1 leben Klient*innen mit einer stimulanzienbezogenen Störung am seltensten in einer festen Partnerschaft (72%). In Gruppe 2 ist dies für Personen mit einer alkoholbezogenen Störung der Fall (44%).

In Gruppe 1 lebt im Vergleich zu den Frauen ein deutlich größerer Anteil der Männer in einer festen Partnerschaft (91% vs. 63%), während dies in Gruppe 2 für Frauen zutrifft (52% vs. 44%, Abbildung 5).

Abbildung 5: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)

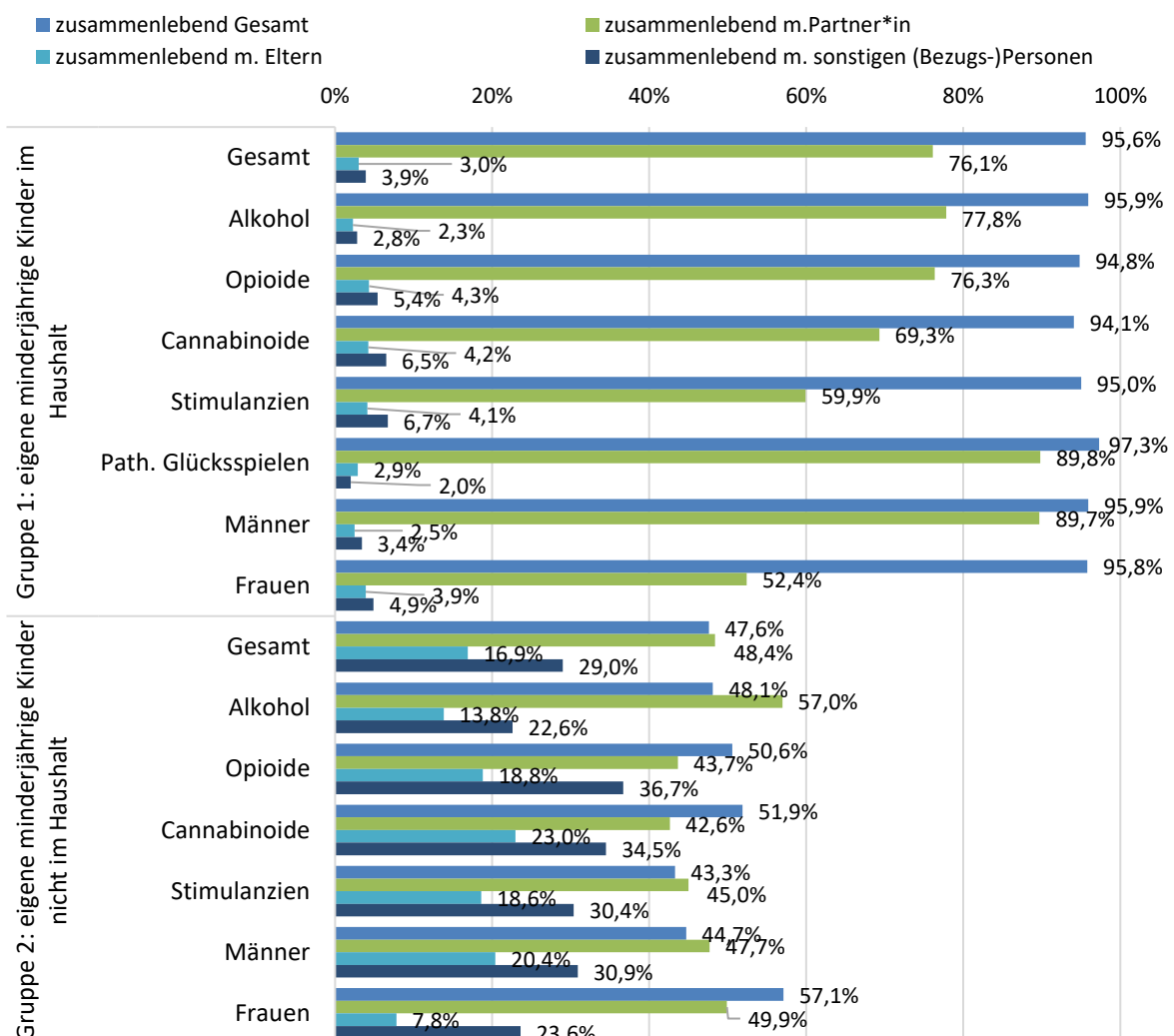


Die Lebenssituation der beiden Gruppen unterscheidet sich erheblich. Insgesamt leben 96% der Patient*innen aus Gruppe 1 und nur 48% aus Gruppe zwei mit jemandem zusammen. In Gruppe 1 leben ca. drei Viertel der Klient*innen der Gruppe 1 gemeinsam mit einem*einer Partner*in, andere Konstellationen (mit Eltern, mit anderen Bezugspersonen wie z.B. andere Verwandte oder Freunde) spielen keine nennenswerte Rolle. Dies gilt insbesondere für Klient*innen mit Glücksspielproblematik (90%) oder einer alkohol- (78%) bzw. opioidbezogenen Störung (76%). Demgegenüber leben in dieser Gruppe Klienti*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung eher selten mit dem*der Partner*in zusammen (60%).

Nur knapp die Hälfte der KlientInnen aus Gruppe 2 lebt mit ihrem*ihrer Partner*in zusammen, rund 30% leben bei anderen Bezugspersonen und etwa 17% leben noch bei ihren Eltern. Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik leben noch am häufigsten gemeinsam mit einem*einer Partner*in (jeweils 57%) und Klient*innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung am seltensten (43%). Das Zusammenleben mit den Eltern betrifft insbesondere Klient*innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder Glücksspielproblematik (jeweils 23%), während ein Zusammenleben mit anderen Bezugspersonen vor allem bei Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (37%) vorliegt.

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern: während in Gruppe 2 die Anteile der Männer und Frauen, die gemeinsam mit einem*einer Partner*in leben, mit 48% und 50% sehr ähnlich sind, weichen sie in Gruppe 1 mit 90% (Männer) und 52% (Frauen) deutlich voneinander ab (Abbildung 6).

Abbildung 6: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Hauptdiagnosen, Geschlecht, ambulant)

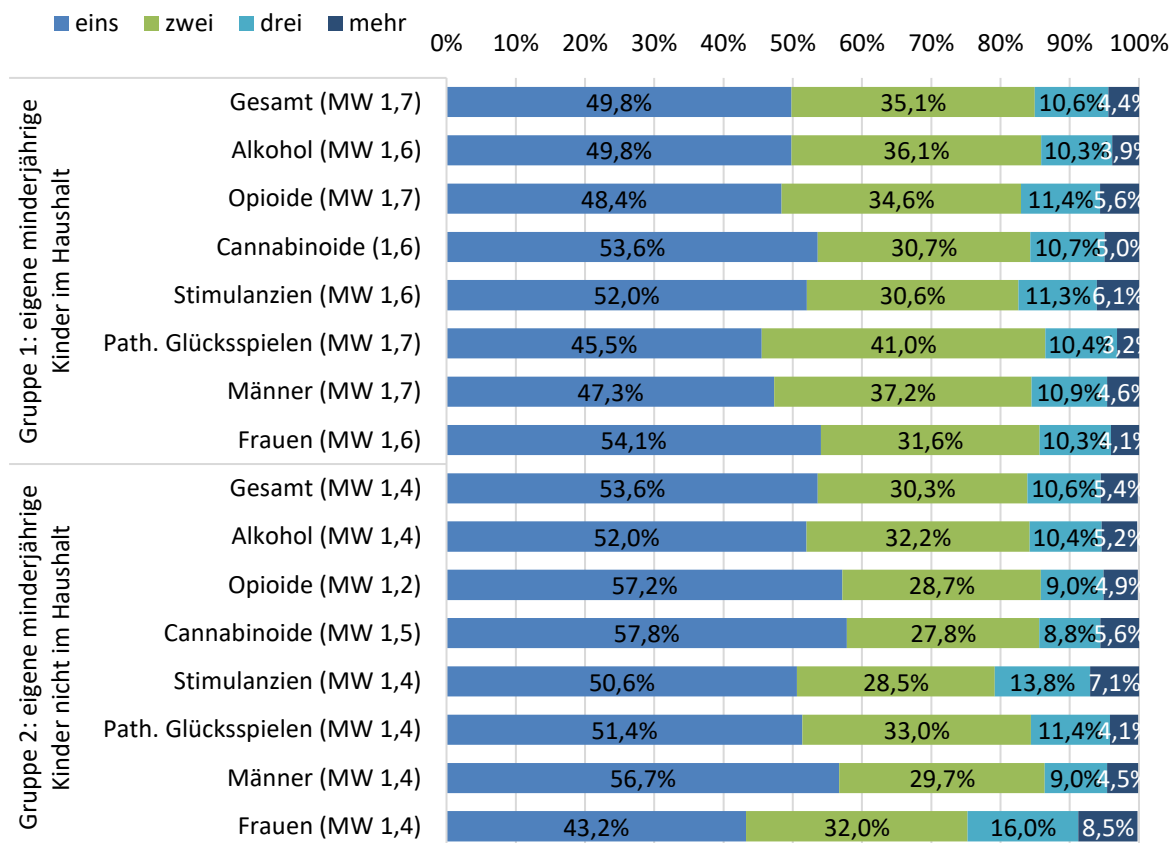


Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, in der 51% der Familien ein, 37% zwei und 12% drei und mehr minderjährige Kinder haben, haben Klient*innen der Gruppe 1 seltener ein (50%) oder zwei Kinder (35%) und etwas häufiger mindestens drei Kinder (15%). Klient*innen der Gruppe 2 haben dagegen etwas häufiger nur ein Kind (54%), zu einem geringeren Anteil zwei Kinder (30%) und häufiger mehr als drei Kinder (16%)⁶.

Klient*innen in Gruppe 1 haben im Durchschnitt mehr Kinder als die in Gruppe 2 (Ø 1,7 vs. 1,4) wobei die Kinderzahl ungleich verteilt ist. Im Vergleich zu Gruppe 2 haben Klient*innen in Gruppe 1 seltener nur ein Kind (50% vs. 54%) oder mehr als drei Kinder (4% vs. 5%). In beiden Vergleichsgruppen haben Klient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung am häufigsten mindestens drei Kinder (Gruppe 1: 17%, Gruppe 2: 1%).

Männer der Gruppe 1 haben häufiger als Frauen in dieser Gruppe mehr als ein Kind (53% vs. 46%), in Gruppe 2 verhält es sich umgekehrt (43% vs. 57%) (Abbildung 7).

Abbildung 7: Eigene minderjährige Kinder- Anzahl (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



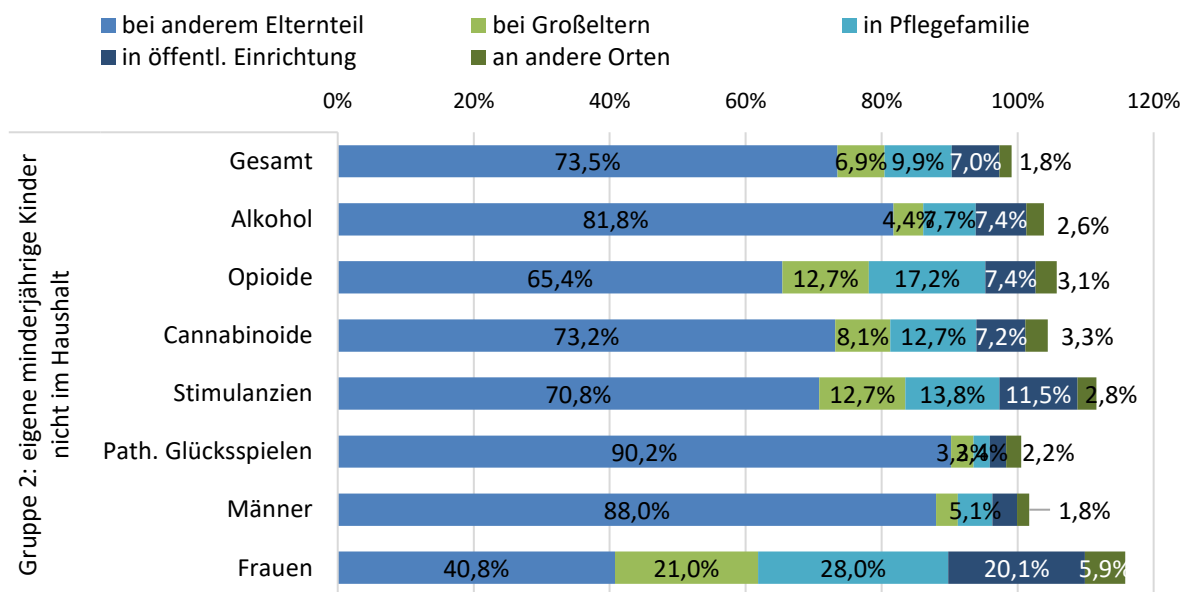
MW: Mittelwert

⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-1-familien.html>

Von den Kindern der Klient*innen aus Gruppe 2 leben insgesamt 74% bei dem anderen Elternteil, 7% bei den Großeltern, 10% in Pflegefamilien und 7% in öffentlichen Einrichtungen, demnach sind 81% noch in die ursprünglichen Familienstrukturen eingebunden. Bei dem anderen Elternteil leben am häufigsten Kinder von Klient*innen mit Glücksspielproblematik (90%) oder einer alkoholbezogenen Störung (82%). In Pflegefamilien leben am häufigsten Kinder von Klient*innen mit einer opioid- (17%) oder stimulanzenbezogenen Störung (14%). Kinder von Klient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung leben zudem mit 12% am häufigsten in öffentlichen Einrichtungen.

Zwischen den Geschlechtern gibt es deutliche Unterschiede: während die Kinder von männlichen Klienten überwiegend beim anderen Elternteil leben (88%), leben die Kinder der Klientinnen auch zu 28% in Pflegefamilien und zu 20% in öffentlichen Einrichtungen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Eigene minderjährige Kinder – nicht im eigenen Haushalt lebend (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



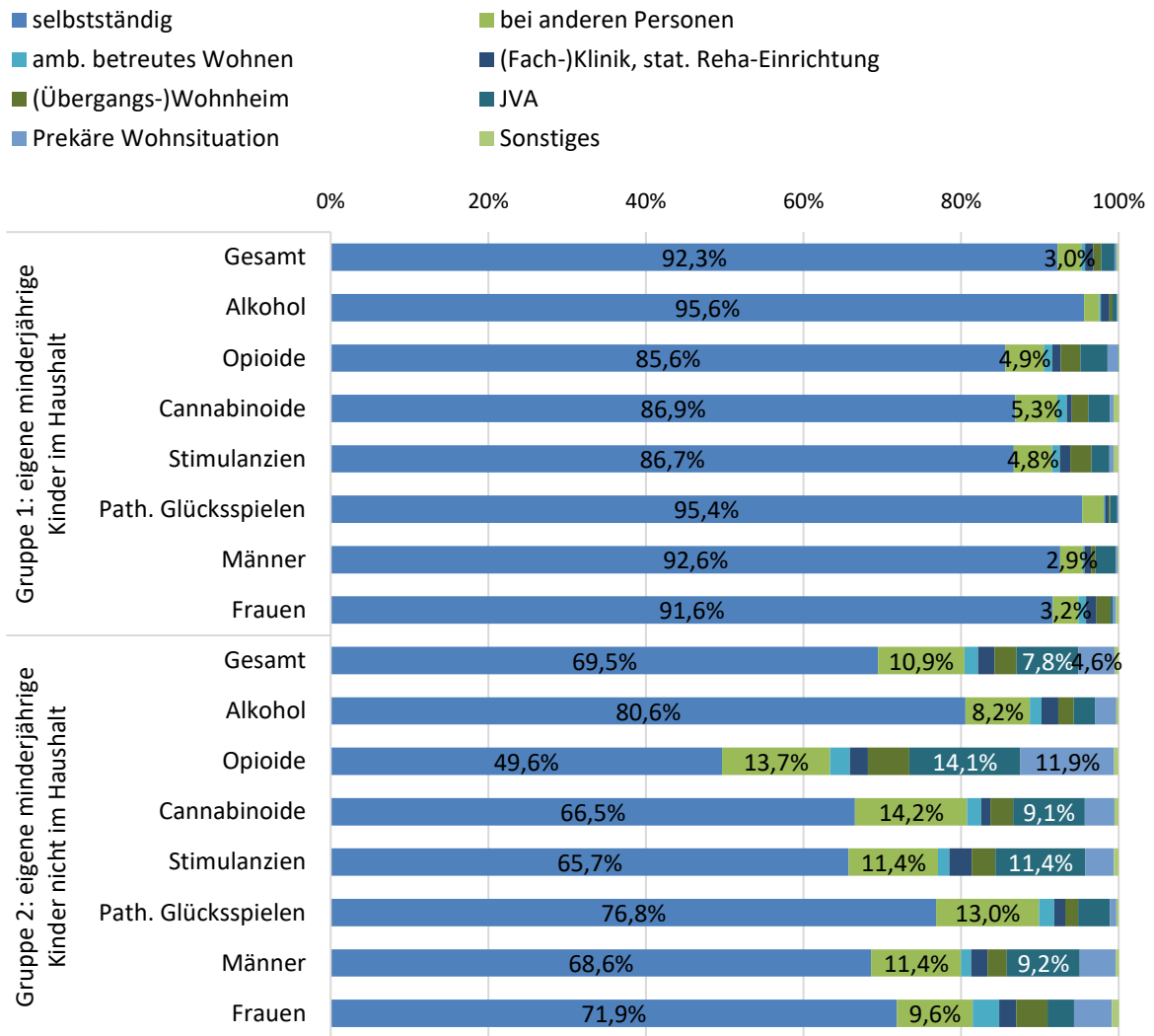
Wohnsituation

Klient*innen der Gruppe 1 leben vor Betreuungsbeginn überwiegend selbstständig (d. h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. eigenem Haus) (92%). Dieser Anteil liegt störungsübergreifend nie unter 85%. Prekäre Wohnverhältnisse (d.h. Notunterkunft, Obdachlosigkeit u.a.) liegen in der gesamten Gruppe so gut wie nicht vor.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei Klient*innen der Gruppe 2: hier wohnen nur rund 70% selbstständig, 8% leben in Einrichtungen der Justiz und 5% in einer prekären Wohnsituation. Prekäre Wohnverhältnisse liegen insbesondere bei Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (12%) vor. In Einrichtungen der Justiz untergebracht sind ebenfalls überwiegend Klient*innen mit einer opioidbezogenen bzw. einer stimulanzenbezogenen Störung (14% bzw. 11%).

Während in Gruppe 1 im Geschlechtervergleich keine nennenswerten Unterschiede auffallen, unterscheiden sich Männer und Frauen in Gruppe 2 hauptsächlich hinsichtlich der Unterbringung im Justizvollzug. Hier liegt der Anteil bei den Männern mit 9% deutlich über dem der Frauen (3%), wohingegen Frauen häufiger selbstständig wohnen (72% vs. 69%; Abbildung 9).

