

Männer und Frauen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe

KURZBERICHT NR.1/2022 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2020¹

Jutta Künzel

Monika Murawski

Sara Specht

Larissa Schwarzkopf

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

München, April 2022

© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

¹ Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2020 (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2021), 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	5
3.2	Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn	17
3.2.1	Suchtspezifische Situation	17
3.2.2	Häufigste Problembereiche	20
3.3	Betreuung	23
3.4	Tabellarische Zusammenfassung	38
4	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)	39
4.1	Soziodemographische Merkmale der Patient*innen	40
4.2	Problematik der Patient*innen zu Behandlungsbeginn	53
4.2.1	Suchtspezifische Situation	53
4.2.2	Häufigste Problembereiche	55
4.3	Behandlung	59
4.4	Tabellarische Zusammenfassung	71
5	Quellen	72
	Anhang	73
	Tabellenverzeichnis	73
	Abbildungsverzeichnis	73

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 die spezifischen Daten zu Männern und Frauen^{2,3}, die 2020 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)⁴.

Dieser Bericht basiert auf der Standard-Jahresauswertung 2020 (Schwarzkopf et al., 2021) für ambulante (Typ 1) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Typ 2). Insgesamt wurden 2020 Daten aus 854 ambulanten und 135 stationären Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ (N = 315.586), d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2020 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen auf die Bezugsgruppe der „Beender“ (N = 33.880), d. h. es wird auf Daten von Personen, die 2020 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen⁵.

In diesem Bericht werden zwei Teilstichproben der oben beschriebenen Gesamtstichprobe dargestellt: 1) Männer in Betreuung/Behandlung in ambulanten bzw. stationären Suchthilfeeinrichtungen und 2) Frauen in Betreuung/Behandlung in ambulanten bzw. stationären Suchthilfeeinrichtungen. Die Teilstichproben werden – sofern fallzahlmäßig sinnvoll möglich – als „Gesamt“ (d.h. über alle Hauptdiagnosen hinweg), und für die Untergruppen der Personen mit

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Frauen und Männern, 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.

³ Die Kategorie „Divers“ wird mit dem KDS 3.0 nicht erfasst, ist jedoch für die nächste Version (KDS 4.0) vorgesehen.

⁴ Für eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS siehe Schwarzkopf et al. (2020)

⁵ 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.

Hauptdiagnose alkohol-, opioid-, cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogener Störung, Hauptdiagnose „andere psychotrope Substanzen/multipler Substanzgebrauch“ (im Folgenden als „Multipler Substanzgebrauch“ bezeichnet) sowie Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (Auswahl erfolgte nach Häufigkeit der im KDS dokumentierten Hauptdiagnosen) dargestellt. Die beiden Teilstichproben werden hinsichtlich ihrer Merkmale vor Beginn, während des Verlaufs und am Ende der Betreuung/Behandlung betrachtet.

Da aus datenschutzrechtlichen Gründen für die DSHS keine personenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich Daten, die auf Einrichtungsebene als 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, wird eine deskriptive Datenanalyse als ausreichend erachtet (vgl. Kipke, Steppan & Pfeiffer-Gerschel, 2011).

3 Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sind etwa drei Viertel der Klientel mit eigener Symptomatik Männer, ein Viertel sind Frauen. Bei Personen, die wegen einer Problematik einer Person aus ihrem sozialen Umfeld Hilfe suchen, verhält es sich genau umgekehrt: Hier sind drei Viertel Frauen und ein Viertel Männer (Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Geschlecht; ambulant)

	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
Eigene Symptomatik*	213.174	73,6%	76.377	26,4%
Bezugsperson**	6.013	23,3%	19.786	76,6%

* Geschlecht unbestimmt: N=197; ** Geschlecht unbestimmt N= 39

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die geschlechterbezogenen Fallzahlen in den sechs für die Berichterstattung ausgewählten Hauptdiagnosegruppen. Eine ausführliche Darstellung der Verteilung der wichtigsten Hauptdiagnosen in den einzelnen Altersgruppen findet sich in Kapitel 3.2 (Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn).

Tabelle 2: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptdiagnosen; ambulant)

Hauptdiagnose	Männer	Frauen
Alkohol	46.497 (45,0%)	20.227 (56,8%)
Opioide	10.287 (10,0%)	2.902 (8,1%)
Cannabinoide	22.582 (21,9%)	4.722 (13,3%)
Stimulanzien	6.712 (6,5%)	2.807 (7,9%)
Andere psychotrope Substanzen/ Multipler Substanzgebrauch	4.817 (4,7%)	1.075 (3,0%)
Pathologisches Spielen	5.535 (5,4%)	752 (2,1%)

3.1 Soziodemographische Merkmale der Klientel

Alter

Das Durchschnittsalter der Männer in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen liegt bei 38 Jahren. Gut ein Drittel von ihnen ist zwischen 20 und <35 Jahre alt. Der Anteil sehr junger Klienten (bis einschließlich 19 Jahre) liegt bei 9%, der Anteil an Klienten in höherem Alter, d.h. über 65 Jahre, ist mit insgesamt 3% sehr gering.

Das höchste Durchschnittsalter weisen Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung auf (\bar{x} 46 Jahre), 38% von ihnen befinden sich in der Altersgruppe von 50 bis <65 Jahren. Sehr junge Klienten finden sich hier kaum (3%). Die zweitältesten Klienten mit einem Altersdurchschnitt von 40 Jahren bilden Klienten mit opioidbezogenen Störungen, von denen mehr als die Hälfte (54%) der Gruppe der 35 bis <50-Jährigen angehört.

Das mit Abstand niedrigste Durchschnittsalter haben Klienten mit einer cannabisbezogenen Störung (\bar{x} 25 Jahre), über die Hälfte dieser Klienten fällt in die Altersgruppe der 20 bis <35-Jährigen.

Klienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch ähneln sich hinsichtlich Altersdurchschnitt (jeweils \bar{x} 32 Jahre) und -struktur. In beiden Gruppen befinden sich etwas über die Hälfte der Klienten in der Altersgruppe 20 bis <35 Jahre und etwas über ein Drittel in der Altersgruppe 35 bis <50 Jahre.

Mit durchschnittlich 35 Jahren liegen Klienten mit einer Glücksspielproblematik altersbezogen im Mittelfeld. Auch bei ihnen sind über die Hälfte der Klienten in der Altersgruppe 20 bis < 35 Jahre und ein Drittel in der Altersgruppe 35 bis <50 Jahre, aber 12% sind bereits zwischen 50 und <65 Jahre alt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Alter (Männer; Hauptdiagnosen; in Jahren; ambulant)⁶

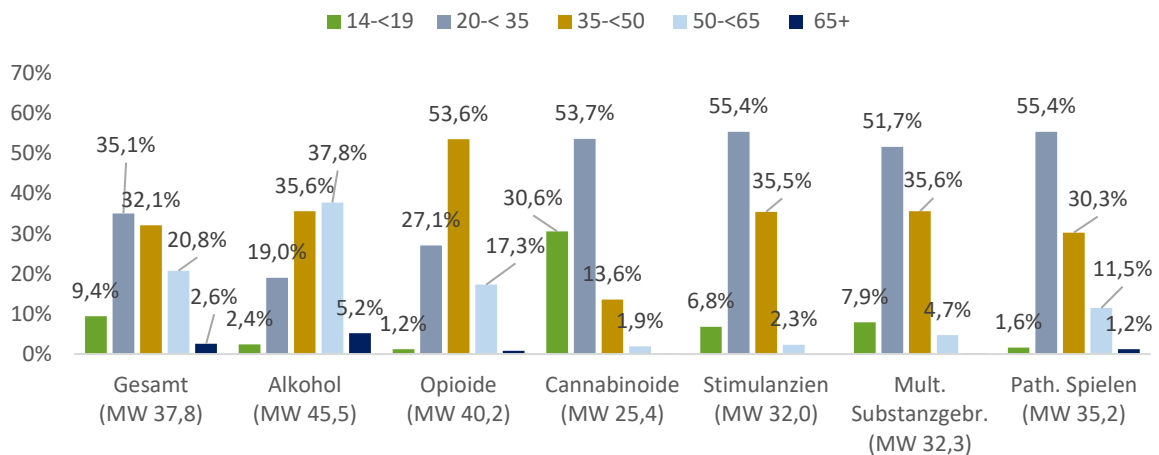
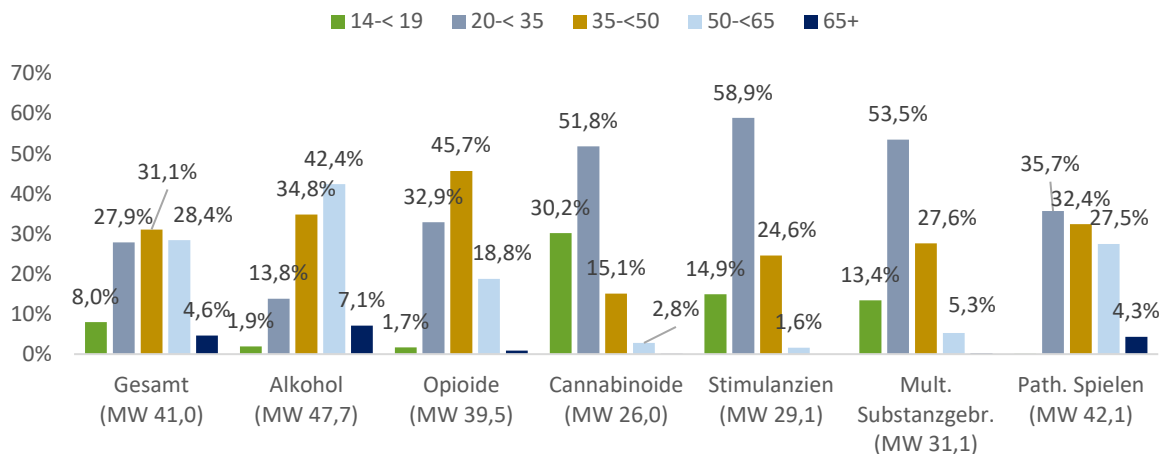


Abbildung 2: Alter (Frauen; Hauptdiagnosen; in Jahren; ambulant)



Das durchschnittliche Alter der Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen beträgt 41 Jahre. Knapp ein Drittel von ihnen befindet sich in der Altersgruppe der 35 bis unter 50-Jährigen, jeweils etwas unter einem Drittel in den Altersgruppen 20 bis <35 Jahre und 50 bis <65 Jahre. Auf sehr junge Frauen, unter 19 Jahren, entfällt ein Anteil von 8%, auf ältere, über 65 Jahre, ein Anteil von 5%. Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung haben den höchsten Altersdurchschnitt (\bar{x} 48 Jahre), 42% von ihnen befinden sich in der Altersgruppe 50 bis < 65 Jahre. Die zweitälteste Gruppe bilden Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (\bar{x} 42 Jahre), sie verteilen sich zu jeweils annähernd einem Drittel auf die Altersgruppen 20 bis< 35 Jahre, 35 bis <50 Jahre und 50 bis < 65 Jahre.

⁶ Anteilswerte unter 2% werden in den umfangreicheren Abbildungen nicht beschriftet ausgewiesen

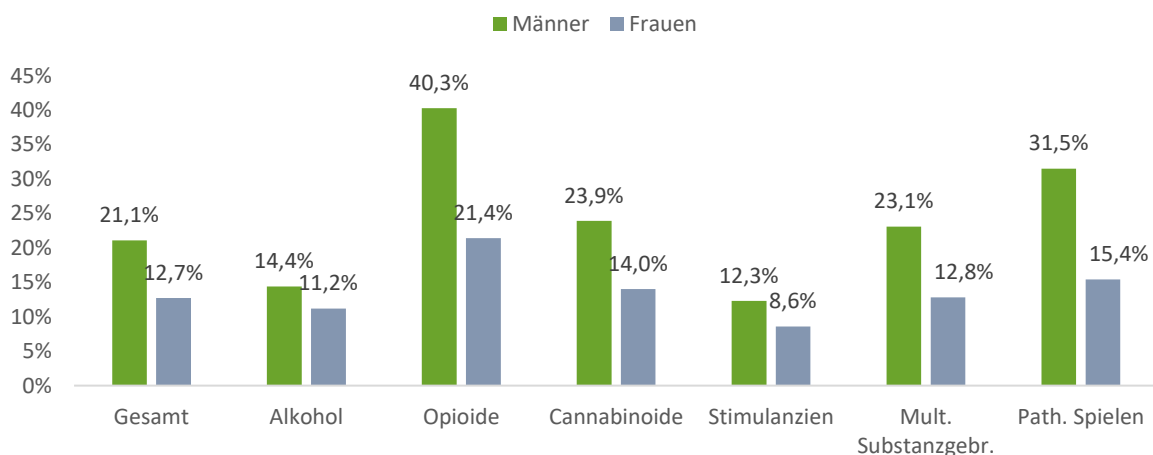
Mit durchschnittlich 40 Jahren etwas jünger sind Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung. Der größte Anteil (46%) entfällt hier auf die Altersgruppe 35 bis <50 Jahre. Klientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind mit 26 Jahren die Jüngsten. Von ihnen sind 30% zwischen 20 und <35 Jahre alt. Altersmäßig etwas darüber liegen Klientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (Ø 30 Jahre) oder mit Multiplem Substanzgebrauch (Ø 31 Jahre). Der Altersschwerpunkt in ihren Gruppen liegt bei 20 bis <35 Jahren (59% bzw. 54%; Abbildung 2).

Frauen in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sind insgesamt älter als Männer (41 vs. 38 Jahre). Am deutlichsten fällt der Unterschied bei den Hauptdiagnosen stimulanzenbezogene Störung (Männer: 29 Jahre, Frauen: 32 Jahre) und Pathologisches Spielen aus (Männer: 35 Jahre; Frauen: 42 Jahre).

Migrationshintergrund

Unter den Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen haben 21% einen Migrationshintergrund. Zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen bestehen hier zum Teil beträchtliche Unterschiede: der mit Abstand größte Anteil an Personen mit Migrationshintergrund findet sich bei Klienten mit opioidbezogenen Störungen vor (40%), gefolgt von Klienten mit einer Glücksspielproblematik (32%), Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung (24%) und Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch (23%). Deutlich geringere Anteile liegen bei Klienten mit einer alkohol- und stimulanzenbezogenen Störung vor (14% bzw. 12%; Abbildung 3).

Abbildung 3: Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; ambulant)



Von den in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Frauen haben 13% einen Migrationshintergrund. Die höchsten Anteile finden sich bei Frauen mit einer opioidbezogenen

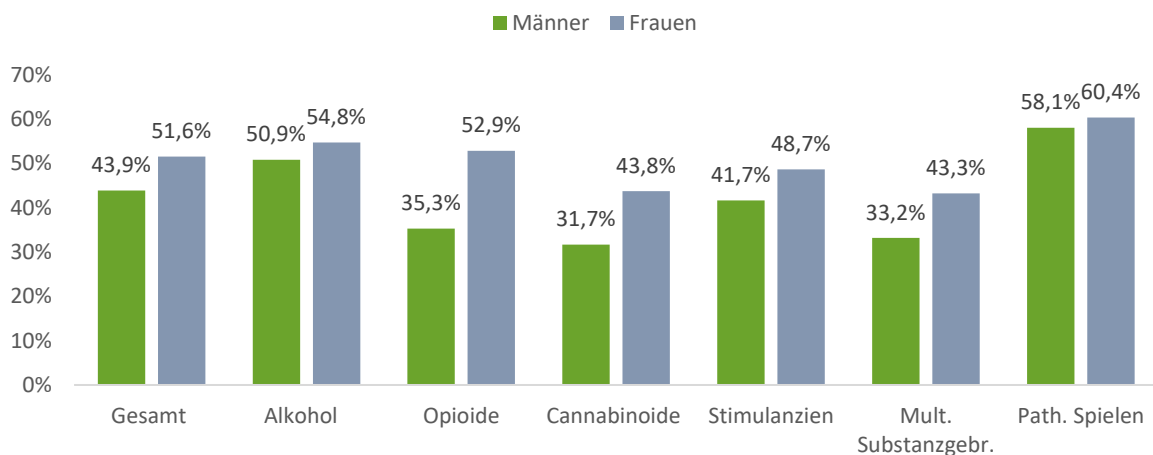
Störung (21%) bzw. einer Glücksspielproblematik (15%). Etwas niedriger ist der Anteil bei Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (14%), Multiplem Substanzgebrauch (12%) oder einer alkoholbezogenen Störung (11%). Am seltensten liegt ein Migrationshintergrund bei Frauen mit einer stimulanzenbezogenen Störung vor (9%; Abbildung 3).

