

Personen mit einer Methamphetamin- oder Amphetaminproblematik in Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe

KURZBERICHT NR.1/2021 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2019¹

Jutta Künzel

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, April 2021

© 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, Specht, Künzel & Schwarzkopf, 2020), verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de. Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung	2
2	Methodik	2
3	Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	4
3.1	Soziodemographische Merkmale der Klientel	4
3.2	Spezifische Suchtproblematik der Klientel	11
3.3	Betreuung	13
3.4	Tabellarische Zusammenfassung	20
4	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)	21
4.1	Soziodemographische Merkmale der Patient*innen	21
4.2	Spezifische Suchtproblematik der Patient*innen	29
4.3	Behandlung	30
4.4	Tabellarische Zusammenfassung	36
5	Quellen	37
	Anhang	38
	Tabellenverzeichnis	38
	Abbildungsverzeichnis	38

1 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 Klient*innen/Patient*innen², die aufgrund einer Problematik mit Methamphetamin (i.d.R. Crystal Meth) oder Amphetamin 2019 in ambulanten oder stationären Einrichtungen der Suchthilfe betreut bzw. behandelt wurden.

2 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) erhoben und in einrichtungsweise aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2021)³.

Dieser Bericht basiert auf der Standard-Jahresauswertung 2019 für ambulante (Typ 1) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Typ 2; Dauber et al., 2020a, b). Insgesamt wurden 2019 Daten aus 863 ambulanten und 142 stationären Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ (N = 196.939/ 179.202), d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2019 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen auf die Bezugsgruppe der „Beender“ (N^o=°31.297), d. h. es wird auf Daten von Personen, die 2019 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen⁴.

Von der beschriebenen Gesamtstichprobe 2019 werden in diesem Bericht folgende Teilstichproben dargestellt: 1) Personen, für die als Hauptsubstanz „Methamphetamin“ (MA) dokumentiert wurde und 2) Personen, für die als Hauptsubstanz „Amphetamin“ (A) dokumentiert wurde. Die Gruppen werden als „Gesamt“, „Männer“ und „Frauen“⁵ dargestellt,

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Klient*innen (ambulant) bzw. Patient*innen (stationär) oder Personen statt von Fällen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d.h. eine Person kann mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

³Für eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS siehe Schwarzkopf et al. (2020)

⁴ Im Gegensatz zum ambulanten Bereich werden für die Auswertung im stationären Bereich nur Daten der Beender herangezogen, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt.

⁵ Die Kategorie „Divers“ wird mit dem KDS 3.0 nicht erfasst, ist jedoch für die nächste Version (KDS 4.0) vorgesehen.

getrennt für den ambulanten und stationären Betreuungs-/Behandlungsbereich. Die beiden Gruppen werden hinsichtlich ihrer Merkmale vor Beginn, während des Verlaufs und am Ende der Betreuung/Behandlung betrachtet.

Die im KDS 3.0 neu eingeführte Differenzierung zwischen Konsumdaten und medizinischer Diagnostik ermöglicht es, für diesen Bericht die Auswertung nach der fallbezogenen Hauptsubstanz⁶ zu verwenden. Die Substanzliste des KDS enthält eine Aufschlüsselung der Stimulanzien: Amphetamine, Methamphetamine (Crystal Meth), MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy), synthetische Cathinone sowie andere Stimulanzien. Für den Bericht werden ausschließlich Fälle herangezogen, für die als Hauptsubstanzen Amphetamine oder Methamphetamine dokumentiert wurden, da die Nennungen bei den übrigen Stimulanzien zu gering sind.

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).

⁶ Hauptsubstanz: Substanz, die zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbeginns von allen konsumierten Substanzen diejenige ist, die am meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) verursacht und damit den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt.

3 Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Der Anteil der Klient*innen, für die als Hauptsubstanz „Methamphetamin“ dokumentiert wurde, beträgt insgesamt 3%⁷, was einer Fallzahl von knapp 4000 Fällen entspricht. Die Hauptsubstanz Amphetamine findet sich etwas häufiger. Hier sind insgesamt 4% der Personen in ambulanter Betreuung betroffen, was einer Fallzahl von etwas mehr als 5000 Fällen entspricht. Der Frauenanteil liegt mit 27% unter dem der Gruppe mit Methamphetaminproblematik⁸ (32%; Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptsubstanz; ambulant)

Methamphetamine			Amphetamine		
Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen
3936	2683	1251	5077	3702	1371
2,8%	68,2%	31,8%	3,6%	72,9%	27,0%

* 0,1% Geschlecht unbestimmt

3.1 Soziodemographische Merkmale der Klientel

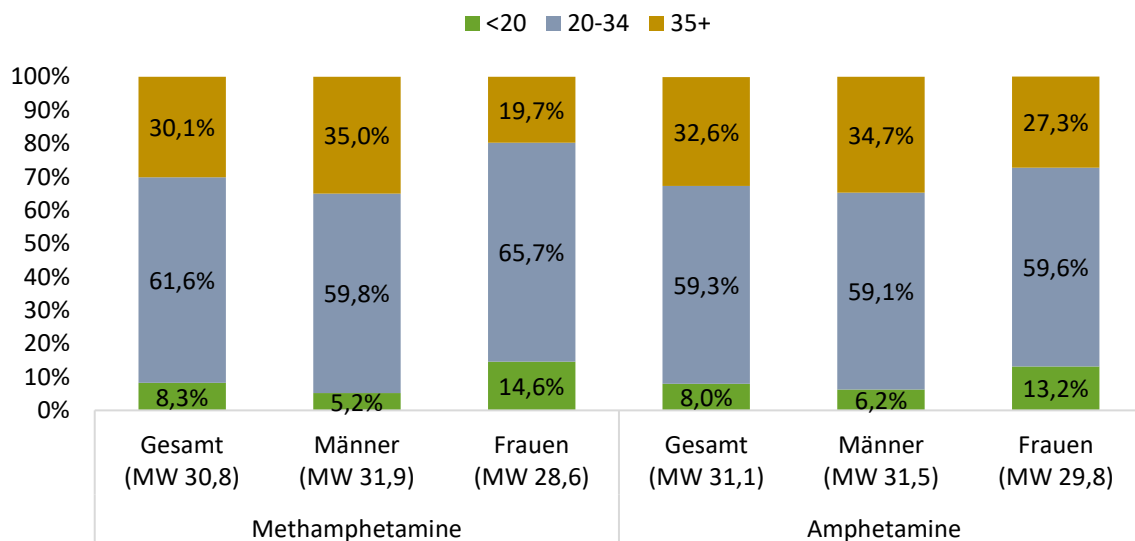
Alter

Zu Beginn der Betreuung sind sowohl Personen mit Methamphetamin- als auch Personen mit Amphetaminproblematik im Durchschnitt 31 Jahre alt. Fast zwei Drittel der Klient*innen beider Gruppen befinden sich in der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen (MA: 62%, A: 59%). In beiden Gruppen sind Frauen im Durchschnitt etwas jünger als Männer (MA: 29 vs. 32 Jahre; A: 30 vs. 32 Jahre; Abbildung 1).

⁷ Zur besseren Lesbarkeit werden im Fließtext gerundete Prozentangaben verwendet

⁸ Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe „Methamphetamin- und Amphetaminproblematik“ im Gegensatz zu den im Jahresbericht verwendeten Begriffen „methamphetamin- bzw. amphetaminbezogene Störung“ verwendet, da unter „Hauptsubstanz“ auch Fälle subsumiert sind, für die keine Diagnose vorliegt oder die Problematik noch unterhalb der Diagnoseschwelle liegt. Daher ist der Begriff „Störung“ nicht angebracht.

Abbildung 1: Altersstruktur bei Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant)

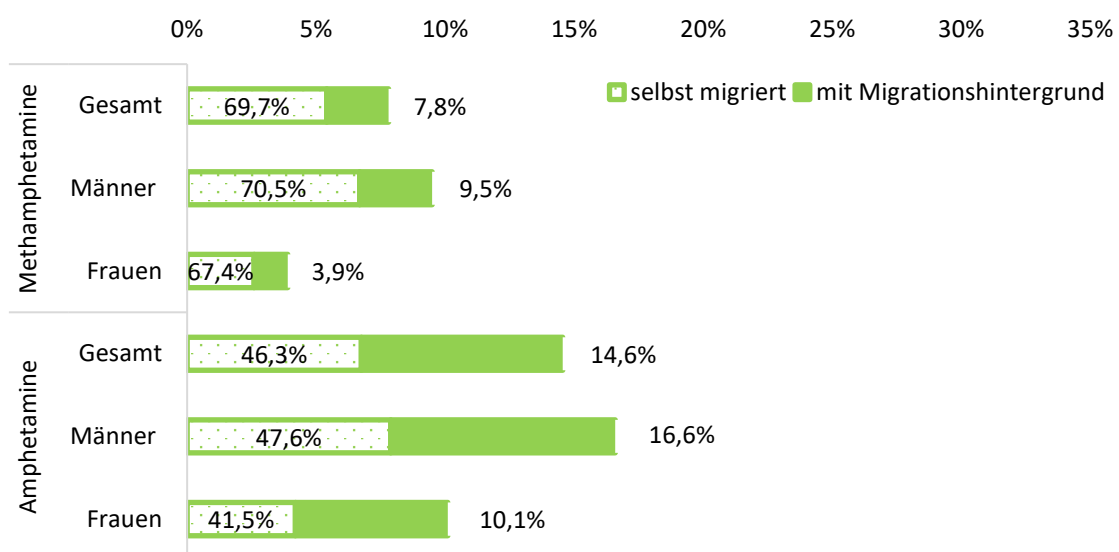


Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund liegt in der Klientel mit Amphetaminproblematik mit 15% fast doppelt so häufig vor wie unter Klient*innen mit Methamphetamineproblematik (8%). 70% der Personen mit einer Methamphetamineproblematik, die einen Migrationshintergrund haben, sind selbst migriert, bei der Klientel mit einer Amphetaminproblematik betrifft dies knapp die Hälfte.

In beiden Gruppen haben Männer deutlich häufiger einen Migrationshintergrund als Frauen (MA: 10% vs. 4%; A: 17% vs. 10%). Auch sind Männer in beiden Gruppen häufiger selbst migriert als Frauen (MA.: 71% vs. 67%; A: 48% vs. 42%; Abbildung 2).

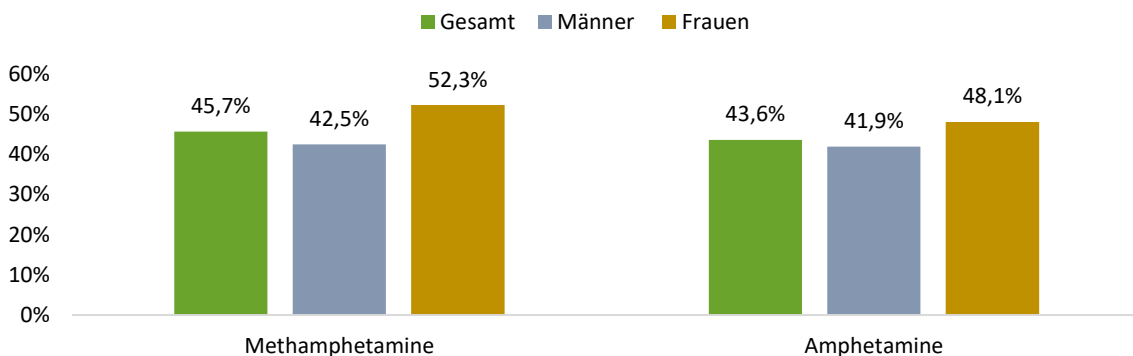
Abbildung 2: Migrationshintergrund (Hauptsubstanz; ambulant)



Partnerschafts-, Familien- und Lebenssituation

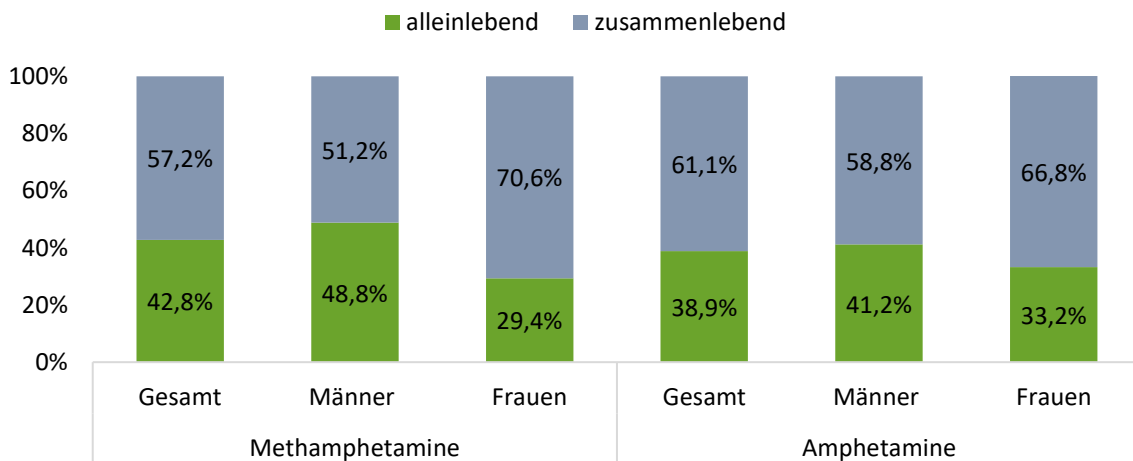
Insgesamt leben weniger als die Hälfte der Klient*innen beider Gruppen in einer festen Partnerschaft (MA: 46%, A: 44%). In beiden Gruppen liegt dieser Anteil bei Frauen höher als bei Männern (MA: 52% vs. 43%; A: 48% vs. 42%: Abbildung 3).

Abbildung 3: Partnerschaft ja (Hauptsubstanz; ambulant)



Mit 43% und 39% leben deutlich weniger als die Hälfte der Personen mit einer Methamphetamin- bzw. einer Amphetaminproblematik allein. Bei Frauen liegen die Anteile dabei deutlich niedriger als bei Männern (Frauen, MA: 29%; A: 33%; Männer, MA: 49%, A: 41%; Abbildung 4).

Abbildung 4: Lebenssituation (Hauptsubstanz; ambulant)

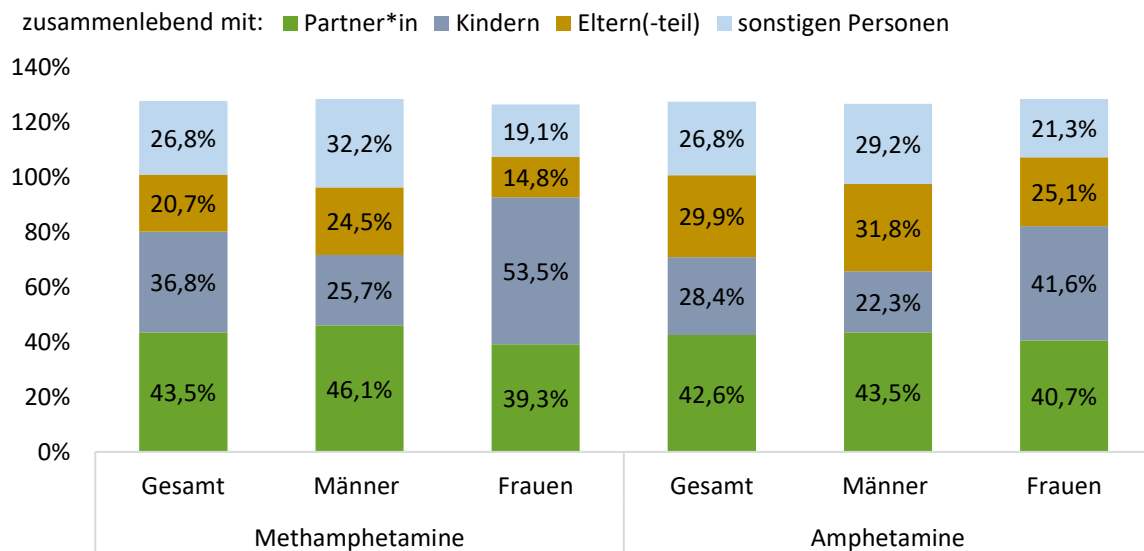


Von den Klient*innen mit Methamphetaminproblematik, die nicht allein leben, leben 44% mit einem*r Partner*in zusammen, 37% mit Kindern und 21 % mit den Eltern. Im Vergleich zur Klientel mit Methamphetaminproblematik leben Klient*innen mit Amphetaminproblematik ähnlich häufig mit einem*r Partner*in (43%) zusammen. Das Zusammenleben mit Kindern ist

deutlich seltener (A: 28%; MA: 37%) und das Zusammenleben mit den Eltern deutlich häufiger (A: 30%; MA: 21%) als bei Klient*innen mit einer Methamphetaminproblematik.