Abbildung 9 Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)

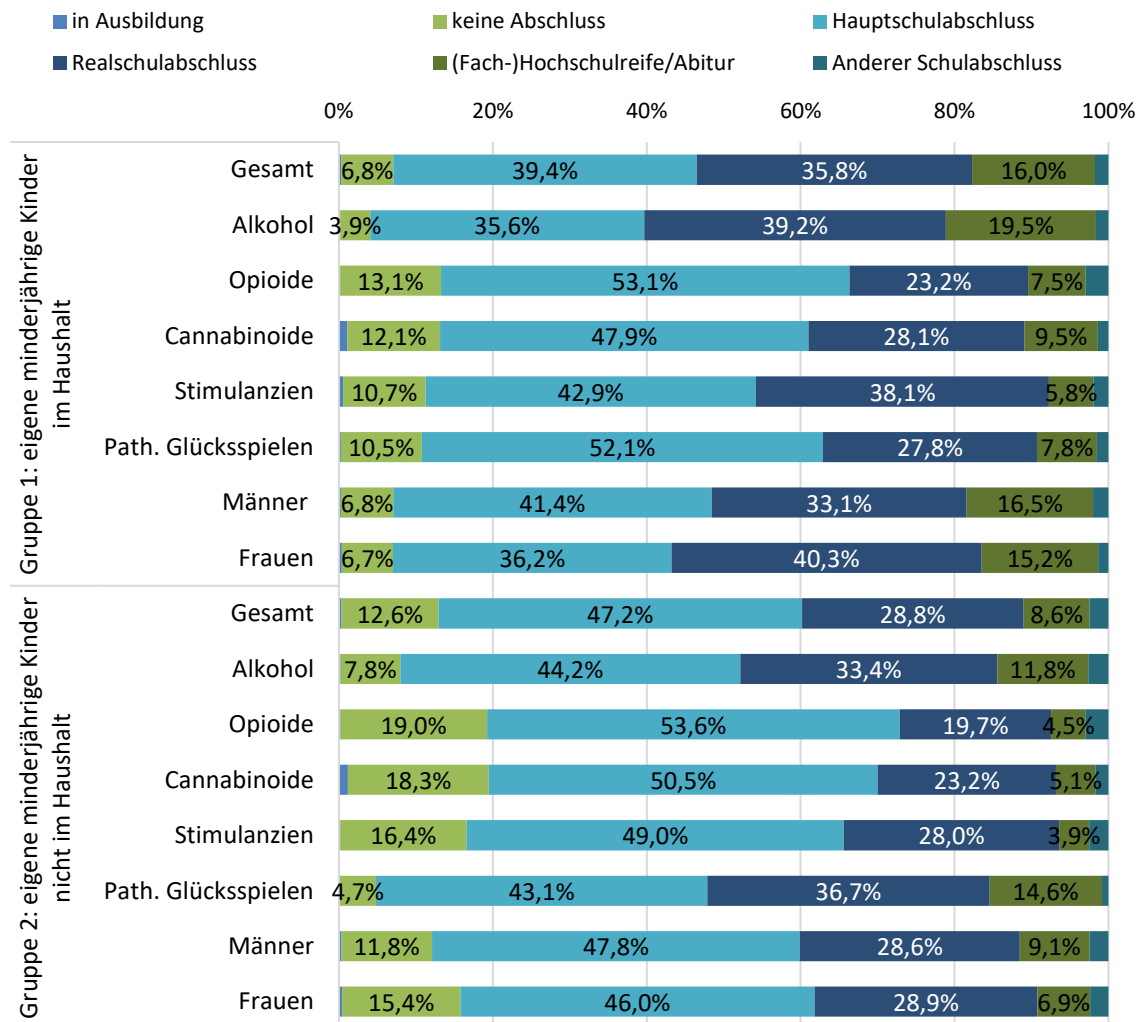


Schule und Ausbildung

Die beiden betrachteten Gruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Niveaus ihrer Schulbildung. 52% Klient*innen aus Gruppe 1 haben einen höheren Schulabschluss (mittlere Reife, Abitur), was nur auf 37% der Klient*innen aus Gruppe 2 zutrifft. Letztere weisen mit 13% einen fast doppelt so hohen Anteil ohne Schulabschluss auf als Klient*innen aus Gruppe 1 (7%). In beiden Gruppen haben Klient*innen mit einer opioid- oder cannabinoidbezogenen Störung die Schule am häufigsten ohne Abschluss verlassen (Gruppe 1: 13% bzw. 12%; Gruppe 2: 19% bzw. 18%).

In Gruppe 1 haben Frauen häufiger einem höheren Schulabschluss als Männer (56% vs. 50%), wohingegen in Gruppe 2 Frauen etwas seltener einen höheren Schulabschluss haben als die Männer dieser Gruppe (36% vs. 38%). Zudem haben Frauen in Gruppe 2 häufiger als Männer keinen Schulabschluss (15% vs. 12%), wohingegen diesbezüglich in Gruppe 1 kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht (jeweils 7%; Abbildung 10).

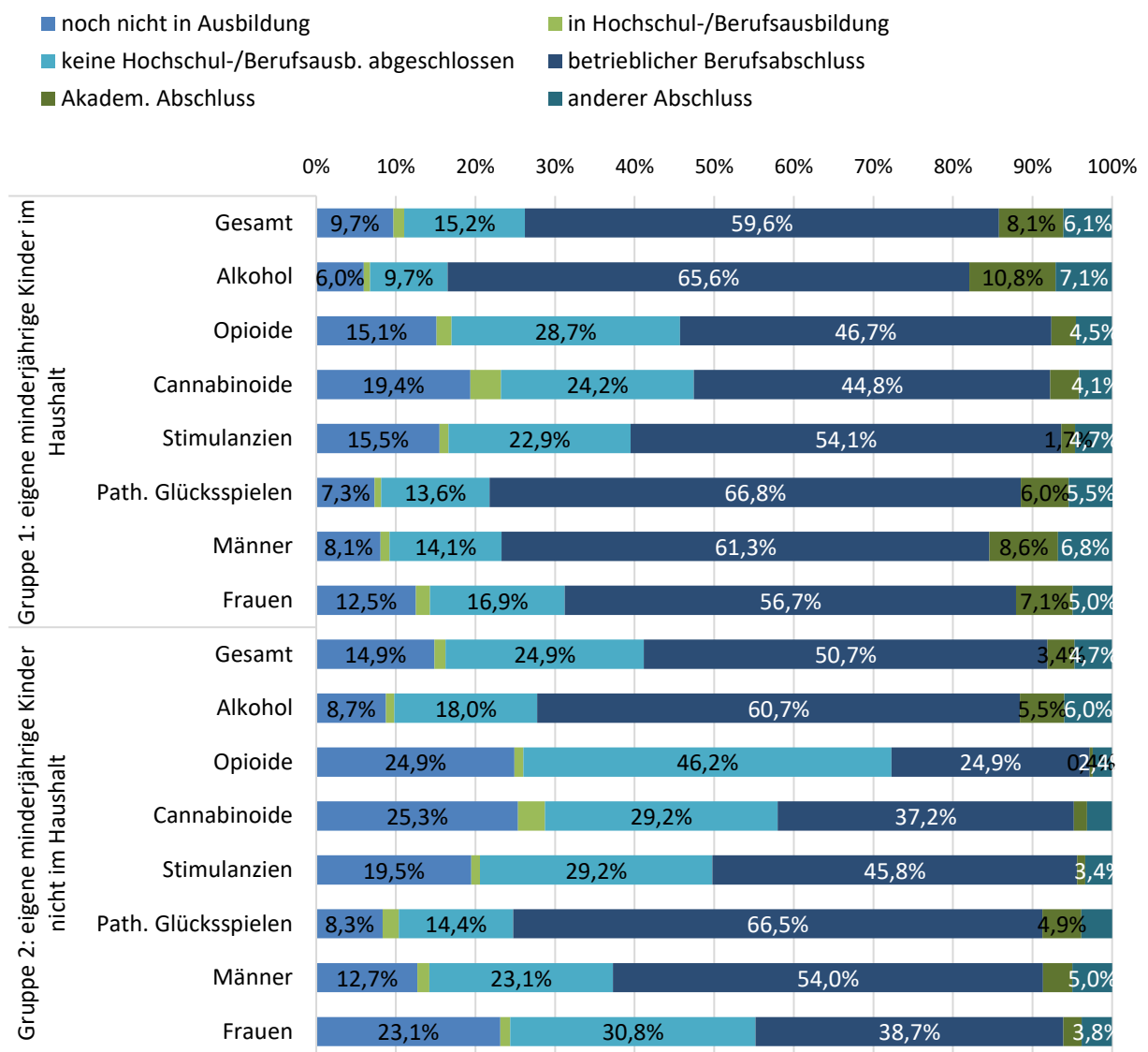
Abbildung 10: Höchster Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



Klient*innen der Gruppe 1 haben häufiger keine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung als Klient*innen der Gruppe 2 (25% vs. 15%). In beiden Gruppen ist störungsübergreifend ein betrieblicher Berufsabschluss am häufigsten vertreten (Gruppe 1: 60%, Gruppe 2: 51%). Akademische Abschlüsse liegen zu 8% bzw. 3% vor. Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung haben am häufigsten keinen Ausbildungsabschluss, wobei dieser Anteil in Gruppe 2 deutlich höher ausfällt als in Gruppe 1 (46% vs. 28%). Am häufigsten haben Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (Gruppe 1: 84%, Gruppe 2: 72%) oder einer Glückspielproblematik (Gruppe 1: 78%, Gruppe 2: 75%) einen Ausbildungsabschluss.

Frauen haben in beiden Gruppen häufiger als Männer keinen Abschluss (Gruppe 1: 17% vs. 14%, Gruppe 2: 31% vs. 23%; Abbildung 11).

Abbildung 11: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



Erwerbs-, Schuldsituation

Die Erwerbssituation zu Beginn der Betreuung ist bei Klient*innen der Gruppe 1 deutlich günstiger als bei Klient*innen der Gruppe 2. 64% der Gruppe 1 sind erwerbstätig, in Gruppe 2 sind es nur 40%. Die Arbeitslosenquote (ALG I u. II) ist bei Klient*innen der Gruppe 2 mit 49% fast doppelt so hoch wie bei Klient*innen der Gruppe 1 (28%). Die höchste Arbeitslosenquote weisen in beiden Gruppen Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung auf (Gruppe 1: 45%; Gruppe 2: 61%), gefolgt von Klient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (Gruppe 1: 45%, Gruppe 2: 56%).

Frauen sind in beiden Gruppen deutlich häufiger arbeitslos als Männer, in Gruppe 2 jedoch in wesentlich höherem Ausmaß (32% vs. 59%; Abbildung 12).

Abbildung 12: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)

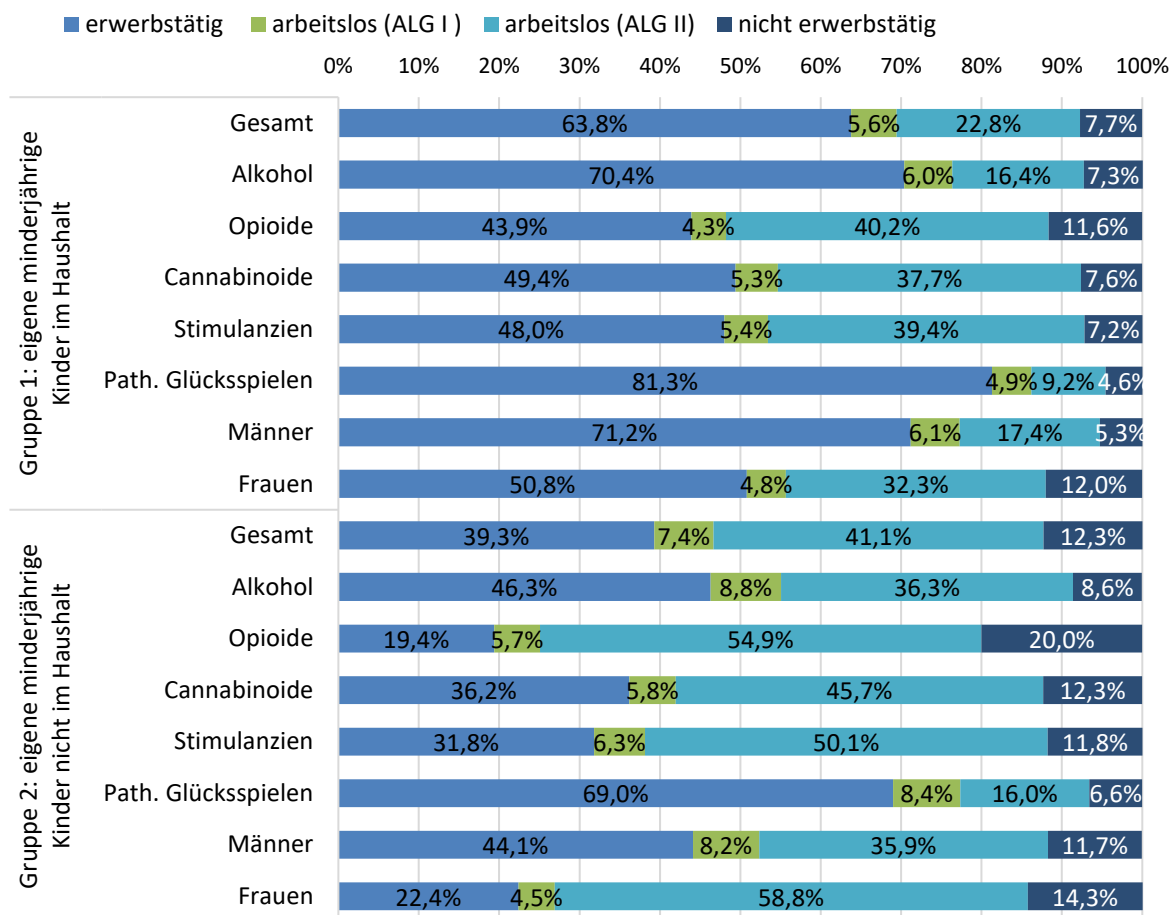
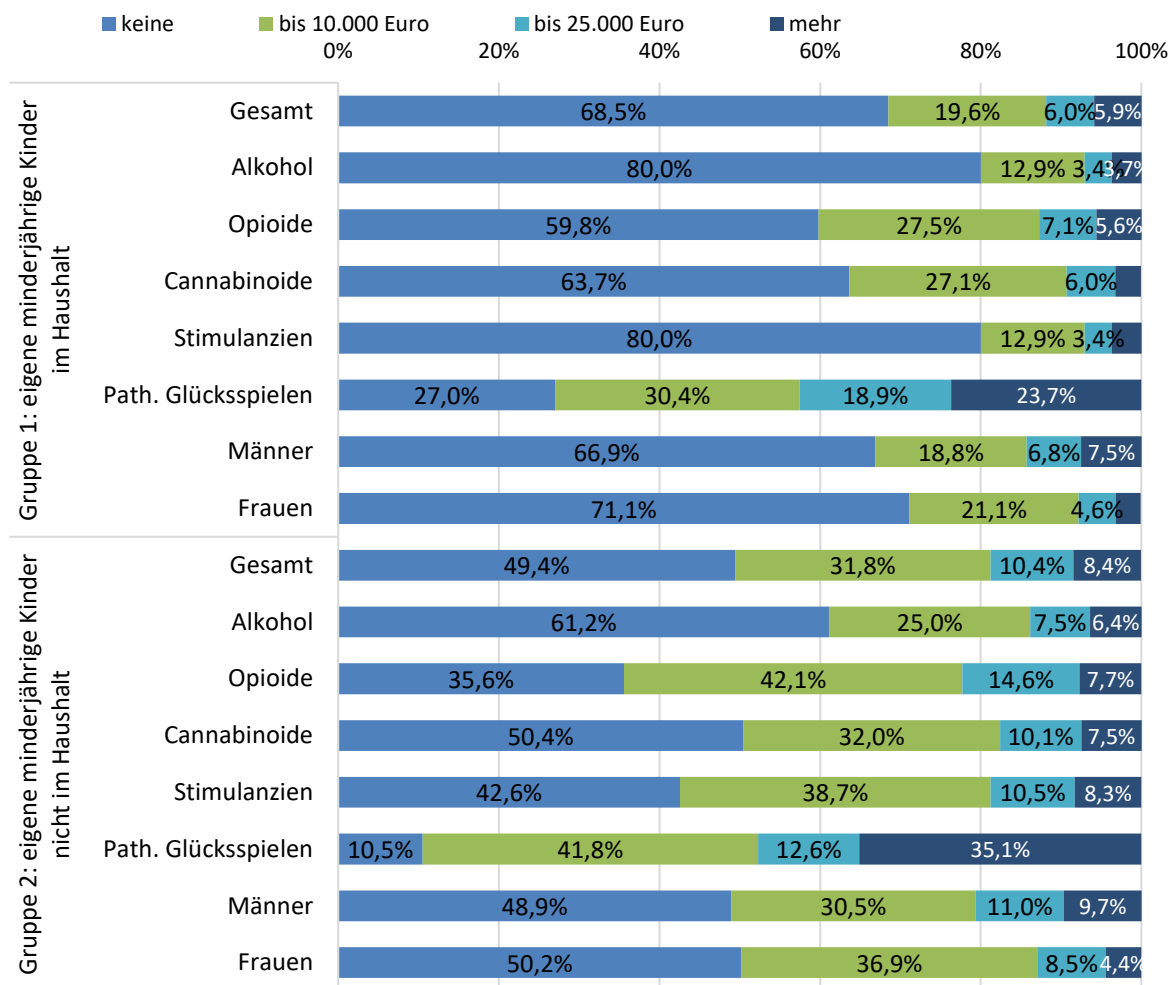


Abbildung 13 verdeutlicht, dass Klient*innen aus Gruppe 2, eine erheblich größere Schuldenlast tragen als Klient*innen aus Gruppe 1. So hat in Gruppe 2 knapp die Hälfte der Klient*innen keine Schulden, 32% sind bis zu 10.000 Euro verschuldet, 10% bis zu 25.000 Euro und 8% noch darüber hinaus. Dagegen haben Klient*innen der Gruppe 1 zu etwas mehr als zwei Dritteln keine Schulden, 20% haben Schulden in Höhe von bis zu 10.000 Euro und jeweils 6% bis 25.000 Euro bzw. über 25.000 Euro. Die höchste Verschuldung weisen in beiden Gruppen Klient*innen mit einer Glücksspielproblematik auf; 24% bzw. 35% von ihnen haben Schulden über 25.000 Euro.

Frauen haben in beiden Gruppen geringfügig weniger Schulden als Männer.

Abbildung 13: *Schuldensituation (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)*



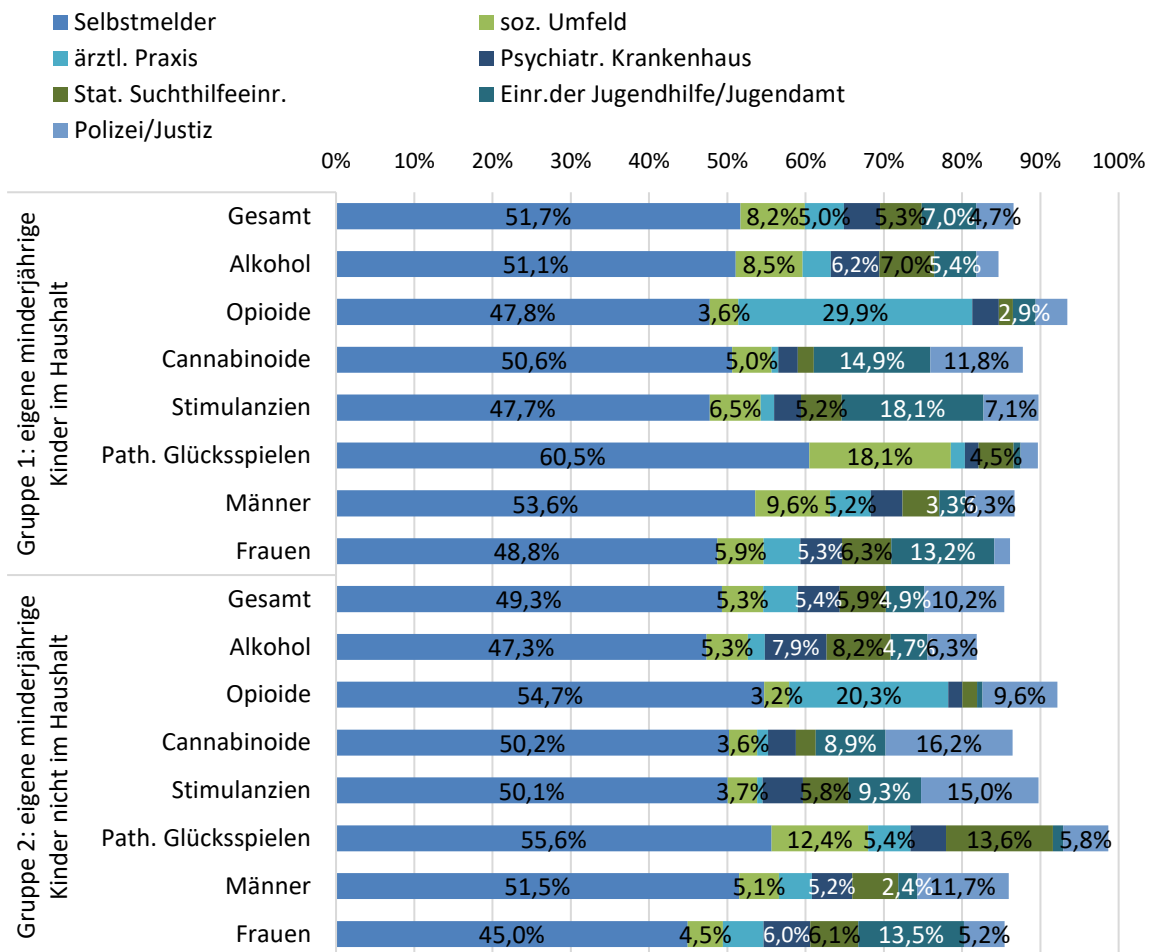
Betreuung

Vermittlung in die Betreuung

Klient*innen beider Gruppen kommen störungsübergreifend am häufigsten als Selbstmelder*innen in die Betreuung. Am häufigsten finden sich Selbstmelder*innen bei Klient*innen mit einer Glücksspielproblematik (Gruppe 1: 61%, Gruppe 2: 56%). In Gruppe 1 fungieren das engere soziale Umfeld (8%) sowie Einrichtungen der Jugendhilfe (7%) als wichtige Vermittlungsinstanzen. Ärztliche Praxen sind vor allem für Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung wichtige Vermittler (Gruppe 1: 30%, Gruppe 2: 20%). Der größte Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht bei den Vermittlungen durch Polizei und Justiz: während über diesen Weg 5% der Klient*innen aus Gruppe 1 in die Betreuung kommen, sind es in Gruppe 2 10%. Am häufigsten betrifft dies in beiden Gruppen Klient*innen mit einer cannabinoidbezogener Störung (Gruppe 1: 12%, Gruppe 2: 16%). Klient*innen mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen werden in beiden Gruppen häufig von Einrichtungen der Jugendhilfe in die Betreuung vermittelt, wobei dies für Klient*innen in Gruppe 1 verstärkt zutrifft (Cannabinoide: 15% vs.9%; Stimulanzen: 18% vs. 9%).