Männer haben deutlich häufiger einen Migrationshintergrund als Frauen (21% vs. 12%). Dies trifft auch auf jede der dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu.

Partnerschaft

Weniger als die Hälfte der Klienten lebt in einer Partnerschaft (43%). Am höchsten ist der entsprechende Anteil unter den Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung (51%) bzw. mit einer Glücksspielproblematik (58%). Deutlich seltener leben Klienten mit einer cannabinoid- oder opioidbezogenen Störung (32% bzw. 35%) sowie mit Multiplem Substanzgebrauch (33%) in einer Partnerschaft (Abbildung 4).

Abbildung 4: Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose; ambulant)



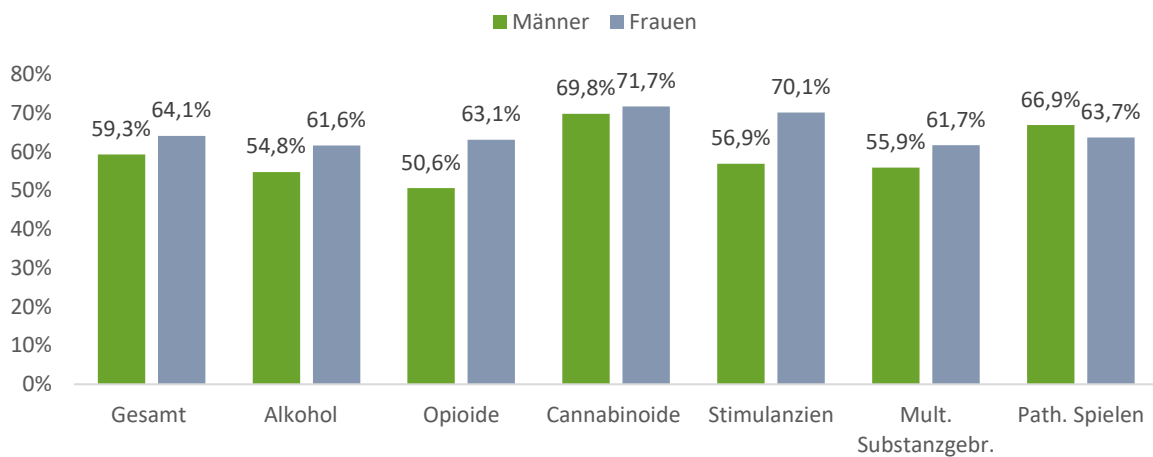
Etwas über die Hälfte der Klientinnen lebt in Partnerschaft (52%). Am häufigsten gilt dies für Frauen mit einer Glücksspielproblematik (60%), gefolgt von Frauen mit einer alkoholbezogenen- (55%) bzw. einer opioidbezogenen Störung (53%; Abbildung 4). Die geringsten Anteile an festen Partnerschaften weisen Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch (43%) auf.

Frauen leben deutlich häufiger als Männer in einer festen Partnerschaft (52% vs. 44%). Dies ist auch in allen Hauptdiagnosegruppen der Fall.

Lebenssituation

Mehr als die Hälfte der Klienten (59%) lebt mit anderen Personen zusammen (d.h. mit einem Partner oder einer Partnerin, den Eltern, anderen Personen oder in einer institutionalisierten Form, z.B. Wohnheim). Am häufigsten ist das bei Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung bzw. Klienten mit einer Glücksspielproblematik der Fall (70% bzw.67%). Die geringsten Anteile weisen Klienten mit einer opioid- bzw. einer alkoholbezogenen Störung auf (51% bzw. 55%; Abbildung 5).

Abbildung 5: Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnosen; ambulant)



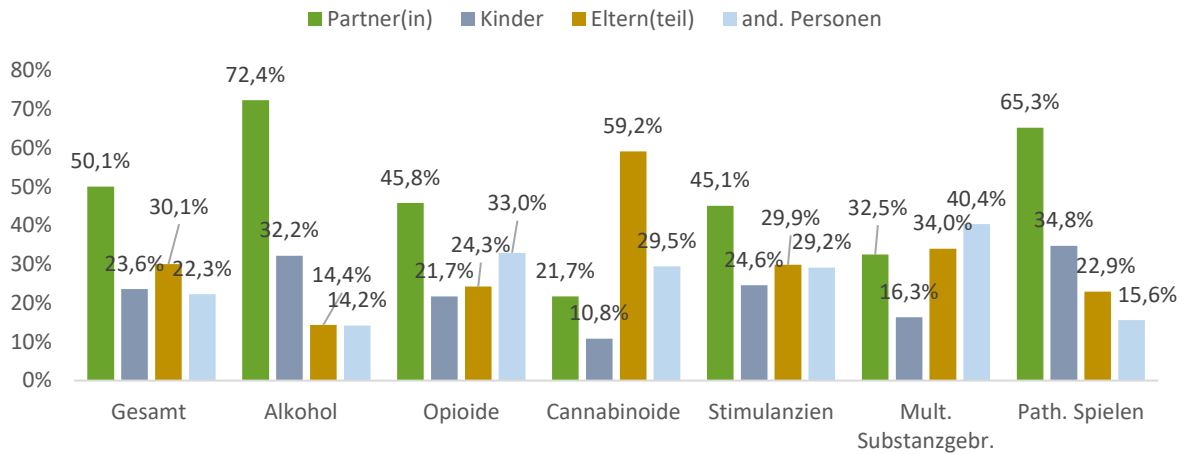
Fast zwei Drittel (64%) der Klientinnen leben nicht mit einer oder mehreren anderen Personen zusammen (Abbildung 5). Am häufigsten gilt dies für Klientinnen mit einer cannabinoid- bzw. einer stimulanzienbezogenen Störung (72% bzw. 70%), am seltensten für Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch (je 62%).

Frauen leben häufiger als Männer mit anderen Personen zusammen (64% vs. 59%). Dies trifft auch auf alle Hauptdiagnosen mit Ausnahme der Glücksspielproblematik zu.

Die Hälfte der Klienten lebt mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen, 30% von ihnen mit den Eltern oder einem Elternteil, 24% mit einem oder mehreren Kindern und 22% mit anderen Personen (Abbildung 6). Diese Verteilung ist je nach Hauptdiagnose sehr unterschiedlich: Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder mit einer Glücksspielproblematik leben doppelt so häufig mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen (72% bzw. 65%) wie Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch (33%). Mit Kind(ern) leben vor allem Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik (32% bzw. 35%) zusammen, was bei Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch

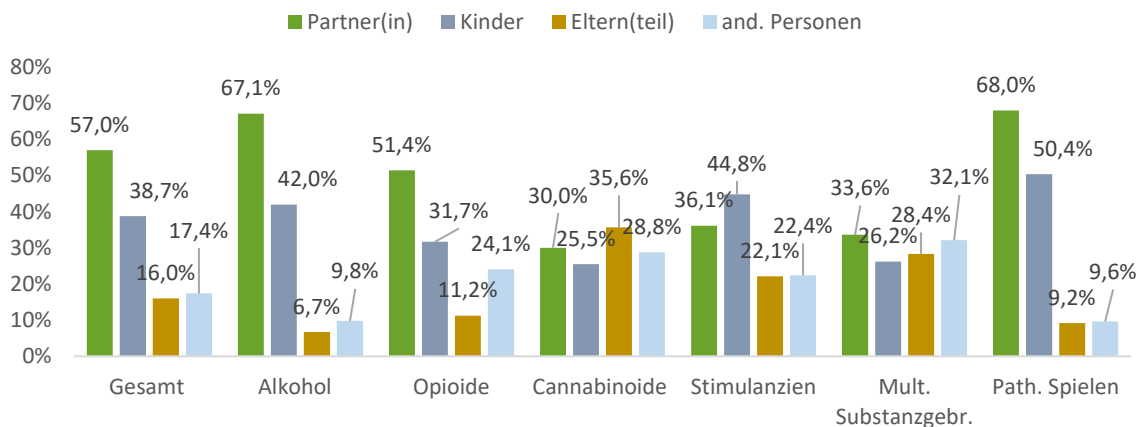
deutlich seltener zutrifft (11% bzw. 16%). Bei den Eltern wohnt vor allem die jüngste Klientengruppe, Männer mit einer cannabinoidbezogenen Störung (59%).

Abbildung 6: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Männer; Hauptdiagnose; ambulant)



Häufigste Nennungen; Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 7: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Frauen; Hauptdiagnosen; ambulant)



Häufigste Nennungen; Mehrfachnennungen möglich

Klientinnen in ambulanter Betreuung leben am häufigsten mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen (57%; Abbildung 7). Mit Kind(ern) leben 39%, mit anderen Personen 17% und mit den Eltern oder einem Elternteil 16%. Diese Verteilung variiert in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen etwas: so finden sich die höchsten Anteile an Klientinnen, die mit Partner oder Partnerin zusammenleben, in den Gruppen mit einer Glücksspielproblematik oder einer alkoholbezogenen Störung (68% bzw. 67%). Auf Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung trifft das am seltensten zu (26%). Ein Zusammenleben mit Kind(ern) findet sich vor allem bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (50%) sowie bei Klientinnen mit

stimulanzien- oder alkoholbezogenen Störungen (45% bzw. 42%). Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung wohnen am häufigsten mit ihren Eltern oder einem Elternteil (36%) zusammen. Der Anteil derjenigen, die mit anderen Personen zusammenleben, ist unter den Klientinnen mit Multiplen Substanzgebrauch am höchsten (32%) und spielt bei Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik eher eine geringe Rolle (je 9%).

Frauen leben häufiger als Männer mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen (57% vs. 50%), deutlich häufiger mit Kind(ern) (39% vs. 24%), seltener mit den Eltern oder einem Elternteil (16% vs. 30%) und etwas seltener mit anderen Personen (17% vs. 22%).

Eigene minderjährige Kinder

Die Mehrzahl der Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen hat keine eigenen minderjährigen Kinder (75%), 14% haben ein Kind und 11% mindestens zwei eigene minderjährige Kinder (Abbildung 8). Eine sehr ähnliche Verteilung weisen Klienten mit einer alkohol- bzw. opioidbezogenen Störung oder Multiplern Substanzgebrauch auf. Klienten mit cannabinoidbezogenen Störungen dagegen haben am seltensten Kinder (85% Kinderlose) und Klienten mit einer stimulanzienbezogenen Störung am häufigsten (67% Kinderlose).

Abbildung 8: Anzahl eigene minderjährige Kinder (Männer, Hauptdiagnosen, ambulant)

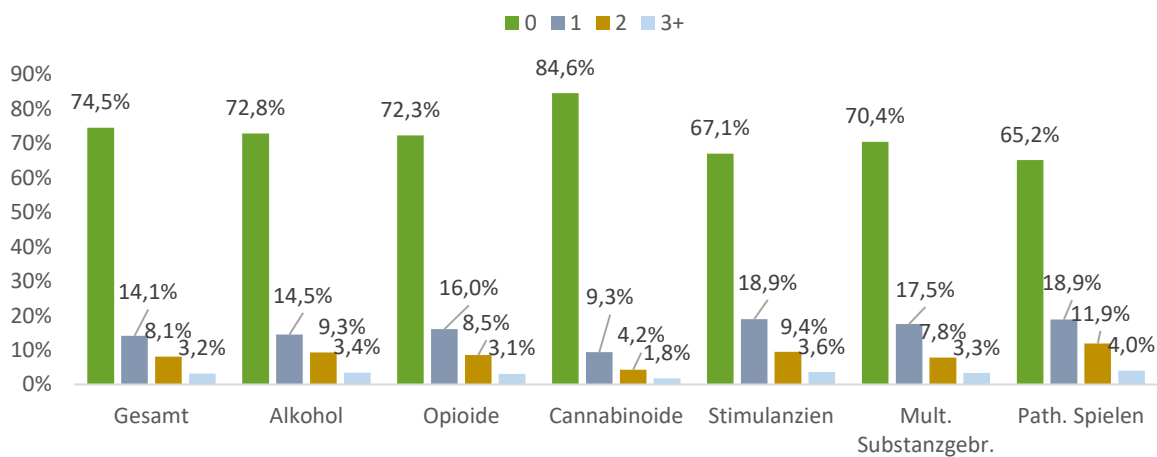
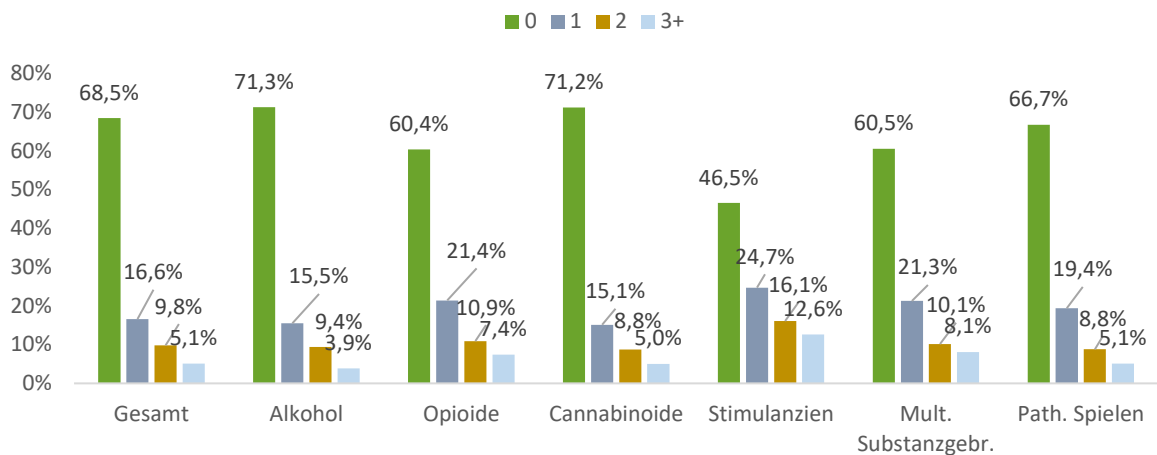


Abbildung 9: Anzahl eigene minderjährige Kinder (Frauen, Hauptdiagnosen, ambulant)



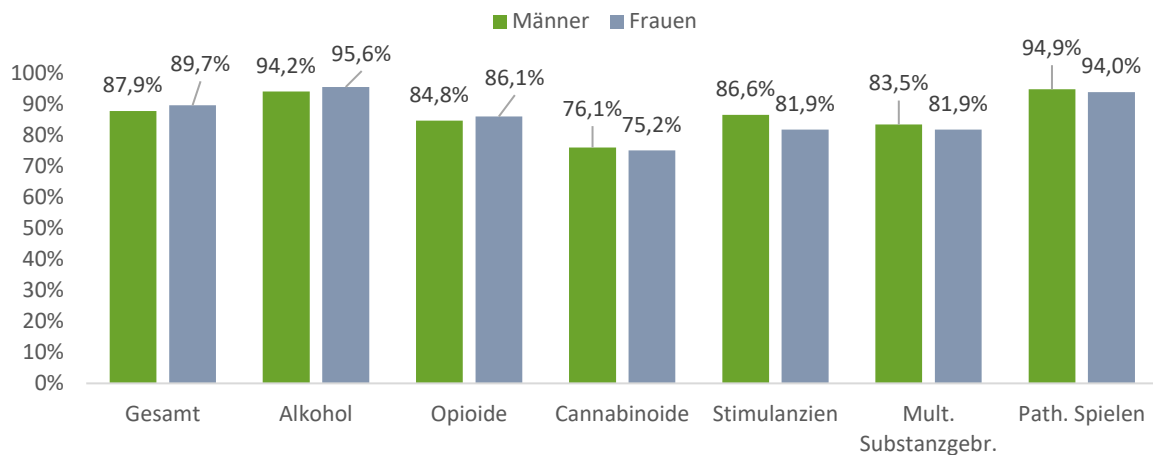
Insgesamt haben 69% der Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen keine eigenen minderjährigen Kinder. Ein minderjähriges Kind haben 17% und mindestens zwei minderjährige Kinder 15% (Abbildung 9). Zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen variieren die Häufigkeitsverteilungen: während die Verteilungen bei den Klientinnen mit einer alkohol- und cannabinoidbezogenen Störung nahezu identisch sind, mit einem hohen Anteil an Kinderlosigkeit und entsprechend niedrigeren Werten bei der Verteilung der Zahl der Kinder, hat weniger als die Hälfte der Klientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (47%) keine Kinder und entsprechend hohe Werte bei der Kinderzahl (25% haben ein, 29% zwei Kinder und mehr (Abbildung 9).