Frauen leben in beiden Gruppen erheblich häufiger mit Kindern zusammen als Männer (MA: 54% vs. 26%, A: 42% vs. 22%). Männer leben wiederum häufiger noch bei den Eltern (MA: 25% vs. 15%; A: 32% vs. 25%; Abbildung 5).

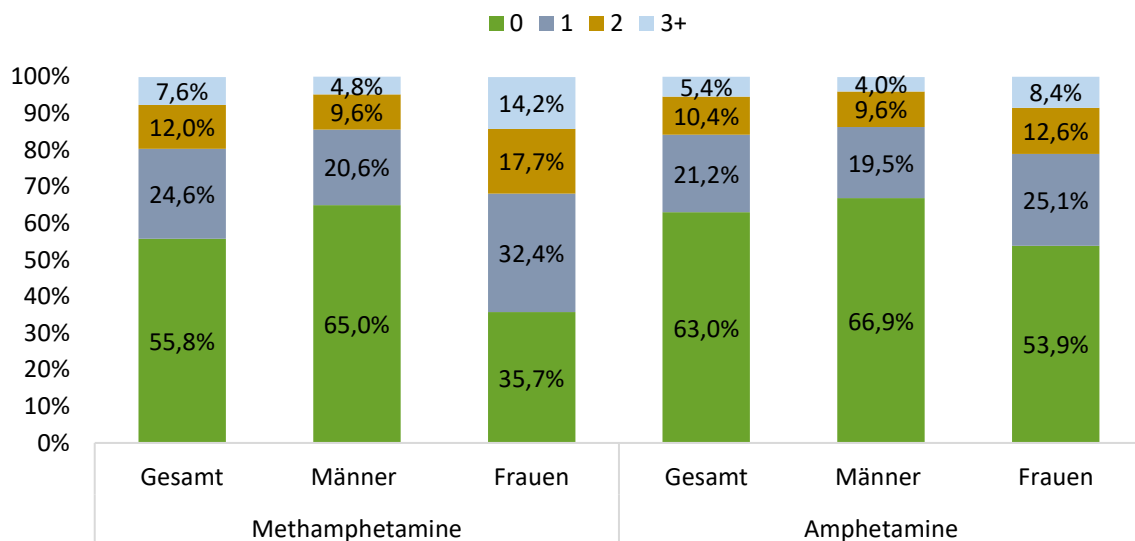
Abbildung 5: Lebenssituation - zusammenlebend mit (Hauptsubstanz; ambulant)



Mehrfachnennungen möglich

Klient*innen mit Methamphetaminproblematik haben häufiger eigene minderjährige Kinder (44%) als Klient*innen mit Amphetaminproblematik (37%). 20% der Klientel mit Methamphetaminproblematik hat mehr als ein minderjähriges Kind, was bei der Klientel mit Amphetaminproblematik auf 16% zutrifft. In beiden Gruppen haben Frauen deutlich häufiger eigene minderjährige Kinder als Männer, wobei der Unterschied in der Klientel mit Methamphetaminproblematik (64% vs. 35%) stärker ausgeprägt ist als in der Gruppe mit Amphetaminproblematik (46% vs. 33%; Abbildung 6).

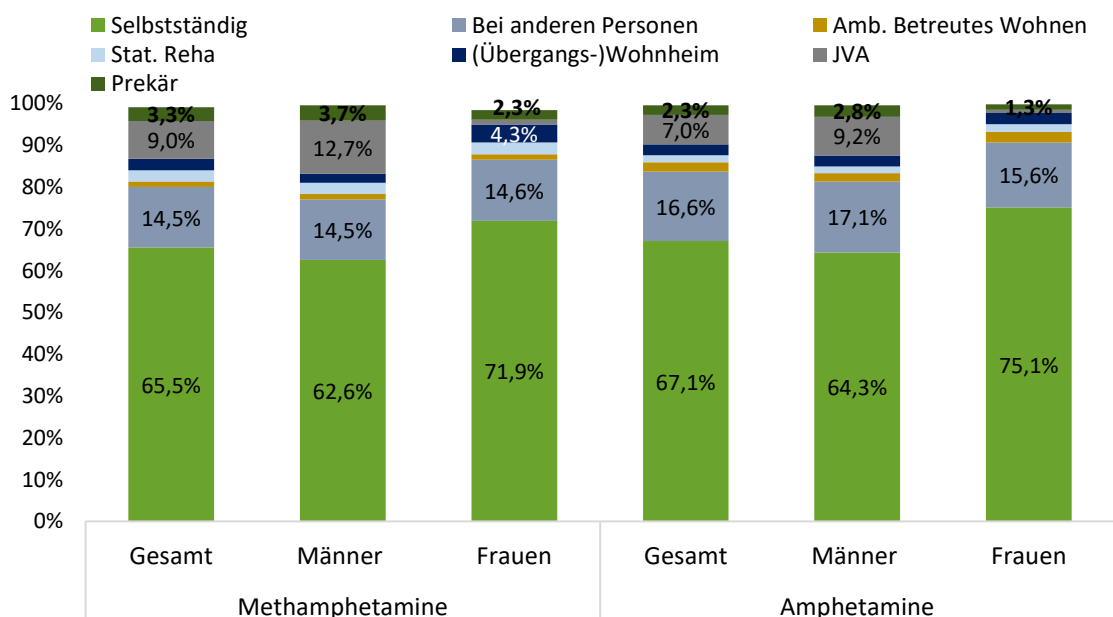
Abbildung 6: Eigene minderjährige Kinder (Hauptsubstanz; ambulant)



Wohnsituation

Der überwiegende Teil der Klient*innen beider Gruppen wohnt vor Beginn der Betreuung selbstständig, d.h. in eigener Wohnung oder eigenem Haus (zur Miete oder Eigentum; MA: 66%; A: 67%). In Justizvollzugsanstalten befinden sich vor Betreuungsbeginn etwas häufiger Personen mit Methamphetaminproblematik (MA: 9%; A: 7%). Hiervon sind in beiden Gruppen hauptsächlich Männer betroffen (MA: 13% vs. 1%; A: 9% vs. 1%). In der Klientel mit Methamphetaminproblematik sind prekäre Wohnverhältnisse (Notunterkunft, obdachlos) vergleichbar häufig wie in der Klientel mit Amphetaminproblematik (MA: 3%, A: 2%), wobei Männer hiervon jeweils öfter betroffen sind (MA: 4% vs. 2%; A: 3% vs. 1%; Abbildung 7).

Abbildung 7: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant)

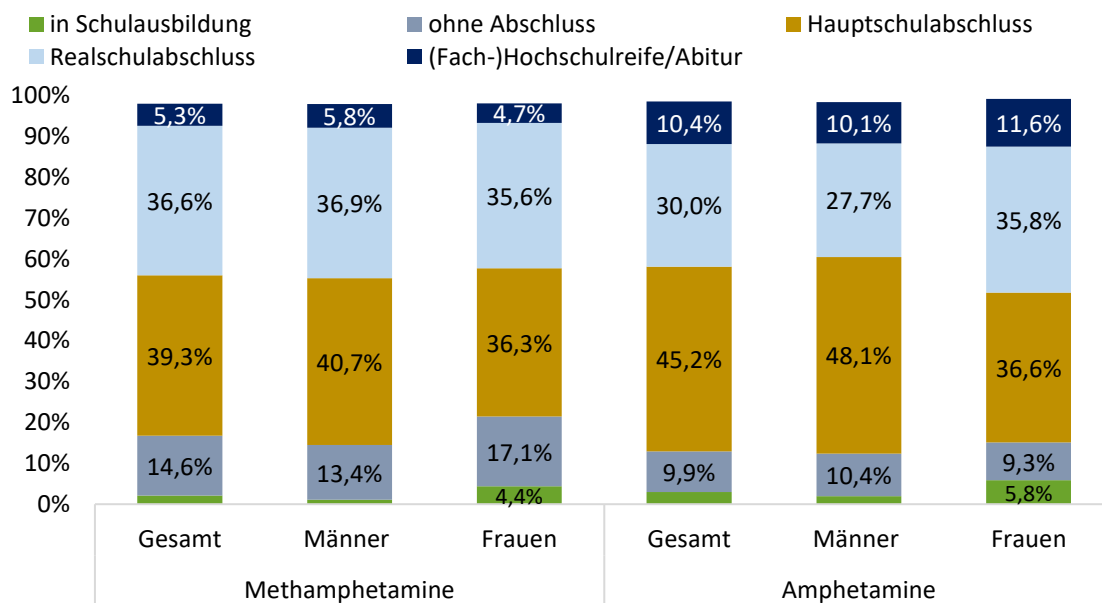


Schule und Ausbildung

Der Anteil an Klientel mit niedriger Schulbildung (Hauptschulabschluss, ohne Schulabschluss) ist in beiden Gruppen vergleichbar (MA: 54%; A: 55%). Auch beim Vorliegen einer mittleren und höheren Schulbildung (Fach-/Hochschulreife, Realschulabschluss) finden sich kaum Unterschiede (MA: 42%; A: 40%). Allerdings zeigen sich innerhalb dieser Kategorien Unterschiede in der Zusammensetzung: So ist der Anteil der Personen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben, bei den Klient*innen mit Methamphetaminproblematik höher (MA: 15%; A: 10%) und der Anteil mit (Fach-) Hochschulreife/Abitur niedriger (MA: 5%; A: 10%).

In der Gruppe mit Methamphetaminproblematik haben Frauen häufiger keinen Schulabschluss (17% vs. 13%) und seltener einen Hauptschulabschluss (MA: 36% vs. 41%) als Männer. Bei der mittleren und höheren Schulbildung finden sich indes keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede. In der Gruppe mit Amphetaminproblematik weisen Frauen deutlich häufiger eine höhere Schulbildung auf als Männer (47% vs. 38%; Abbildung 8)

Abbildung 8: Höchster Schulabschluss (Hauptsubstanz; ambulant)

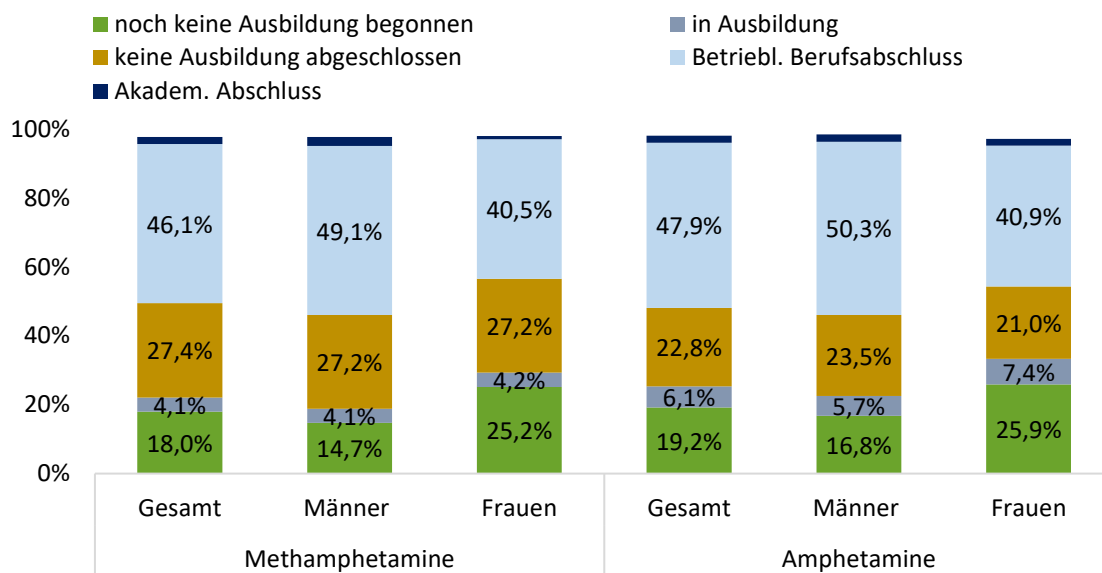


In beiden Gruppen hat etwa die Hälfte der Klientel einen beruflich bildenden Abschluss, wobei hier eine betriebliche Ausbildung die Regel ist (MA: 46%; A: 48%; Abbildung 9). Eine abgeschlossene akademische Ausbildung findet sich jeweils nur bei 2% der Betreuten. Etwa ein Viertel der Klient*innen hat keine abgeschlossene Ausbildung, wobei der entsprechende

Anteil in der Gruppe mit Metamphetaminproblematik höher ist (MA: 27%; A: 23%). In beiden Gruppen hat jede*r Fünfte noch keine Ausbildung begonnen und 4% (MA) bzw. 6% (A) der Klient*innen befinden sich gerade in Ausbildung.

In beiden Gruppen haben Frauen deutlich seltener einen betrieblichen Berufsabschluss als Männer (MA: 49% vs. 41%; A: 50% vs. 41%) und haben häufiger noch keine Ausbildung begonnen (MA: 25% vs. 15%; A: 26% vs. 17%). Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich abgebrochener und laufender Ausbildung finden sich nur bei Personen mit Amphetaminproblematik: Während Männer etwas häufiger ihre Ausbildung abgebrochen haben (24% vs. 21%) befinden sich Frauen etwa gleich häufig noch in Ausbildung (7% vs. 6%).