Männer kommen häufiger aus Eigeninitiative als Frauen in die Suchthilfeeinrichtungen. Werden aber – insbesondere in Gruppe 2 - auch häufiger durch Polizei und Justiz vermittelt. Frauen beider Gruppen kommen deutlich häufiger durch Einrichtungen der Jugendhilfe in die Betreuung als Männer (Gruppe 1: 13% vs. 5%; Gruppe 2: 14% vs. 2%; Abbildung 14).

Abbildung 14: Vermittlung in die Betreuung (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)*



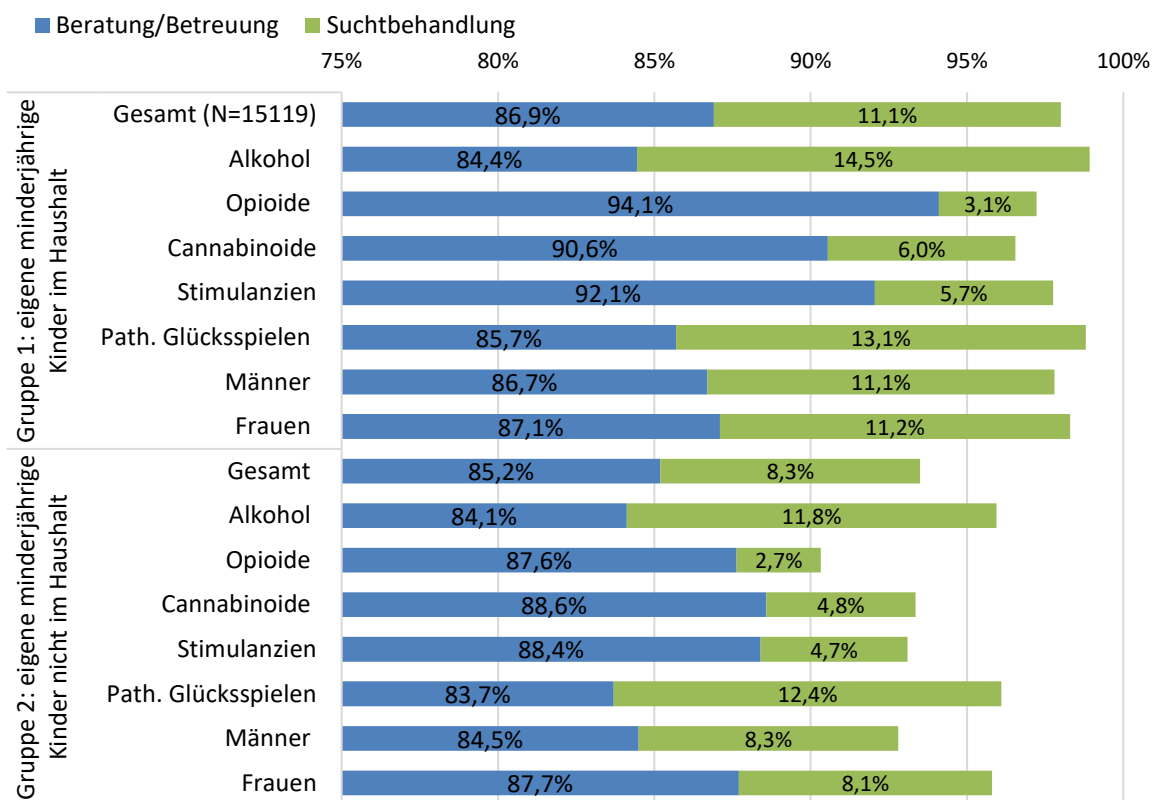
*Nur häufigste Nennungen

Hauptmaßnahmen

Der Großteil der Maßnahmen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen entfällt in beiden Gruppen auf die Beratung und Betreuung (Gruppe 1: 87%, Gruppe 2: 85%). Die zweithäufigste Hauptmaßnahme ist die Suchtbehandlung, die bei Klient*innen der Gruppe 1 insbesondere bei einer alkoholbezogenen Störung (15%) durchgeführt wird. In Gruppe 2 erfolgt eine Suchtbehandlung ebenfalls vor allem bei einer alkoholbezogenen Störung (12%) aber auch bei Klient*innen mit Glücksspielproblematik (12%).

Zwischen den Geschlechtern liegen keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Hauptmaßnahmen vor (Abbildung 15).

Abbildung 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)

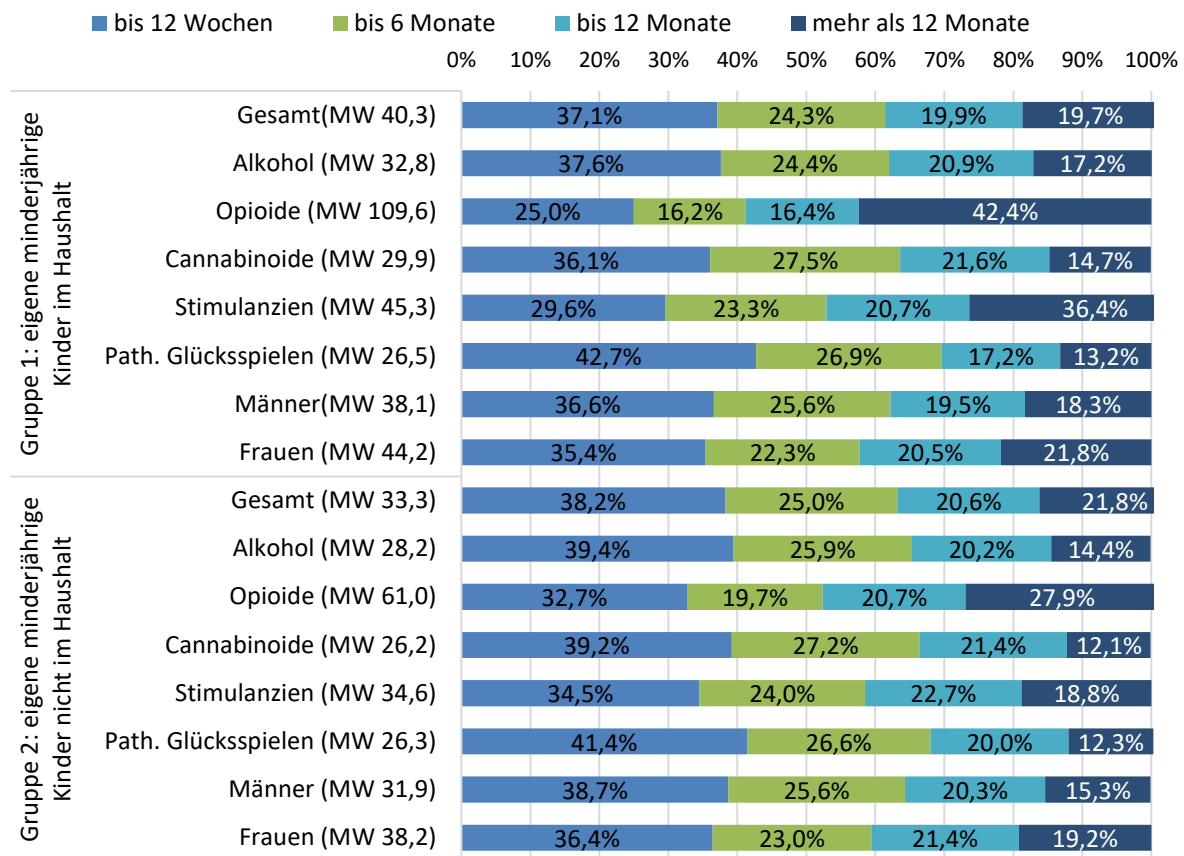


Betreuungsdauer

Klient*innen der Gruppe 2 werden durchwegs kürzer betreut als Klient*innen der Gruppe 1 (33 vs. 40 Wochen), wobei die störungsbezogene Rangreihe der Betreuungsdauern in beiden Gruppen die gleiche ist. Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung werden am längsten betreut (Gruppe 1: 110 Wochen, Gruppe 2: 61 Wochen), auch liegt bei ihnen der mit Abstand größte Anteil an Betreuungen mit einer Dauer über ein Jahr vor. Personen mit einer Glücksspielproblematik (Gruppe 1: 27 Wochen, Gruppe 2: 26 Wochen) bzw. einer cannabinoidbezogenen Störung (Gruppe 1: 30 Wochen, Gruppe 2: 26 Wochen) weisen die kürzesten Betreuungsdauern auf.

Frauen (Gruppe 1: 44 Wochen, Gruppe 2: 38 Wochen) werden in beiden Gruppen im Durchschnitt gut einen Monat länger betreut als Männer (Gruppe 1: 38 Wochen, Gruppe 2: 32 Wochen). Zudem werden Klientinnen häufiger länger als ein Jahr betreut als Klienten (Gruppe 1: 22 vs. 18%, Gruppe 2: 19% vs. 15%; Abbildung 16).

Abbildung 16: Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



MW: Mittelwert (in Wochen)

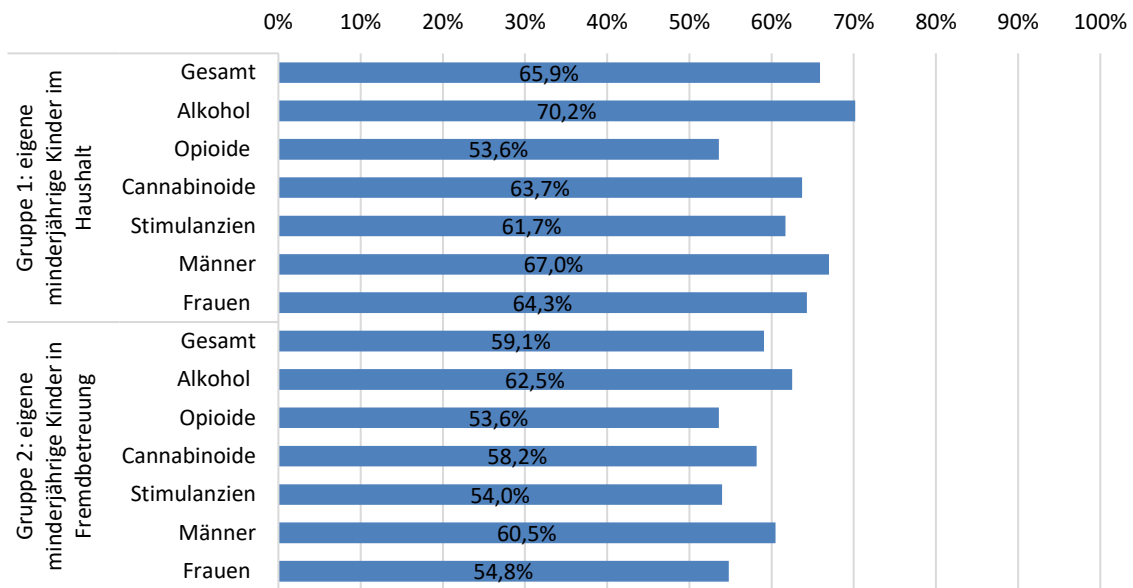
Art der Beendigung

Insgesamt beenden 66% der Klient*innen aus Gruppe 1 sowie 59% der Klient*innen aus Gruppe 2 die Betreuung planmäßig⁷. Der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen liegt in beiden Gruppen bei Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung vor (Gruppe 1: 70%, Gruppe 2: 63%). Den geringsten Anteil weisen in Gruppe 1 Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (54%) und in Gruppe 2 Klient*innen mit einer opioid- bzw. einer stimulanzenbezogenen Störung auf (jeweils 54%).

Männer beenden ihre Betreuung gruppenübergreifend häufiger planmäßig als Frauen (Gruppe 1: 67% vs. 64%, Gruppe 2: 61% vs. 55%; Abbildung 17).

⁷ Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

Abbildung 17: Planmäßige Beendigungen der Betreuung (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)

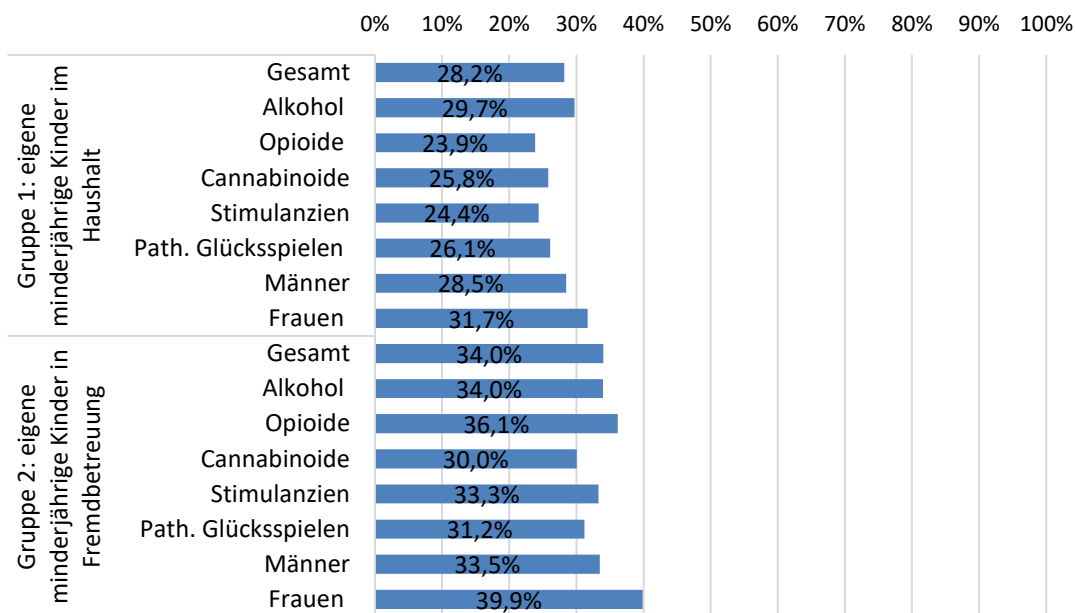


Weitervermittlung nach Betreuungsende

Klient*innen der Gruppe 1 werden am Ende der Betreuung störungsübergreifend seltener weitervermittelt als Klient*innen der Gruppe 2 (28% vs. 34%). Die geringsten Weitervermittlungsquoten finden sich in Gruppe 1 für Personen mit einer opioidbezogenen Störung (24%), wohingegen diese Klientel in Gruppe 2 am häufigsten weitervermittelt wird (36%). In Gruppe 2 werden demgegenüber Personen mit einer cannabinoidbezogenen Störung am seltensten weitervermittelt (30%).

Frauen werden in beiden Gruppen häufiger weitervermittelt als Männer (Abbildung 18).

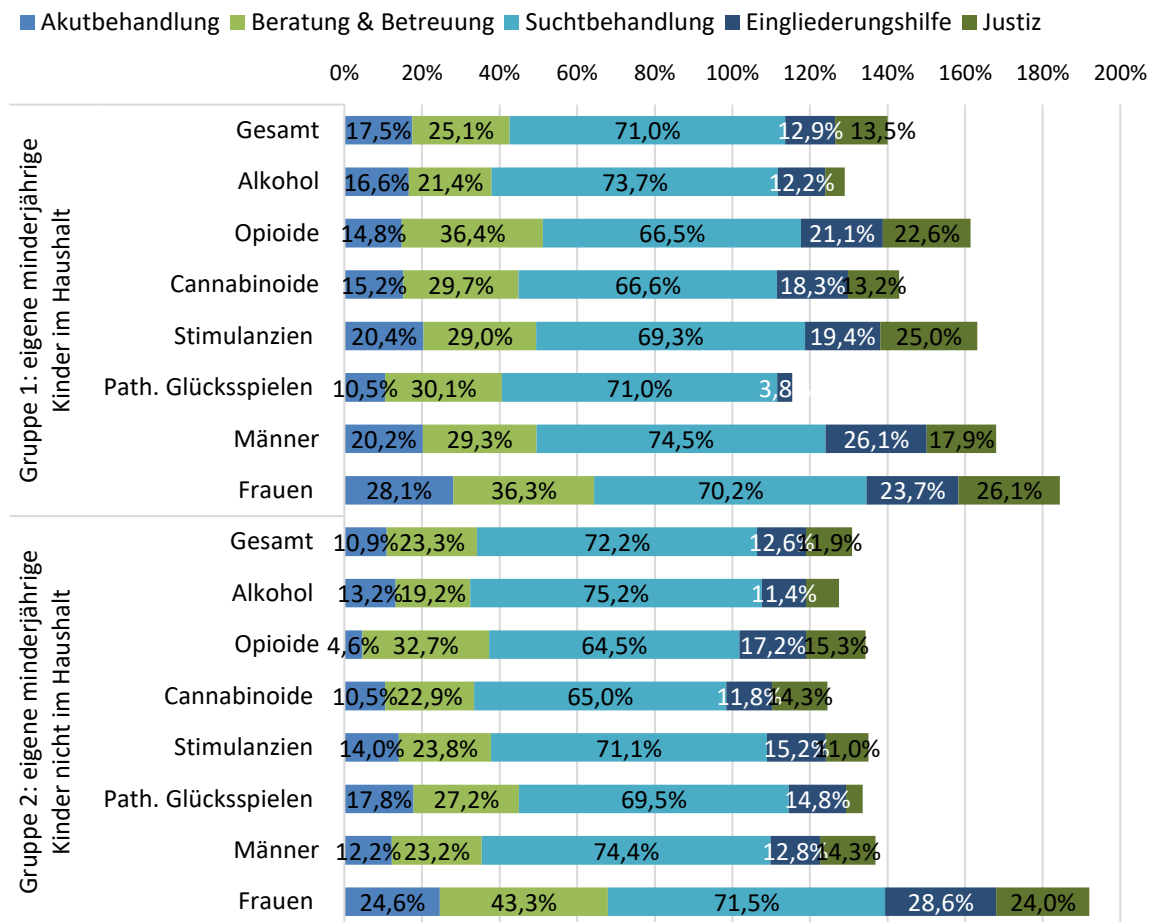
Abbildung 18: Weitervermittlung/-verlegung nach Ende der Betreuung – ja (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



Gruppen- und störungsübergreifend werden die Klient*innen am häufigsten in die Suchtbehandlung weitervermittelt (Gruppe 1: 71%, Gruppe 2: 72%). Ebenfalls häufig sind Weitervermittlungen in eine Beratung oder Betreuung (Gruppe 1: 25%, Gruppe 2: 23%). Klient*innen der Gruppe 1 werden häufiger in die Akutbehandlung vermittelt als Klient*innen der Gruppe 2 (18% vs. 11%). In beiden Gruppen erfolgt bei 13% eine Weitervermittlung in die Eingliederungshilfe. Dies trifft vor allem auf Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung verstärkt zu (Gruppe 1: 21%, Gruppe 2: 17%). Bei 14% bzw. 12% der Klient*innen liegt eine Übermittlung in Einrichtungen der Justiz vor, zu höheren Anteilen in Gruppe 1 bei Klient*innen mit opioid-, stimulanzen-, cannabinoidbedingter Störung.

Frauen werden in beiden Gruppen häufiger weitervermittelt als Männer. (Abbildung 19).