Männer sind häufiger als Frauen kinderlos (75% vs. 69%). Dies gilt für nahezu alle dargestellten Hauptdiagnosegruppen. Lediglich in der Klientel mit stimulanzienbezogenen Störungen sind Frauen mit deutlich seltener kinderlos als Männer (47% vs. 67%).

Schulische Bildung

Der Anteil an Klienten mit einer abgeschlossenen Schulbildung beträgt 88%, allerdings unterscheidet sich der entsprechende Anteil zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen erheblich. So haben Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik zu 94% bzw. 95% einen Schulabschluss (Abbildung 10). Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung nur zu 76% (jedoch befinden sich 14% der Klienten in dieser Gruppe noch in der Schulausbildung). Ebenfalls seltener haben Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch (84%) bzw. opioidbezogenen Störungen (85%) die Schule erfolgreich abgeschlossen.

Abbildung 10: Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose; ambulant)



Eine abgeschlossene Schulbildung können 90% der Klientinnen vorweisen. Besonders hoch sind die Anteile bei Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (96%) bzw. einer Glücksspielproblematik (94%; Abbildung 10). Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung haben am seltensten eine abgeschlossene Schulausbildung (75%; jedoch befinden sich 16% der noch Klientinnen in schulischer Ausbildung). Ebenfalls seltener haben Klientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch die Schule erfolgreich abgeschlossen (je 82%).

Frauen haben etwas häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung als Männer (90% vs. 88%). Die Unterschiede bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind nur geringfügig mit Ausnahme der stimulanzienbezogenen Störungen. Hier haben Männer die Schule deutlich häufiger erfolgreich abgeschlossen (87% vs. 82%).

Insgesamt haben 46% der Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen einen mittleren oder höheren Schulabschluss⁷, 40% haben die Hauptschule erfolgreich abgeschlossen (Abbildung 11). Dabei hat über die Hälfte der Klienten mit einer Glücksspielproblematik oder einer alkoholbezogenen Störung am häufigsten einen mittleren oder höheren Schulabschluss (61% bzw. 53%). Der entsprechende Anteil liegt bei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung mit gut einem Viertel (28%) bzw. bei Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch mit gut einem Drittel (35%) deutlich niedriger. Klienten mit einer stimulanzienbezogenen Störung haben fast ebenso häufig einen Hauptschulabschluss (44%) wie einen mittleren/höheren Schulabschluss (41%). Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung haben bei beiden Abschlüssen mit 37%

⁷ Mittlerer Schulabschluss: Realschulabschluss; Höherer Schulabschluss: (Fach-)Hochschulreife, Abitur

bzw. 38% die niedrigsten Werte, was mit dem hohen Anteil an Schülern in dieser Gruppe zu erklären ist.

Abbildung 11: Höchster Schulabschluss (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)

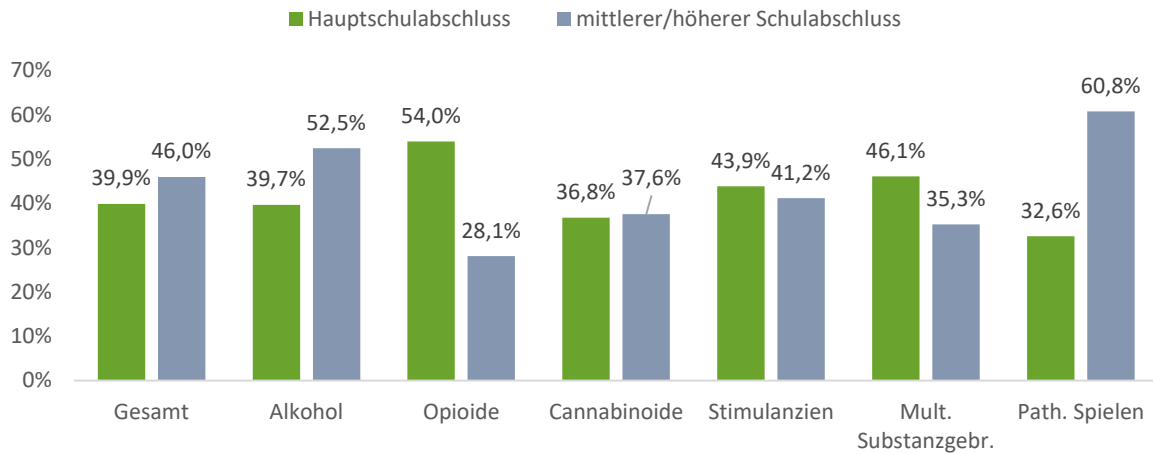
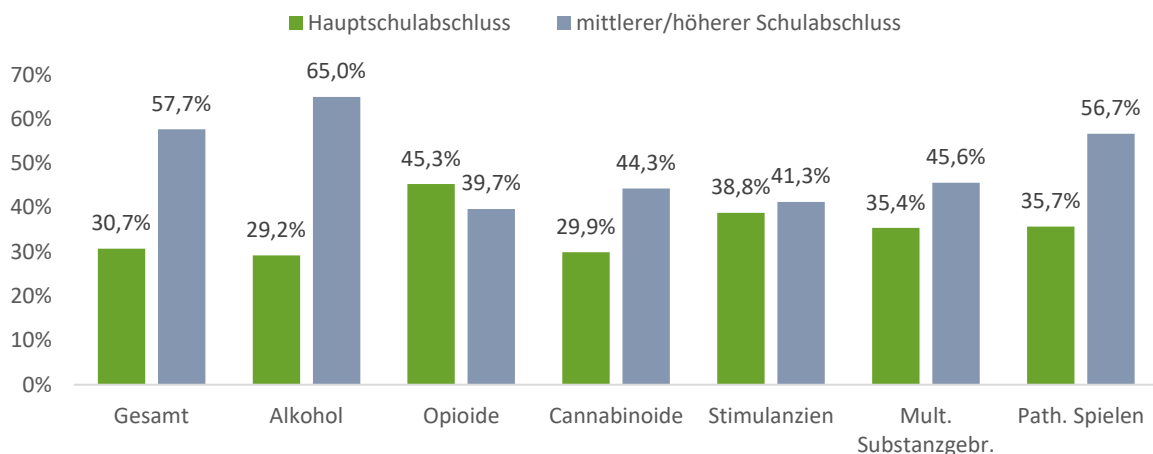


Abbildung 12: Höchster Schulabschluss (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



Ein mittlerer oder höherer Schulabschluss liegt bei 58% der Frauen vor, 31% haben einen Hauptschulabschluss (Abbildung 12). In allen Hauptdiagnosegruppen haben Frauen häufiger einen mittleren oder höheren Schulabschluss als einen Hauptschulabschluss (Ausnahme: Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung). Am deutlichsten fällt der Unterschied bei Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung aus, hier haben 65% einen mittleren/höheren Schulabschluss und nur 29% einen Hauptschulabschluss.

Im Vergleich: Frauen haben häufiger einen mittleren oder höheren Schulabschluss als Männer (58% vs. 46%).

Berufliche Bildung

Eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung liegt bei 61% der Klienten vor, 17% haben keinen berufsbildenden Abschluss (Abbildung 13), wobei die Anteile zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen beträchtlich variieren. So haben 80% der Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung und 72% der Klienten mit einer Glücksspielproblematik eine abgeschlossene Ausbildung, während dies nur bei 46% der Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch bzw. 47% der Klienten mit einer opioidbezogenen Störung der Fall ist. Hier finden sich demgemäß auch die höchsten Anteile an Klienten, die ohne Abschluss sind (Opiode: 34%; Multipler Substanzgebrauch: 27%).

Abbildung 13: Ausbildung (Männer, Hauptdiagnose; ambulant)

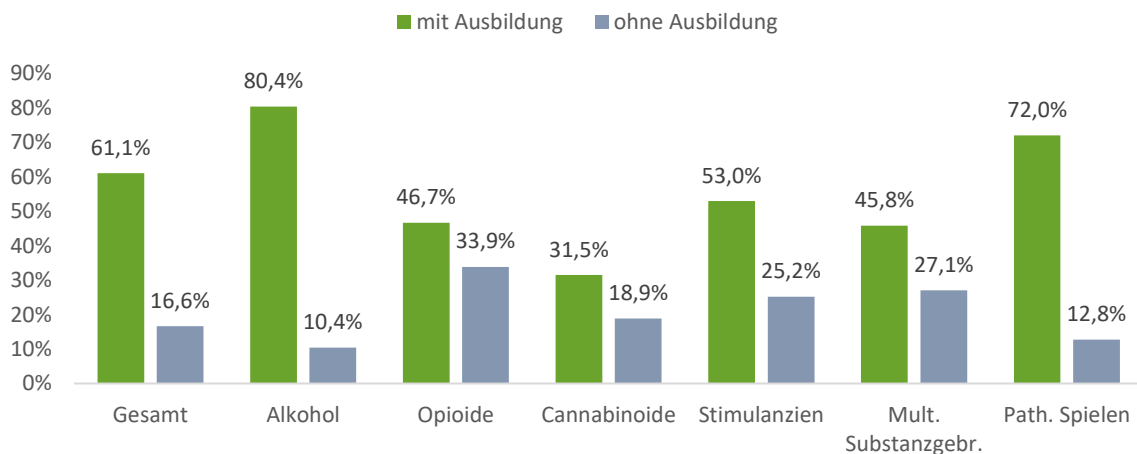
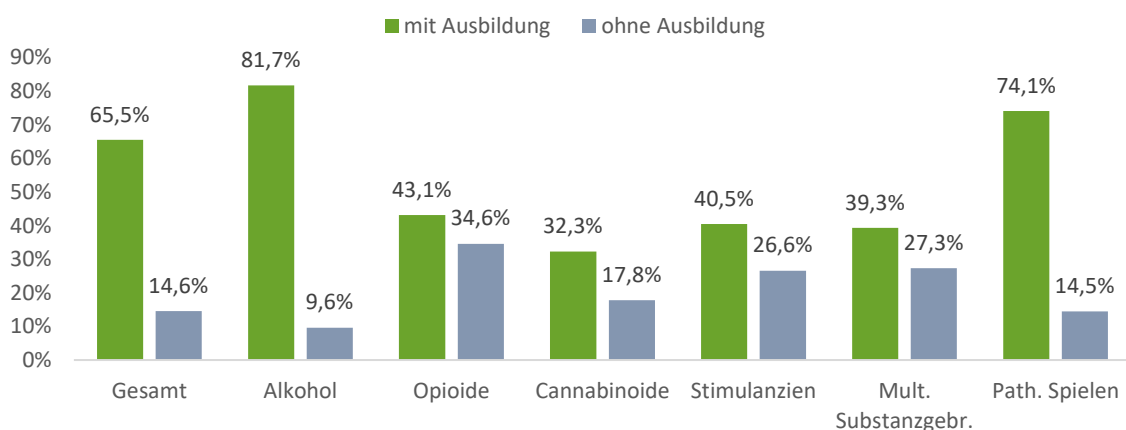


Abbildung 14: Ausbildung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



Frauen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen haben zu 66% eine abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung, 15% sind ohne Ausbildungsabschluss (Abbildung 14). Während Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (82%) oder einer Glücksspielproblematik

(74%) sehr häufig eine abgeschlossene Ausbildung vorweisen können, ist dies in den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen deutlich seltener der Fall (Range 32% bis 43%). Entsprechend finden sich dort anteilmäßig viele Klientinnen ohne beruflich bildenden Abschluss (Range 18% bis 35%; Abbildung 14).

Frauen haben häufiger eine abgeschlossene Hochschul- oder berufliche Ausbildung als Männer (66% vs. 61%). Das ist vor allem auf den etwas höheren Anteil an Abschlüssen unter Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung zurückzuführen (82% vs. 80%). In den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen verfügen Männer (Ausnahme: Cannabinoidbezogene Störung, Pathologisches Spielen) häufiger über eine abgeschlossene Ausbildung.

Erwerbssituation

Insgesamt gehen 48% der Klienten einer Erwerbstätigkeit nach, 31% sind arbeitslos (ALG I und II) und 21% sind Nichterwerbspersonen (Abbildung 15). Die Anteile variieren je nach Hauptdiagnosegruppe: so sind 71% der Klienten mit einer Glücksspielproblematik erwerbstätig und nur 19% ohne Arbeit. Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung weisen mit 54% die zweithöchste Erwerbstätigen- und mit 28% die zweitniedrigste Arbeitslosenquote auf. Völlig anders stellt sich die Situation bei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung dar: von ihnen sind 53% arbeitslos und nur 24% erwerbstätig. Auch Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch sind mit 44% häufig arbeitslos.

Abbildung 15: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)

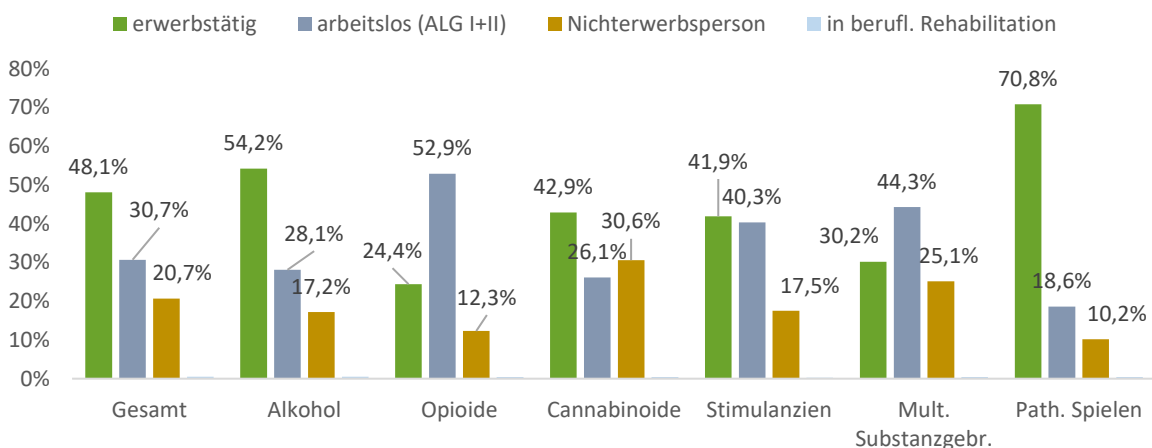
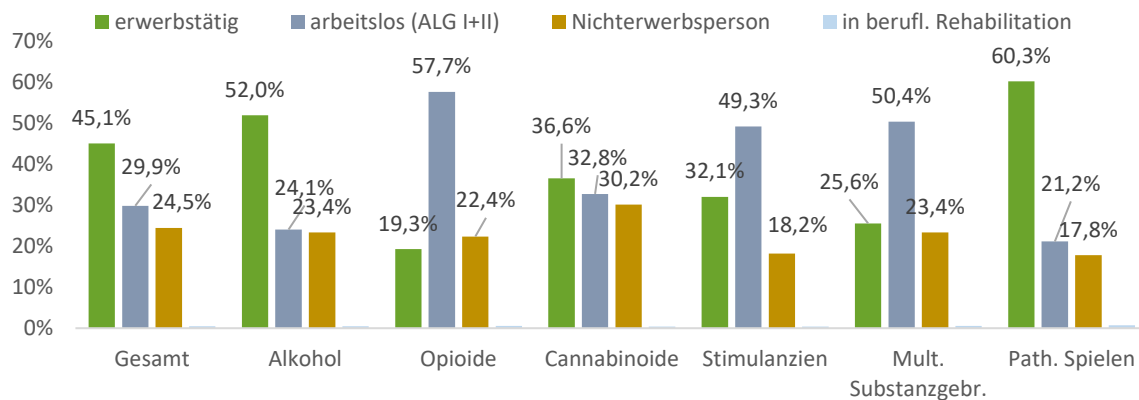


Abbildung 16: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



Von den Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sind 45% erwerbstätig, 30% ohne Arbeit und 25% Nichterwerbspersonen (Abbildung 16). Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik bzw. mit einer alkoholbezogenen Störung weisen die höchsten Anteile an Erwerbstätigen (60% bzw. 52%) und die geringsten Anteile an Arbeitslosen auf (21% bzw. 24%). Arbeitslosigkeit liegt am häufigsten bei Klientinnen mit einer opioid- (58%) oder einer stimulanzi- bezogenen Störung (49%) bzw. bei Frauen mit Multiplem Substanzgebrauch vor (50%).