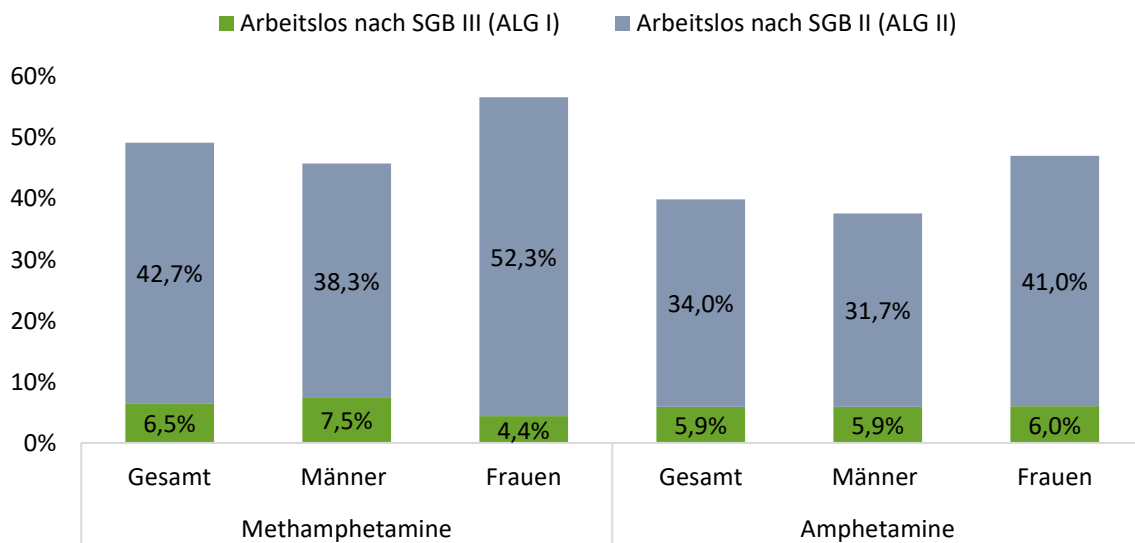
Abbildung 9: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptsubstanz; ambulant)



Erwerbssituation

Die Klientel mit Methamphetaminproblematik ist bei Beginn der Betreuung häufiger arbeitslos (MA: 49%; A: 40%): In beiden Gruppen liegt vor allem Arbeitslosigkeit nach SGB II (ALG II) vor (MA: 43%; A: 34%). Frauen sind in beiden Gruppen insgesamt häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer, wobei der Unterschied bei Klient*innen mit Metamphetaminproblematik stärker ausgeprägt ist (MA: 57% vs. 46%; A: 47% vs. 38%; Abbildung 10).

Abbildung 10: Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant)



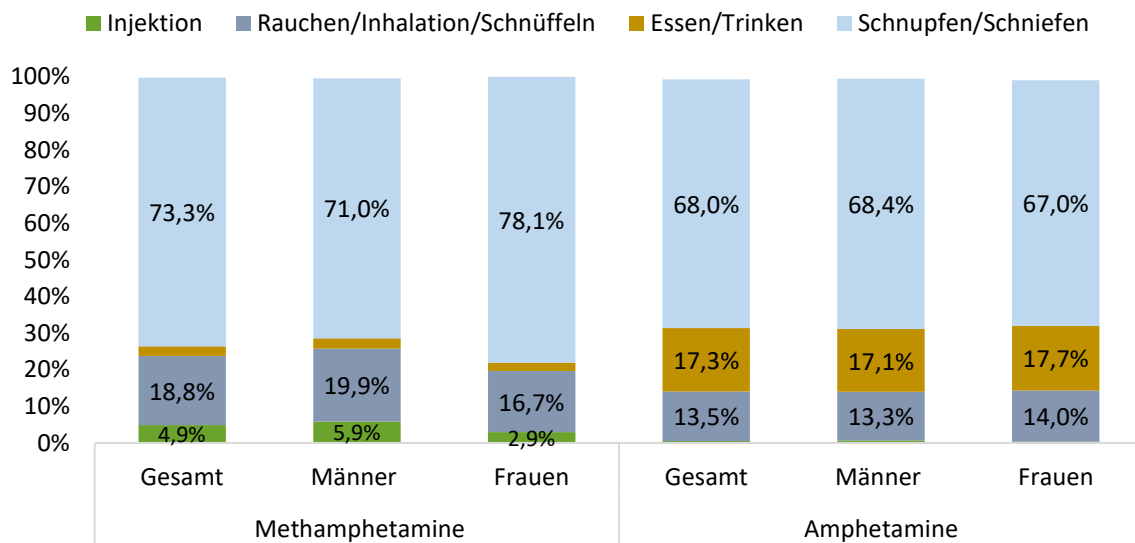
3.2 Spezifische Suchtproblematik der Klientel

Überwiegende Konsumart

Die überwiegende Konsumart ist in beiden Gruppen das Schnupfen bzw. Schniefen der Substanzen (MA: 73%; A: 68%), durch das sich die schnellste Wirkung erzielen lässt. In der Gruppe der Personen mit Amphetaminproblematik nehmen 17% der Betreuten die Substanz in erster Linie in Form von Pillen bzw. Tabletten zu sich, wohingegen diese Konsumart bei Methamphetaminkonsument*innen keine Rolle spielt. Überwiegend geraucht werden Methamphetamine von 19% und Amphetamine von 14% der Klient*innen. Bei Klient*innen mit Methamphetaminproblematik kommt es in geringem Umfang auch zum Injizieren der Substanz (5%).

Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nur in der Gruppe mit einer Methamphetaminproblematik vor: Frauen schniefen die Substanz häufiger (78% vs. 71%) und rauchen sie etwas seltener (17% vs. 20%) als Männer.

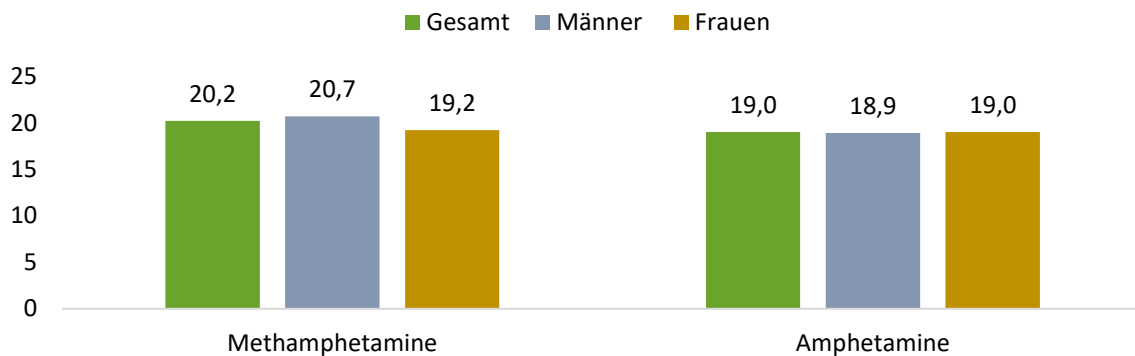
Abbildung 11: Überwiegende Konsumart (Hauptsubstanz; ambulant)



Alter bei Erstkonsum

Im Durchschnitt sind Klient*innen mit Amphetaminproblematik zum Zeitpunkt des Erstkonsums ein Jahr jünger als Personen mit Methamphetamineproblematik (MA: Ø 20 Jahre; A: Ø 19 Jahre). Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nur in der Gruppe mit Methamphetamineproblematik vor. Frauen sind hier beim Erstkonsum dieser Substanz durchschnittlich zwei Jahre jünger als Männer (19 Jahre vs. 21 Jahre).

Abbildung 12: Alter bei Erstkonsum (Ø; Hauptsubstanz; ambulant)

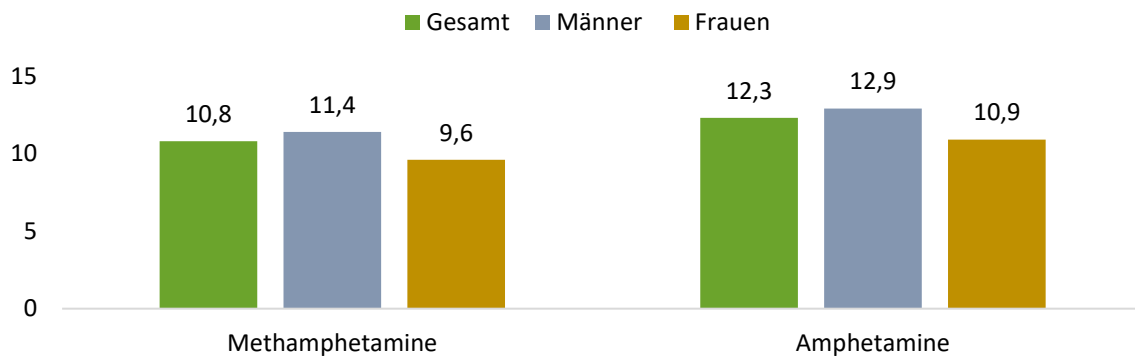


Konsumerfahrung

Klient*innen mit Methamphetamineproblematik, beginnen durchschnittlich 11 Jahre nach dem Erstkonsum ihre aktuelle Betreuung. Bei Klient*innen mit Amphetamineproblematik ist dieser Zeitraum mit durchschnittlich 12 Jahren etwas länger. In beiden Gruppen ist die Zeitspanne

zwischen Erstkonsum und aktuellem Betreuungsbeginn bei Frauen etwas kürzer als bei Männern (MA: 10 vs. 11 Jahre; A: 11 vs. 13 Jahre; Abbildung 13).

Abbildung 13: Dauer vom Erstkonsum bis zum aktuellen Betreuungsbeginn (\emptyset ; Hauptsubstanz; ambulant)



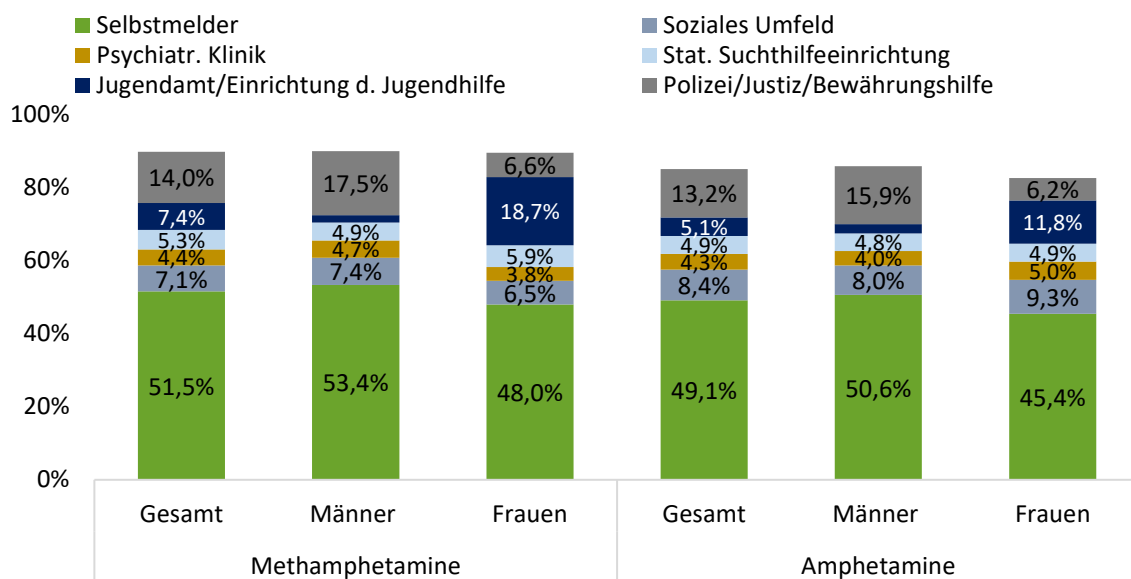
3.3 Betreuung

Vermittlung

Etwa die Hälfte der Personen beider Gruppen kommt ohne Vermittlung Dritter in die Betreuung (MA: 52%; A: 49%). Den zweithäufigsten Zugangsweg bilden Polizei/Justiz/Bewährungshilfe, die für beide Gruppen (MA: 14%; A: 13%) ähnliche Bedeutung haben.

Männer kommen etwas häufiger aus eigener Veranlassung in die ambulante Betreuung als Frauen (MA: 53% vs. 48%; A: 51% vs. 45%) und werden zudem deutlich häufiger durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe vermittelt (MA: 18% vs. 7%; A: 16% vs. 6%). Für Frauen bilden Jugendamt/ Einrichtungen der Jugendhilfe den zweithäufigsten Zugangsweg, wohingegen diese Instanz bei Männern von untergeordneter Relevanz ist (MA: 19% vs. 2%; A: 12% vs. 3%; Abbildung 14).

Abbildung 14: Vermittlung in die Betreuung (häufigste Nennungen; Hauptsubstanz; ambulant)

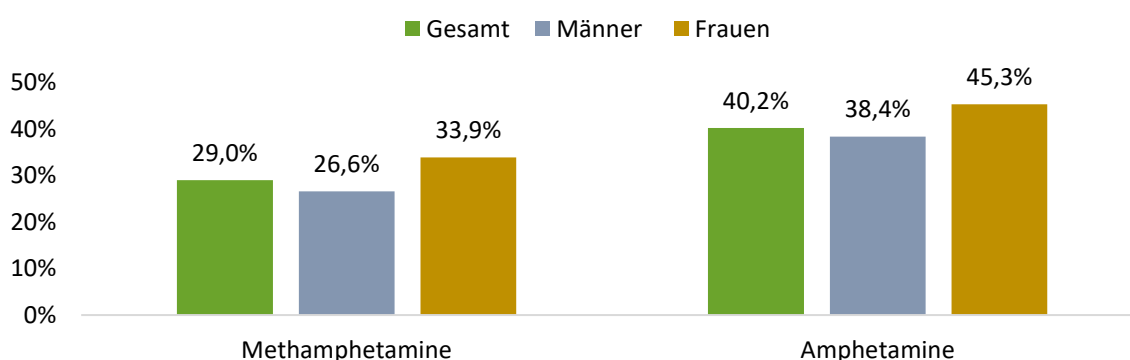


Erstbetreuung

In beiden Gruppen hat die Mehrheit der Klient*innen bereits vor der aktuellen Betreuungsepisode suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen. Der Anteil der Erstbetreuten liegt bei der Klientel mit Methamphetaminproblematik dabei deutlich niedriger als bei der Klientel mit Amphetaminproblematik (MA: 29% vs. 40%).

In beiden Gruppen sind Frauen häufiger als Männer zum ersten Mal in einer suchtbezogenen Betreuung (MA: 34% vs. 27%; A: 45% vs. 38%; Abbildung 15).

Abbildung 15: Erstbetreute Fälle (Hauptsubstanz; ambulant)

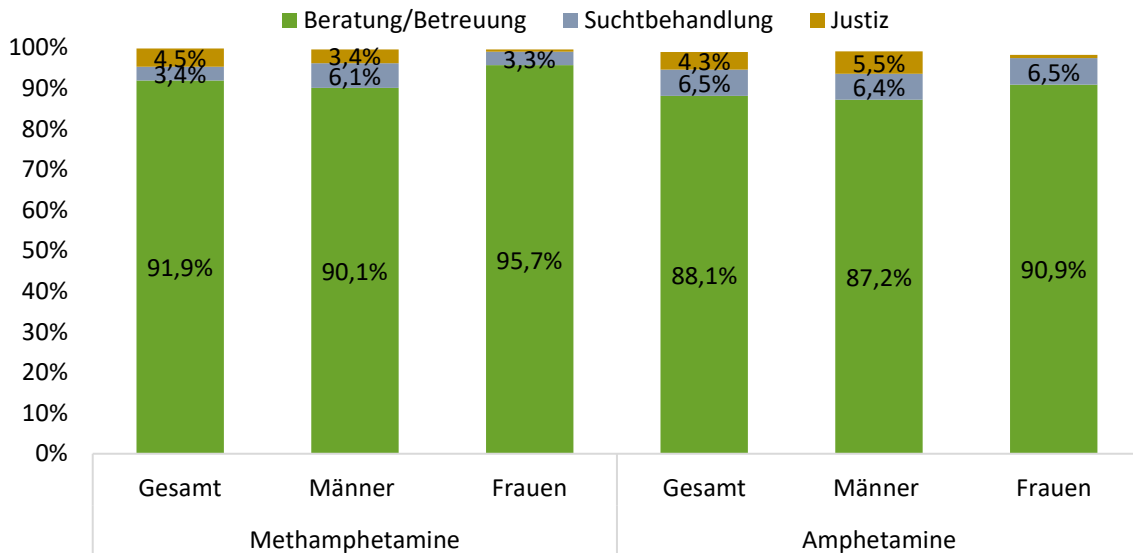


Hauptmaßnahmen

Die mit Abstand häufigste Hauptmaßnahme in beiden Gruppen ist mit 92% (MA) bzw. 88% (A) die Beratung und Betreuung. Eine gewisse Rolle spielen zudem die Suchtbehandlung (A: 7%; MA: 3%) sowie die externe Suchtberatung im Justizvollzug (4%, MA. 5%; Abbildung 16).