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



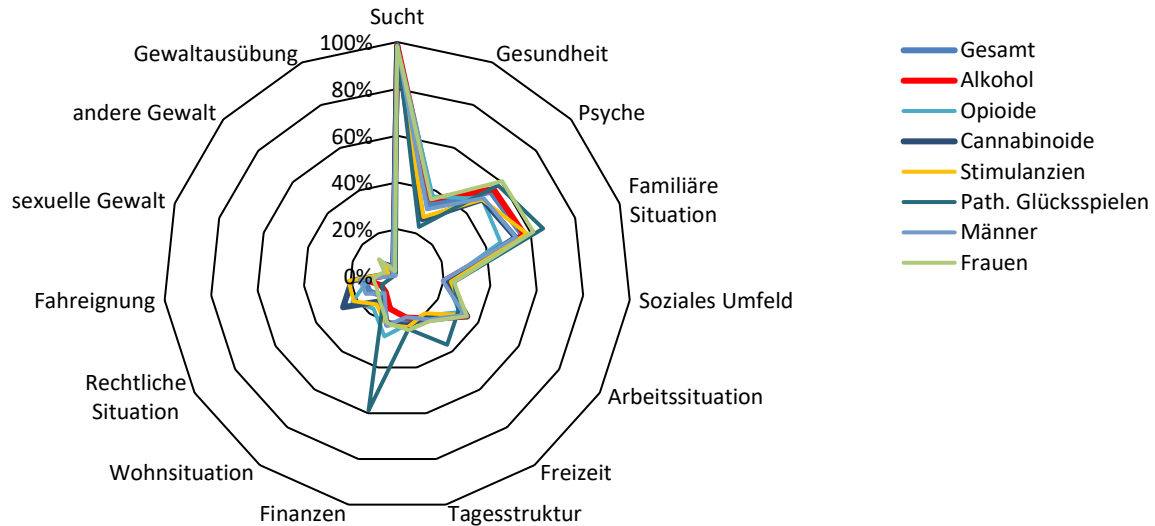
*Nur häufigste Nennungen; Mehrfachantworten

Behandlungsergebnis

Zu Beginn der Betreuung liegen die Problembereiche der Klient*innen aus Gruppe 1 vor allem in den Bereichen Sucht (98%), familiäre Situation (56%), psychische (54%) und körperliche Gesundheit (33%) sowie Arbeitssituation (34%). Wie Abbildung 22 zeigt, gilt diese Reihenfolge für alle betrachteten Störungen, jedoch in etwas unterschiedlichen Ausprägungen. Störungsübergreifend stellt der Bereich Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten die mit Abstand höchste Belastung dar. Zudem findet sich bei Klient*innen mit Glücksspielproblematik eine außerordentlich hohe Belastung im finanziellen Bereich.

Frauen sind problembelasteter als Männer, insbesondere in den Bereichen familiäre Situation (61% vs. 53%) und psychische Gesundheit (61% vs. 49%; Abbildung 20).

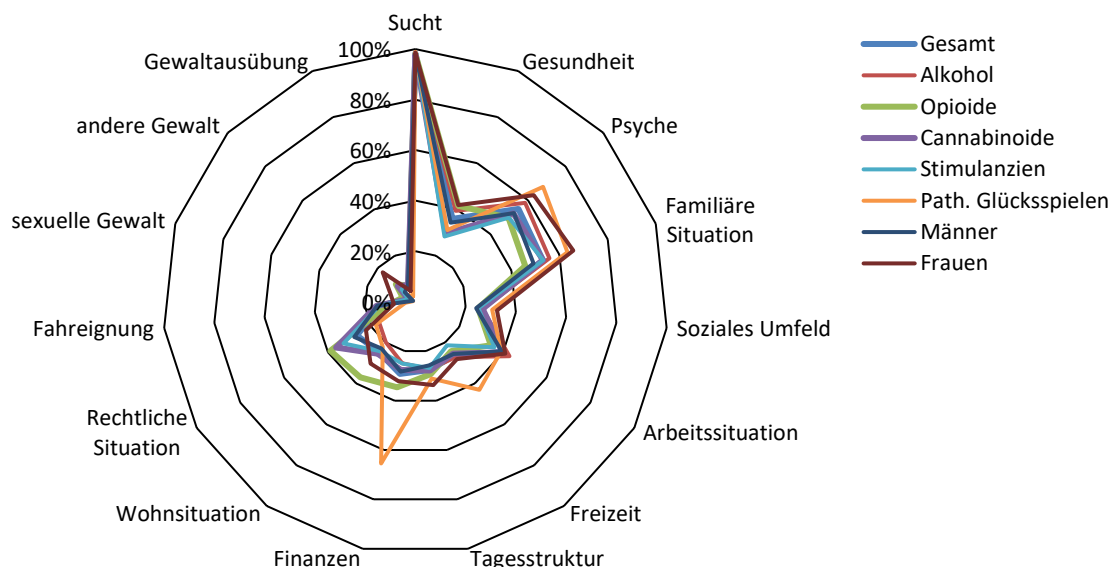
Abbildung 20: Problembereiche zu Beginn der Betreuung – eigene minderjährige Kinder im Haushalt lebend (Gruppe 1; Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



Sehr ähnlich sieht das Bild bei Klient*innen in Gruppe 2 aus. Auch hier liegen die zu Beginn der Behandlung dokumentierten Problembereiche (in etwas veränderter Reihung) insgesamt vor allem bei Sucht (98%), psychischer Gesundheit (55%), familiärer Situation (53%), körperlicher Gesundheit (36%) und der Arbeitssituation (40%). Abbildung 23 zeigt deutlich, dass hier die Ausprägungen der einzelnen Problembereiche etwas stärker ausfallen als in Gruppe 1. Auch in dieser Gruppe sind Klient*innen mit Glücksspielproblematik im finanziellen Bereich außerordentlich stark belastet.

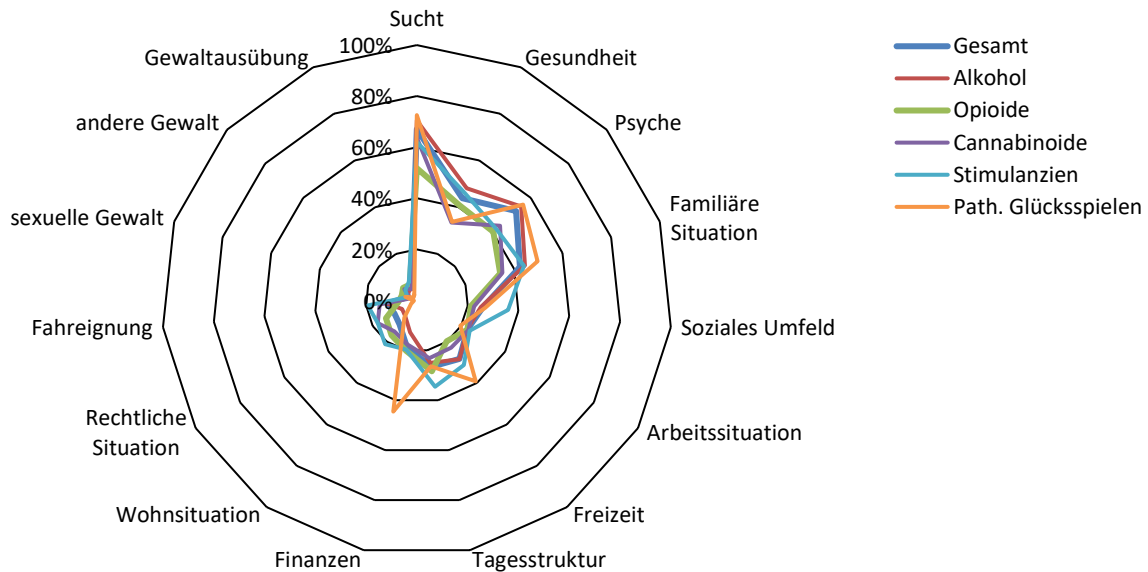
Frauen sind wiederum stärker mit Problemen belastet als Männer, die größten Unterschiede liegen wie in Gruppe 1 in den Bereichen familiäre Situation (66% vs. 49%) und psychische Gesundheit (63% vs. 52%; Abbildung 21).

Abbildung 21: Problembereiche zu Beginn der Betreuung – eigene minderjährige Kinder nicht im Haushalt lebend (Gruppe 2; Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



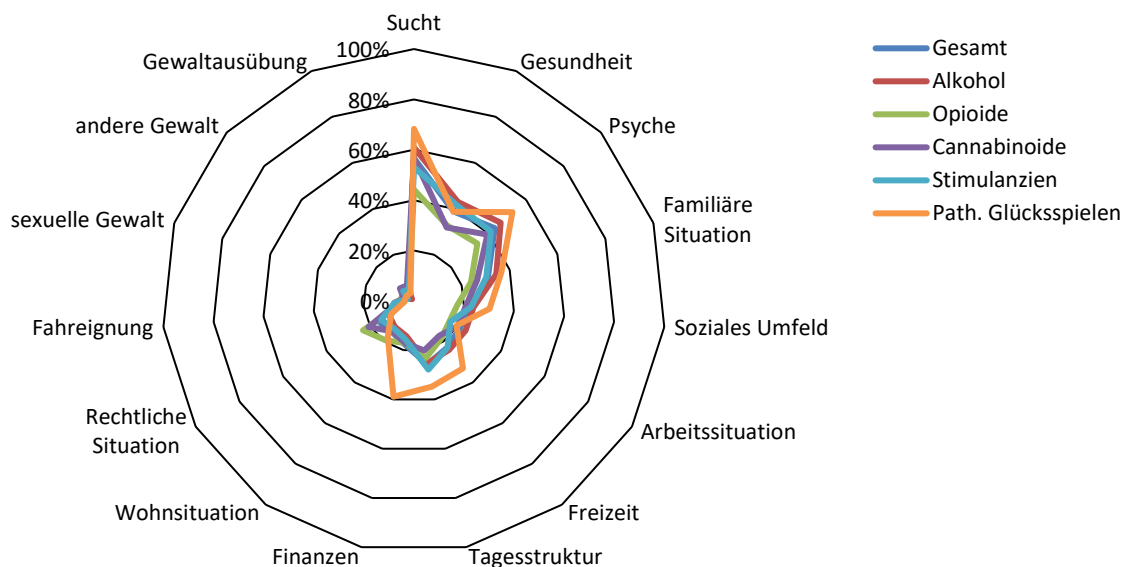
Am Ende der Betreuung zeigen insgesamt bei 67% der Klient*innen aus Gruppe 1 eine gebesserte Situation im Problembereich Sucht, 52%, Verbesserungen in den Bereichen psychische und 44% körperliche Gesundheit. Bemerkenswert ist, dass 42% der Klient*innen am Ende der Betreuung einen verbesserte familiäre Situation aufweisen. Demgegenüber verbessert sich der Bereich Schule/Ausbildung/Arbeit und Beschäftigung bei 23%. Betrachtet man die Verbesserungen in Verbindung mit den einzelnen Störungsbildern, so fällt auf, dass Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung tendenziell die geringsten und Klient*innen mit einer Glücksspielproblematik die deutlichsten Verbesserungen aufweisen (Abbildung 22).

Abbildung 22: Problembereiche am Ende der Betreuung mit Status „gebessert“ – eigene minderjährige Kinder im Haushalt lebend (Hauptdiagnosen; ambulant)



Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Klient*innen der Gruppe 2. Auch hier haben am häufigsten Verbesserungen in den Bereichen Sucht (57%), psychische Gesundheit (43%) und körperliche Gesundheit (39%) stattgefunden. In geringerem Ausmaß haben sich die familiäre Situation (31%) und die Arbeitssituation (21%) verbessert. Insgesamt verbessert sich ein geringerer Prozentsatz der Klient*innen als in Gruppe 1. Vergleichbar zu Gruppe 1 erfahren Klient*innen mit einer Glücksspielproblematik am ehesten eine Verbesserung und Klient*innen mit einer opioidbezogenen Störung am seltensten (Abbildung 23).

Abbildung 23: Problembereiche am Ende der Betreuung mit Status „gebessert“ – eigene minderjährige Kinder nicht im Haushalt lebend (Hauptdiagnosen, Geschlecht; ambulant)



Zusammenfassung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

- 44% der Klient*innen haben eigene Kinder, 27% haben eigene minderjährige Kinder.
- Von den minderjährigen Kindern leben 51% mit im Haushalt der Klient*innen (Gruppe 1) und 53% leben nicht mit im Haushalt (Gruppe 2).
- Gruppe 1: 54% der Klient*innen sind wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung, 12% wegen einer cannabinoid-, 9% wegen einer stimulanzenbezogenen und 8% wegen einer opioidbezogenen Störung sowie 8% aufgrund einer Glücksspielproblematik.
- Gruppe 2: 45% der Klient*innen sind wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung, 14% wegen einer cannabinoid-, 14% wegen einer opioidbezogenen und 11% wegen einer stimulanzenbezogenen Störung sowie 5% aufgrund einer Glücksspielproblematik.
- Klient*innen der Gruppe 1 sind im Durchschnitt ein Jahr älter als Klient*innen in Gruppe 2 (39/38 Jahre)
- Bei ca. einem Viertel der Klient*innen beider Gruppen liegt ein Migrationshintergrund vor. Am häufigsten haben Klient*innen beider Gruppen mit einer opioidbezogenen Störung sowie einer Glücksspielproblematik einen Migrationshintergrund, wobei die Werte in Gruppe 1 etwas höher liegen. In beiden Gruppen haben Männer eine höhere Migrationsquote.
- 81% der Klient*innen in Gruppe 1 und 46% in Gruppe 2 leben in einer Partnerschaft. In beiden Gruppen haben Männer deutlich häufiger eine*n Partner*in als Frauen
- 96% der Klient*innen aus Gruppe 1 und 48% aus Gruppe 2 leben nicht allein. 76% der Klient*innen in Gruppe 1 und 48% in Gruppe 2 leben mit ihrem*ihrer Partner*in zusammen.
- Im Durchschnitt haben Klient*innen in Gruppe 1 1,7 und in Gruppe 2 1,4 eigene minderjährige Kinder.
- Kinder der Klient*innen aus Gruppe 2 leben überwiegend (74%) bei dem anderen Elternteil, 17% leben in Pflegefamilien oder öffentlichen Einrichtungen.
- Klient*innen der Gruppe 1 leben zu 92%, Klient*innen der Gruppe 2 zu 70% selbstständig.
- 7% der Klient*innen der Gruppe 1 und 13% der Gruppe 2 haben keinen Schulabschluss.
- 15% der Klient*innen der Gruppe 1 und 25% der Gruppe 2 haben keine abgeschlossene Ausbildung (beruflich bzw. akademisch).
- 64% der Klient*innen der Gruppe 1 und 40% der Gruppe 2 sind zu Beginn der Betreuung erwerbstätig. Frauen sind in beiden Gruppen deutlich häufiger als Männer arbeitslos.
- 31 % der Klient*innen aus Gruppe 1 und 51% aus Gruppe 2 sind verschuldet, 6% bzw. 8% mit über 25.000 Euro.
- Klient*innen beider Gruppen finden den Zugang zur Betreuung ohne Vermittlung. 5% der Gruppe 1 und 10% der Gruppe 2 werden durch Polizei und Justiz in die Betreuung vermittelt.
- 87% bzw. 85% der Hauptmaßnahmen bei den Klient*innen der Gruppen 1 und 2 fallen in die Kategorie „Beratung und Betreuung“.
- Klient*innen der Gruppe 2 werden kürzer betreut als Klient*innen der Gruppe 1 (33 vs. 40 Wochen). Frauen werden im Durchschnitt einen Monat länger betreut als Männer (beide Gruppen).

- 66% der Klient*innen aus Gruppe 1 und 59% aus Gruppe 2 beenden ihre Betreuung planmäßig. Männer beenden die Betreuung häufiger als Frauen planmäßig (beide Gruppen).
- Am Ende der Betreuung zeigt sich bei den Klient*innen der Gruppe 1 eine gebesserte Situation vor allem in den Problembereichen Sucht (67%), psychische (52%) und körperliche Gesundheit (42%) sowie in der familiären Situation (42%). In Gruppe 2 verbessert sich ein geringerer Prozentsatz als in Gruppe 1.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2⁸)

Insgesamt geben im Datenjahr 2019 53% der Patient*innen in stationären Einrichtungen der Suchthilfe an, eigene Kinder und 30% eigene minderjährige Kinder zu haben. Von diesen haben 41% (N= 3352) eigene minderjährige Kinder, die mit ihnen im Haushalt leben (Gruppe 1) und 68% (N= 5597) haben eigene minderjährige Kinder, die außerhalb des eigenen Haushalts betreut werden (Gruppe 2)⁹.

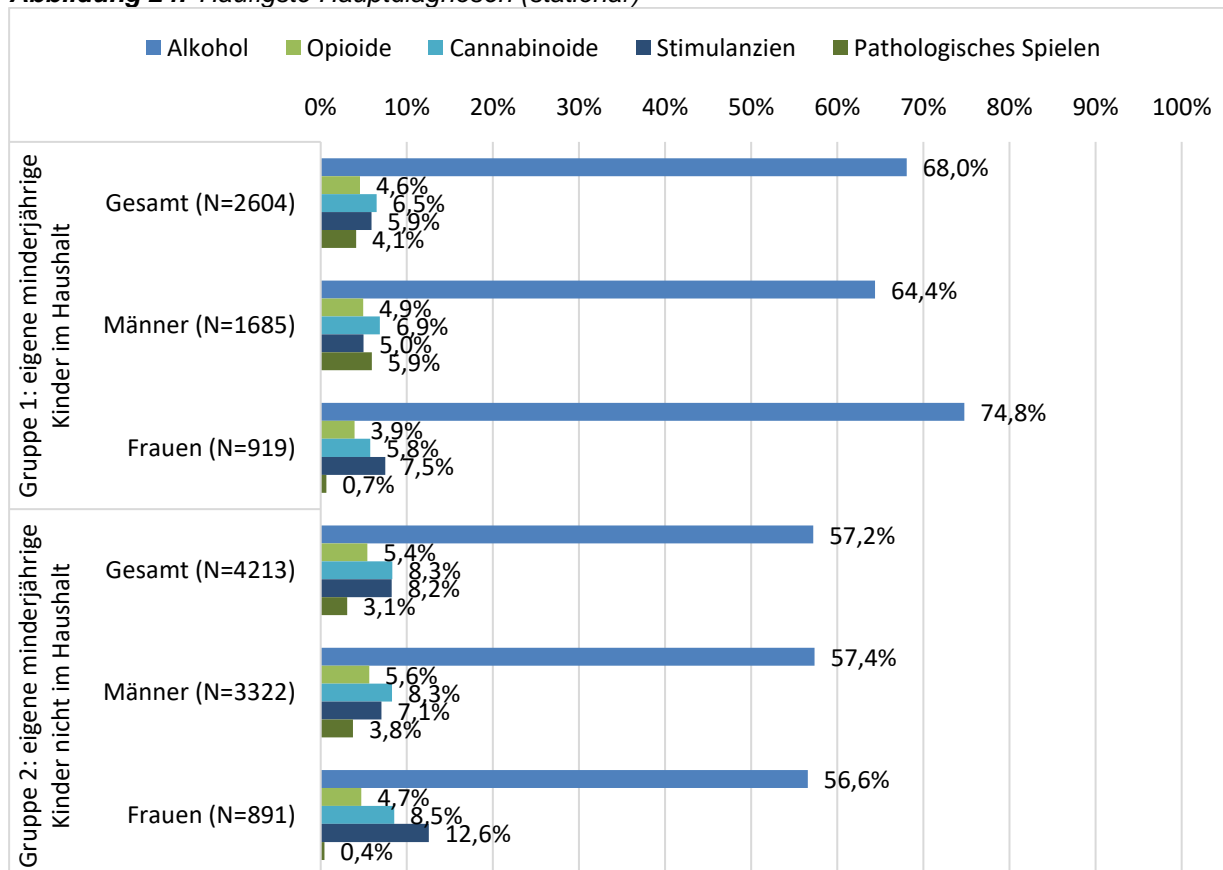
Suchtproblematik

Hauptdiagnosen

Patient*innen der Gruppe 1 weisen im Vergleich zu Patient*innen der Gruppe 2 häufiger alkoholbezogene Störungen auf (68% vs. 57%) auf, wohingegen Störungen in Bezug auf illegale Substanzen bei Patient*innen der Gruppe 2 vermehrt auftreten.

In Gruppe 1 haben Frauen häufiger eine alkoholbezogene Störung (75% vs. 65%) oder eine stimulanzenbezogene Störung als Männer (8% vs. 5%). In Gruppe 2 haben zwar ebenfalls mehr Frauen als Männer eine stimulanzenbezogene Störung (13% vs. 7%), aber der Anteil an männlichen und weiblichen Patienten mit alkoholbezogener Störung ist gleich (jeweils 57%; Abbildung 24).