Insgesamt sind Männer etwas häufiger erwerbstätig als Frauen (48% vs. 45%), kein Unterschied liegt insgesamt bei der Häufigkeit von Arbeitslosigkeit vor. Das trifft sowohl insgesamt als auch auf alle dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu. Mit Ausnahme bei alkoholbezogenen Störungen weisen Frauen jedoch in den übrigen Hauptdiagnosegruppen höhere Anteile an Arbeitslosigkeit auf.

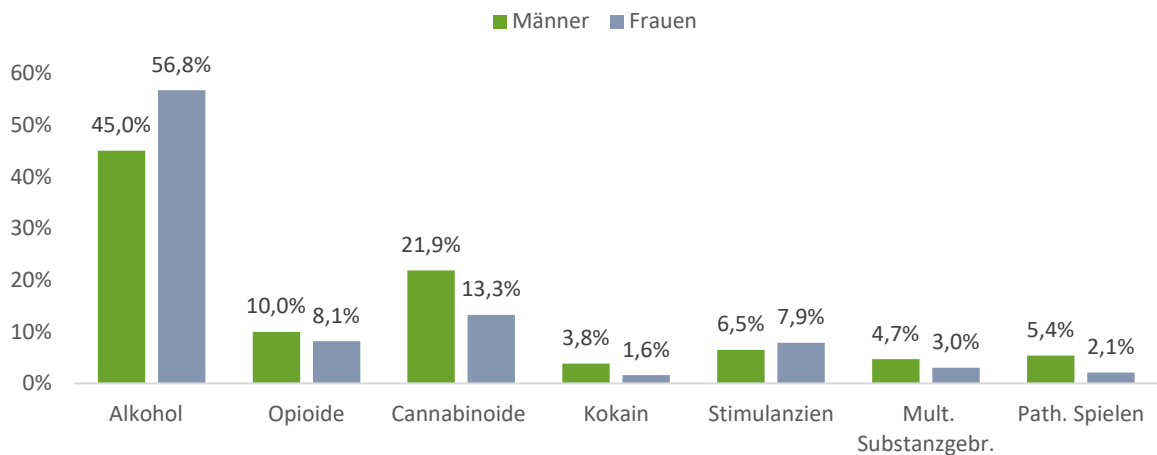
3.2 Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn

3.2.1 Suchtspezifische Situation

Hauptdiagnosen

Die häufigste Hauptdiagnose bei Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ist mit 45% die alkoholbezogene Störung. Gefolgt von cannabinoid- (22%) und opioidbezogenen Störungen (10%). Stimulanzienbezogene Störungen liegen bei 7% der Klienten vor, jeweils 5% der Klienten sind von Multiplem Substanzgebrauch bzw. einer Glücksspielproblematik betroffen. Kokainbezogene Störungen (4%) finden sich etwas seltener (Abbildung 17).

Abbildung 17: Häufigste Hauptdiagnosen (ambulant)



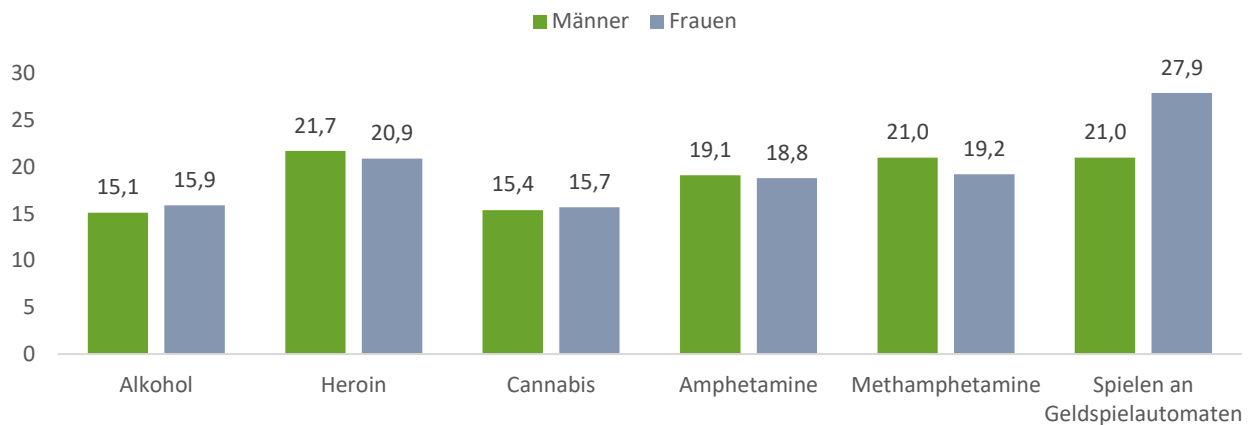
Mit 57% sind alkoholbezogene Störungen die häufigste Hauptdiagnose bei Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Abbildung 17). Mit deutlichem Abstand folgen mit 13% cannabinoid- und mit jeweils 8% opioid- und stimulanzenbezogene Störungen. Multipler Substanzgebrauch (3%), Pathologisches Spielen und kokainbezogene Störungen (je 2%) spielen jeweils eine untergeordnete Rolle.

Männer weisen bei fast allen Hauptdiagnosen höhere Häufigkeiten auf als Frauen. Ausnahmen bilden alkoholbezogene Störungen, die bei Frauen deutlich häufiger (57% vs. 45%) sind und stimulanzenbezogene Störungen, die bei Frauen geringfügig häufiger (8% vs. 7%) vorliegen.

Alter bei Erstkonsum

Bei Männern erfolgt der Erstkonsum von Alkohol und Cannabis am frühesten (je 15 Jahre; Abbildung 18). Amphetamine werden zum ersten Mal mit im Mittel 19 Jahren konsumiert, Methamphetamine dagegen erst mit durchschnittlich 21 Jahren. Auch das Spielen an Geldspielautomaten (in Spielhallen) beginnt bei Männern im Durchschnitt mit 21 Jahren. Der Erstkonsum von Heroin erfolgt vergleichsweise am spätesten, mit durchschnittlich 22 Jahren.

Abbildung 18: Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Hauptsubstanz; ambulant)



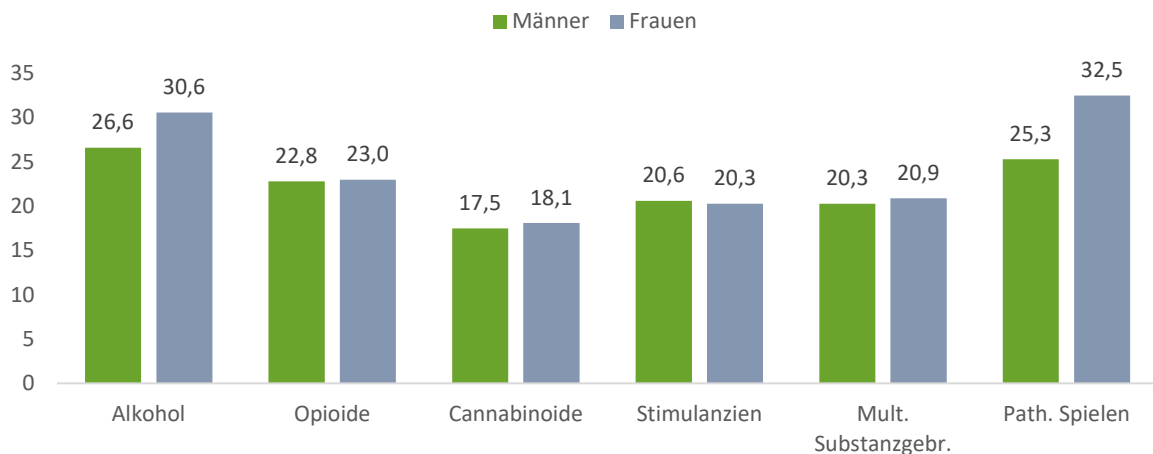
Frauen konsumieren mit 16 Jahren zum ersten Mal Cannabis und Alkohol. Mit durchschnittlich jeweils 19 Jahren Amphetamine und Methamphetamine. Der erste Konsum von Heroin erfolgt mit im Mittel 21 Jahren. Deutlich später erst, mit 28 Jahren, beginnen Frauen an Geldspielautomaten zu spielen (in Spielhallen; Abbildung 18).

Das Alter bei Erstkonsum ist zwischen Männern und Frauen weitgehend vergleichbar. Am deutlichsten unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich des Spielens an Geldspielautomaten (in Spielhallen). Frauen beginnen hier erst wesentlich später als Männer (28 vs. 21 Jahre; Abbildung 18)

Alter bei Störungsbeginn

Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen setzen den Beginn einer cannabinoidbezogenen Störung im Mittel bei 18 Jahren fest (Abbildung 19). Dies ist das niedrigste Durchschnittsalter für einen Störungsbeginn. Etwas später, mit im Mittel 20 bzw. knapp 21 Jahren, beginnt nach eigener Einschätzung Multipler Substanzgebrauch bzw. eine stimulanzenbezogene Störung. Der Störungsbeginn der opioidbezogenen Störung wird bei durchschnittlich 23 Jahren gesehen. Für die im legalen Bereich zu verortende Glücksspielproblematik (25 Jahre) bzw. die alkoholbezogene Störung (27 Jahren) liegt der durchschnittliche Störungsbeginn noch höher.

Abbildung 19: Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose; ambulant)



Auch bei Frauen ist das selbst angegebene Alter für den Störungsbeginn bei Cannabinoiden mit durchschnittlich 18 Jahren am niedrigsten (Abbildung 19). Auf ein etwas höheres mittleres Alter, nämlich 21 bzw. 20 Jahre, wird der Beginn einer Problematik mit Multiplem Substanzgebrauch bzw. der Beginn einer stimulanzenbezogenen Störung festgesetzt. Als Beginn der opioidbezogenen Störungen wird im Durchschnitt ein Alter von 23 Jahren angegeben. Für die im legalen Bereich zu verortende alkoholbezogene Störung (31 Jahre) bzw. die Glücksspielproblematik (33 Jahre) liegt der Störungseintritt deutlich später.

Es liegen nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Beginns einer substanzbezogenen Störung vor. Ausnahmen sind die alkoholbezogene Störung und das Pathologische Spielen. Beide Störungen beginnen bei Frauen deutlich später als bei Männern.

3.2.2 Häufigste Problembereiche⁸

Erwartungsgemäß sind die Problemlagen im Zusammenhang mit substanzbezogenen Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen für die Klienten zu Betreuungsbeginn der vorrangige Problembereich (98%; Abbildung 20). Das zweithäufigste Problem ist für die Klienten der Bereich psychische Gesundheit an (50%). Es folgen Probleme im Bereich Familie (38%), im Bereich Schule, Ausbildung oder Arbeitsplatz (36%) und im Bereich körperliche Gesundheit (33%). Häufigkeit und Reihenfolge der Problembereiche variieren je nach Hauptdiagnose etwas: in allen Gruppen ist der zweithäufigste Problembereich die psychische Gesundheit, jedoch ist dieser für Klienten mit einer Glücksspielproblematik (59%) und mit Multiplem Substanzgebrauch (56%) deutlich häufiger ein Problem als für Klienten mit einer

⁸ Es handelt sich hier um Einschätzungen aus Sicht/ Kenntnis des Beraters/der Beraterin bzw. des Behandlers/der Behandlerin

cannabinoidbezogenen Störung (42%). Die familiäre Situation ist hauptsächlich für Klienten mit einer Glücksspielproblematik belastend (54%), während sie sich für Klienten mit einer cannabinoid- und opioidbezogenen Störung seltener als problematisch darstellt (32% bzw. 33%). Schule/Ausbildung/Arbeit sind am häufigsten für Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch ein Problembereich (44%), während dies am seltensten bei Klienten mit einer Glücksspielproblematik der Fall ist (32%). Der Problembereich körperliche Gesundheit steht vor allem für Klienten mit einer opioid- und alkoholbezogenen Störung (42% bzw. 40%) im Vordergrund (Abbildung 20).

Abbildung 20: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)

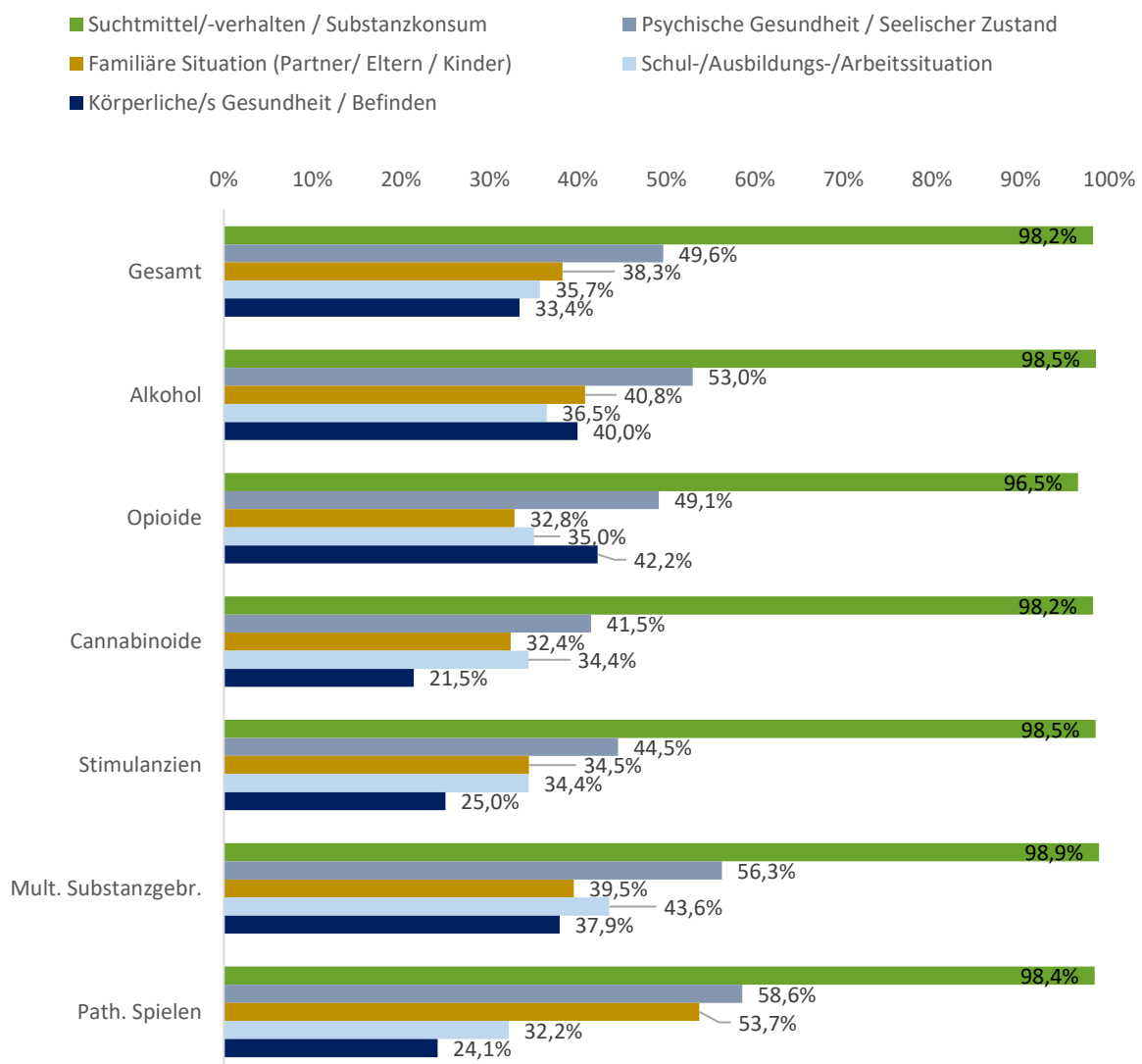
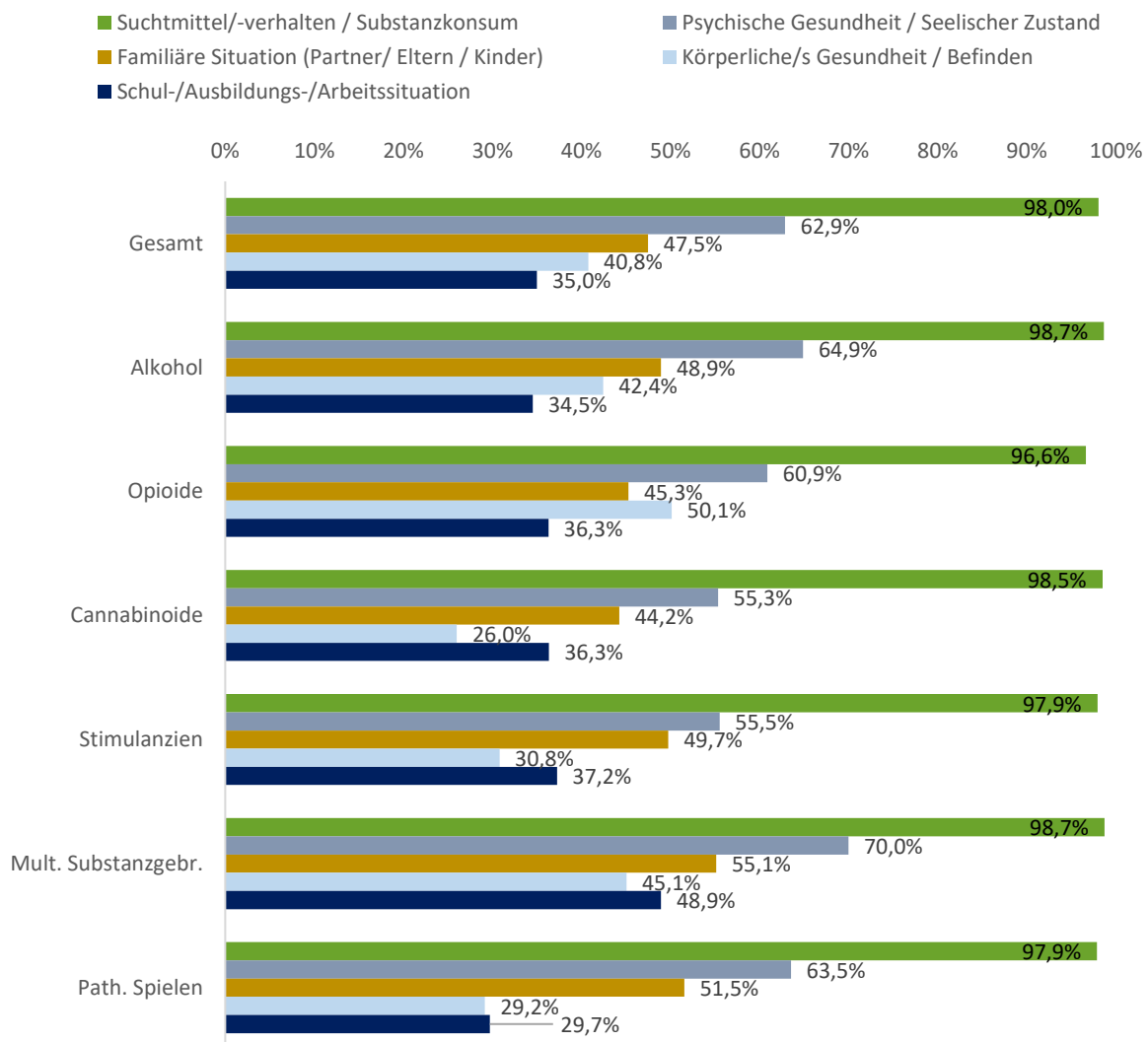