Bei Frauen findet noch häufiger als bei Männern Beratung und Betreuung statt (MA: 96% vs. 90%; A: 91% vs. 87%), während externe Suchtberatung im Justizvollzug so gut wie nicht vorkommt (Abbildung 16).

Abbildung 16: Hauptmaßnahmen (Hauptsubstanz; ambulant)

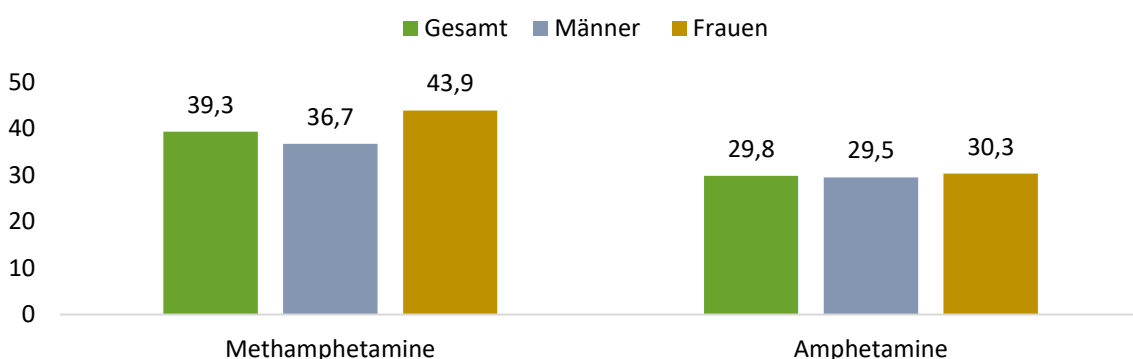


Betreuungsdauer

Die Betreuungsdauer ist für beide Gruppen sehr unterschiedlich. Während Klient*innen mit Methamphetaminproblematik im Durchschnitt 39 Wochen betreut werden, beträgt die mittlere Betreuungsdauer bei Klient*innen mit Amphetaminproblematik lediglich 30 Wochen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich hier nur in der Klientel mit Methamphetaminproblematik, wo Frauen gut sieben Wochen (44 vs. 37 Wochen) länger betreut werden als Männer (Abbildung 17).

Abbildung 17: Dauer der Betreuung (Ø; Hauptsubstanz; ambulant)

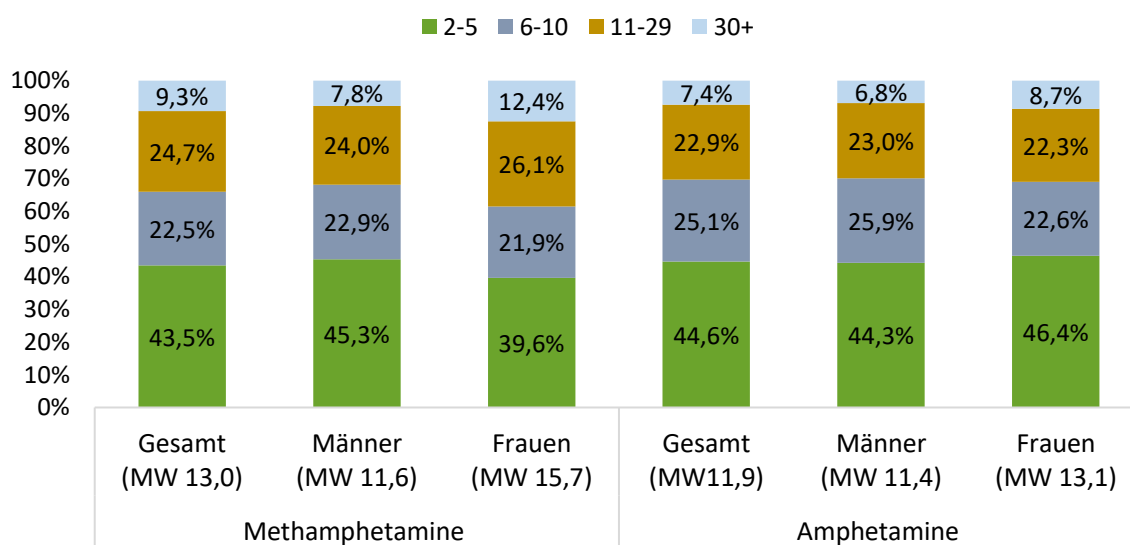


Kontakte

Klient*innen mit Methamphetaminproblematik haben im Verlauf der Betreuung im Durchschnitt geringfügig mehr Kontakte als Klient*innen mit Amphetaminproblematik (MA: \bar{x} 13; A: \bar{x} 12). Bei knapp der Hälfte der Klient*innen finden in einer Betreuungsepisode zwischen zwei und fünf Kontakte statt (MA: 44%; A: 45%). Kontaktzahlen von über 30 ergeben sich bei knapp einem Zehntel, wobei bei Klient*innen mit Methamphetaminproblematik eher betroffen sind (MA: 9%; A: 7%).

Die Kontakthäufigkeit liegt bei Frauen in beiden Gruppen höher als die der Männer (MA: 16 vs. 12; A: 13 vs. 11). In der Gruppe mit Methamphetaminproblematik finden sich bei Frauen zudem seltener zwei bis fünf (40% vs. 45%) und häufiger über 30 Kontakte (12% vs. 8%). Letzteres gilt auch für die Gruppe mit Amphetaminproblematik, wenn auch in schwächerer Ausprägung (9% vs. 7%; Abbildung 18).

Abbildung 18: Anzahl der Kontakte (\bar{x} ; Hauptsubstanz; ambulant)

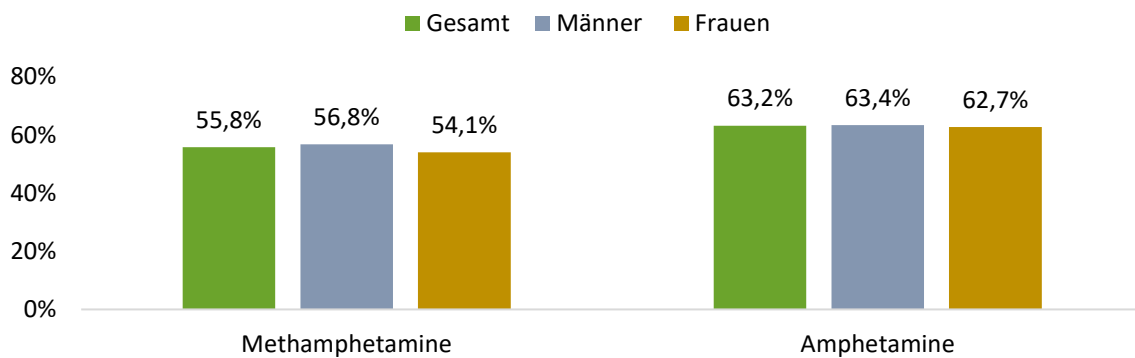


Art der Beendigung

Klient*innen mit Amphetaminproblematik beenden ihre Betreuung häufiger planmäßig⁹ (A: 63%; MA: 56%). Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nur in geringem Ausmaß in der Gruppe mit einer Methamphetaminproblematik vor: hier liegt der Anteil an planmäßigen Beendigungen bei Männern etwas über dem der Frauen (57% vs. 54%).

⁹ Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

Abbildung 19: Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz; ambulant)

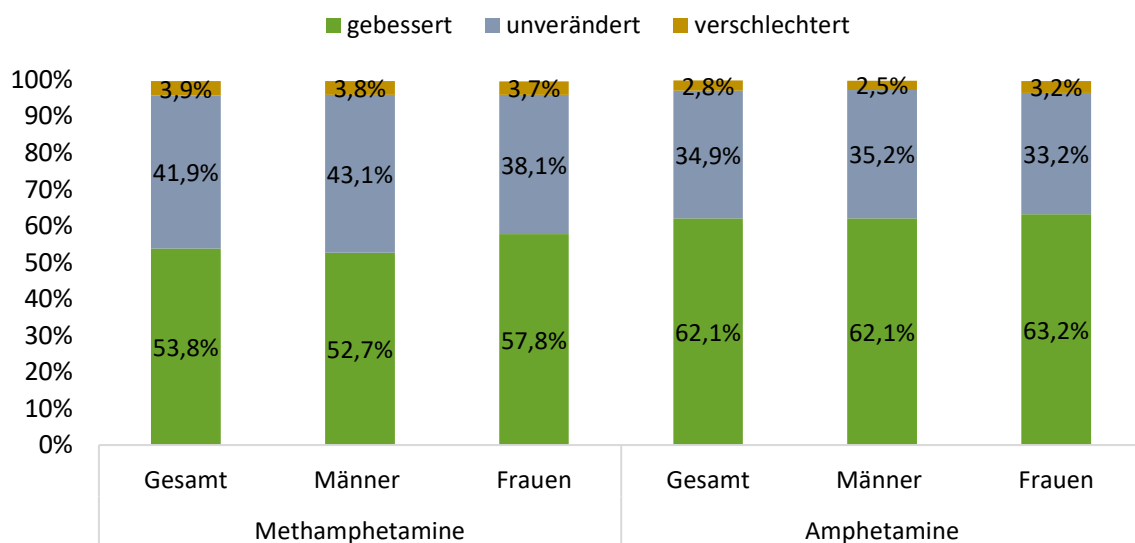


Behandlungsergebnis

Nach Einschätzung der betreuenden Mitarbeiter*innen weisen am Ende der Betreuung 62% der Personen mit Amphetaminproblematik eine Besserung auf, wohingegen das nur bei 54% der Klient*innen mit Methamphetamineproblematik der Fall ist. In dieser Gruppe verändert sich bei 42% das Suchtverhalten nicht, bei 4% tritt sogar eine Verschlechterung ein. Die entsprechenden Anteile sind in der Gruppe mit Amphetaminproblematik mit 35% bzw. 3% niedriger.

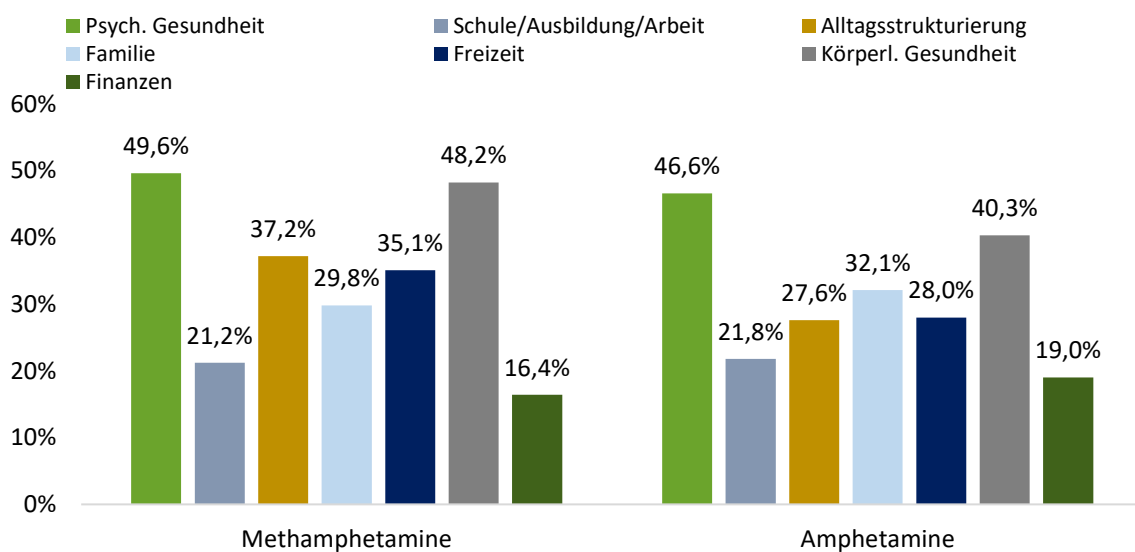
Während es in der Gruppe mit Amphetaminproblematik keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, erreichen Klientinnen mit Methamphetamineproblematik häufiger eine Verbesserung als Klienten mit Methamphetamineproblematik (58% vs. 53%; Abbildung 20).

Abbildung 20: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Hauptsubstanz; ambulant)



Verbesserungen in weiteren, zu Beginn der Betreuung als problematisch eingestuft, Bereichen finden sich am häufigsten für die Bereiche „psychische Gesundheit“ (MA: 50%; A: 47%) und „körperliche Gesundheit“ (MA: 48%; A: 40%), wobei sich hier Klient*innen mit Methamphetaminproblematik etwas häufiger verbessern. Vergleichsweise selten sind Verbesserungen in den Bereichen „Finanzen“ (A: 19%; MA: 16%) und Schule/Ausbildung/Arbeit eingetreten (A: 22%, MA: 21%), wobei hier die Anteilswerte für Klient*innen mit Amphetaminproblematik etwas höher liegen. In den Problembereichen Alltagsstrukturierung (MA: 37%; A: 28%) und Freizeit (MA: 35%; A: 28%) haben Klient*innen mit einer Methamphetaminproblematik häufiger Verbesserungen erzielt (Abbildung 21).

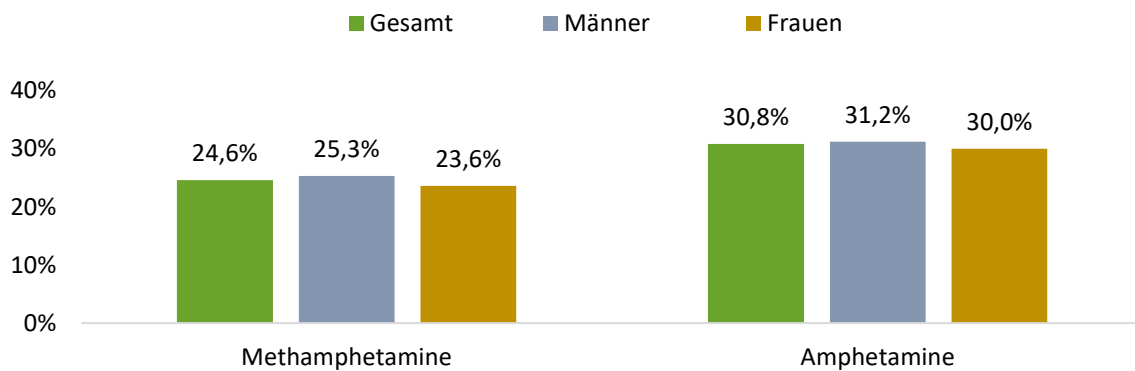
Abbildung 21: Verbesserung in weiteren Problembereichen (Hauptsubstanz; ambulant)



Weitervermittlung nach Betreuungsende

Nach Beendigung der Betreuung werden Klient*innen mit Amphetaminproblematik häufiger in eine weiterführende Maßnahme vermittelt als Klient*innen mit Methamphetaminproblematik (A: 31%; MA: 25%). Die Anteile der Weitervermittlungen sind bei beiden Geschlechtern annähernd gleich hoch (Abbildung 22).