Abbildung 24: Häufigste Hauptdiagnosen (stationär)



⁸ Typ 2: Stationäre, teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen

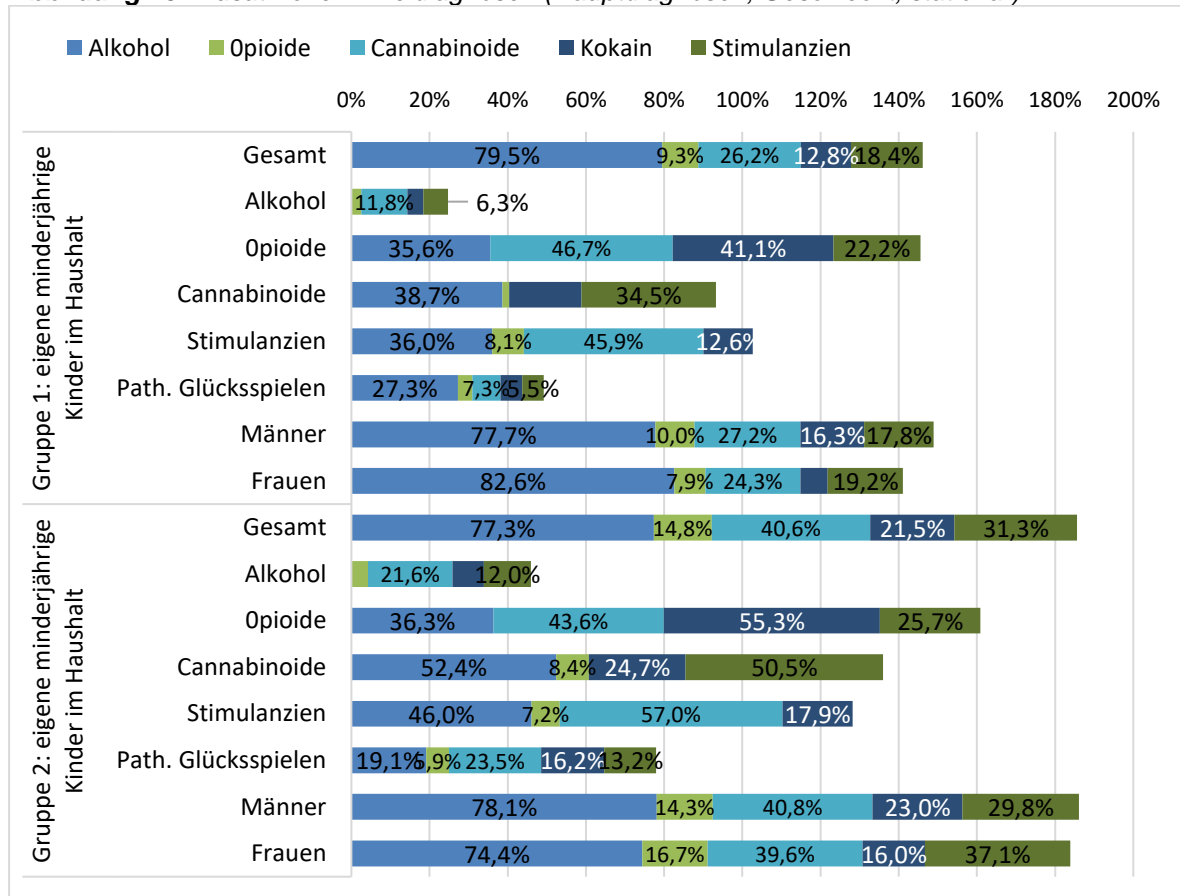
⁹ Die Prozentwerte addieren sich auf über 100% aufgrund einer Überlappung der Stichproben: ca. 14% bzw. 25% der Klient*innen haben sowohl eigene minderjährige Kinder im Haushalt als auch in Fremdbetreuung und umgekehrt.

Zusätzliche Einzeldiagnosen

Abbildung 27 veranschaulicht das Vorliegen zusätzlicher suchtbbezogener Einzeldiagnosen. Erkennbar ist hier eine etwas höhere Belastung durch substanzbezogene Komorbidität in Gruppe 2, die störungsübergreifend gilt (Ausnahme: stimulanzenbezogene Störung). Eine besonders hohe substanzbedingte Komorbidität weisen in beiden Gruppen Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung auf.

Männer und Frauen sind in beiden Gruppen ähnlich stark durch substanzbedingte Komorbidität belastet (Abbildung 25).

Abbildung 25: Zusätzliche Einzeldiagnosen (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)*



*Nur häufigste Nennungen

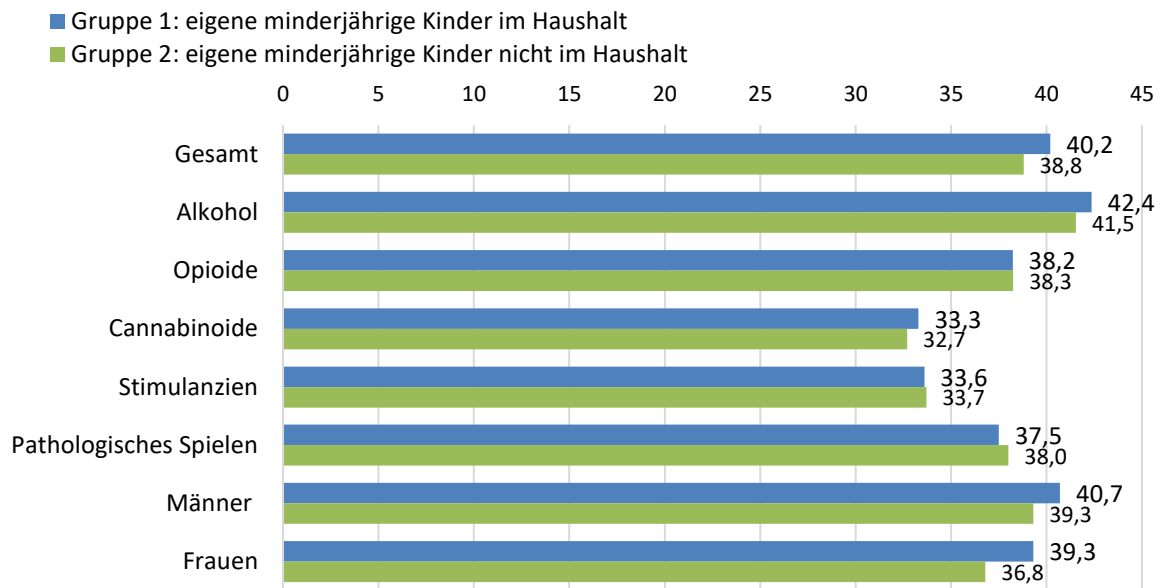
Soziodemographischer Hintergrund

Alter

Das durchschnittliche Alter der Patient*innen*innen in Gruppe 1 liegt mit 40 Jahren ein Jahr über dem der Patient*innen in Gruppe 2 (39 Jahre). Auf Ebene der einzelnen Störungen ist das Durchschnittsalter der Patient*innen aus Gruppe 1 stets mindestens so hoch wie das der Patient*innen in Gruppe 2.

Männer sind bei Behandlungsbeginn in beiden Gruppen im Durchschnitt zwei Jahre älter als Frauen (Gruppe 1: 41 vs. 39 Jahre, Gruppe 2: 39 vs. 37 Jahre; Abbildung 26).

Abbildung 26: Durchschnittsalter in Jahren (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

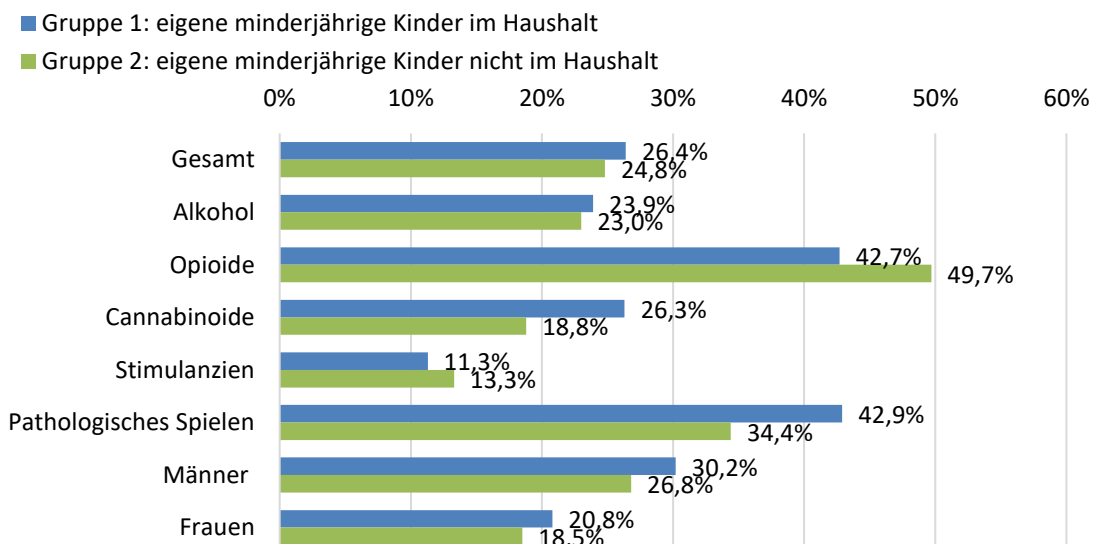


Migrationshintergrund

In beiden Gruppen hat ein Viertel der Patient*innen einen Migrationshintergrund (Gruppe 1: 26%, Gruppe 2: 25%). Die höchsten Migrationsquoten liegen in beiden Gruppen bei Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung bzw. einer Glücksspielproblematik vor. Wobei die Anteile in Gruppe 1 bei Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung niedriger als in Gruppe 2 liegen, bei Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik höher (Gruppe 1: 43% jeweils 43%; Gruppe 2: 50% bzw. 34%). Bei Personen mit alkoholbezogener oder stimulanzienbezogener Störung ist die Migrationsquote in beiden Gruppen ähnlich. Demgegenüber findet sich eine deutliche höhere Migrationsquote in Gruppe 1 bei Patient*innen mit cannabinoidbezogener Störung (26% vs. 19%). Der niedrigste Anteil an Patient*innen mit Migrationshintergrund findet sich in beiden Gruppen bei Personen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (Gruppe 1: 11%, Gruppe 2: 13%).

Männer haben zudem in beiden Gruppen deutlich häufiger einen Migrationshintergrund als Frauen (Gruppe 1: 30% vs. 21%, Gruppe 2: 27% vs. 19%; Abbildung 27).

Abbildung 27: Migrationshintergrund ja (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

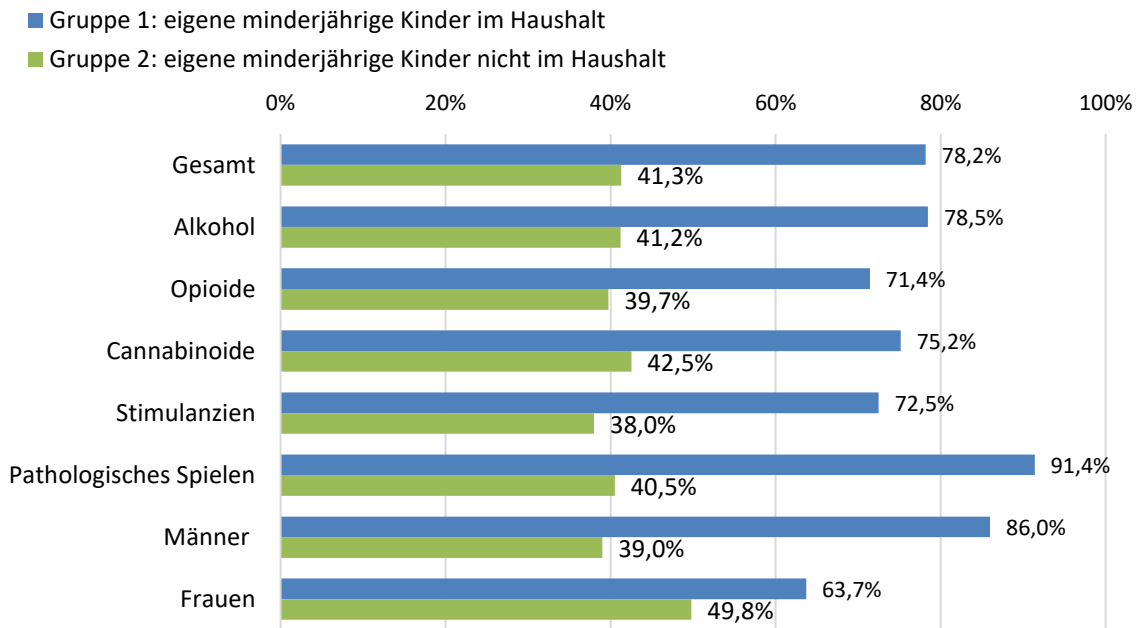


Partner-, Familien- und Lebenssituation

In Gruppe 1 leben Patient*innen fast doppelt so häufig in einer festen Partnerschaft wie in Gruppe 2 (78% vs. 41%). Am häufigsten haben in Gruppe 1 Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik eine*n Partner*in (91%), in Gruppe 2 trifft dies auf Patient*innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung zu (43%). In Gruppe 1 leben Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (71%) am seltensten mit ihrem*ihrer Partner*in zusammen, während dies in Gruppe 2 auf Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung zutrifft (38%).

In Gruppe 1 leben Männer deutlich häufiger als Frauen in einer festen Partnerschaft (86% vs. 64%), während dies in Gruppe 2 für die Frauen gilt (50% vs. 39%; Abbildung 28).

Abbildung 28: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

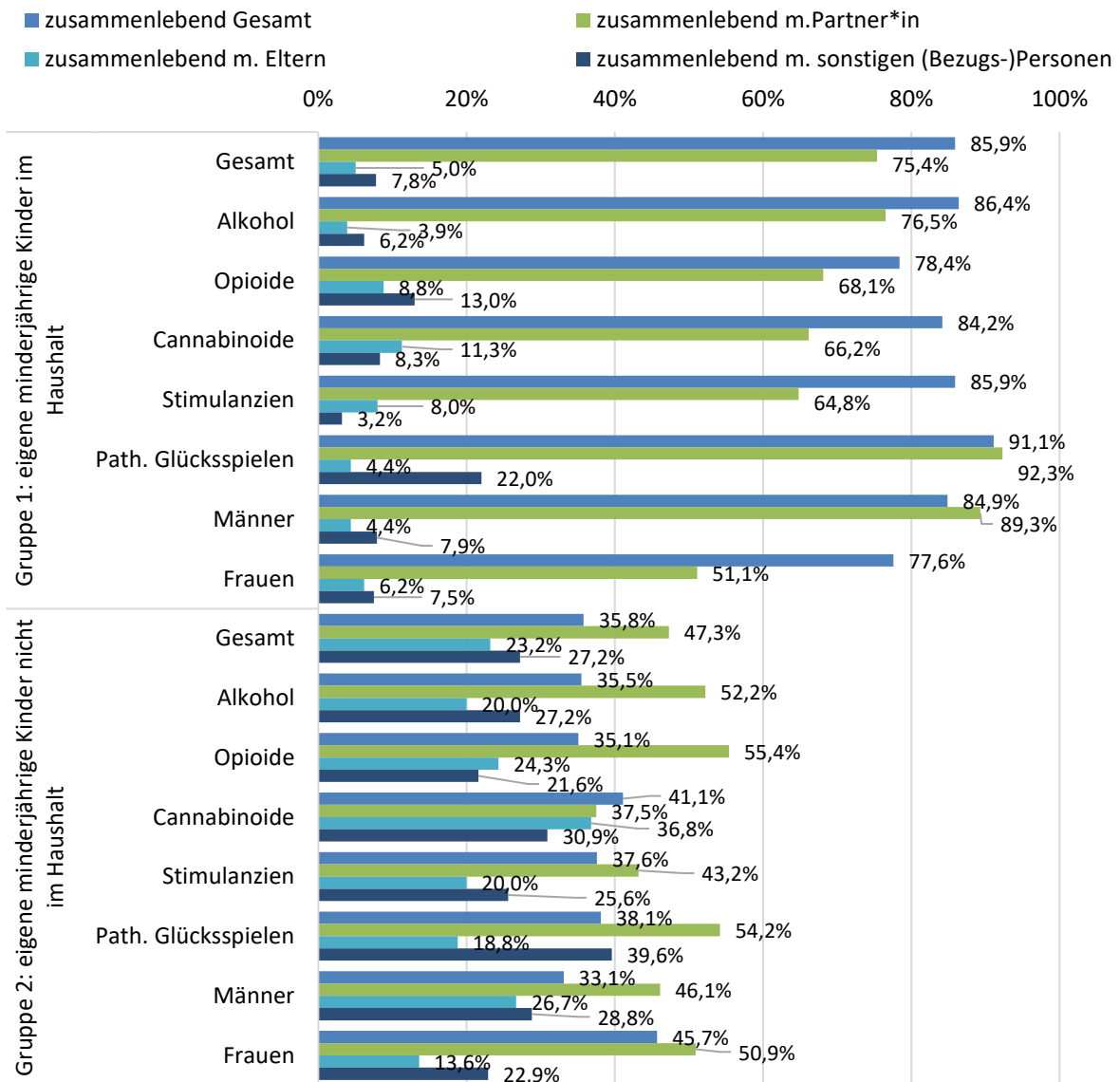


Insgesamt haben ca. drei Viertel der Patient*innen aus Gruppe 1 eine*n Partner*in, wobei insbesondere Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (79%), oder einer Glücksspielproblematik (92%) gemeinsam mit dem*der Partner*in leben. Demgegenüber leben Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (73%) vergleichsweise selten mit einem*einer Partner*in zusammen.

Insgesamt leben 86% der Patient*innen der Gruppe 1 und 36% der Patientinnen aus Gruppe 2 nicht alleine. Weniger als die Hälfte der Patient*innen der Gruppe 2 lebt mit ihrem*ihre Partner*in zusammen (47%). Hier leben am häufigsten Patient*innen mit einer opiodbezogenen Störung (55%) oder einer Glücksspielproblematik (54%) gemeinsam mit einem*einer Partner*in, Patient*innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung dagegen eher selten (38%). Weiterhin lebt knapp ein Viertel der Patient*innen aus Gruppe 2 bei den Eltern (Gruppe 1: 5%) und etwas mehr als ein Viertel bei sonstigen Bezugspersonen (Gruppe 1: 8%). Hierbei leben Patient*innen mit cannabinoidbezogener Störung am häufigsten bei den Eltern (37%) und Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik am häufigsten bei sonstigen (Bezugs-) Personen (40%).

Auffallend sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern: während in Gruppe 2 Männer (46%) und Frauen (51%) noch zu relativ ähnlichen Anteilen mit einem*einer Partner*in zusammen leben, trifft dies in Gruppe 1 für Männer (89%) deutlich häufiger zu als für Frauen 51%; Abbildung 29).

Abbildung 29: Lebenssituation (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



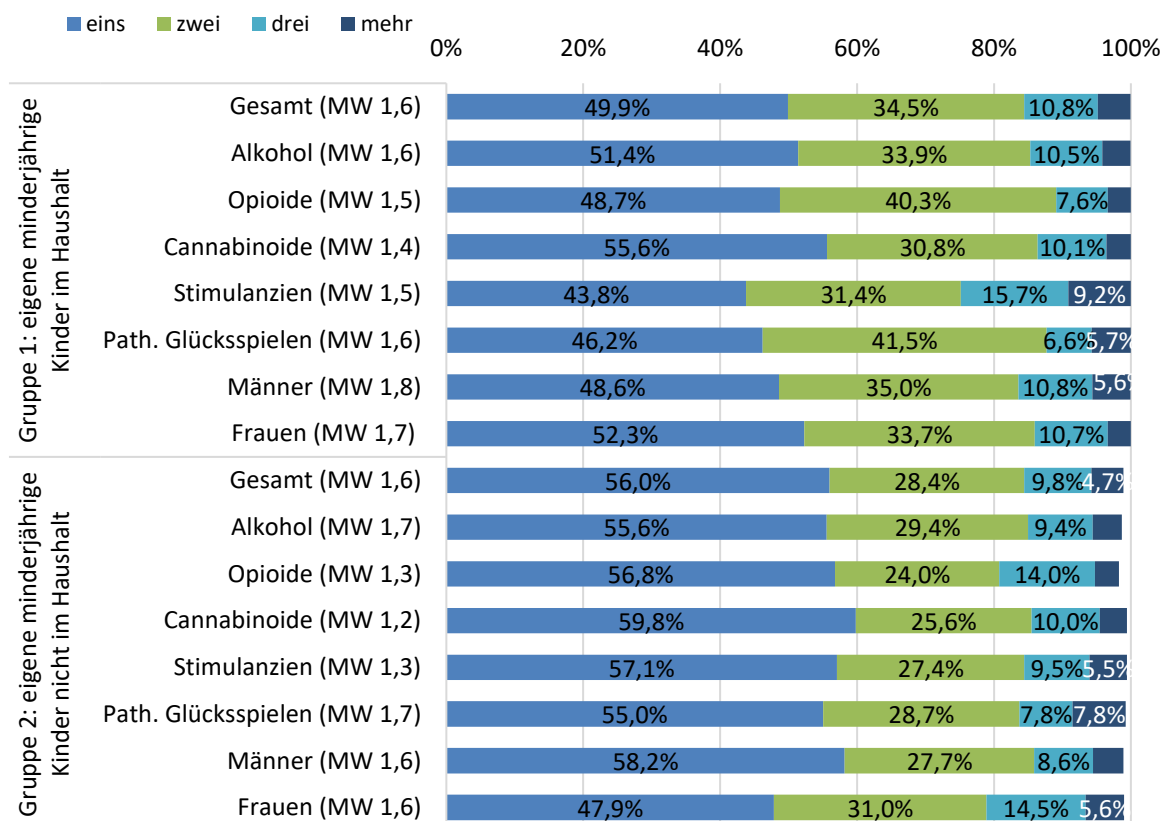
Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, in der 51% der Familien ein, 37% zwei und 12% drei und mehr minderjährige Kinder haben, haben Patient*innen der Gruppe 1 vergleichbar häufig ein Kind (50%). Dafür haben sie etwas seltener zwei (35%) und etwas häufiger mindestens drei Kinder (15%). In Gruppe 2 hat ein deutlich größerer Anteil nur ein Kind (56%) und ein deutlich geringerer Anteil zwei Kinder (28%). Zudem sind mindestens drei Kinder ebenfalls häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (15%)¹⁰.