Abbildung 21: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



Neben dem häufigsten Problembereich Sucht (98%), stellt für Klientinnen die psychische Gesundheit den zweithäufigsten Problembereich dar (63%; Abbildung 21). Es folgen die familiäre Situation (48%), die körperliche Gesundheit (41%) und die Situation in Schule/Ausbildung und Arbeit (35%). Die Rangreihe und Häufigkeit der Problembereiche unterscheiden sich je nach Hauptdiagnosegruppe: In allen Gruppen ist die psychische Gesundheit der zweithäufigste Problembereich, wobei er für Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch oder einer alkoholbezogenen Störung am häufigsten (70% bzw. 65%) und für Klientinnen mit einer cannabinoidebezogenen Störung am vergleichsweise seltensten (55%) benannt wird. Für die Patientinnen aller Hauptdiagnosegruppen steht die familiäre Situation als Problembereich an dritter Stelle. Am häufigsten ist sie für Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch oder einer Glücksspielproblematik zu (55% bzw. 52%), am vergleichsweise seltensten für Klientinnen mit einer

cannabinoidbezogenen Störung (44%) belastend. Die körperliche Gesundheit ist vor allem für Klientinnen mit einer substanzbezogenen Störung problematisch, hier insbesondere für Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (50%) oder Multiplem Substanzgebrauch (45%). Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik haben hier deutlich seltener ein Problem (29%). Die Schul-/Ausbildungs- und Arbeitssituation ist mit Abstand am häufigsten für Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch ein Problem (49%), am seltensten für Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (30%).

Sowohl für Männer als für Frauen ist zu Betreuungsbeginn der Bereich Sucht das vorrangige Problem gefolgt von psychischer Gesundheit und familiärer Situation. Die Rangreihe der weiteren, am häufigsten genannten Problembereiche unterscheidet sich etwas: während bei Männern der Problembereich Schule/Ausbildung/Arbeit an vierter Stelle und der Bereich körperliche Gesundheit an fünfter Stelle der Rangreihe stehen, ist es bei Frauen umgekehrt.

3.3 Betreuung

Vermittlung

Am häufigsten kommen Männer ohne Vermittlung (49%) in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (Abbildung 22). Die zweit- und dritthäufigsten Wege in die Betreuung sind die über Polizei und Justiz (12%) bzw. über das soziale Umfeld (9%). Ärztliche/psychotherapeutische Praxen, stationäre Suchthilfeeinrichtungen sowie psychiatrische Kliniken spielen mit jeweils 5% bzw. 4% ebenfalls noch eine größere Vermittlungsrolle. Für alle Hauptdiagnosegruppen ist der Zugang ohne Vermittlung der mit Abstand häufigste, Klienten mit einer Glücksspielproblematik nutzen diesen Weg am häufigsten (61%), Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung am seltensten (40%). Für sie sowie für Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch oder einer stimulanzenbezogenen Störung ist mit 27% bzw. 19% und 17% der Weg über Polizei und Justiz der zweithäufigste Zugang zur Betreuung. Ärztliche/psychotherapeutische Praxen haben vor allem für Klienten mit einer opioidbezogenen Störung eine wichtige Vermittlungsfunktion (24%). Das soziale Umfeld spielt für alle Hauptdiagnosegruppen eine Rolle bei der Vermittlung, am häufigsten jedoch bei Klienten mit einer Glücksspielproblematik (16%) oder einer cannabinoidbezogenen Störung (10%). Stationäre Suchthilfeeinrichtungen sind insbesondere für Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung relevant als Vermittlungsinstanzen (8%)

Abbildung 22: Vermittlung in die Betreuung (Männer; häufigste Nennungen; Hauptdiagnose; ambulant)

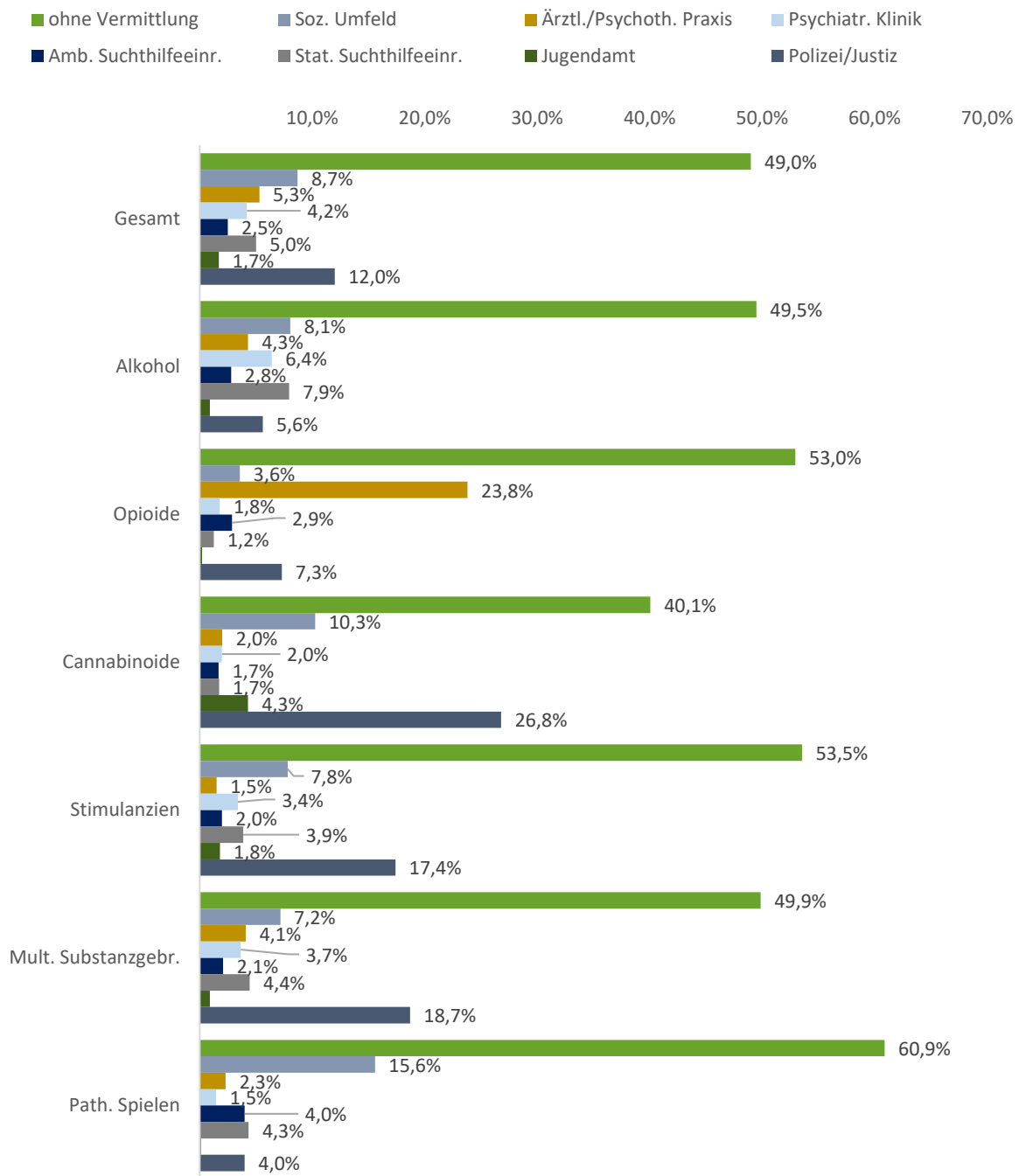
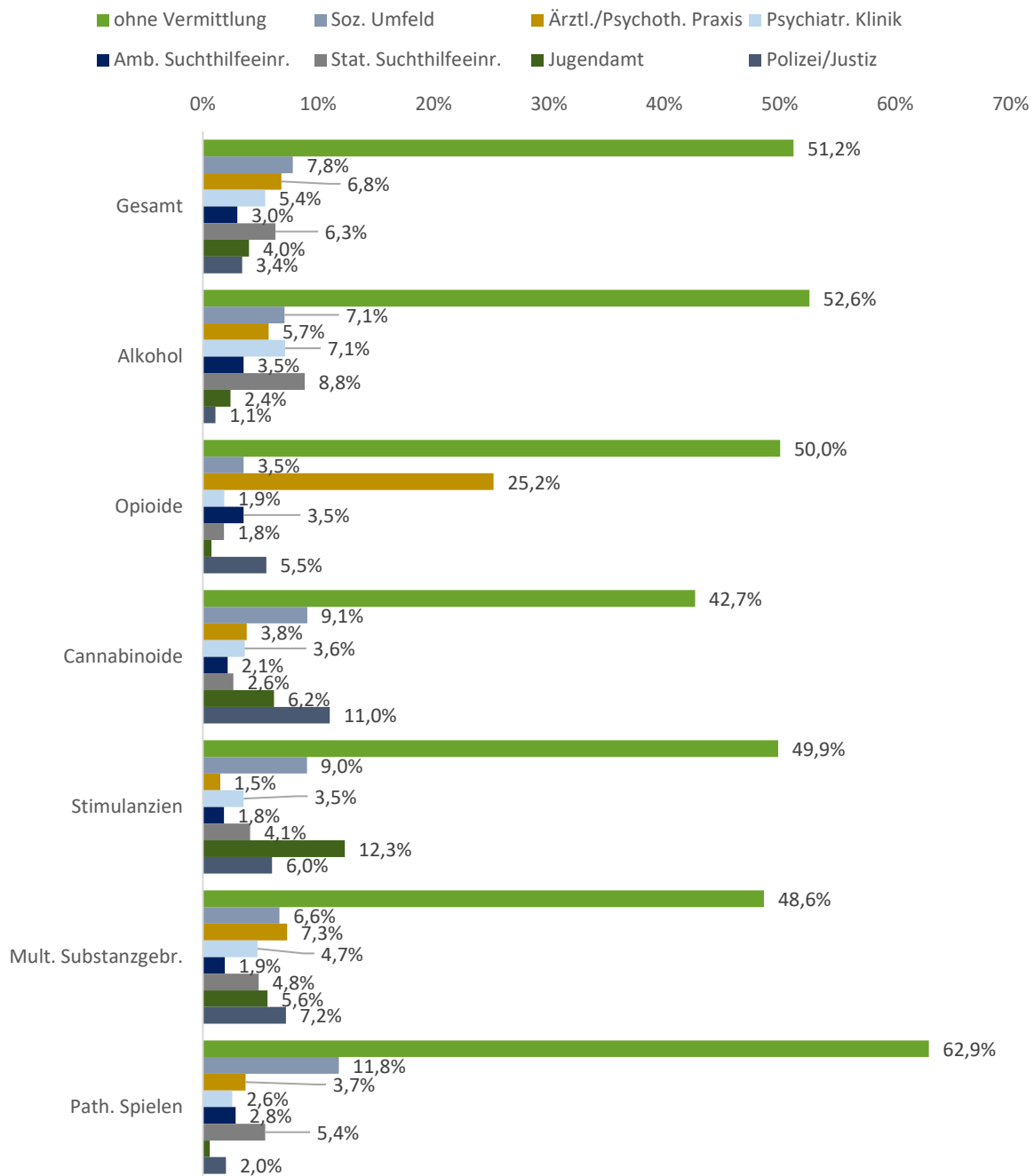


Abbildung 23: Vermittlung in die Betreuung (Frauen; häufigste Nennungen; Hauptdiagnose; ambulant)



Knapp über die Hälfte (51%) der Klientinnen kommt ohne Vermittlung in die ambulante Suchthilfe (Abbildung 23). Das soziale Umfeld (8%), ärztliche/psychotherapeutische Praxen (7%), stationäre Suchthilfeeinrichtungen (6%) sowie auch das Jugendamt (4%) sind weitere wichtige Vermittlungsinstanzen für Frauen. Auch in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen erfolgt der Weg in die Betreuung mit Abstand am häufigsten ohne Vermittlung. Dies gilt insbesondere für Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (63%), wohingegen Klientinnen mit einer

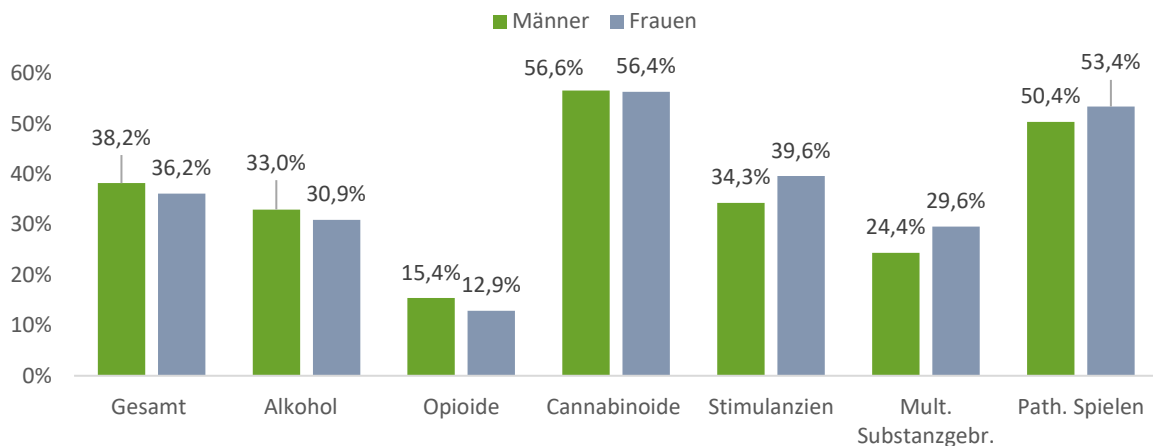
cannabinoidbezogenen Störung diesen Weg noch am seltensten wählen (43%). Für beide Gruppen (12% bzw. 9%) sowie auch für Klientinnen mit stimulanzenbezogenen Störungen (9%) spielt das soziale Umfeld eine wichtige Rolle bei der Vermittlung in die Betreuung. Insbesondere Klientinnen mit einer stimulanzen- (12%) oder cannabinoidbezogenen Störung (6%) sowie mit Multiplem Substanzgebrauch (6%) kommen häufig über das Jugendamt in die Betreuung. Ärztliche/psychotherapeutische Praxen vermitteln vor allem Frauen mit einer opioidbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch (25% bzw. 7%) in die ambulante Betreuung. Durch Polizei und Justiz kommen am häufigsten Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (11%) in die Betreuung, aber auch Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (7%) oder einer stimulanzen- oder opioidbezogenen Störung sind in gewissem Umfang davon betroffen (je 6%). Stationäre Suchthilfeeinrichtungen nehmen vor allem bei der Vermittlung von Frauen mit einer alkoholbezogenen Störung (9%) oder einer Glücksspielproblematik (5%) eine relevante Rolle ein.