Abbildung 22: Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptsubstanzen; ambulant)



3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 2: Zusammenfassung (ambulant)

	Methamphetamine			Amphetamine		
		♂	♀		♂	♀
N	3936 (2%)	68%	32%	5077 (4%)	73%	27%
Soziodemographie						
Ø Alter	31 Jahre	32J	29J	31 Jahre	32J	30J
Migrationshintergrund	8%	10%	9%	15%	17%	10%
Partnerschaft ja	46%	43%	52%	44%	42%	48%
alleinlebend	43%	49%	29%	49%	41%	33%
Zusammenlebend mit	Partner: 44%	42%	39%	Partner: 43%	44%	41%
	Kinder: 37%	26%	54%	Kinder: 28%	22%	42%
Eigene minderjährige Kinder	44%	35%	64%	37%	33%	46%
Wohnsituation	Selbstständig: 66%	63%	72%	Selbstständig: 67%	64%	75%
	JVA: 9%	13%	1%	JVA: 7%	9%	1%
Ohne Schulabschluss	15%	13%	17%	10%	10%	9%
Ohne Ausbildung	27%	27%	27%	23%	24%	21%
Arbeitslosigkeit	49%	46%	57%	40%	38%	47%
Suchtproblematik						
häufigste Konsumart	Schniefen: 73%	71%	78%	Schniefen: 68%	68%	67%
Ø Alter bei Erstkonsum	20 Jahre	21J	19J	19 Jahre	19J	19J
Konsumerfahrung	11 Jahre	11J	10J	12 Jahre	13J	11J
Betreuung						
Vermittlung in die Betreuung	Selbst: 52%	53%	48%	Selbst: 49%	51%	45%
	Justiz: 14%	18%	7%	Justiz: 13%	16%	6%
Anteil Erstbetreute	29%	27%	34%	40%	38%	45%
Hauptmaßnahme	92% Beratung/ Betreuung	90%	86%	88% Beratung/ Betreuung	87%	91%
Ø Anzahl Kontakte	13	12	16	12	11	13
Ø Dauer Betreuung	39 Wochen	37	44	30 Wochen	30	30
Planmäßige Beendigung	56%	57%	54%	63%	63%	63%
Problembereich Sucht „gebessert“	54%	53%	58%	62%	62%	63%
Weitervermittlung	25%	25%	24%	31%	31%	30%

4 Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Der Anteil an Patient*innen mit einer Methamphetaminproblematik an Fällen mit dokumentierter Hauptschubstanz beträgt 3,1%, was einer Fallzahl von insgesamt 826 entspricht. Ein Viertel der betreffenden Patient*innen sind Frauen. Mit 4% und einer Fallzahl von 1073, liegt der Anteil der Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik etwas höher. Der Frauenanteil ist mit 23% geringfügig niedriger (Tabelle 2).

Tabelle 3: Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Hauptschubstanz; stationär)

Methamphetamine			Amphetamine		
Gesamt ¹	Männer	Frauen	Gesamt ²	Männer	Frauen
826	615	209	1073	826	246
3,1%	74,5%	25,3%	4,0%	77,0%	22,9%

¹ 0,2% Geschlecht unbestimmt; ² 0,1% Geschlecht unbestimmt

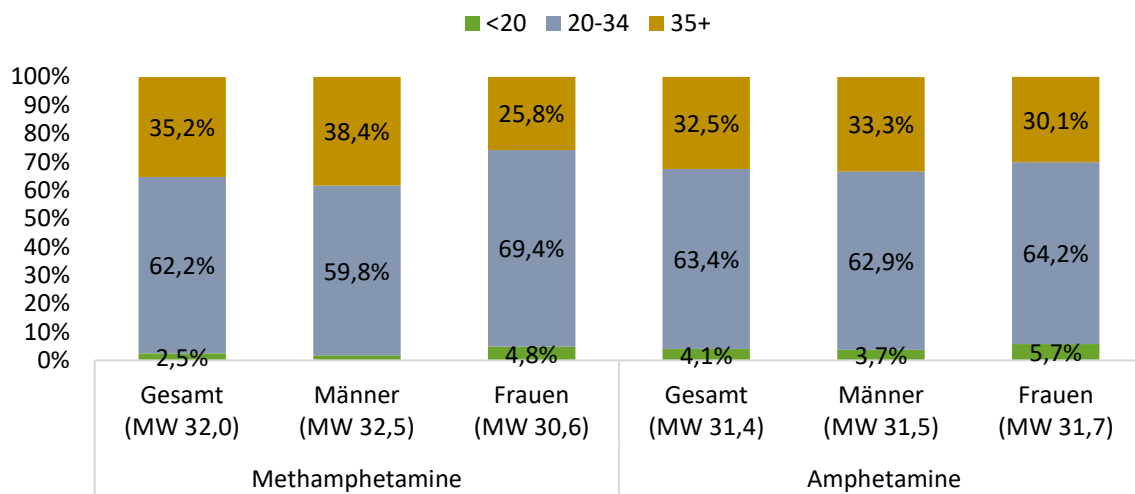
4.1 Soziodemographische Merkmale der Patient*innen

Alter

Personen mit einer Methamphetaminproblematik sind im Durchschnitt ein Jahr älter als Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik (MA: 32 Jahre; A: 31 Jahre). Zwei Drittel der Patient*innen beider Gruppen befinden sich in der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen, ein Drittel ist über 35 Jahre alt. Unter 20-Jährige finden sich nur zu einem geringen Anteil (MA: 3%; A: 4%) in den beiden Gruppen.

Frauen mit Methamphetaminproblematik sind im Durchschnitt zwei Jahre jünger als Männer (31 vs. 33 Jahre). In der Gruppe mit Amphetaminproblematik ist der Altersdurchschnitt bei Männern und Frauen gleich (je 32 Jahre; Abbildung 23).

Abbildung 23: Altersstruktur bei Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)

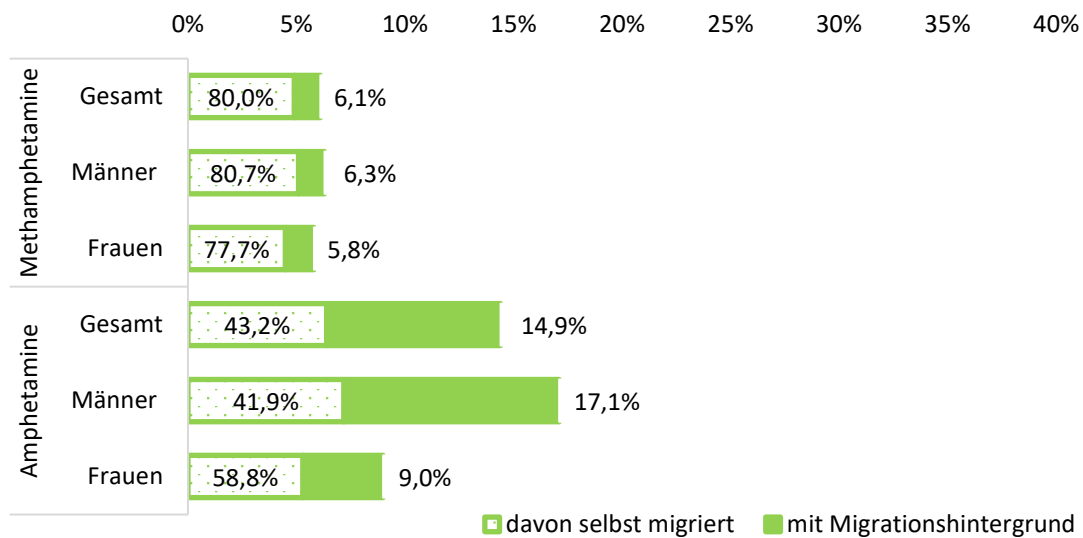


Migrationshintergrund

Patient*innen mit Amphetaminproblematik weisen 2,5-mal so häufig einen Migrationshintergrund auf wie Patient*innen mit Methamphetaminproblematik (15% vs. 6%). In dieser Gruppe sind 80% der Patient*innen mit Migrationshintergrund selbst migriert, in der Gruppe mit einer Amphetaminproblematik trifft das nur auf einen deutlich geringeren Anteil zu (43%).

In der Gruppe mit Amphetaminproblematik haben Männer deutlich häufiger als Frauen einen Migrationshintergrund (17% vs. 9%), während in der Gruppe mit einer Methamphetaminproblematik kein Unterschied besteht (je 6%). Eigene Migrationserfahrung liegt in der Gruppe mit Amphetaminproblematik deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern vor (59% vs. 42%, Abbildung 24).

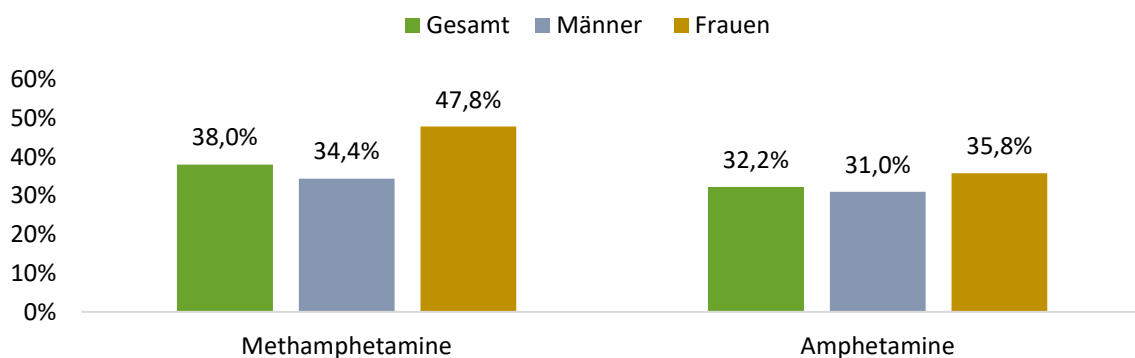
Abbildung 24: Migrationshintergrund (Hauptsubstanz; stationär)



Partnerschafts-, Familien- und Lebenssituation

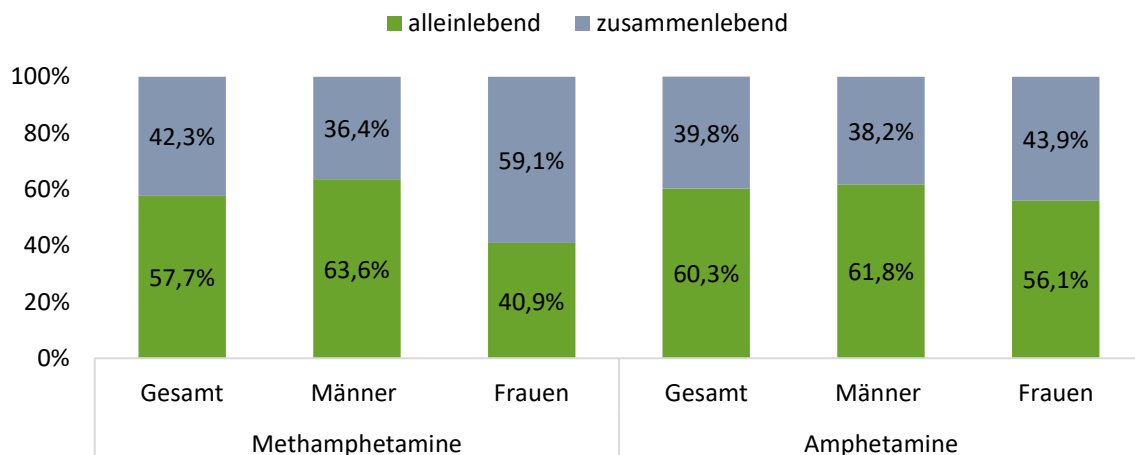
Patient*innen mit Methamphetamineproblematik leben häufiger in einer festen Partnerschaft als Patient*innen mit Amphetamineproblematik (MA: 38%; A: 32%). Frauen haben in beiden Gruppen häufiger eine*n feste*n Partner*in als Männer, wobei der Unterschied bei der Klientel mit Methamphetamineproblematik deutlich stärker ausgeprägt ist (MA: 48% vs. 34%; A: 36% vs. 31%; Abbildung 25).

Abbildung 25: Partnerschaft ja (Hauptsubstanz; stationär)



In beiden Gruppen lebt jeweils mehr als die Hälfte der Patient*innen allein (MA: 58%; A: 60%). Männer sind davon häufiger betroffen als Frauen, insbesondere in der Gruppe mit einer Methamphetamineproblematik (MA: 64% vs. 41%; A: 62% vs. 56%; Abbildung 26).

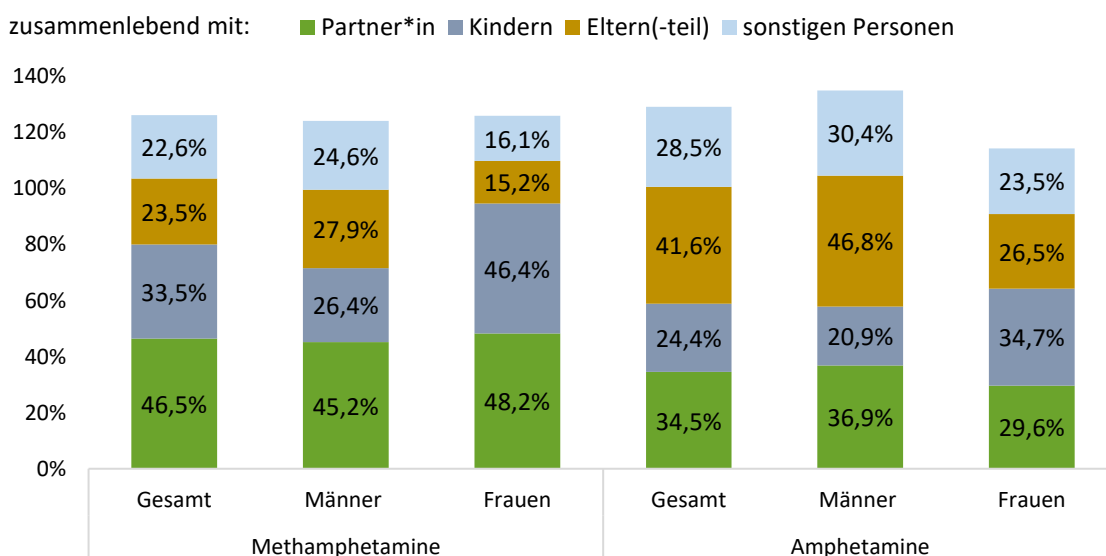
Abbildung 26: Lebenssituation (Hauptsubstanz; stationär)



Beide Gruppen unterscheiden sich deutlich dahingehend, mit wem sie zusammenleben. So leben Patient*innen mit Methamphetaminproblematik am häufigsten mit ihrem*r Partner*in zusammen (MA: 47%; A:35%), während Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik am häufigsten noch bei ihren Eltern leben (A: 42%; MA 24%). Patient*innen mit einer Methamphetaminproblematik leben zudem häufiger mit Kindern zusammen als Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik (MA: 34%; A: 24%).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen insbesondere im Zusammenleben mit den Eltern, das eher auf Männer zutrifft (MA: 28% vs. 15%; A: 47% vs. 27%) und dem Zusammenleben mit Kindern, das eher auf Frauen zutrifft (MA. 46% vs. 26%; A: 35% vs. 21%; Abbildung 27).