Die durchschnittliche Kinderzahl ist in Gruppe 1 und Gruppe 2 vergleichbar, allerdings unterscheidet sich die Verteilung geringfügig: In Gruppe 1 hat die Hälfte der Patient*innen ein Kind, etwa ein Drittel hat zwei Kinder, und 16% haben mindestens drei Kinder. In Gruppe 2 hat ein höherer Anteil nur ein Kind (56%) und ein geringerer Anteil zwei Kinder (28%), wohingegen der Anteil mit drei und mehr Kindern vergleichbar ist.

In Gruppe 1 haben Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung am häufigsten mindestens drei Kinder (25%), in Gruppe 2 trifft dies auf Patient*innen mit einer opiodbezogenen Störung (18%) zu. Patient*innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung haben in beiden Gruppen am häufigsten nur ein Kind (Gruppe 1: 56%, Gruppe 2: 60%).

Männer und Frauen unterscheiden sich in beiden Gruppen am ehesten dahingehend, dass Männer in Gruppe 1 am häufigsten drei Kinder und mehr haben (16% vs. 11%), in Gruppe 2 dies dagegen auf die Frauen zutrifft (16% vs. 13%; Abbildung 30).

Abbildung 30: Eigene minderjährige Kinder (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



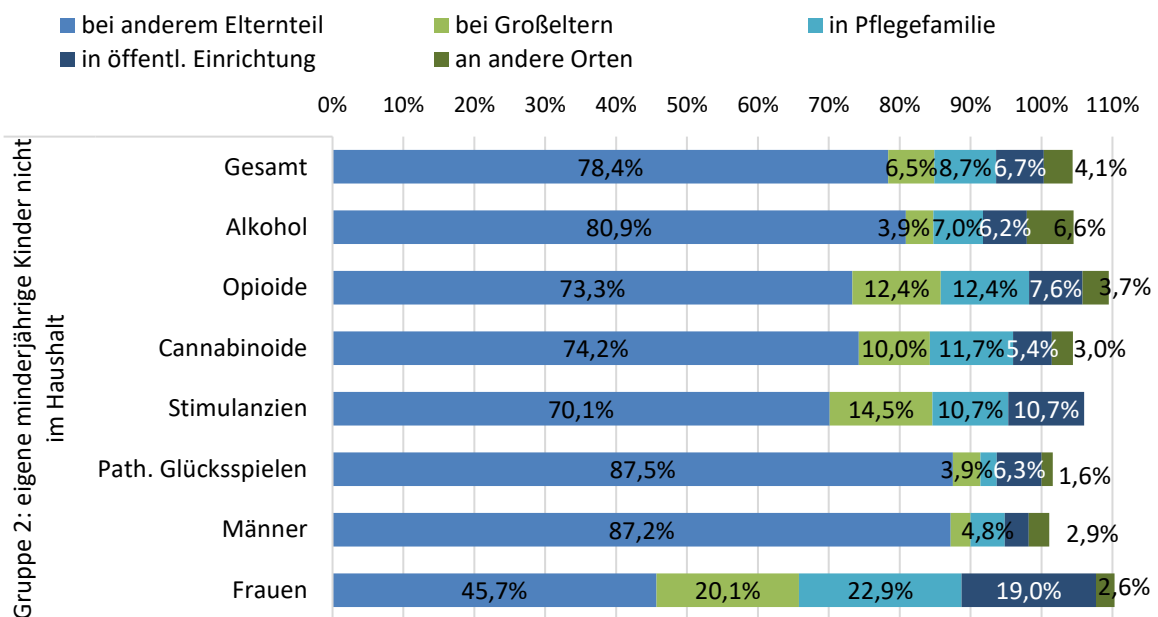
MW: Mittelwert

¹⁰ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabelle/2-1-familien.html>

Von den Kindern der Patient*innen aus Gruppe 2 leben insgesamt 78% bei dem anderen Elternteil, 7% bei den Großeltern, 9% in Pflegefamilien und 7% in öffentlichen Einrichtungen, damit ist die Mehrheit (85%) bei familiären Bezugspersonen untergebracht. Am häufigsten beim anderen Elternteil leben Kinder von Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (81%) oder einer Glücksspielproblematik (88%). In Pflegefamilien leben am häufigsten Kinder von Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (12%). Kinder von Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung leben im Vergleich mit 10% am häufigsten in öffentlichen Einrichtungen.

Zwischen den Geschlechtern gibt es deutliche Unterschiede: während die Kinder von männlichen Patienten überwiegend beim anderen Elternteil leben (87%), leben 23% der Kinder der Patientinnen in Pflegefamilien, 20% bei den Großeltern und 19% in öffentlichen Einrichtungen (Abbildung 31).

Abbildung 31 Eigene minderjährige Kinder – nicht im eigenen Haushalt lebend (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



Wohnsituation

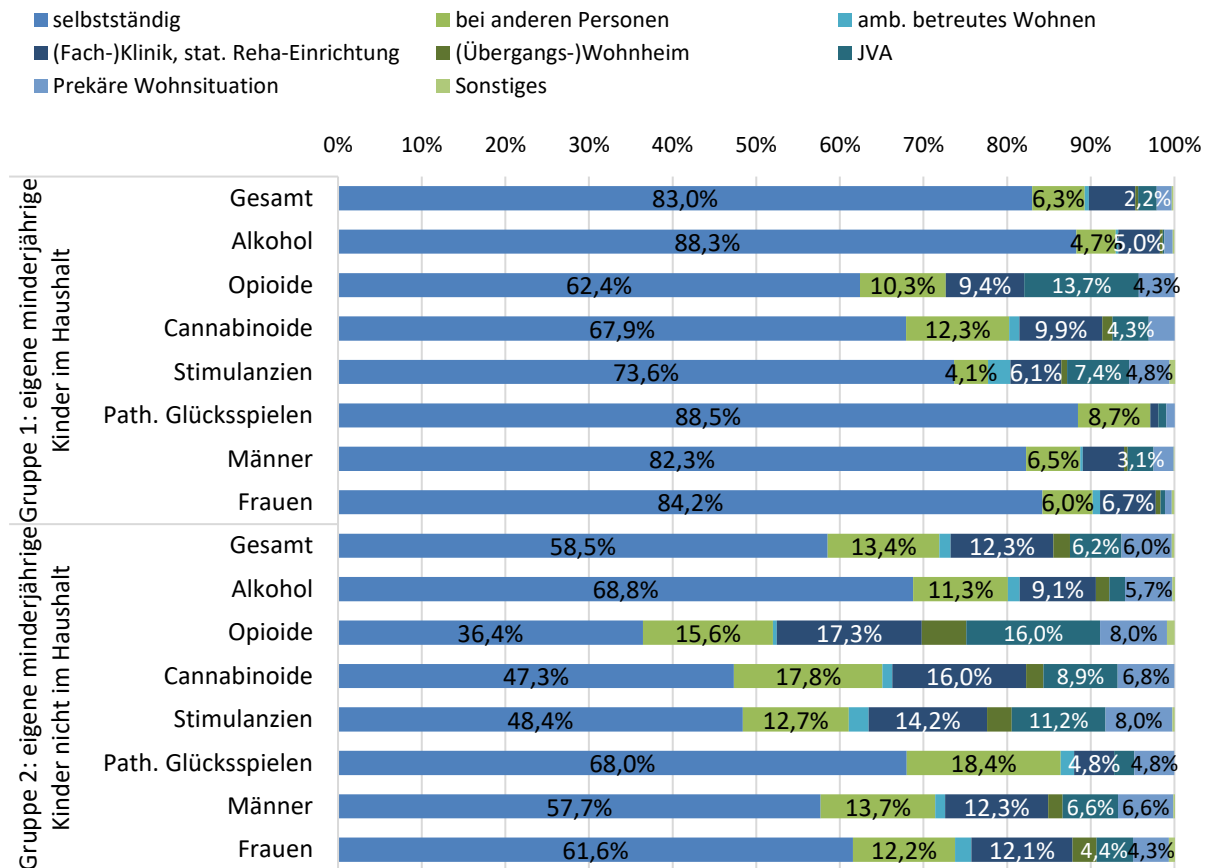
Am Tag vor Behandlungsbeginn leben Patient*innen der Gruppe 1 überwiegend (83%) selbstständig (d. h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. eigenem Haus). Nur sehr wenige leben in Einrichtungen des Justizvollzugs oder in prekären Wohnverhältnissen (jeweils 2%). Am häufigsten wohnen Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (88%) oder einer Glücksspielproblematik (89%) selbstständig, am seltensten Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (62%). Für Patient*innen mit Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen spielen somit andere Wohnformen als das selbstständige Wohnen eine größere Rolle. So befinden sich 10% der Patient*innen mit einer cannabinoidbezogenen und 9% mit einer opioidbezogenen Störung in einer Fachklinik oder stationären Reha-Einrichtung und ein mit 3% (cannabinoidbezogene Störung) bis 5% (stimulanzenbezogene Störung) überdurchschnittlich hoher Anteil lebt in prekären Wohnverhältnissen (z.B. in Notunterkünften oder obdachlos auf der Straße).

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei Patient*innen der Gruppe 2: hier liegt der Anteil derer, die am Tag vor Behandlungsbeginn selbstständig wohnen, nur bei 59%. In Fachkliniken befinden sich 12% der Patient*innen und jeweils 6% leben im Justizvollzug oder einer prekären

Wohnsituation. Prekäre Wohnverhältnisse finden sich auch hier insbesondere bei Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (8%). In Einrichtungen des Justizvollzugs sind vor allem Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (16%) untergebracht.

Zwischen den Geschlechtern liegen in Gruppe 1 keine auffälligen Unterschiede vor. In Gruppe 2 unterscheiden sich Männer und Frauen vor allem hinsichtlich der Unterbringung im Justizvollzug. Hier liegt der Anteil bei den Männern mit 7% deutlich über dem der Frauen (4%; Abbildung 32).

Abbildung 32: Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

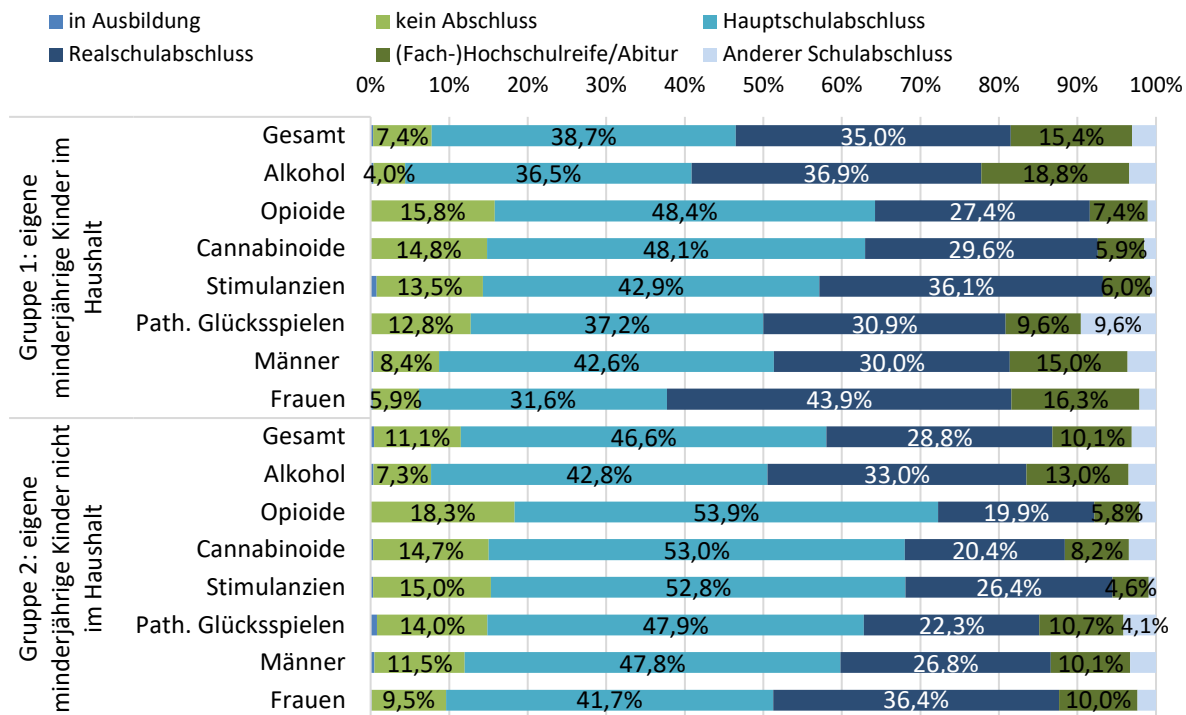


Schule und Ausbildung

Die beiden betrachteten Gruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Niveaus ihrer Schulbildung. 50% der Patient*innen aus Gruppe 1 haben einen höheren Schulabschluss (mittlere Reife, Abitur), was nur auf 39% der Patient*innen aus Gruppe 2 zutrifft. Letztere haben auch häufiger die Schule ohne Abschluss beendet (Gruppe 2; 11% vs. Gruppe 1: 7%). In beiden Gruppen haben Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung am häufigsten keinen Schulabschluss (Gruppe 1: 16%, Gruppe 2: 18%) und Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung am häufigsten einen höheren Schulabschluss (Gruppe 1: 56%, Gruppe 2: 46%).

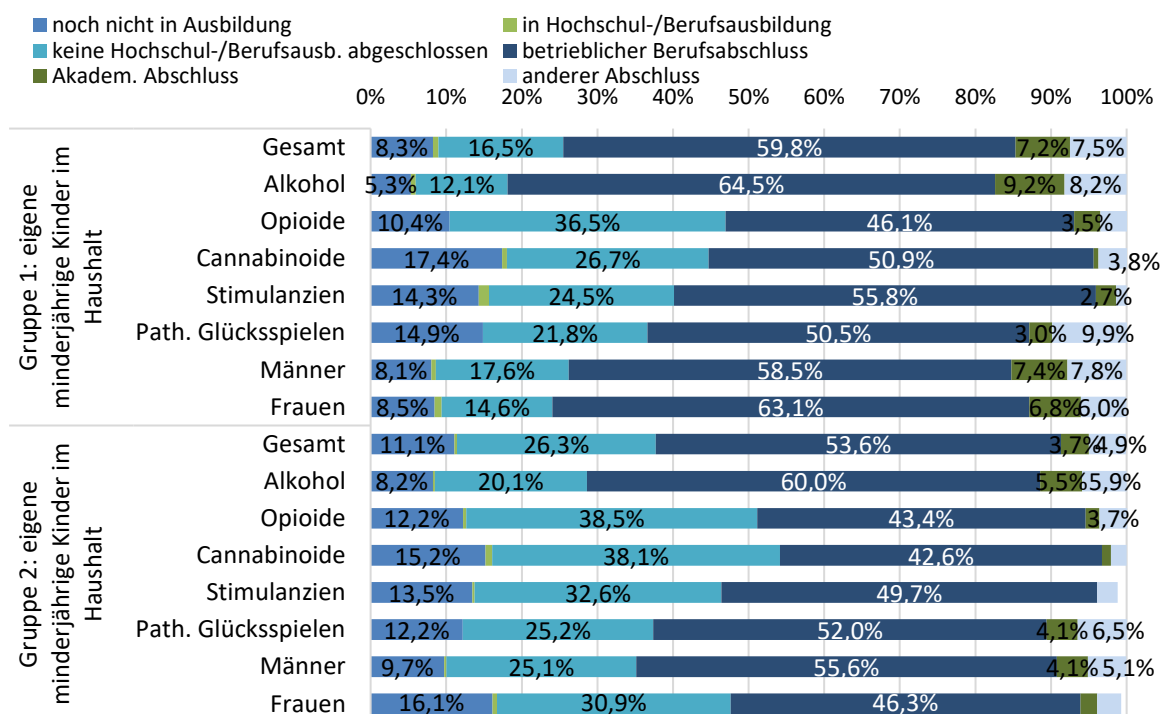
Verglichen mit Männern liegt bei Frauen in beiden Gruppen häufiger ein höherer Schulabschluss vor (Gruppe 1: 60% vs. 45%, Gruppe 2: 46% vs. 37%; Abbildung 36). Zudem haben sie jeweils seltener keinen Abschluss (Gruppe 1: 6% vs. 8%, Gruppe 2: 10% vs. 12%, Abbildung 33).

Abbildung 33: Höchster Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



Patient*innen der Gruppe 1 haben deutlich seltener weder eine Hochschul- noch eine Berufsausbildung als Patient*innen der Gruppe 2 (17% vs. 26%). In beiden ist störungsübergreifend bei den Patient*innen ein betrieblicher Berufsabschluss die häufigste Abschlussform (Gruppe 1: 60%, Gruppe 2: 54%). Akademische Abschlüsse liegen in Gruppe 1 nur bei 7% und in Gruppe 2 nur bei 4% der Patient*innen vor. In Gruppe 1 haben Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung am häufigsten keinen Abschluss (37%), in Gruppe 2 betrifft dies diejenigen Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (39%). Patient*innen mit alkoholbezogenen Störungen (Gruppe 1: 82%, Gruppe 2: 71%) oder Glückspielproblematik (jeweils 63%) haben am häufigsten einen Abschluss (Abbildung 34).

Abbildung 34: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



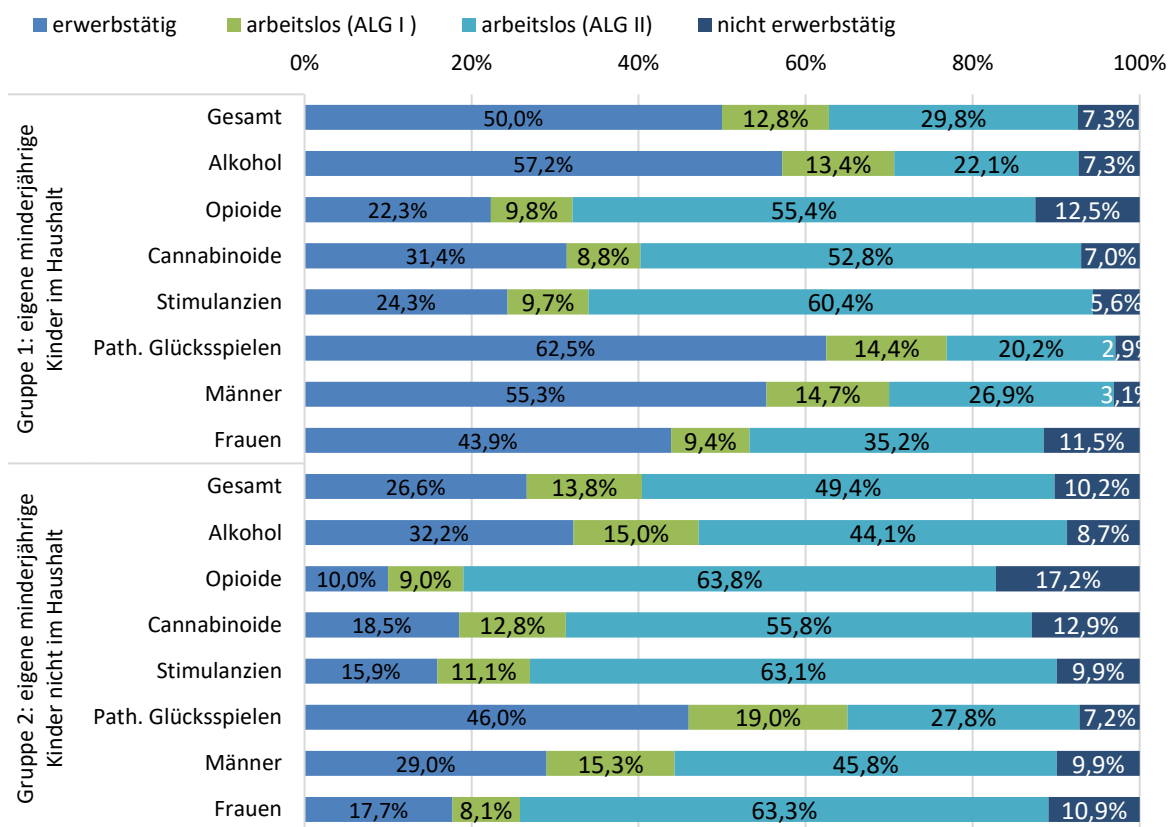
Frauen in Gruppe 1 unterscheiden sich nur unwesentlich von den männlichen Patienten. Der einzig nennenswerte Unterschied besteht in einem etwas niedrigeren Anteil ohne Abschluss (15% vs. 18%). In Gruppe 2 zeigen sich deutlichere Unterschiede: Hier haben die Patientinnen deutlich häufiger als die Patienten noch keine Ausbildung aufgenommen (16% vs. 10%) oder eine Ausbildung nicht abgeschlossen (31% vs. 25%; Abbildung 34).