Sowohl Männer als auch Frauen kommen mit Abstand am häufigsten ohne Vermittlung in die ambulante Betreuung. Mit Ausnahme von Polizei/Justiz, die bei Männern häufig an der Vermittlung in die Betreuung beteiligt sind (12%), während dies bei Frauen eher selten vorkommt (3%), liegen hinsichtlich der Bedeutung der einzelnen Vermittlungsinstanzen keine wesentlichen Unterschiede vor.

Erstbetreuung

Insgesamt sind 38% der Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen Erstbetreute, d.h. sie haben bisher noch niemals eine suchtbetragene Hilfe in Anspruch genommen (Abbildung 24). Mit 57% findet sich der höchste Anteil an Erstbetreuten bei den Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung, die die jüngste Klientengruppe bilden. Mit 50% haben Klienten mit einer Glücksspielproblematik den zweithöchsten Anteil an Erstbetreuten. Die mit Abstand niedrigste Erstbetreuungsquote weisen Klienten mit einer opioidbezogenen Störung auf (15%), mit 24% haben Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch den zweitniedrigsten Anteil.

Abbildung 24: Erstbetreute Fälle (Hauptdiagnose; ambulant)



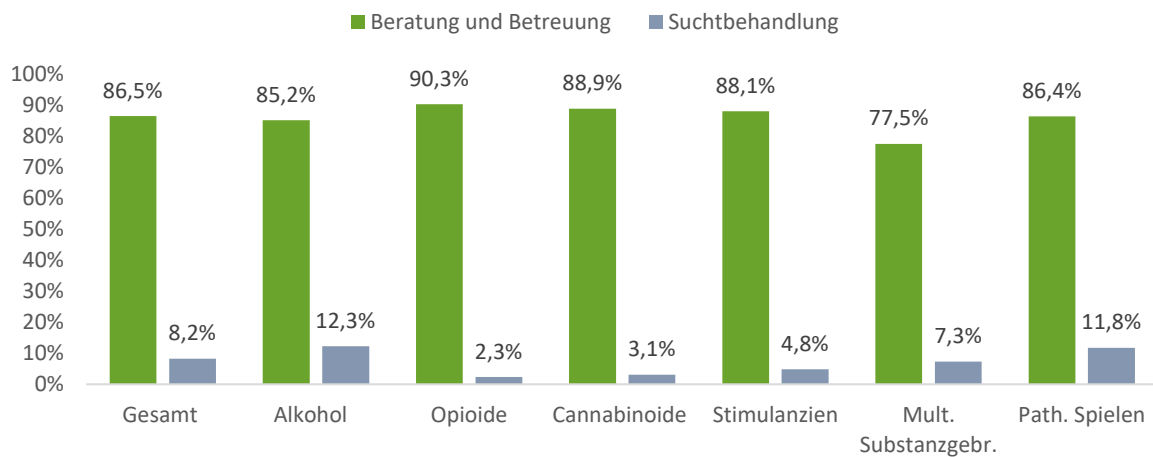
Der Anteil an Erstbetreuungen liegt bei Frauen insgesamt bei 36% (Abbildung 24). Die deutlich höchsten Erstbetreuungsquoten finden sich bei Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (56%) sowie mit einer Glücksspielproblematik (53%). Klientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung liegen mit einem Erstbetreuungsanteil von 40% im mittleren Bereich. Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (31%) oder mit Multiplen Substanzgebrauch (30%) sind deutlich seltener Erstbetreute. Mit Abstand am seltensten kommt es bei Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung zu Erstbetreuungen (13%).

Der Anteil an Erstbetreuungen liegt bei Männern geringfügig höher als bei Frauen (38% vs. 36%). Frauen weisen jedoch in den Hauptdiagnosegruppen „stimulanzienbezogene Störungen“ (40% vs. 34%), „Multipler Substanzgebrauch“ (30% vs. 24%) und „Pathologisches Spielen“ (53% vs. 50%) höhere Anteile an Erstbetreuungen auf.

Hauptmaßnahmen

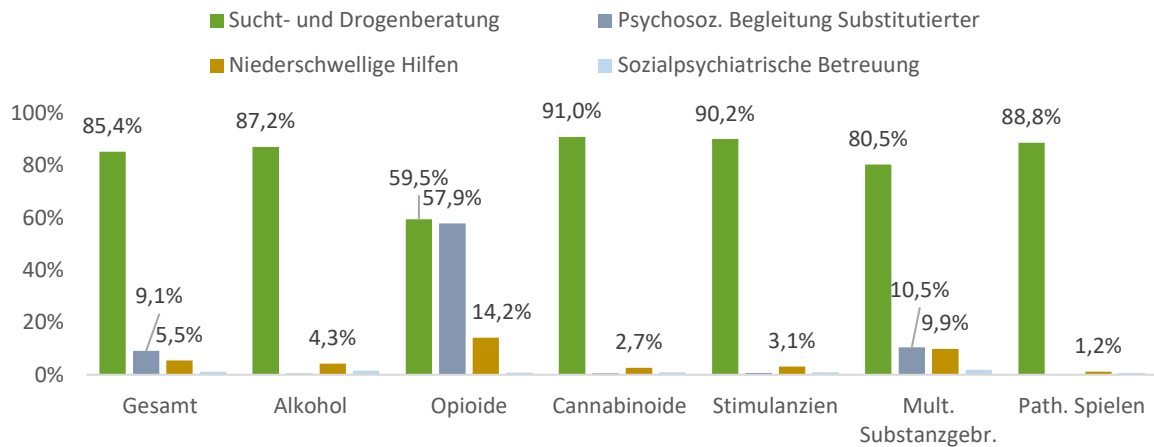
Die häufigste Hauptmaßnahme bei Männern in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ist „Beratung und Betreuung“ (87%), 8% der Maßnahmen fallen in die Kategorie „Suchtbehandlung“ (Abbildung 25). Besonders häufig erfolgt die Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“ bei Klienten mit einer opioid- (90%) einer cannabinoid- (89%) oder stimulanzenbezogenen Störung (88%). Bei Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch kommt diese Hauptmaßnahme dagegen nur bei 78% der Klienten zum Einsatz.

Abbildung 25: Häufigste Hauptmaßnahmen (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)



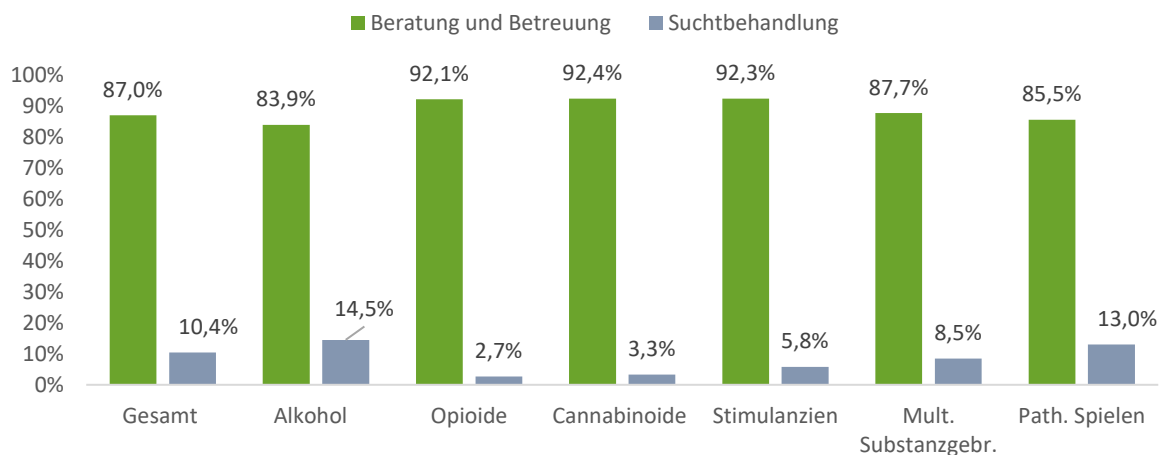
Bei den angewandten Maßnahmen, die unter der Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung subsumiert sind, handelt es sich bei den Klienten in erster Linie um Sucht- und Drogenberatung (85%; Abbildung 27). Es folgen mit deutlichem Abstand die Psychosoziale Betreuung Substituierter (9%) und niedrigschwellige Hilfen wie z.B. existenzsichernde und gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzenaustausch (6%). Bei allen dargestellten Hauptdiagnosegruppen ist die vorherrschende Maßnahme die Sucht- und Drogenberatung, mit den höchsten Anteilen bei Klienten mit einer cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störung (91% bzw. 90%). Am seltensten betrifft diese Maßnahme Klienten mit einer opioidbezogenen Störung, von denen 58% an der Psychosozialen Begleitung Substituierter teilnehmen. Diese Maßnahme ist sonst nur noch bei Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch dokumentiert (11%). Bei diesen beiden Hauptdiagnosegruppen fallen auch mit 14% (Opioide) und 10% (Multipler Substanzgebrauch) niedrigschwelligen Hilfen an (Abbildung 26).

Abbildung 26: Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (häufigste Maßnahmen; Männer; Hauptdiagnose; ambulant)



Mit 87% ist bei Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen die häufigste Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“, 10% der Hauptmaßnahmen fallen in die Kategorie „Suchtbehandlung“ (Abbildung 27). „Beratung und Betreuung“ ist auch in jeder der dargestellten Hauptdiagnosegruppen die häufigste Hauptmaßnahme mit den höchsten Anteilen bei Klientinnen mit einer cannabinoid-, opioid- oder stimulanzenbezogenen Störung (jeweils 92%). Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung erhalten am vergleichsweise seltensten die Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“ (84%).

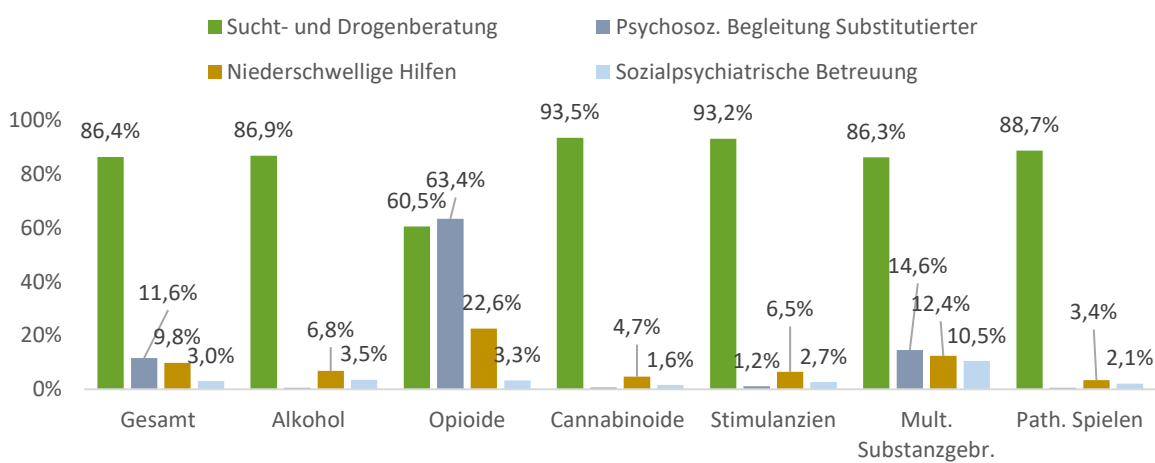
Abbildung 27: Häufigste Hauptmaßnahmen (häufigste Maßnahmen; Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



Unter die Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“ fallen bei den Klientinnen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zu 86% Sucht- und Drogenberatung, zu 12% Psychosoziale Begleitung Substituierter und zu 3% niedrigschwellige Hilfen wie existenzsichernde und

gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzentausch etc. (Abbildung 28). Bei allen dargestellten Hauptdiagnosegruppen ist Sucht- und Drogenberatung bei Frauen die häufigste Maßnahme, wobei die höchsten Anteile bei Klientinnen mit einer cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Störung (94% bzw. 93%) vorliegen. Bei Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung beträgt der Anteil an Sucht- und Drogenberatung nur 61%, jedoch nutzen hier 63% die Psychosoziale Begleitung Substituierter. Niedrigschwellige Hilfen nehmen vor allem Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (23%) sowie Klientinnen mit einem Multiplen Substanzgebrauch in Anspruch (11%).

Abbildung 28: Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



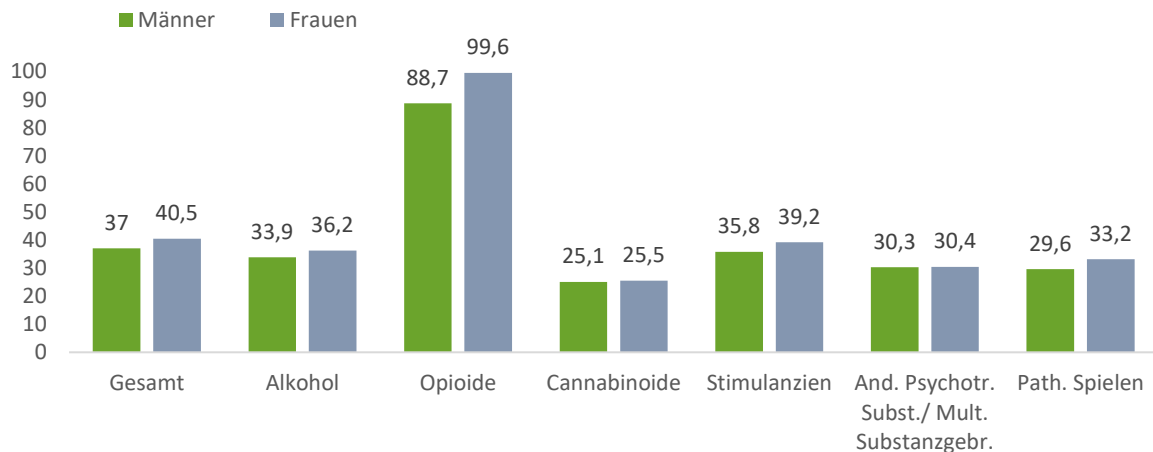
Bei der Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung liegen bei Frauen höhere Häufigkeiten vor. Dies gilt auch für alle dargestellten Hauptdiagnosegruppen. Bei der Häufigkeitsverteilung der Maßnahmen, die unter die Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“ fallen, verhält es sich ebenso.