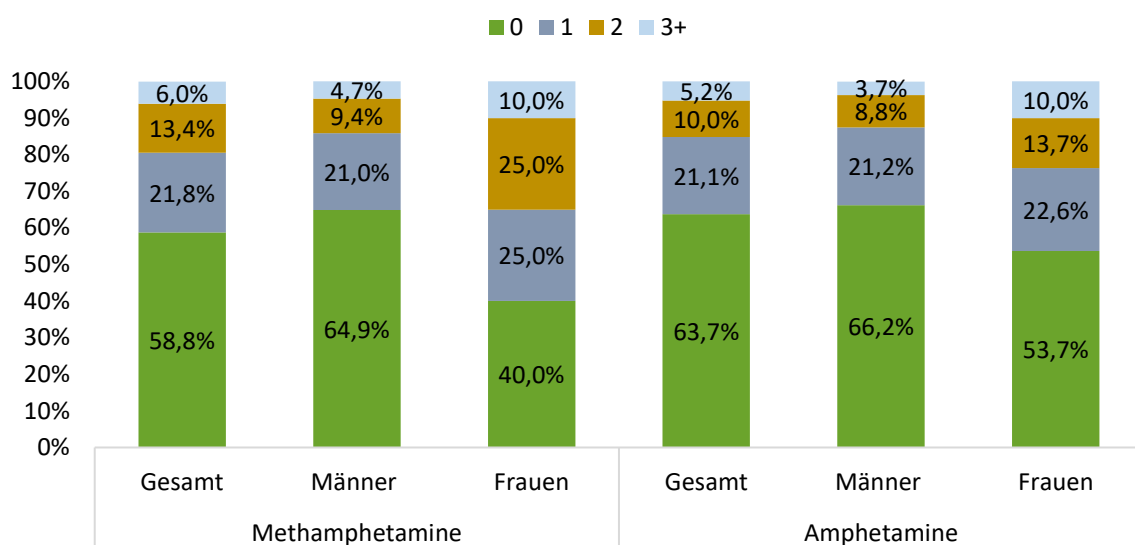
Abbildung 27: Lebenssituation - zusammenlebend mit (Hauptsubstanz; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

41% der Patient*innen mit Methamphetaminproblematik und 36% der Patient*innen mit Amphetaminproblematik haben eigene minderjährige Kinder. Patient*innen mit Methamphetaminproblematik haben zudem häufiger mehr als ein Kind (MA: 19%; A: 15%). Männer haben in beiden Gruppen seltener eigene minderjährige Kinder, wobei der Unterschied in der Gruppe mit Methamphetaminproblematik deutlich stärker ausgeprägt ist (MA: 65% vs. 40%; A: 66% vs. 54%). Auch haben Frauen im Vergleich zu den Männern häufiger mehr als ein eigenes minderjähriges Kind (MA: 35% vs. 14%; A: 24% vs. 13%; Abbildung 28).

Abbildung 28: Eigene minderjährige Kinder (Hauptsubstanz; stationär)



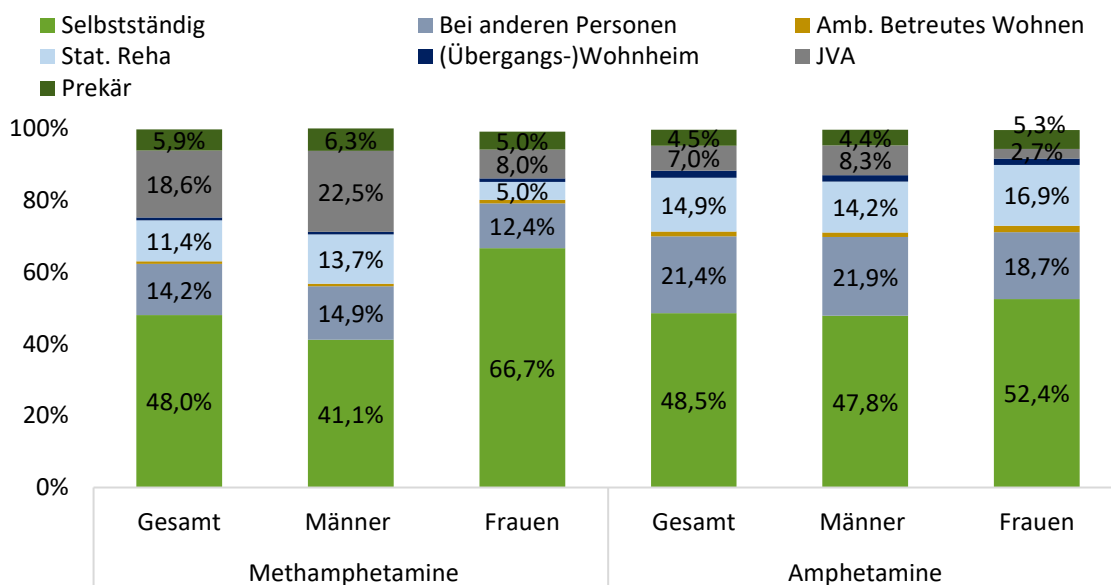
Wohnsituation

Knapp die Hälfte der Patient*innen beider Gruppen wohnt vor Beginn der Behandlung selbstständig, d.h. in eigener Wohnung oder eigenem Haus (zur Miete oder Eigentum; MA: 48%; A: 49%). Patient*innen mit Amphetaminproblematik leben am zweithäufigsten bei anderen Personen, vermutlich den Eltern (siehe Lebenssituation), was bei Personen mit einer Methamphetaminproblematik weitaus seltener der Fall ist (A: 21%; MA:14,2%). Bei ihnen ist die zweithäufigste Wohnsituation die Unterbringung in einer Justizvollzugsanstalt, die wiederum bei Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik deutlich seltener vorkommt (MA: 19%; A: 7%). In einer stationären Rehabilitationsbehandlung befinden sich vor Beginn der aktuellen Behandlung 11% der Patient*innen mit Methamphetamin- und 15% der Patient*innen mit Amphetaminproblematik. In beiden Gruppen lebt ein relativ hoher Anteil von

6% (MA) bzw. 5% (A) in prekären Wohnverhältnissen (Notunterkunft, obdachlos; Abbildung 29).

In beiden Gruppen leben Frauen häufiger selbstständig als Männer (MA.: 67% vs. 41%; A: 52% vs. 48%) und sind seltener in Justizvollzugsanstalten untergebracht (MA: 8% vs. 23%; A: 3% vs. 8%). Bei anderen Wohnformen sind geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich schwächer ausgeprägt (Abbildung 29).

Abbildung 29: Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)

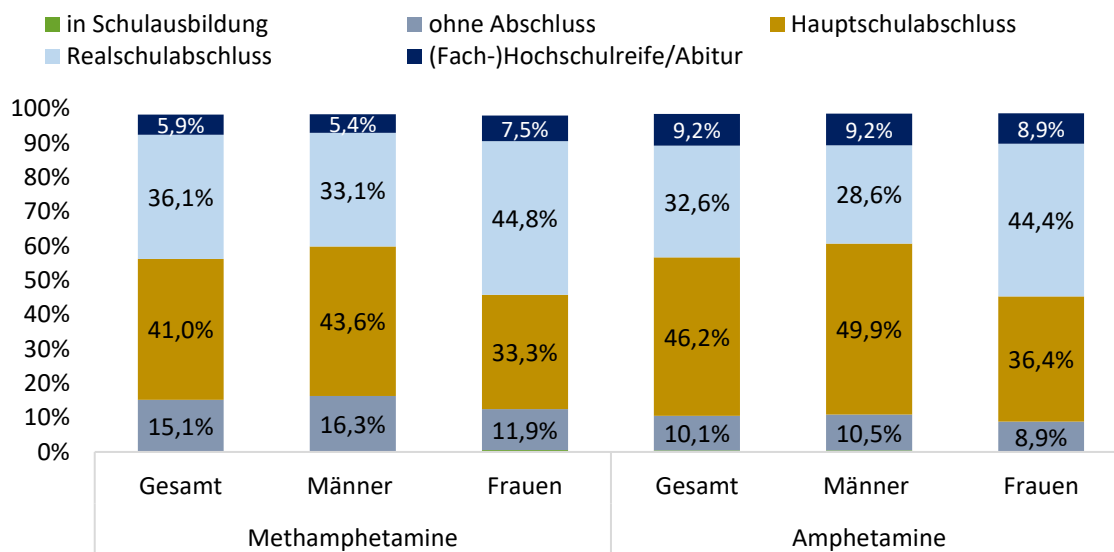


Schule und Ausbildung

In beiden Gruppen sind die Anteile der Patient*innen mit einer niedrigeren Schulbildung (Hauptschulabschluss, ohne Schulabschluss) bzw. einer mittleren und höheren Schulbildung (Realschulabschluss, Fach-/Hochschulreife/Abitur) mit jeweils 56% und 42% gleich hoch. Jedoch haben Patient*innen mit Methamphetaminproblematik die Schule häufiger ohne Abschluss verlassen (MA: 15%; A 10%). Der Anteil an Schulabgänger*innen mit (Fach-) Hochschulreife/Abitur ist bei Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik höher (A: 9%; MA: 6%).

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich im Anteil der Personen ohne Schulabschluss, der bei Männern jeweils höher ist (MA: 16% vs. 12%; A: 11% vs. 9%). Zudem haben Frauen mit Methamphetaminproblematik etwas häufiger Fach-/Hochschulreife/Abitur (8% vs. 5%; Abbildung 30).

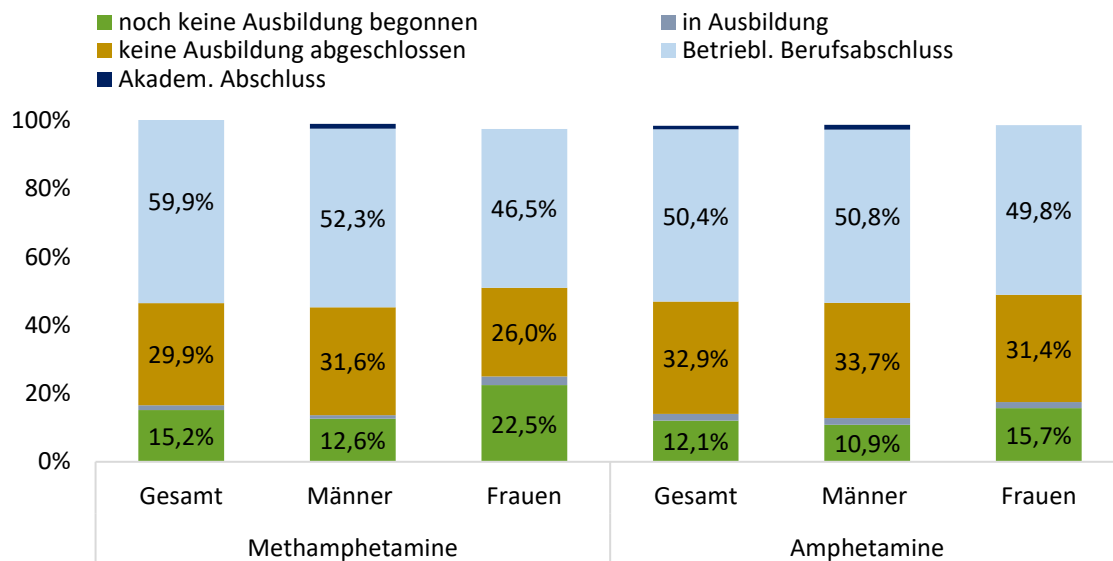
Abbildung 30: Höchster Schulabschluss (Hauptsubstanzen; stationär)



Etwa 60% der Patient*innen mit Methamphetaminproblematik bzw. etwa die Hälfte der Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik hat einen betrieblichen Abschluss. Rund ein Sechstel der Patient*innen beider Gruppen befindet sich bei Betreuungsbeginn entweder in Ausbildung oder hat noch keine Ausbildung begonnen. Patient*innen ohne abgeschlossene Ausbildung finden sich in beiden Gruppen mit ähnlich hoher Häufigkeit (MA: 30%; A: 33%).

In beiden Gruppen haben Frauen häufiger als Männer noch keine Ausbildung begonnen (MA: 23% vs. 13%; A: 16% vs. 11%). Demgegenüber findet sich bei Männern jeweils ein höherer Anteil mit nicht abgeschlossener Ausbildung (MA: 32% vs. 26%; A: 34% vs. 31%; Abbildung 31).

Abbildung 31: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptsubstanz; stationär)

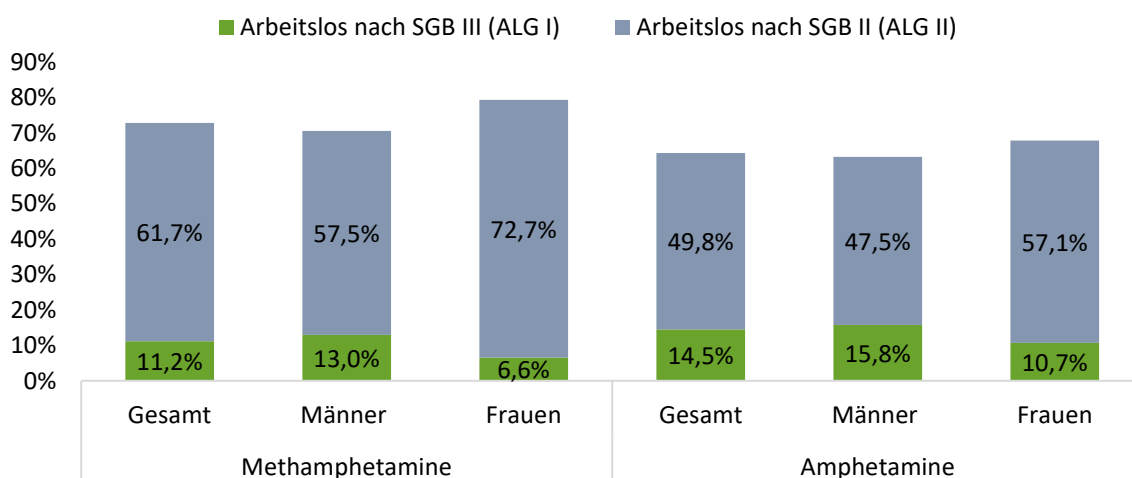


Erwerbssituation

Patient*innen mit einer Methamphetaminproblematik sind vor Beginn der Behandlung häufiger arbeitslos als Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik (MA: 73%; A: 64%). In beiden Gruppen liegt vor allem Arbeitslosigkeit nach SGB II (ALG II) vor (MA: 62%; A: 50%).

Frauen sind in beiden Gruppen insgesamt häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer, in der Gruppe mit Methamphetaminproblematik fällt der Unterschied deutlich höher aus (MA: 79% vs. 71%; A: 68% vs. 63%). Frauen sind dabei seltener arbeitslos nach SGB III (ALG I; MA: 7% vs. 13%; A: 11% vs. 16%), dafür häufiger nach SGB II (ALG II; MA: 73% vs. 58%; A: 57% vs. 48%; Abbildung 32).