Erwerbs-, Schuldensituation

Die Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn ist bei Patient*innen der Gruppe 1 deutlich günstiger als bei Patient*innen der Gruppe 2. In Gruppe 1 ist die Hälfte erwerbstätig, in Gruppe 2 nur gut ein Viertel. Demgegenüber sind rund zwei Drittel der Patient*innen aus Gruppe 2 arbeitslos (ALG I und II), was in Gruppe 1 nur auf 43% zutrifft. Die höchste Arbeitslosenquote weisen in beiden Gruppen Patient*innen mit einer stimulanzen- (Gruppe 1: 70%, Gruppe 2: 74%) oder einer opioidbezogenen Störung auf (Gruppe 1: 65%, Gruppe 2: 73%). Am seltensten arbeitslos sind jeweils Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (Gruppe 1: 36%, Gruppe 2: 59%), oder einer Glücksspielproblematik (Gruppe 1: 35%, Gruppe 2; 47%).

In beiden Gruppen sind Frauen häufiger arbeitslos als Männer, in Gruppe 2 jedoch in wesentlich höherem Ausmaß (Gruppe 1: 44% vs. 42%, Gruppe 2: 71% vs. 61%; Abbildung 35).

Abbildung 35: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

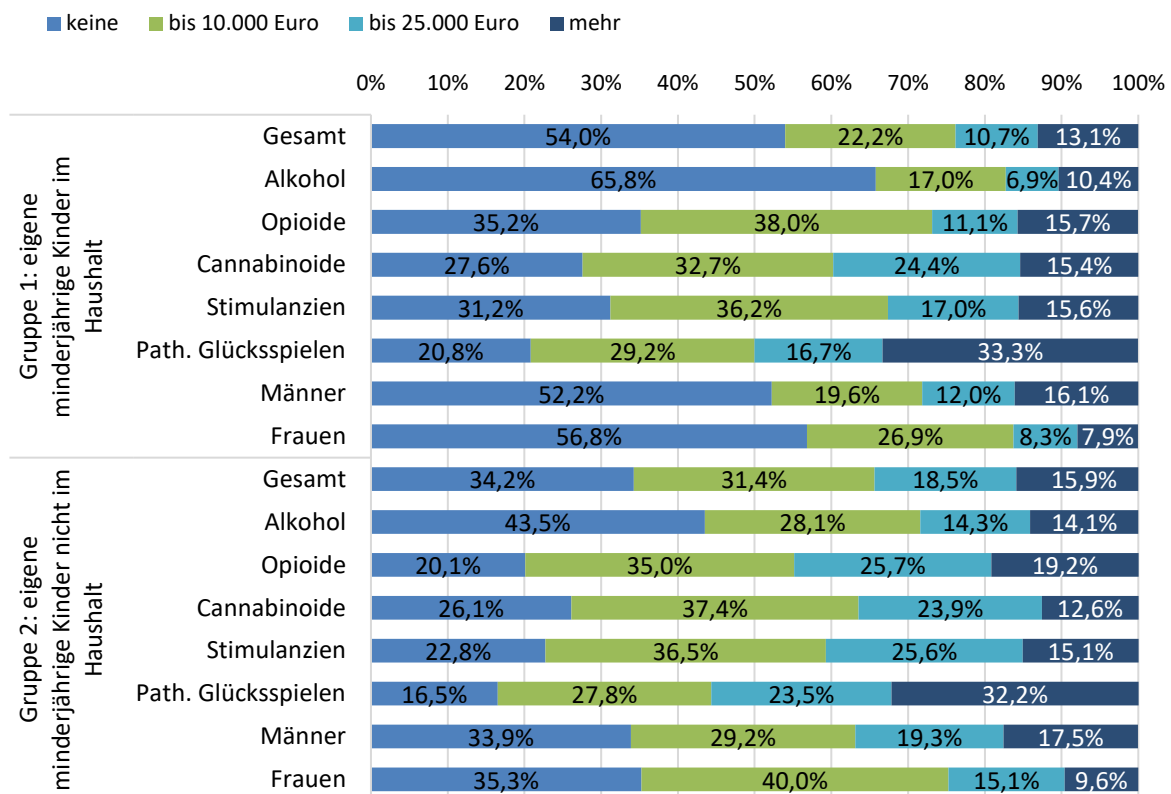


Patient*innen in Gruppe 2 tragen eine erheblich größere Schuldenlast, als Patient*innen in Gruppe 1. In Gruppe 2 hat gut ein Drittel keine Schulden, knapp ein Drittel hat bis zu 10.000 Euro Schulden, und 16% haben Schulden in Höhe von über 25.000 Euro. Dagegen ist in Gruppe 1 über die Hälfte der Patient*innen ohne Schulden, knapp ein Viertel hat Schulden in Höhe von bis zu 10.000 Euro und nur 13% sind mit mehr als 25.000 Euro verschuldet.

In beiden Gruppen sind Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung am häufigsten schuldenfrei, obgleich sich die Anteile deutlich unterscheiden (Gruppe 1: 66%, Gruppe 2: 44%). Am seltensten schuldenfrei sind jeweils Personen mit Glücksspielproblematik (Gruppe 1: 21%, Gruppe 2: 17%). Zugleich findet sich hier mit jeweils rund einem Drittel auch der höchste Anteil mit Schulden über 25.000 Euro.

Frauen haben in beiden Gruppen geringfügig weniger Schulden als Männer, sie sind etwas häufiger schuldenfrei, und haben nur halb so oft wie Männer Schulden in einer Höhe von über 25.000 Euro (Gruppe 1: 8% vs. 16%, Gruppe 2: 10% vs. 18%; Abbildung 36)

Abbildung 36: *Schuldensituation (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)*



Behandlung

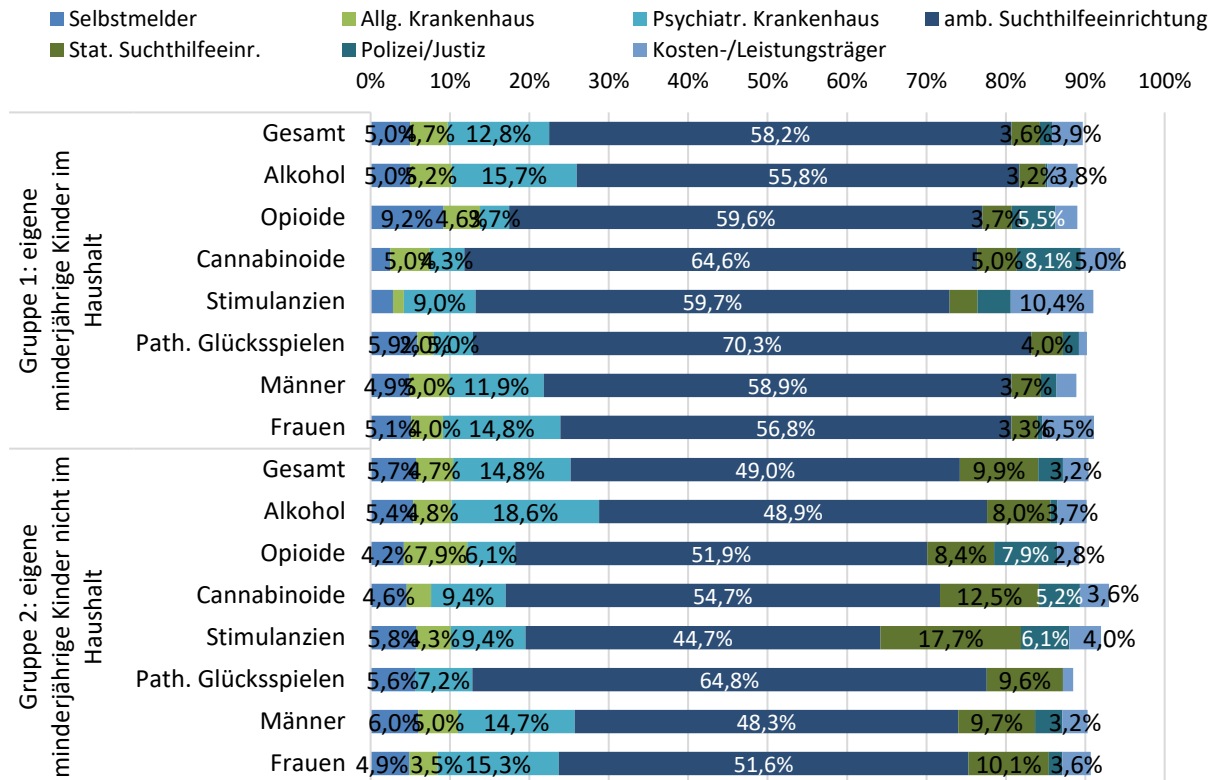
Vermittlung in die Behandlung

In beiden Gruppen werden Patient*innen überwiegend von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in die Behandlung vermittelt (Gruppe 1: 58%, Gruppe 2: 49%). An zweiter und dritter Stelle stehen mit deutlichem Abstand psychiatrische Kliniken (Gruppe 1: 13%, Gruppe 2; 15%) und Allgemeinkrankenhäuser (je 5%). Für Patient*innen der Gruppe 2 spielen zudem noch stationäre Suchthilfeeinrichtungen eine gewisse Rolle (10%).

Über psychiatrische Kliniken kommen vor allem Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (Gruppe 1: 16%, Gruppe 2: 19%). Über Polizei und Justiz am ehesten Patient*innen mit

Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen. Stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermitteln insbesondere (nur Gruppe 2) Personen mit einer stimulanzen- (18%) oder einer cannabinoidbezogenen Störung (13%). Es liegen keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede vor (Abbildung 37).

Abbildung 37: Vermittlung in die Behandlung (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)



Hauptmaßnahmen

Alle Patienten erhalten ausnahmslos eine Suchtbehandlung als Hauptmaßnahme. Relevante Einzelmaßnahmen¹¹ sind dabei in Gruppe 1 die „stationäre medizinische Rehabilitation“ (96%), die „ganztägig ambulante Rehabilitation (53%) sowie die Adaption (29%) und die „ambulante Entlassform (22%). In Gruppe 2 kommt es insbesondere zur „stationären medizinischen Rehabilitation“ (96%), zur „ganztägig ambulanten Rehabilitation“ (33%), zur „Adaption“ (38%) und zur „Kombinationsbehandlung“ (11%).

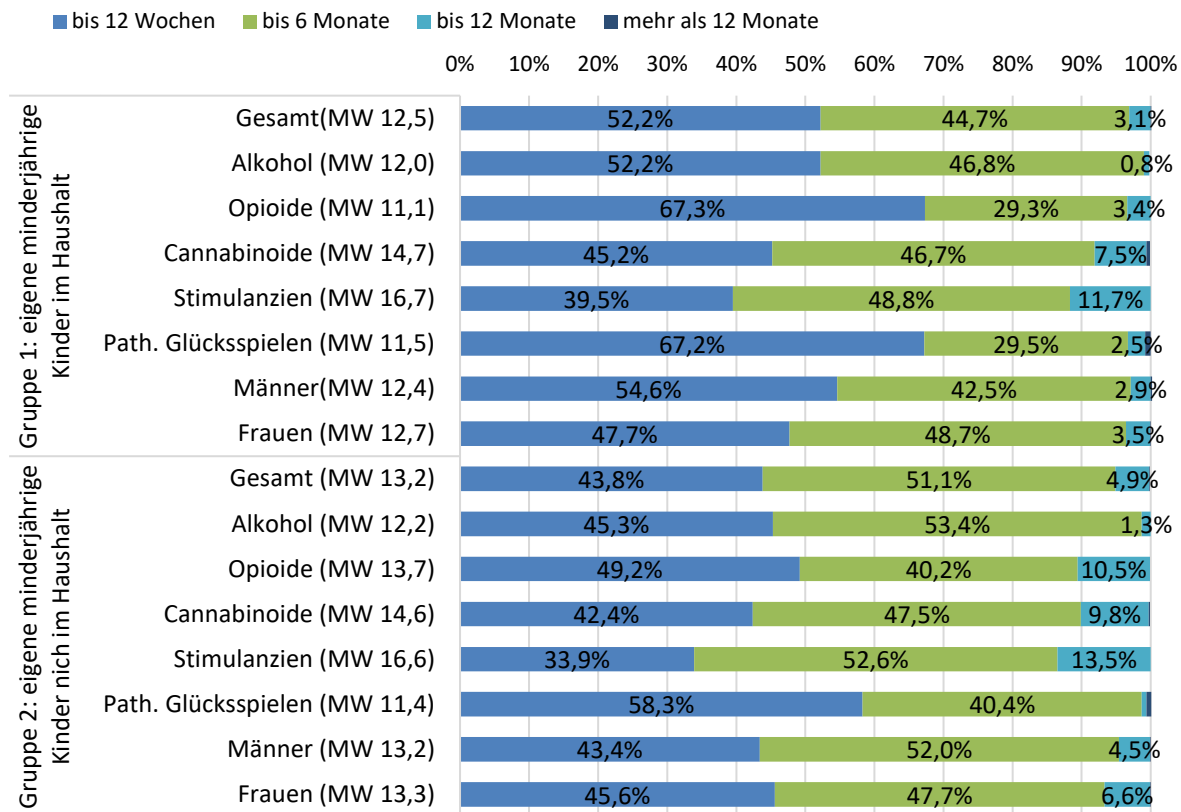
Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt in beiden Gruppen bei 13 Wochen und ist bei Patient*innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung jeweils am längsten (beide Gruppen 17 Wochen). Hier kommt es auch am häufigsten zu Behandlungen, die bis ein Jahr dauern (Gruppe 1: 12%, Gruppe 2: 14%). Die vergleichsweise kürzesten Behandlungen finden sich in Gruppe 1 bei Patient*innen mit einer Opioid- oder Glücksspielproblematik (11 bzw. 12 Wochen), in Gruppe 2 bei Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik oder alkoholbezogenen Störung (11 bzw. 12 Wochen). Hier kommen (ähnlich wie bei der alkoholbezogenen Störung) Behandlungsdauern bis zu 12 Monaten so gut wie nicht vor.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in nennenswertem Umfang (Abbildung 41).

¹¹ Nur häufigste Nennungen.

Abbildung 38: Dauer der Behandlung (stationär)



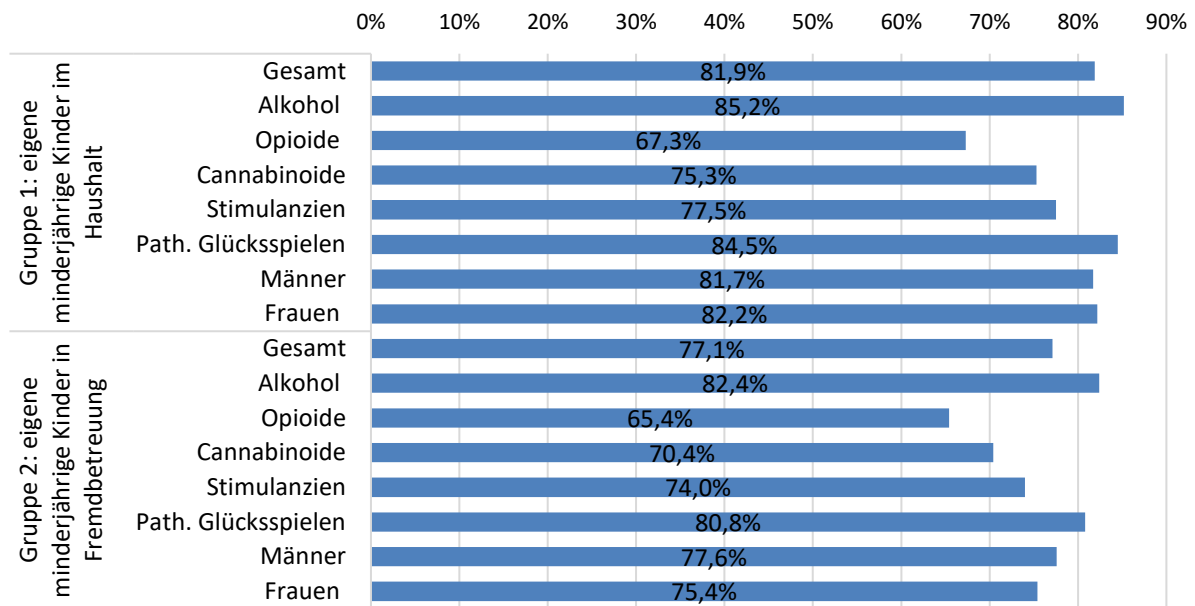
Art der Beendigung

Insgesamt beenden 82% der Patient*innen der Gruppe 1 und 77% der Patient*innen der Gruppe 2 ihre Behandlung planmäßig¹². In beiden Gruppen weisen Patient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung (Gruppe 1: 85%, Gruppe 2: 83%) oder einer Glücksspielproblematik (Gruppe 1: 85%, Gruppe 2: 81%) die höchsten Haltequoten auf. Die geringsten Haltequoten finden sich jeweils bei Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung (Gruppe 1: 67%, Gruppe 2: 65%).

Die geschlechtsspezifische Haltequote ist in Gruppe 1 vergleichbar (82%), in Gruppe 2 beenden Männer ihre Behandlung etwas häufiger planmäßig (78% vs. 75%; Abbildung 39).

¹² Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

Abbildung 39: Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

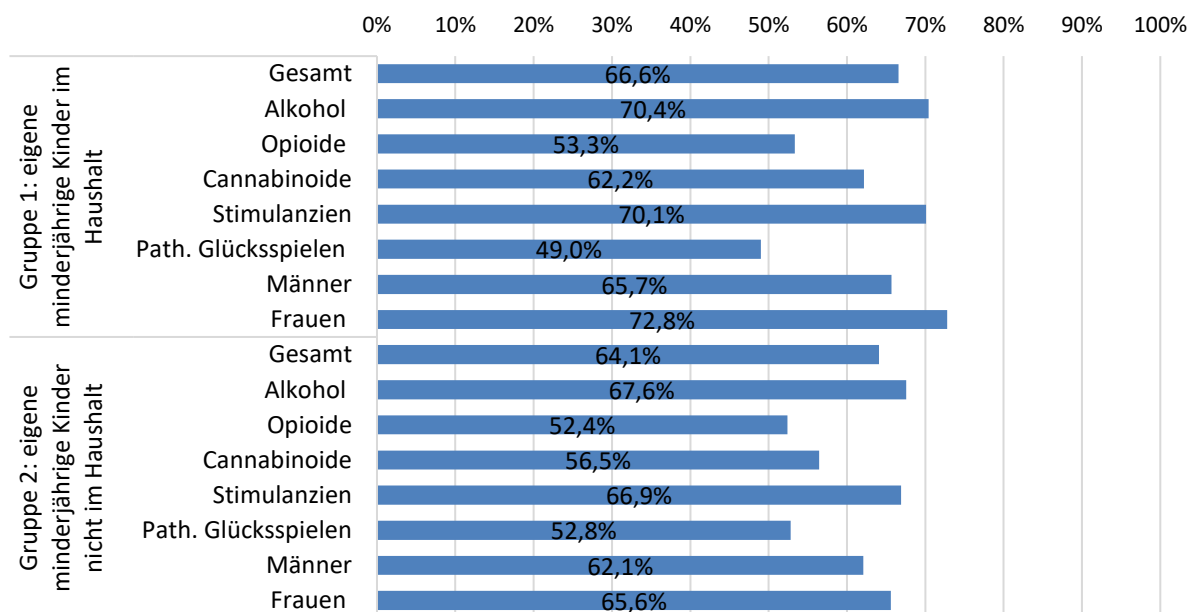


Weitervermittlung nach Behandlungsende

Nach Beendigung der Behandlung werden in beiden Gruppen etwa zwei Drittel der Patien*innen weitervermittelt (Gruppe 1: 67%, Gruppe 2: 64%). Hierbei werden Patient*innen mit einer alkohol- (Gruppe 1: 70%, Gruppe 2: 68%) oder einer stimulanzienbezogenen Störung (Gruppe 1: 70%, Gruppe 2: 67%) jeweils besonders häufig weitervermittelt. Patient*innen mit einer Glückspielproblematik werden jeweils am seltensten weitervermittelt (Gruppe 1: 49%, Gruppe 2: 53%).