Betreuungsdauer

Die Betreuungsdauer in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen beträgt bei Männern durchschnittlich 37 Wochen (Abbildung 29). Die mit Abstand längste Betreuung liegt bei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung vor (89 Wochen). Weniger als halb so lange werden Klienten mit stimulanzenbezogenen Störungen, die Klientengruppe mit der zweitlängsten durchschnittlichen Betreuungsdauer (36 Wochen), betreut. Ähnlich lange dauert die Betreuung im Mittel bei Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung auf (34 Wochen). Klienten mit Multiplem Substanzgebrauch oder einer Glücksspielproblematik sind im Durchschnitt jeweils 30 Wochen in

Betreuung. Mit 25 Wochen ist die mittlere Betreuungsdauer bei Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung am kürzesten.

Abbildung 29: Dauer der Betreuung in Wochen (Ø; Hauptdiagnose; ambulant)



Die durchschnittliche Betreuungsdauer von Frauen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen liegt bei 41 Wochen (Abbildung 29). Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung sind mit durchschnittlich 100 Wochen mit Abstand am längsten in Betreuung, gefolgt von Klientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (39 Wochen) und Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (36 Wochen), die im Mittel jedoch weniger als halb so lange betreut werden. Eher kurze mittlere Betreuungsdauern finden sich bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik (30 Wochen), mit Multiplem Substanzgebrauch (30 Wochen) und bei Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (26 Wochen).

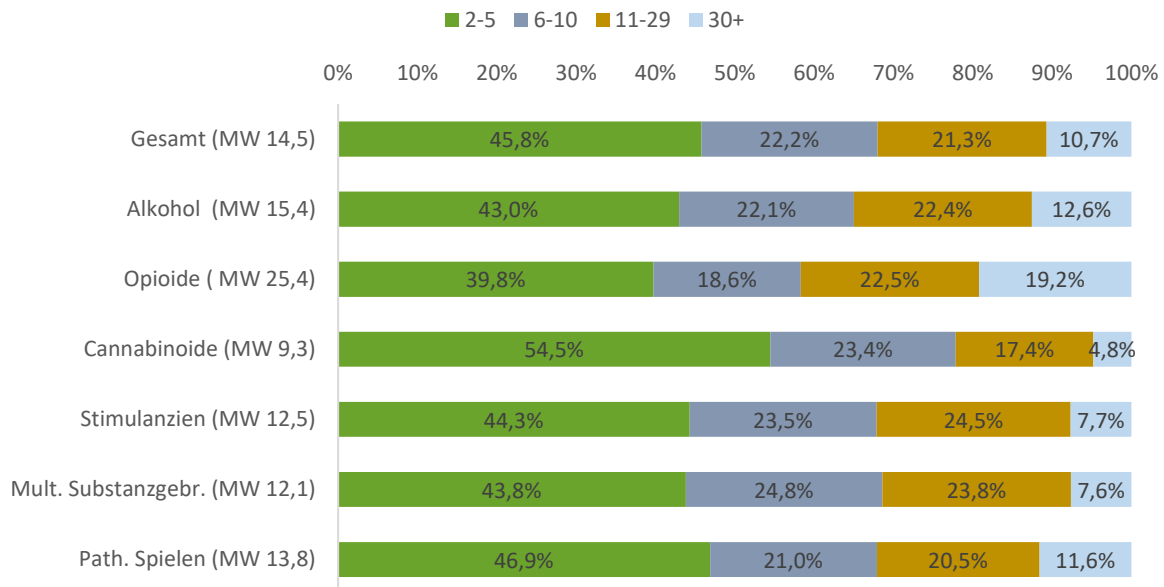
Die mittlere Betreuungsdauer in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ist insgesamt bei Frauen länger als bei Männern (41 vs. 37 Wochen). Dies gilt für auch jede der dargestellten Hauptdiagnosegruppen.

Kontakte

Insgesamt haben Männer im Verlauf der Betreuung durchschnittlich 15 Kontakte zu ihrer ambulanten Suchthilfeeinrichtung, wobei 46% von ihnen 2 bis 5 Kontakte, 43% 6 bis 29 Kontakte und 11% 30 Kontakte und mehr aufweisen (Abbildung 30). Die Kontakthäufigkeit ist bei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung mit im Durchschnitt 25 Kontakten am höchsten und hat damit einen deutlichen Abstand zu den nachfolgenden Gruppen, Klienten mit einer alkohol- oder stimulanzienbezogenen Störung (Ø 15 bzw. 13 Kontakte). Die niedrigste mittlere

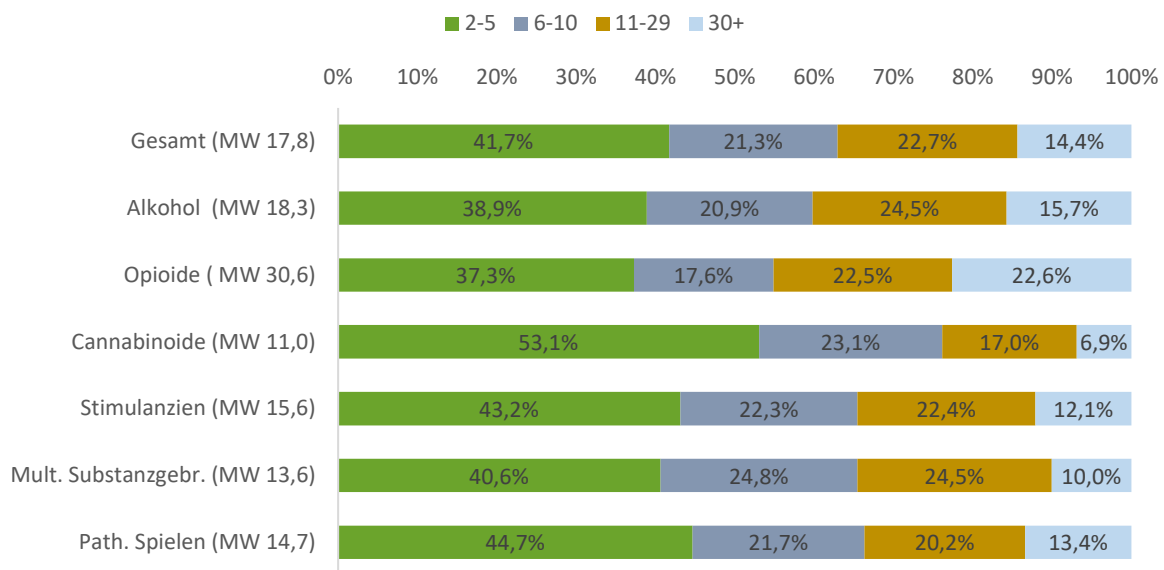
Kontaktzahl liegt bei Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung vor (Ø 9 Kontakte), dementsprechend haben hier 55% der Klienten im Verlauf ihrer Betreuung nur 2 bis 5 Kontakte.

Abbildung 30: Anzahl der Kontakte (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)



Bei Frauen liegt die durchschnittliche Zahl der Kontakte zur Suchthilfeeinrichtung im Verlauf der Betreuung bei 18 Kontakten (Abbildung 31). 42% der Frauen haben 2 bis 5 Kontakte, 44% haben zwischen 6 und 29 Kontakten und 14% 30 Kontakte und mehr. Die höchste durchschnittliche Kontaktzahl liegt bei Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung vor (Ø 31 Kontakte), mit deutlichem Abstand gefolgt von Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (Ø 18 Kontakte). Die geringste Kontakthäufigkeit weisen Frauen mit einer cannabinoidbezogenen Störung auf (Ø 11 Kontakte). Klientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung oder mit einer Glücksspielproblematik liegen mit ihrer durchschnittlichen Kontaktzahl (Ø 16 bzw. 15 Kontakte) im Mittelfeld. Bei allen drei Hauptdiagnosegruppen haben zwischen 43% (Stimulanzien) und 53% (Cannabinoide) der Klientinnen im Verlauf der Betreuung nur 2 bis 5 Kontakte.

Abbildung 31: Anzahl der Kontakte (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)



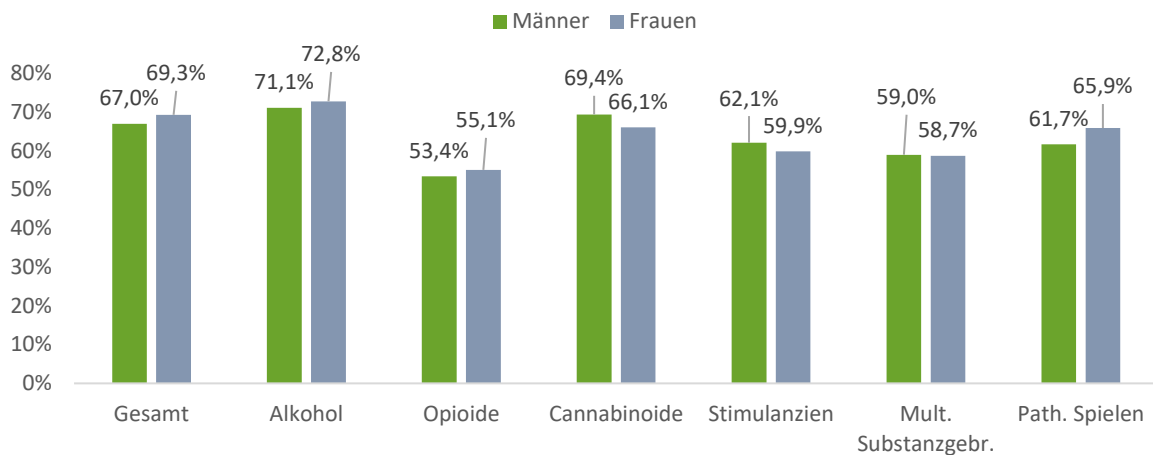
Frauen haben im Verlauf der Betreuung im Mittel häufiger Kontakt zur Suchthilfeeinrichtung als Männer (18 vs. 15 Kontakte). Die Hauptdiagnosegruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Kontakthäufigkeit nicht in der Reihenfolge, nur in der durchschnittlichen Kontaktzahl, die bei den Frauen durchgängig höher ist.

Art der Beendigung

Der Anteil planmäßiger Beendigungen⁹ liegt bei Männern bei 67%, wobei die Anteile in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen unterschiedlich hoch sind (Abbildung 32). Während Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung mit 71% den höchsten Anteil an planmäßigen Beendigungen aufweisen, beenden nur 53% der Klienten mit einer opioidbezogenen Störung ihre Betreuung planmäßig. Am zweithäufigsten beenden Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung ihre Betreuung nach Plan (69%). Bei Klienten mit einer stimulanzienbezogenen Störung (62%), einer Glückspielproblematik (je 62%) und multiplen Substanzgebrauch (59%) liegt der entsprechende Anteil etwas niedriger.

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

Abbildung 32: Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptdiagnose; ambulant)



Eine planmäßige Beendigung der Betreuung findet bei insgesamt 69% der Klientinnen statt, wobei dies mit 73% am häufigsten auf Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung zutrifft (Abbildung 32). Klientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik weisen mit jeweils 66% die zweithöchsten Anteile an planmäßigen Beendigungen auf. Klientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (60%) bzw. Multiplem Substanzgebrauch (59%) beenden die Betreuung etwas seltener planmäßig. Am seltensten endet die Betreuung für Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung planmäßig (55%).

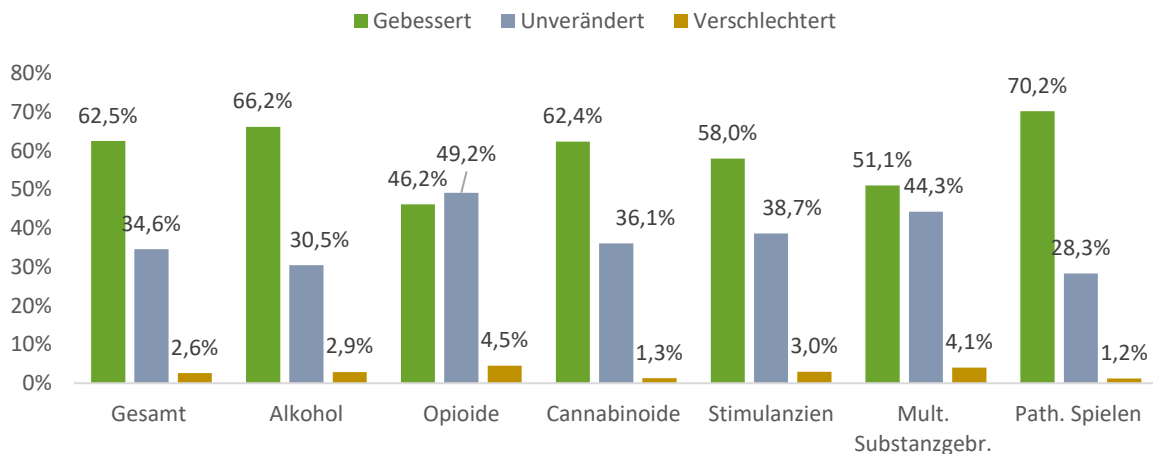
Frauen beenden etwas häufiger als Männer die Betreuung planmäßig. In der Rangreihe der Hauptdiagnosegruppen in Bezug auf die Häufigkeit der planmäßigen Beendigungen gibt es keine Unterschiede.

Behandlungsergebnis

Nach Einschätzung der betreuenden Mitarbeiter*innen weisen insgesamt 63% der Klienten am Ende der Betreuung am häufigsten eine Verbesserung des Problembereichs Suchtverhalten auf, während bei 35% keine Änderung und bei 3% eine Verschlechterung eingetreten ist (Abbildung 33). Am häufigsten zeigen sich Verbesserungen bei Klienten mit einer Glücksspielproblematik (70%), gefolgt von Klienten mit einer alkoholbezogenen Störung (66%). Deutlich seltener wird den Klienten in den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen eine Verbesserung attestiert, wobei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung die deutlich niedrigste Besserungsquote (46%) und Klienten mit einer cannabinoidbezogenen noch die beste Besserungsquote (62%) zugesprochen wird. Ein unverändertes Suchtverhalten wird am häufigsten bei Klienten mit einer opioidbezogenen Störung dokumentiert (49%), wohingegen dies bei Klienten mit einer Glücksspielproblematik am seltensten der Fall ist (28%). Eine

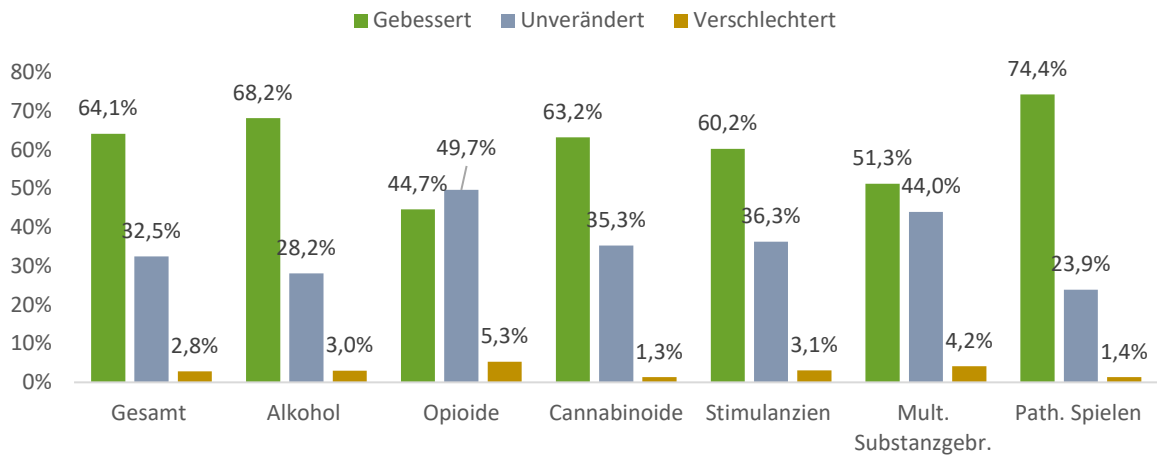
Verschlechterung des Problembereichs Suchtverhalten zum Betreuungsende tritt insgesamt selten ein, trifft jedoch auf 5% der Klienten mit einer opioidbezogenen Störung und 4% der Klienten mit einem Multiplen Substanzgebrauch zu.