Abbildung 32: Arbeitslosigkeit zu Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)



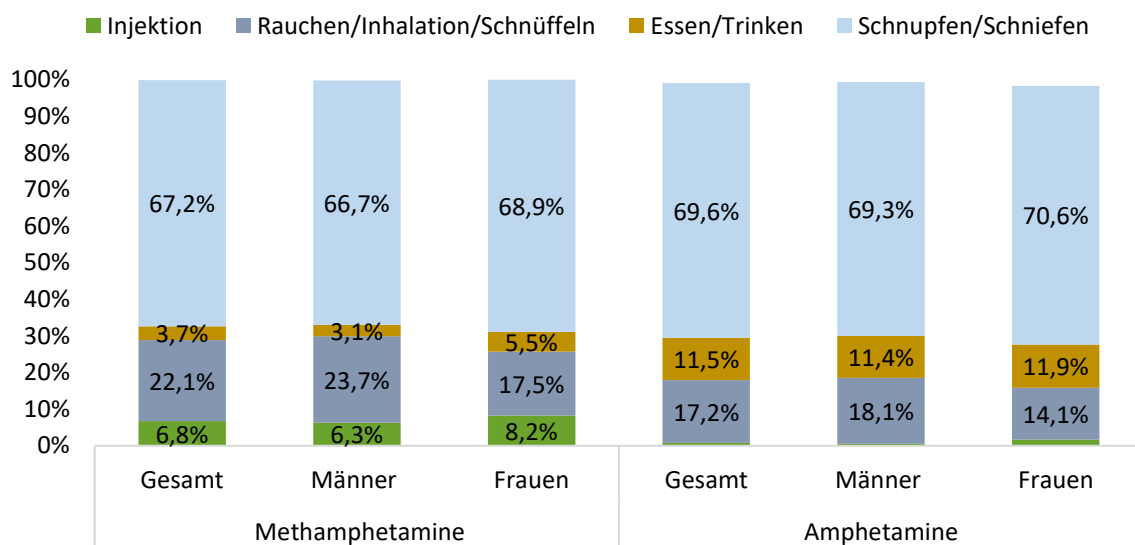
4.2 Spezifische Suchtproblematik der Patient*innen

Überwiegende Konsumart

Bei gut zwei Drittel der Patient*innen in beiden Gruppen ist die überwiegende Konsumart Schnupfen bzw. Schniefen der Substanz. Rauchen der Substanz ist jeweils die zweithäufigste Konsumart, wobei diese Art des Konsums bei Patient*innen mit Methamphetaminproblematik häufiger auftritt (MA: 22%; A: 17%). Eine orale Aufnahme der Substanz meist mittels Pillen oder Tabletten kommt bei Personen mit Methamphetaminproblematik nur in Einzelfällen vor, während sie bei Patient*innen mit Amphetaminproblematik weiter verbreitet ist (MA: 4%, A: 12%). Nur von den Patient*innen mit einer Methamphetaminproblematik injiziert zudem ein gewisser Teil der Patient*innen die Substanz (7%) (Abbildung 33).

Während Frauen Methamphetamine bzw. Amphetamine etwas häufiger schnupfen bzw. schniefen als Männer (MA: 69% vs. 67%; A: 71% vs. 69%), ist bei Männern das Rauchen stärker verbreitet (MA: 24% vs. 18%; A: 18% vs. 14%).

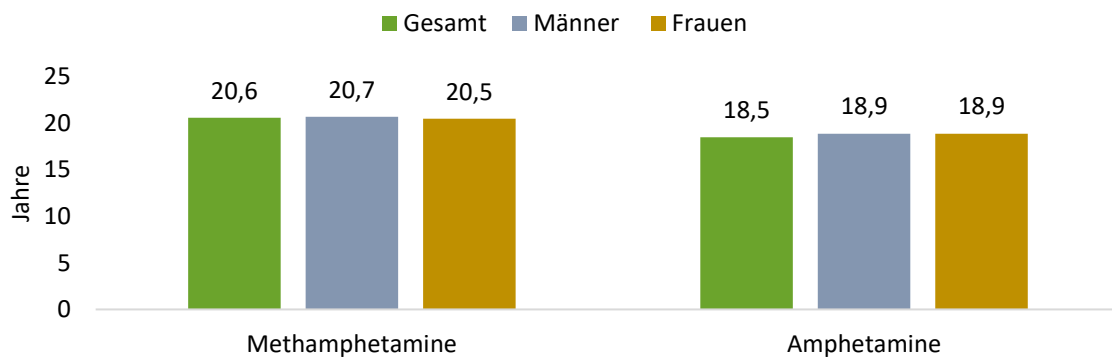
Abbildung 33: Überwiegende Konsumart (Hauptsubstanz; stationär)



Alter bei Erstkonsum

Patient*innen mit Amphetaminproblematik sind zum Zeitpunkt des ersten Konsums der Substanz im Durchschnitt zwei Jahre jünger als Patient*innen mit Methamphetaminproblematik (MA: Ø19 Jahre; A: Ø21 Jahre). Geschlechtsunterschiede liegen nicht vor (Abbildung 34).

Abbildung 34: Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanz; stationär)

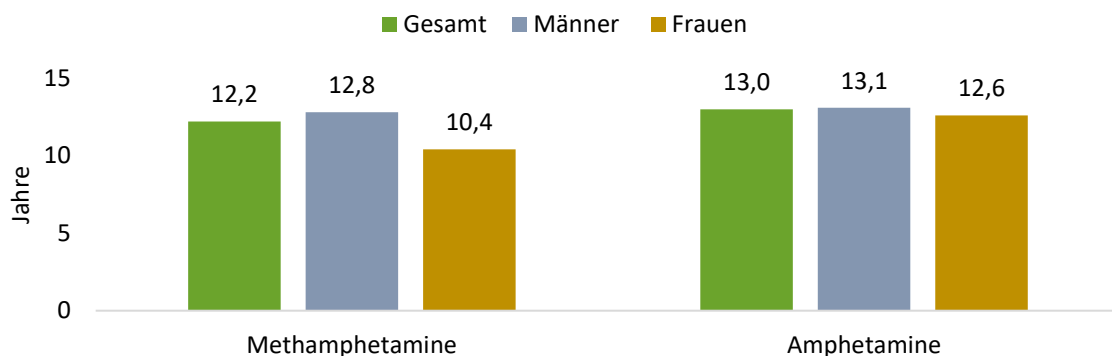


Konsumerfahrung

Bei Beginn der aktuellen Behandlung liegt bereits eine Zeitspanne von 12 Jahren seit dem Erstkonsum hinter Patient*innen mit Methamphetaminproblematik. Bei Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik ist diese Zeitspanne um ein Jahr länger (13 Jahre).

Bei Frauen mit Metamphetaminproblematik ist die Zeitspanne zwischen Erstkonsum und aktuellem Behandlungsbeginn kürzer als bei Männern (10 Jahre vs. 13 Jahre), keine Unterschiede liegen dagegen in der Gruppe mit einer Amphetaminproblematik vor (Abbildung 35).

Abbildung 35: Dauer von Erstkonsum bis zum aktuellen Behandlungsbeginn (Ø; Hauptsubstanz; stationär)



4.3 Behandlung

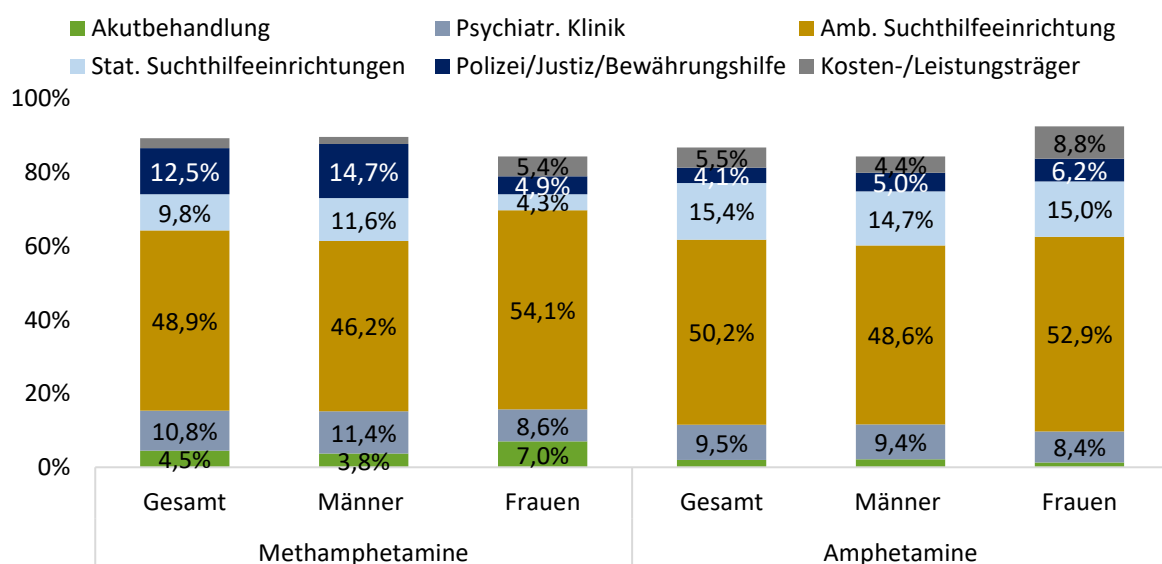
Vermittlung

Patient*innen beider Gruppen werden vorrangig durch ambulante Suchtberatungsstellen in die Behandlung vermittelt (MA: 49%; A: 50%). Die zweithäufigste Vermittlungsart sind bei Patient*innen mit einer Amphetaminproblematik stationäre Suchthilfeeinrichtungen, bei

Patient*innen mit einer Methamphetaminproblematik liegt der Anteil hier niedriger (A: 15%; MA: 10%). Bei ihnen ist die zweithäufigste Vermittlungsinstanz die Polizei/Justiz/Bewährungshilfe, die in der Gruppe mit einer Amphetaminproblematik dagegen eine deutlich geringere Rolle spielt (MA: 13%; A: 4%). Mit 11% (MA) und 10% (A) sind auch psychiatrische Kliniken ein wichtiger Vermittler in die stationäre Behandlung. Patient*innen mit Methamphetaminproblematik kommen zu einem kleinen Teil auch über die Akutbehandlung in die stationäre Behandlung (5%; Abbildung 36).

Patientinnen beider Gruppen werden etwas häufiger durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen vermittelt als Männer (MA: 54% vs. 46%; A: 53% vs. 49%). Männer mit Metamphetaminproblematik werden dagegen häufiger durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe vermittelt (MA: 15% vs. 5%). In der Gruppe mit Amphetaminproblematik ist hier der Frauenanteil minimal höher (A: 6% vs. 5%).

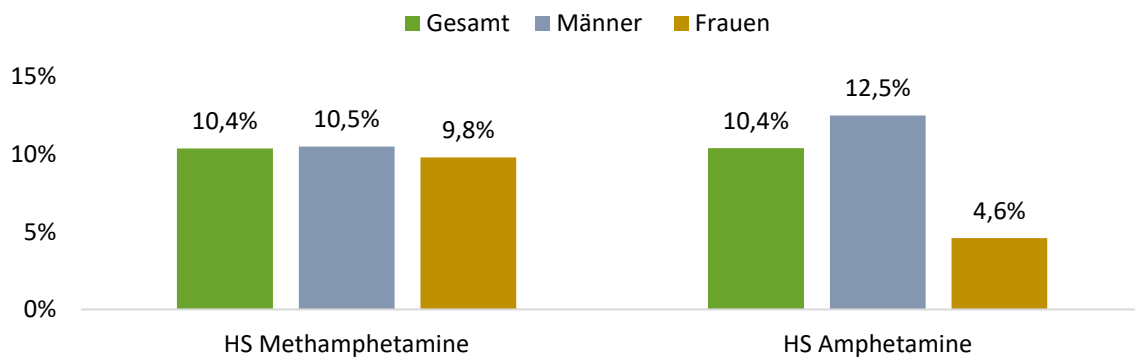
Abbildung 36: Vermittlung in die Behandlung (häufigste Nennungen; Hauptsubstanz; stationär)



Erstbetreuung

Der Anteil an Patient*innen, die sich aktuell erstmalig wegen ihrer Suchtproblematik in Behandlung/Betreuung begeben haben, ist in beiden Gruppen mit je 10% sehr niedrig. Frauen mit Amphetaminproblematik sind deutlich seltener als Männer zum ersten Mal in Behandlung (5% vs. 13%). In der Gruppe mit Methamphetaminproblematik liegen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern vor (Abbildung 37).

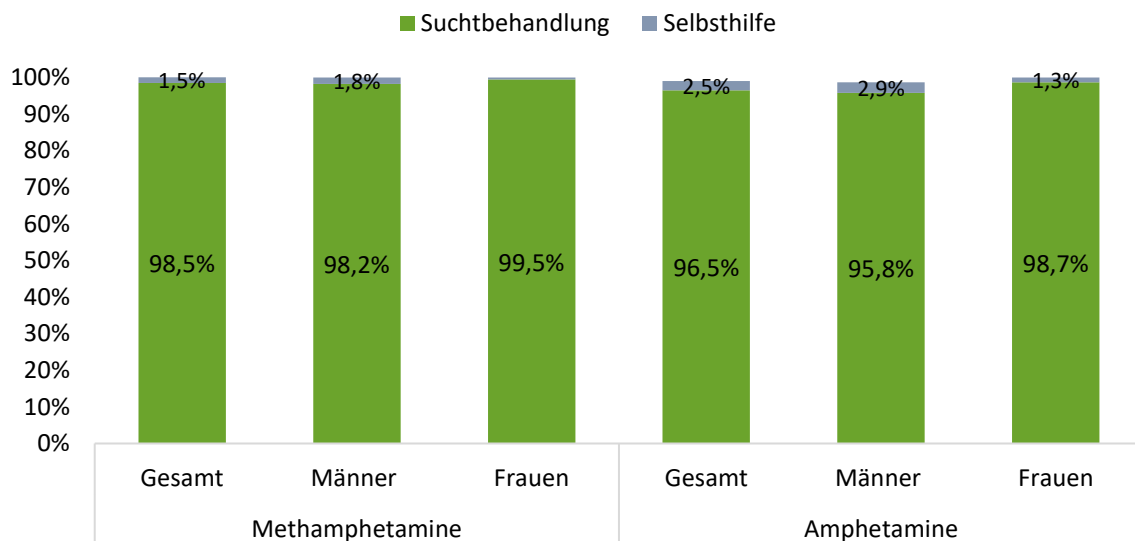
Abbildung 37: Erstbetreute Fälle (Hauptsubstanz; stationär)



Hauptmaßnahmen

Die Hauptmaßnahme in beiden Gruppen ist fast ausschließlich die Suchtbehandlung. Selbsthilfe spielt in sehr geringem Umfang noch eine Rolle (MA: 2%; A: 3%; Abbildung 38).

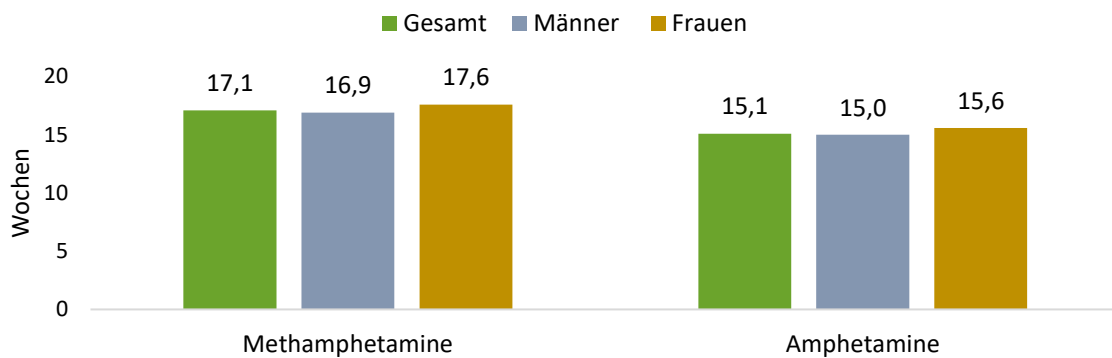
Abbildung 38: Hauptmaßnahmen (Hauptsubstanz; stationär)



Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung von Patient*innen mit Methamphetaminproblematik ist im Durchschnitt um zwei Wochen länger als bei Patient*innen mit Amphetaminproblematik (MA: 17 Wochen; A: 15 Wochen). Frauen mit einer Methamphetaminproblematik werden etwas länger behandelt als Männer (18 Wochen vs. 17 Wochen), in der Gruppe mit einer Amphetaminproblematik liegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vor (Abbildung 39).