Frauen werden in beiden Gruppen häufiger weitervermittelt als Männer, wobei der Unterschied in Gruppe 1 (73% vs. 66%) ausgeprägter ist als in Gruppe 2 (66% vs. 62%) (Abbildung 40).

Abbildung 40: Weitervermittlung ja (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

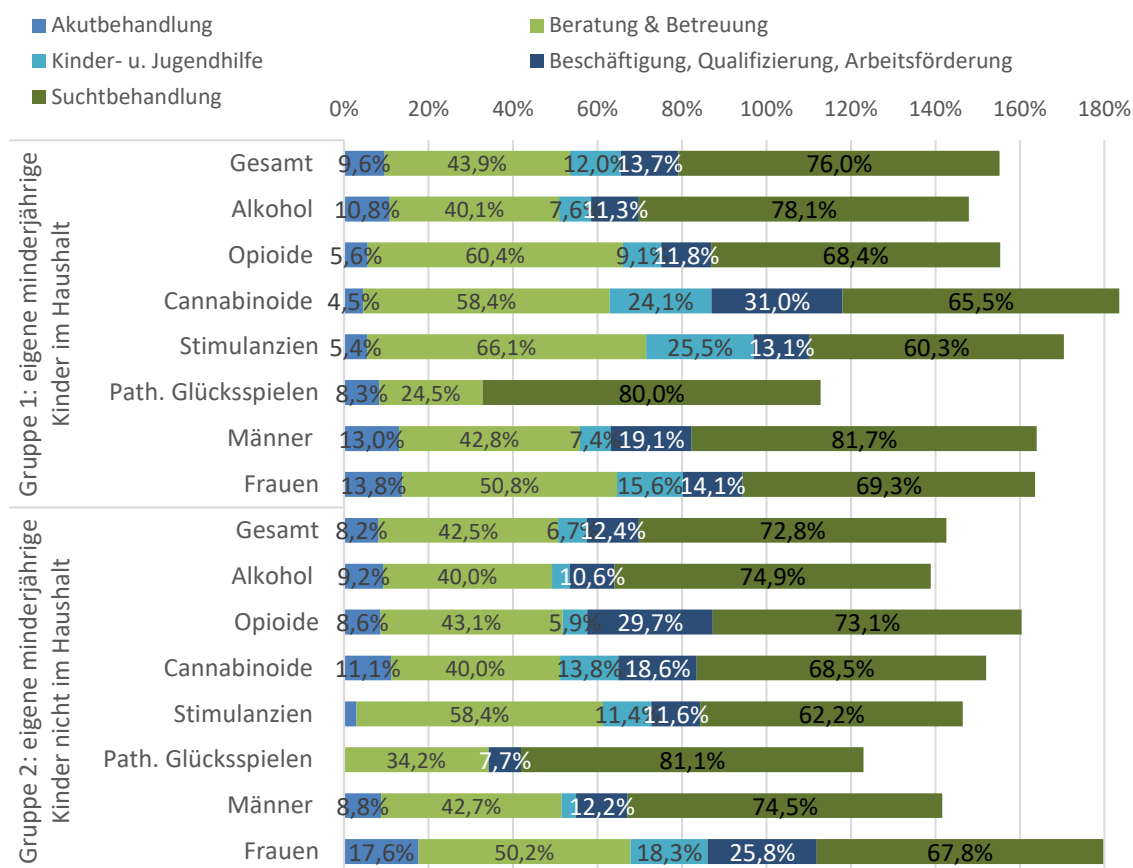


Störungs- und gruppenübergreifend kommt es am häufigsten zu Weitervermittlungen in die Suchtbehandlung (Gruppe 1: 76%, Gruppe 2: 73%). Ebenfalls häufig sind Weitervermittlungen in eine Beratung oder Betreuung (Gruppe 1: 44%, Gruppe 2: 43%). Eine Weitervermittlung an

Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betrifft vor allem Patient*innen aus Gruppe 1, die entweder eine cannabinoid- (24%) oder eine stimulanzenbezogene Störung (26%) haben. Patient*innen mit diesen Störungen werden in beiden Gruppen auch häufig in Einrichtungen der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung vermittelt.

In Gruppe 1 werden Frauen etwas häufiger als Männer in die Beratung und Betreuung (51% vs. 43%) und deutlich seltener in die Suchtbehandlung vermittelt (69% vs. 82%). Insgesamt ist die Vermittlungshäufigkeit aber ähnlich. In Gruppe 2 werden Frauen dagegen deutlich häufiger weitervermittelt als Männer, wobei besonders deutliche Unterschiede in Bezug auf Vermittlungen an Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (18% vs. 3%) und in Einrichtungen der Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung (26% vs. 12%; Abbildung 41) bestehen.

Abbildung 41: Weitervermittlung/-verlegung nach Ende der Behandlung – wohin? (Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

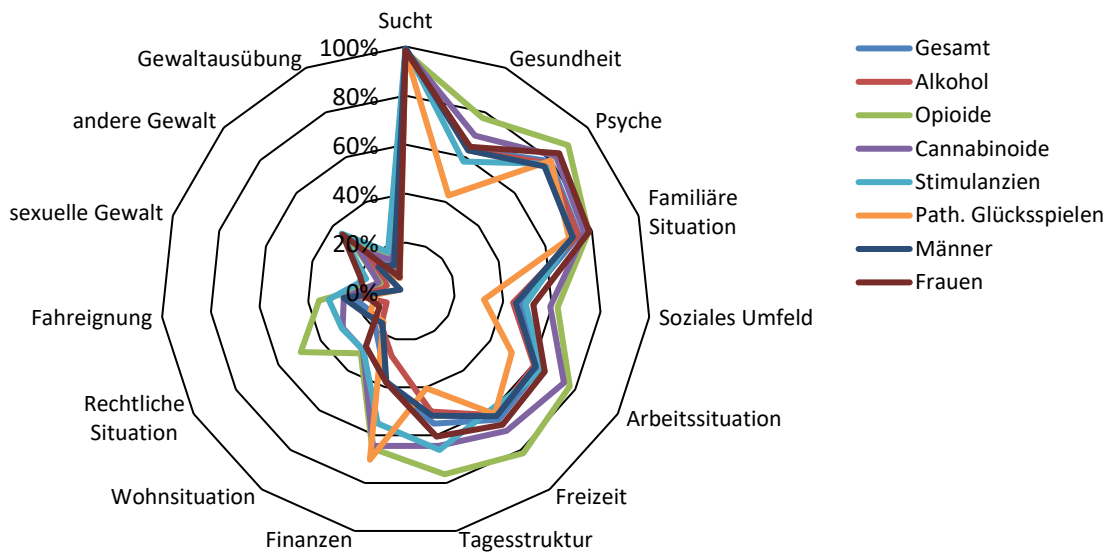


Behandlungsergebnis

Zu Beginn der Behandlung hatten Patient*innen der Gruppe 1 insbesondere Probleme in den Bereichen Sucht (99%), psychische Gesundheit (79%), familiäre Situation (74%), Freizeit (65%), Arbeitssituation (63%) und körperliche Gesundheit (63%). Wie Abbildung 45 zeigt, gilt diese Reihenfolge für alle betrachteten Störungsbereiche jedoch in etwas unterschiedlichen Ausprägungen. Es ist deutlich zu sehen, dass der Bereich Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten jeweils mit Abstand die höchste Belastung darstellt. Besonders belastet sind dabei Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung. Zudem findet sich bei Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik eine außerordentlich hohe Belastung im finanziellen Bereich.

Frauen sind problembelasteter als Männer, insbesondere in den Bereichen psychische Gesundheit (84% vs. 76%), familiäre Situation (79% vs. 71%) und Tagesstruktur (61% vs. 52%; Abbildung 42).

Abbildung 42: Problembereiche zu Beginn der Betreuung – eigene minderjährige Kinder im Haushalt lebend (Gruppe 1; Hauptdiagnosen, Geschlecht; stationär)

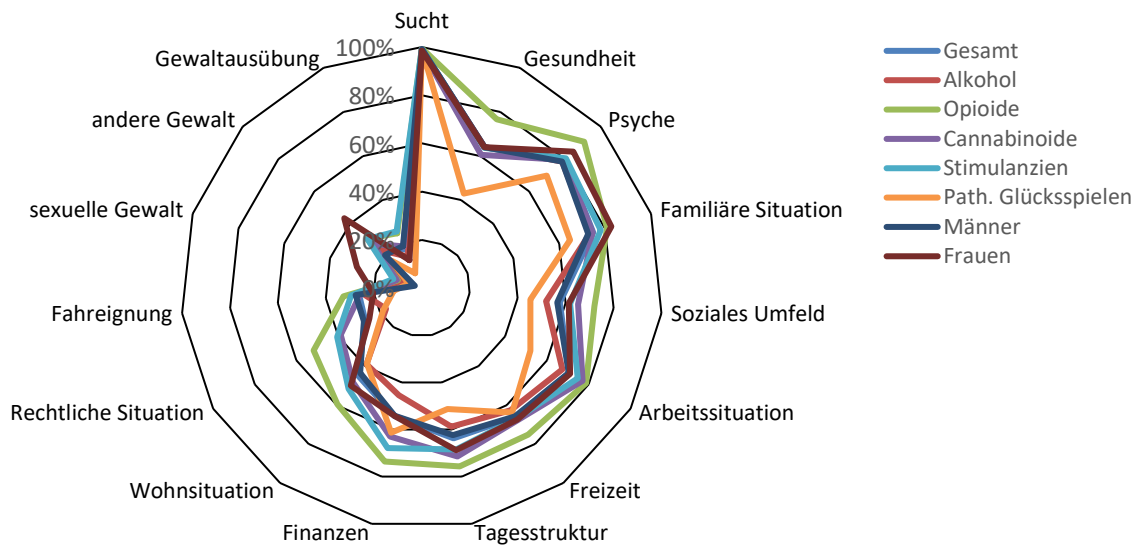


Sehr ähnlich sieht das Bild bei den Patient*innen der Gruppe 2 aus. Auch hier liegen die Probleme insgesamt vor allem in den Bereichen Sucht (99%), psychische Gesundheit (80%), familiäre Situation (75%), Arbeitssituation¹³ (71%), körperliche Gesundheit (64%) und Freizeit (66%). Abbildung 46 zeigt deutlich, dass hier die Ausprägungen der einzelnen Problembereiche noch etwas stärker ausfallen als in Gruppe 1. Patient*innen mit einer opioid- oder stimulanzenbezogenen Störung weisen die höchste, die mit einer Glücksspielproblematik die geringste Belastung auf.

Und auch hier sind Frauen häufiger mit Problemen belastet als Männer, die größten Unterschiede liegen ebenfalls in den Bereichen psychische Gesundheit (85% vs. 78%) und familiäre Situation (83% vs. 73%; Abbildung 43).

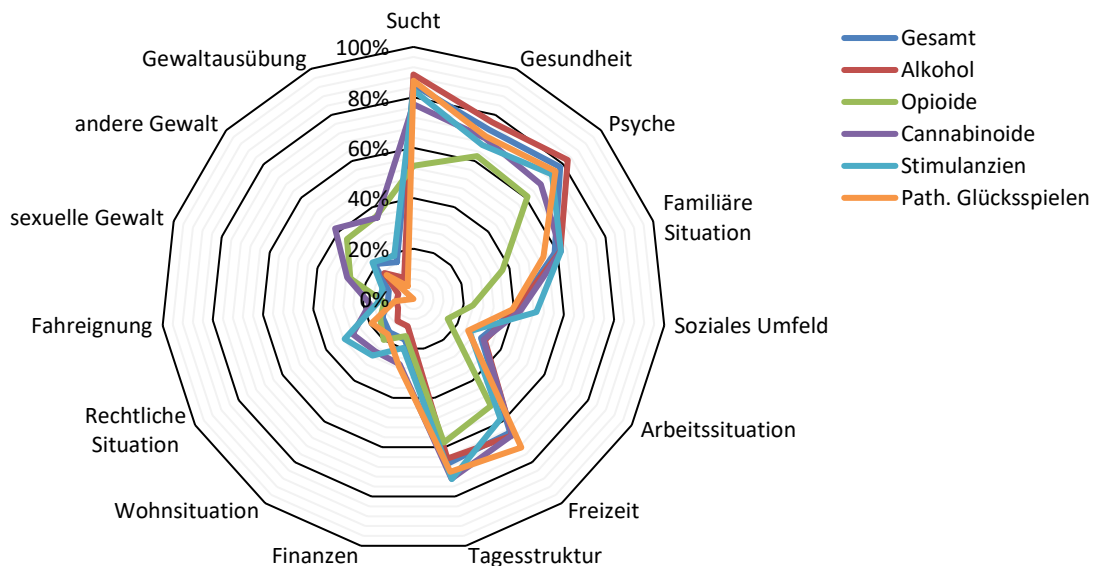
¹³ „Arbeitssituation“: Schule/Ausbildung/Arbeit/Beschäftigung

Abbildung 43: Problembereiche zu Beginn der Betreuung – eigene minderjährige Kinder nicht im Haushalt lebend (Gruppe 2; nach Hauptdiagnosen, ambulant)



Insgesamt zeigt sich bei 85% der Patient*innen aus Gruppe 1 eine gebesserte Situation im Problembereich Sucht, bei 72% eine Besserung im Bereich körperliche Gesundheit, bei 78% eine Besserung im Bereich psychische Gesundheit und bei 65% eine Besserung im Bereich Freizeit. Ein wichtiger Erfolg ist, dass bei 59% eine Besserung der familiären Situation eingetreten ist. Der Bereich Arbeitssituation hat sich nur bei 31% verbessert. Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung weisen insgesamt die geringsten und Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik die deutlichsten Verbesserungen auf (Abbildung 44).

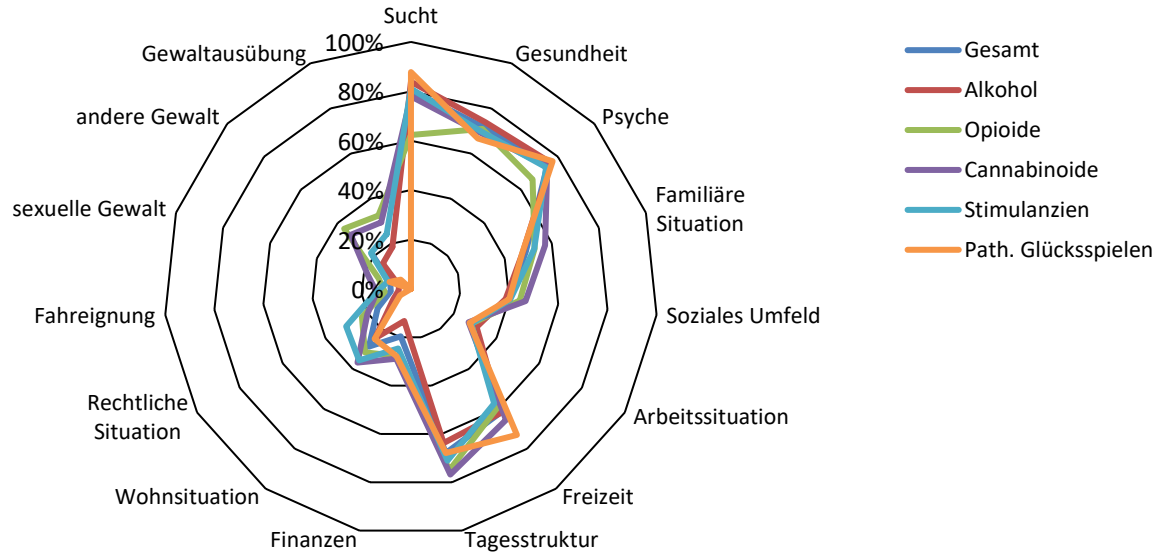
Abbildung 44: Problembereiche am Ende der Behandlung mit Status „gebessert“ – eigene minderjährige Kinder im Haushalt lebend (Gruppe 1; Hauptdiagnosen; stationär)



Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei Patient*innen aus Gruppe 2, die insgesamt geringfügig weniger Verbesserungen aufweisen als in Gruppe 1. Auch hier haben Verbesserungen am ehesten in den Bereichen Sucht (80%), körperliche Gesundheit (72%), psychische Gesundheit (74%) und Freizeit (62%) stattgefunden. Etwas seltener kam es zu Besserungen bei der familiären (49%) oder der Arbeitssituation (30%). Auch in Gruppe 2 sind Patient*innen mit einer Glücksspielproblematik diejenigen, deren Situation am Betreuungsende in allen genannten

Problembereichen am ehesten gebessert ist und Patient*innen mit einer opioidbezogenen Störung diejenigen mit den geringsten Verbesserungen (Abbildung 45).

Abbildung 45: Problembereiche am Ende der Behandlung mit Status „gebessert“ – eigene minderjährige Kinder nicht im Haushalt lebend (Gruppe 2; Hauptdiagnosen: stationär



Zusammenfassung

Stationäre Einrichtungen (Typ 2)

- 53% der Patient*innen haben eigene Kinder, 30% haben eigene minderjährige Kinder.
- Von den minderjährigen Kindern leben 41% mit im Haushalt der Patient*innen (Gruppe 1) und 68% leben nicht mit im Haushalt (Gruppe 2).
- Gruppe 1: 68% der Patient*innen sind wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung, 7% wegen einer cannabinoid-, 6% wegen einer stimulanzenbezogenen und 5% wegen einer opioidbezogenen Störung sowie 4% aufgrund einer Glücksspielproblematik.
- Gruppe 2: 57% der Patient*innen sind wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung, jeweils 8% wegen einer cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Störung, 5% wegen einer opioidbezogenen Störung sowie 3% aufgrund einer Glücksspielproblematik.
- Patient*innen der Gruppe 1 sind im Durchschnitt ein Jahr älter als Patient*innen in Gruppe 2 (40/39 Jahre).
- Bei ca. einem Viertel der Patient*innen beider Gruppen liegt ein Migrationshintergrund vor. Am häufigsten haben Patient*innen beider Gruppen mit einer opioidbezogenen Störung sowie einer Glücksspielproblematik einen Migrationshintergrund. In beiden Gruppen haben Männer eine höhere Migrationsquote.
- 78% der Patient*innen in Gruppe 1 und 41% in Gruppe 2 leben in einer Partnerschaft. In beiden Gruppen haben Männer deutlich häufiger eine*n Partner*in als Frauen.
- 86% der Patient*innen aus Gruppe 1 und 38% aus Gruppe 2 leben nicht alleine. 75% der Patient*innen in Gruppe 1 und 47% in Gruppe 2 leben mit ihrem*ihrer Partner*in zusammen.
- Im Durchschnitt haben Patient*innen sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 jeweils 1,6 eigene minderjährige Kinder.
- Kinder der Patient*innen aus Gruppe 2 leben überwiegend (78%) bei dem anderen Elternteil, 16% leben in Pflegefamilien oder öffentlichen Einrichtungen.
- Patient*innen der Gruppe 1 leben zu 83% und Patient*innen der Gruppe 2 zu 59% selbstständig.
- 7% der Patient*innen der Gruppe 1 und 11% der Gruppe 2 haben keinen Schulabschluss.
- 17% der Patient*innen der Gruppe 1 und 26% der Gruppe 2 haben keine abgeschlossene Ausbildung (beruflich bzw. akademisch).
- 50% der Patient*innen der Gruppe 1 und 27% der Gruppe 2 sind zu Beginn der Behandlung erwerbstätig. Frauen sind in beiden Gruppen häufiger als Männer arbeitslos.
- 46 % der Patient*innen aus Gruppe 1 und 66% aus Gruppe 2 sind verschuldet, 13% bzw. 16% mit über 25.000 Euro.
- Patient*innen beider Gruppen werden überwiegend von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in die Behandlung vermittelt (58% und 49%).
- Alle Hauptmaßnahmen bei den Patient*innen der Gruppen 1 und 2 fallen in die Kategorie „Suchtbehandlung“.
- Die Behandlungsdauer der Patient*innen in beiden Gruppen unterscheidet sich nicht (13 Wochen).

- 92% der Patient*innen aus Gruppe 1 und 77% aus Gruppe 2 beenden ihre Behandlung planmäßig. Männer beenden die Behandlung etwas häufiger als Frauen planmäßig (beide Gruppen).
- Am Ende der Betreuung zeigt sich bei den Patient*innen der Gruppe 1 eine gebesserte Situation vor allem in den Problembereichen Sucht (85%), psychische (78%) und körperliche Gesundheit (72%) sowie in der familiären Situation (59%). In Gruppe 2 verbessert sich die Situation geringerer als in Gruppe 1.

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.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte – Eigene minderjährige Kinder im Haushalt*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte – Eigene minderjährige Kinder in Fremdbetreuung*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., & Schwarzkopf, L. (2020). *Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Verfügbar unter 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). Cannabinoidbezogene Störungen – epidemiologische und soziodemographische Daten aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000 – 2009. *SUCHT*, 57 (6), 439 – 450.