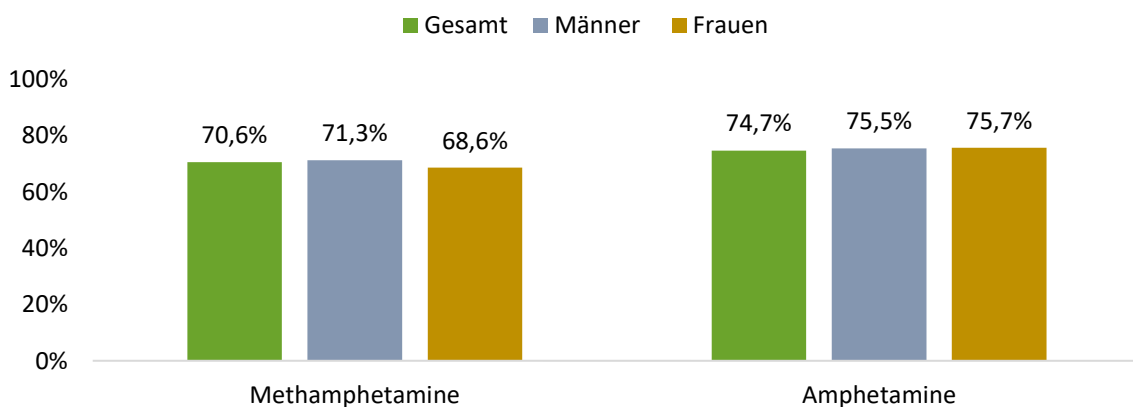
Abbildung 39: Dauer der Behandlung (Hauptsubstanz; stationär)



Art der Beendigung

Eine planmäßige¹⁰ Beendigung der Behandlung liegt bei 75% der Patient*innen mit Amphetaminproblematik und bei 71% der Patient*innen mit Methamphetamineproblematik vor. Geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur in der Gruppe mit Methamphetamineproblematik vorhanden, in der Männer etwas häufiger als Frauen die Behandlung planmäßig beenden (71% vs. 69%).

Abbildung 40: Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptsubstanz; stationär)



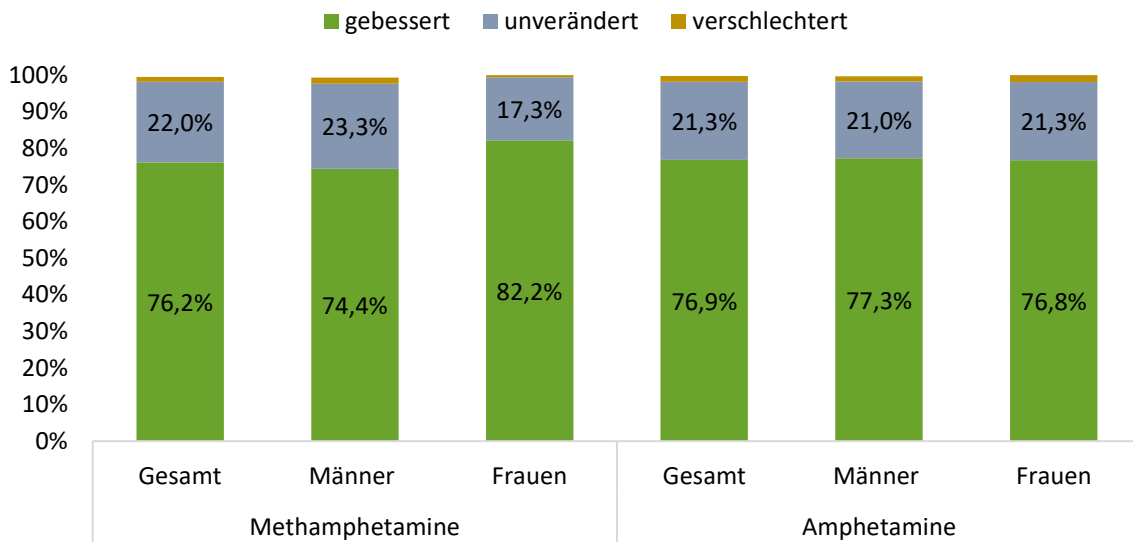
Behandlungsergebnis

Gemäß der Einschätzung durch die Behandler*innen am Behandlungsende hat sich in beiden Gruppen bei mehr als drei Vierteln der Behandelten der Problembereich „Suchtverhalten“ gebessert (MA: 76%; A: 77%). Während kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Gruppe mit Amphetaminproblematik vorliegt, weisen Frauen mit Methamphetamineproblematik häufiger eine Verbesserung auf als Männer (82% vs. 74%) und haben dementsprechend einen

¹⁰ Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

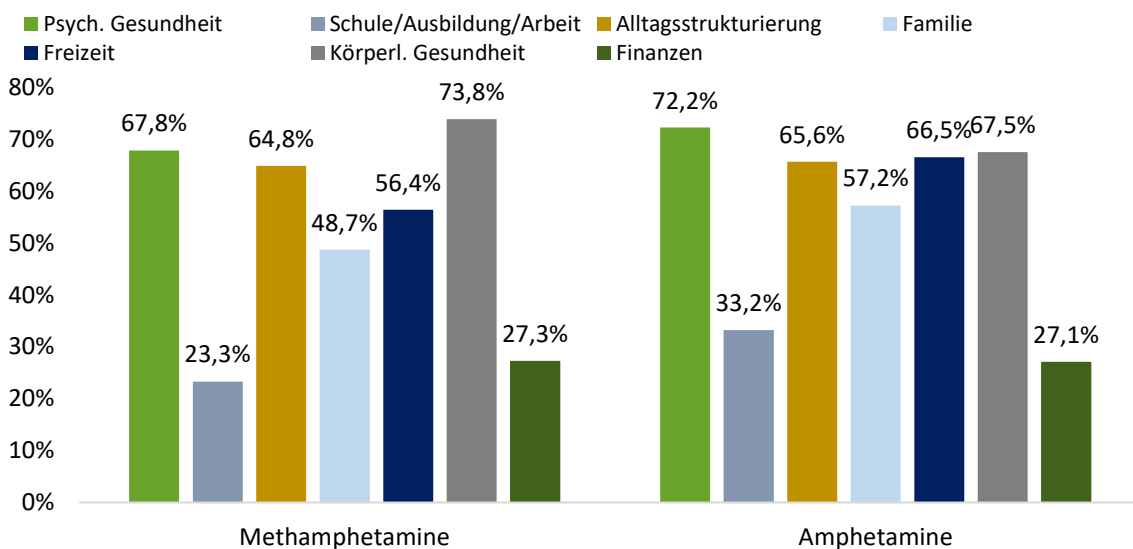
niedrigeren Anteil an unveränderter Problematik im Bereich „Suchtverhalten“ (17% vs. 23%). Verschlechterungen sind in beiden Gruppen nur selten (max. 2%) zu verzeichnen.

Abbildung 41: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Hauptsubstanz; stationär)



Auch in weiteren Problembereichen haben sich nach Einschätzung der Behandler*innen Verbesserungen in beiden Gruppen ergeben. Am häufigsten positiv ist dort die Entwicklung in den Bereichen „körperliche Gesundheit“ (MA: 74%; A: 68%), „psychische Gesundheit (MA: 68%; A: 72%) und „Alltagsstrukturierung“ (MA :65%; A:66%) verlaufen. Am seltensten ist eine positive Veränderung in den Bereichen „Finanzen“ (MA/A; 27%) und „Schule/Ausbildung/Arbeit“ (MA: 23%; A: 33%) zu verzeichnen (Abbildung 42).

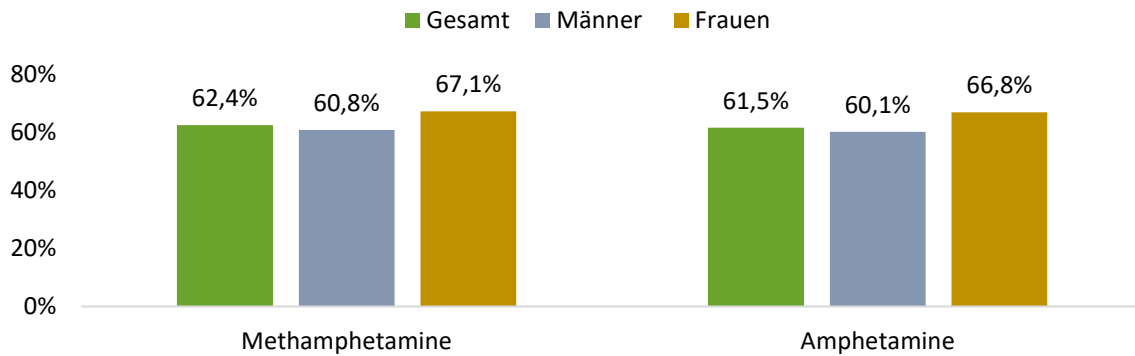
Abbildung 42: Verbesserung in weiteren Problembereichen (Hauptsubstanz; stationär)



Weitervermittlung nach Behandlungsende

Nach Beendigung der Behandlung werden in beiden Gruppen jeweils fast zwei Drittel der Patient*innen in eine weiterführende Maßnahme vermittelt. Dieser Anteil liegt jeweils bei den Frauen höher als bei den Männern (MA: 67% vs. 61%; A: 67% vs. 60%; Abbildung 43).

Abbildung 43: Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptsubstanz; stationär)



4.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 4: Zusammenfassung (stationär)

	Methamphetamine			Amphetamine		
		♂	♀		♂	♀
N	826 (3%)	75%	25%	1073 (4%)	77%	23%
Soziodemographie						
Ø Alter	32 Jahre	33J	31J	31 Jahre	32J	32J
Migrationshintergrund	6%	5%	5%	15%	17%	9%
Partnerschaft ja	38%	34%	48%	32%	31%	36%
alleinlebend	58%	64	41%	60%	62%	56%
Zusammenlebend mit	Partner: 47%	45%	48%	Partner: 35%	37%	30%
	Kinder: 34%	26%	46%	Eltern: 42%	47%	27%
Eigene minderjährige Kinder	41%	35%	35%	36%	34%	46%
Wohnsituation	Selbstständig: 48%	41%	67%	Selbstständig: 49%	64%	75%
	JVA: 19%	23%	8%	JVA: 7%	8%	3%
Ohne Schulabschluss	15%	16%	12%	10%	11%	9%
Ohne Ausbildung	30%	32%	26%	33%	34%	31%
Arbeitslosigkeit	73%	71%	79%	64%	63%	68%
Suchtproblematik						
häufigste Konsumart	Schniefen: 67%	67%	69%	Schniefen: 70%	69%	71%
Ø Alter bei Erstkonsum	21 Jahre	21J	21J	19 Jahre	19J	19J
Konsumerfahrung	12 Jahre	13J	10J	13 Jahre	13J	13J
Betreuung						
Vermittlung in die Betreuung	Amb. Suchthilfe-einrichtung: 49%	46%	54%	Amb. Suchthilfe-einrichtung: 50%	45%	53%
	Justiz: 13%	15%	5%	Psychiatrie: 15%	15%	15%
Anteil Erstbetreute	10%	11%	10%	10%	13%	5%
Hauptmaßnahme	99% Suchtbehandlung	98%	99%	97% Suchtbehandlung	96%	99%
Ø Dauer Betreuung	17 Wochen	17W	18W	15 Wochen	15W	15W
Planmäßige Beendigung	71%	72%	69%	75%	76%	76%
Problembereich Sucht „gebessert“	76%	74%	82%	77%	77%	77%
Weitervermittlung	62%	61%	67%	62%	60%	67%

5 Quellen

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., & Schwarzkopf, L. (2020). *Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

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

DHS (2020). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand 01.01.2021. 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.

Schwarzkopf, L., Braun, B., Specht, S., Dauber, H., Strobl, M. Künzel, J. et al. (2020). Die Deutsche Suchthilfestatistik. Eine Einführung in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertungen. *Konturen*. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptsubstanz; ambulant).....	4
Tabelle 2: Zusammenfassung (ambulant).....	20
Tabelle 3: Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Hauptsubstanz; stationär)	21
Tabelle 4: Zusammenfassung (stationär).....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur bei Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant).....	5
Abbildung 2: Migrationshintergrund (Hauptsubstanz; ambulant)	5
Abbildung 3: Partnerschaft ja (Hauptsubstanz; ambulant)	6
Abbildung 4: Lebenssituation (Hauptsubstanz; ambulant)	6
Abbildung 5: Lebenssituation - zusammenlebend mit (Hauptsubstanz; ambulant).....	7
Abbildung 6: Eigene minderjährige Kinder (Hauptsubstanz; ambulant)	8
Abbildung 7: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant)	8
Abbildung 8: Höchster Schulabschluss (Hauptsubstanz; ambulant)	9
Abbildung 9: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptsubstanz; ambulant)	10
Abbildung 10: Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptsubstanz; ambulant) ...	11
Abbildung 11: Überwiegende Konsumart (Hauptsubstanz; ambulant)	12
Abbildung 12: Alter bei Erstkonsum (Ø; Hauptsubstanz; ambulant).....	12
Abbildung 13: Dauer vom Erstkonsum bis zum aktuellen Betreuungsbeginn (Ø; Hauptsubstanz; ambulant).....	13
Abbildung 14: Vermittlung in die Betreuung (häufigste Nennungen; Hauptsubstanz; ambulant)	14
Abbildung 15: Erstbetreute Fälle (Hauptsubstanz; ambulant)	14
Abbildung 16: Hauptmaßnahmen (Hauptsubstanz; ambulant).....	15
Abbildung 17: Dauer der Betreuung (Ø; Hauptsubstanz; ambulant)	15
Abbildung 18: Anzahl der Kontakte (Ø; Hauptsubstanz; ambulant)	16
Abbildung 19: Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptsubstanz; ambulant)	17
Abbildung 20: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Hauptsubstanz; ambulant)	17
Abbildung 21: Verbesserung in weiteren Problembereichen (Hauptsubstanz; ambulant)	18

Abbildung 22: Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptsubstanzen; ambulant)	19
Abbildung 23: Altersstruktur bei Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)	22
Abbildung 24: Migrationshintergrund (Hauptsubstanz; stationär)	23
Abbildung 25: Partnerschaft ja (Hauptsubstanz; stationär)	23
Abbildung 26: Lebenssituation (Hauptsubstanz; stationär)	24
Abbildung 27: Lebenssituation - zusammenlebend mit (Hauptsubstanz; stationär).....	24
Abbildung 28: Eigene minderjährige Kinder (Hauptsubstanz; stationär)	25
Abbildung 29: Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)...	26
Abbildung 30: Höchster Schulabschluss (Hauptsubstanzen; stationär)	27
Abbildung 31: Höchster Ausbildungsabschluss (Hauptsubstanz; stationär)	28
Abbildung 32: Arbeitslosigkeit zu Behandlungsbeginn (Hauptsubstanz; stationär)	28
Abbildung 33: Überwiegende Konsumart (Hauptsubstanz; stationär)	29
Abbildung 34: Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanz; stationär)	30
Abbildung 35: Dauer von Erstkonsum bis zum aktuellen Behandlungsbeginn (∅; Hauptsubstanz; stationär).....	30
Abbildung 36: Vermittlung in die Behandlung (häufigste Nennungen; Hauptsubstanz; stationär)	31
Abbildung 37: Erstbetreute Fälle (Hauptsubstanz; stationär)	32
Abbildung 38: Hauptmaßnahmen (Hauptsubstanz; stationär).....	32
Abbildung 39: Dauer der Behandlung (Hauptsubstanz; stationär)	33
Abbildung 40: Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptsubstanz; stationär)	33
Abbildung 41: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Hauptsubstanz; stationär)	34
Abbildung 42: Verbesserung in weiteren Problembereichen (Hauptsubstanz; stationär)	34
Abbildung 43: Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptsubstanz; stationär).	35