Abbildung 33: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)



Die Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten wird von Mitarbeiter*innen der Suchthilfeeinrichtungen für 64% der Klientinnen als gebessert, für 33% als unverändert und für 3% als verschlechtert eingestuft (Abbildung 34). Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik weisen mit 74% die mit Abstand höchste Besserungsquote auf, gefolgt von Klientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung, von denen 68% eine Verbesserung im Problembereich Suchtverhalten erzielen. Klientinnen mit einer cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störung weisen zwar mit 63% und 60% etwas niedrigere Besserungsquoten auf, liegen damit aber noch deutlich über dem entsprechenden Anteil bei Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (51%) oder einer opioidbezogenen Störung (45%). Für Letztere wird am Betreuungsende bei 50% ein unverändertes Suchtverhaltens dokumentiert. Dies geschieht bei Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch am zweithäufigsten (44%) und bei Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik am seltensten (24%). Eine Verschlechterung des Problembereichs Suchtverhalten wird ebenfalls vor allem den Klientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (5%) und den Klientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch attestiert (4%).

Abbildung 34: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)

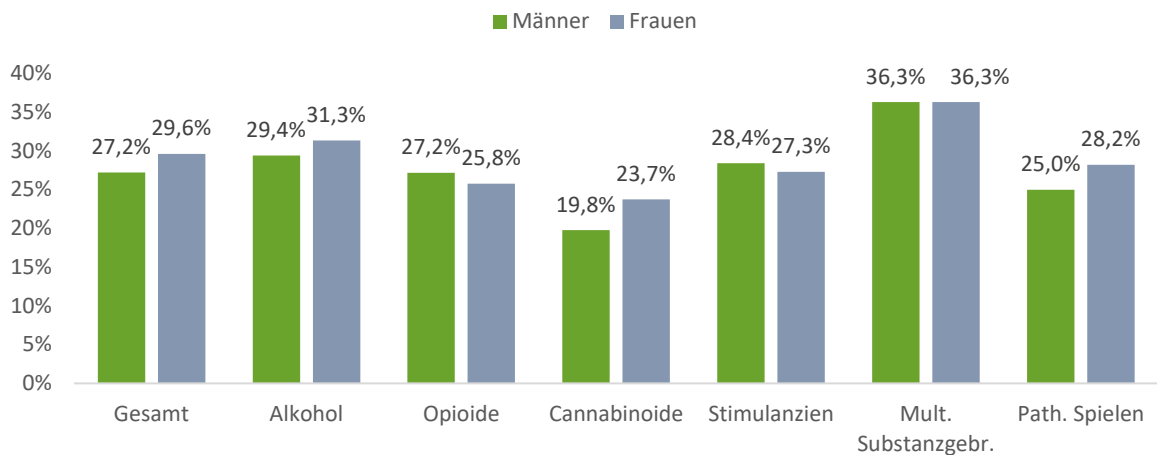


Insgesamt liegt kein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Besserung des Problembereichs Suchtverhalten vor. Die Hauptdiagnosegruppen sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit ähnlichen Häufigkeiten von Verbesserung, unverändertem Zustand und Verschlechterung betroffen.

Weitervermittlung nach Betreuungsende

Nach Beendigung der Betreuung werden 27% der Klienten in andere Betreuungs-/Behandlungsangebote weitervermittelt (Abbildung 35). Am häufigsten ist dies bei Klienten mit multiplem Substanzgebrauch der Fall (36%), am seltensten bei Klienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung (20%). In den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen liegt die Weitervermittlungsquote zwischen 25% (Pathologisches Spielen) und 29% (Alkoholbezogene Störung).

Abbildung 35: Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptdiagnosen; ambulant)



Nach Betreuungsende werden 30% der Klientinnen in andere Betreuungs-/Behandlungsangebote weitervermittelt (Abbildung 35). Am häufigsten betrifft dies Frauen mit multiplen Substanzgebrauch (36%), am seltensten Frauen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (24%). Für die weiteren dargestellten Hauptdiagnosen liegt die Weitervermittlungsquote zwischen 26% (opioidebezogene Störung) und 31% (alkoholbezogene Störung).

Frauen werden im Durchschnitt nach Betreuungsende etwas häufiger weitervermittelt als Männer (30% vs. 27%). Bei den Hauptdiagnosegruppen der opioide- und stimulanzenbezogenen Störungen ist die Weitervermittlungsquote jedoch geringfügig niedriger als bei Männern (Opioide: 26% vs. 27%, Stimulanzien: 27% vs. 28%).

3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 3: Zusammenfassung (Gesamt; ambulant)

	Männer	Frauen
N	213.174 74%	76.377 26%
Soziodemographie		
Ø Alter	38 Jahre	41 Jahre
Migrationshintergrund	21%	13%
Partnerschaft ja	44%	52%
Zusammenlebend ja	59%	64%
Zusammenlebend mit: (häufigste Nennungen)	50% Partner(in) 30% Eltern	57% Partner(in) 39% Kind(er)
Minderjährige eigene Kinder	25%	31%
Mit Schulabschluss	88%	90%
Mittlerer/höherer Schulabschluss	46%	58%
Mit Berufs-/Hochschulabschluss	61%	66%
Erwerbssituation (häufigste Nennung)	48% erwerbstätig	45% erwerbstätig
Suchtproblematik		
Häufigste Hauptdiagnosen	45% Alkohol, 22% Cannabinoide	57% Alkohol, 13% Cannabinoide
niedrigstes Alter bei Erstkonsum	15 Jahre (Alkohol, Cannabis)	16 Jahre (Alkohol, Cannabis)
Niedrigstes Alter bei Störungsbeginn	18 Jahre (Cannabinoide)	18 Jahre (Cannabinoide)
Häufigste Problembereiche	98% Sucht; 50% psychische Gesundheit; 38% Familie	98% Sucht; 63% psychische Gesundheit; 48% Familie
Betreuung		
Vermittlung in die Betreuung (Häufigste Nennungen)	50% ohne Vermittlung; 12% Polizei/Justiz	51% ohne Vermittlung; 8% soziales Umfeld
Anteil Erstbetreute	38%	36%
Hauptmaßnahme	87% Beratung/Betreuung	87% Beratung/Betreuung
Ø Dauer Betreuung	37 Wochen	41 Wochen
Ø Anzahl Kontakte	14,5 Kontakte	17,8 Kontakte
Planmäßige Beendigung	67%	69%
Problembereich Sucht „gebessert“	63%	64%
Weitervermittlung	27%	30%

4 Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen sind im Jahr 2020 insgesamt 77% Männer und 23% Frauen in Behandlung (Tabelle 4).

Tabelle 4: Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Geschlecht; stationär)

Männer		Frauen	
N	%	N	%
26.040	76,9%	7.799	23,1%

* Geschlecht unbestimmt: n=3

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die geschlechterbezogenen Fallzahlen in den sechs für die Berichterstattung ausgewählten Hauptdiagnosegruppen. Eine ausführliche Darstellung der Verteilung der wichtigsten Hauptdiagnosen in den beiden geschlechterbezogenen Gruppen findet sich in 4.2.

Tabelle 5: Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Hauptdiagnose stationär)

Hauptdiagnose	Männer	Frauen
Alkohol	13.635	4.742
	61,9%	70,8%
Opioide	936	220
	4,2%	3,3%
Cannabinoide	2.289	503
	10,4%	7,5%
Stimulanzien	1.327	439
	6,0%	6,6%
Andere psychotrope Substanzen/ Multipler Substanzgebrauch¹⁰	2.162	506
	9,8%	7,5%
Pathologisches Spielen	598	61
	2,7%	0,9%

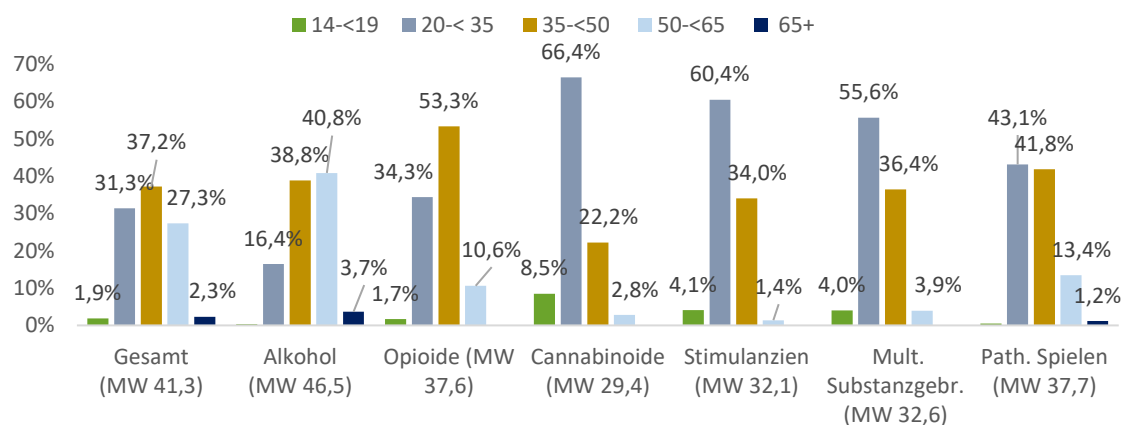
¹⁰ Im folgenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit diese Hauptdiagnose als „Multipler Substanzgebrauch“ bezeichnet.

4.1 Soziodemographische Merkmale der Patient*innen¹¹

Alter

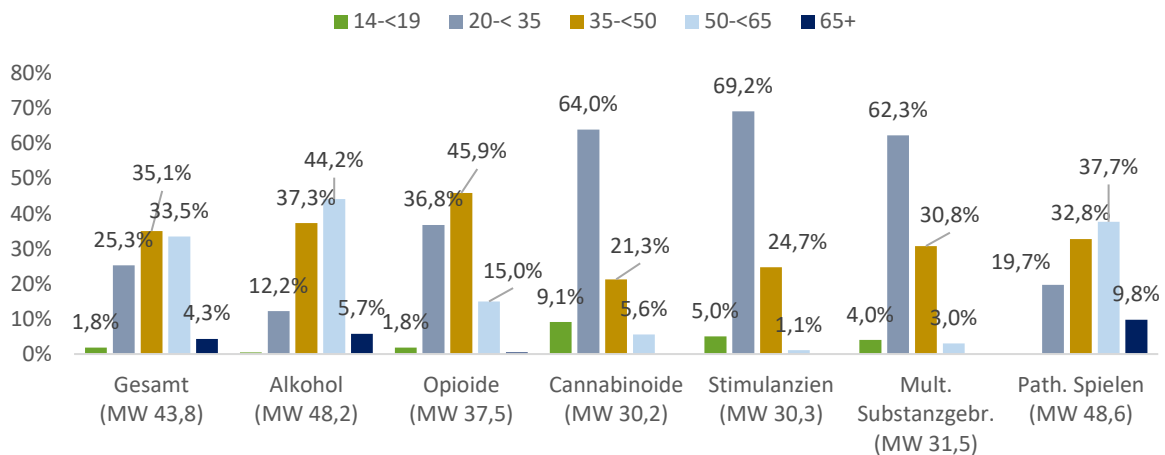
Das durchschnittliche Alter von Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen liegt bei 41 Jahren. Etwa je ein Drittel von ihnen befindet sich in der Altersgruppe von 20 bis <35 Jahre und von 35 bis <50 Jahre, etwas über ein Viertel ist zwischen 50 bis <65 Jahre alt (Abbildung 36). In den einzelnen Hauptdiagnosegruppen unterscheidet sich die Verteilung teilweise: bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung, die mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren die älteste Patientengruppe bilden, gehören 41% der Altersgruppe der 50 bis unter 65-Jährigen an, 4% sind 65 Jahre und älter. Dagegen befinden sich 66% der Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung, die mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren am jüngsten sind, in der Altersgruppe der 20 bis unter 35-Jährigen. Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung sind mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren die zweit- und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren die drittjüngste Gruppe. Auch in diesen Gruppen liegt der Altersschwerpunkt zwischen 20 und <35 Jahren (60% bzw. 56%). Dagegen befindet sich der Großteil der Patienten mit einer opioidbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik - beide mit einem Durchschnittsalter von jeweils 38 Jahren - im Alter zwischen 20 und unter 50 Jahren (88% bzw. 85%).

Abbildung 36: Alter (Männer; Hauptdiagnose; stationär)



¹¹ Der Begriff „Patient*innen“ schließt auch Rehabilitand*innen bzw. Bewohner*innen mit ein.

Abbildung 37: Alter (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Der Altersdurchschnitt von Patientinnen in stationären Einrichtungen der Suchthilfe liegt bei 44 Jahren (Abbildung 37).

Ein Viertel von ihnen ist zwischen 20 und 35 Jahre und jeweils ein Drittel zwischen 35 und <50-Jahre sowie zwischen 50 und <65-Jahre alt. Die Altersverteilung variiert je nach Hauptdiagnosegruppe. So sind Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik (\bar{x} 49 Jahre) und alkoholbezogener Störung (\bar{x} 48 Jahre) am ältesten. Dem entsprechend befindet sich der größte Teil von ihnen in der Altersgruppe der 50 bis unter 65-Jährigen (38% bzw. 44%) und nur in diesen beiden Gruppen ist auch ein nennenswerter Teil der Patientinnen 65 Jahre und älter (10% bzw. 6%). Mit einem durchschnittlichen Alter von jeweils 30 Jahren sind Patientinnen mit einer cannabinoid- und stimulanzenbezogenen Störung am jüngsten, gut zwei Drittel von ihnen sind zwischen 20 und <35 Jahre alt. Auch finden sich unter diesen Patientinnen bereits ein gewisser Anteil unter 19-jähriger Frauen (Cannabis: 9%; Stimulanzien: 5%). Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung weisen ein Durchschnittsalter von 38 Jahren auf und haben den Altersschwerpunkt zwischen 20 und <50 Jahren (83%).

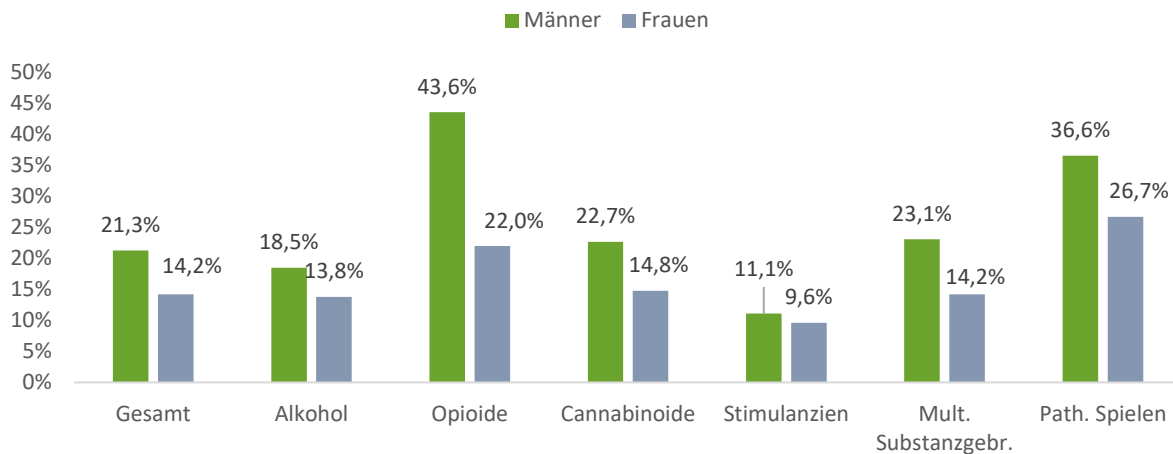
Frauen sind im Durchschnitt etwas älter als Männer (44 Jahre vs. 41 Jahre). Bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen trifft dies nur auf alkohol- und cannabinoidbezogene Störungen und Pathologisches Spielen zu (49 vs. 47 Jahre; 30 vs. 29 Jahre und 49 vs. 38 Jahre).

Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund liegt bei insgesamt 21% der Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen vor, wobei deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen bestehen (Abbildung 38): Mit Abstand am häufigsten haben Patienten mit einer

opioidbezogenen Störung (44%) einen Migrationshintergrund, gefolgt von Patienten mit einer Glücksspielproblematik (37%). Die geringsten Anteile weisen Patienten mit einer stimulanzen- oder alkoholbezogenen Störung auf (11% bzw. 19%). Mit jeweils 23% liegt die Migrationsquote unter Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch im Mittelfeld.

Abbildung 38: Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; stationär)



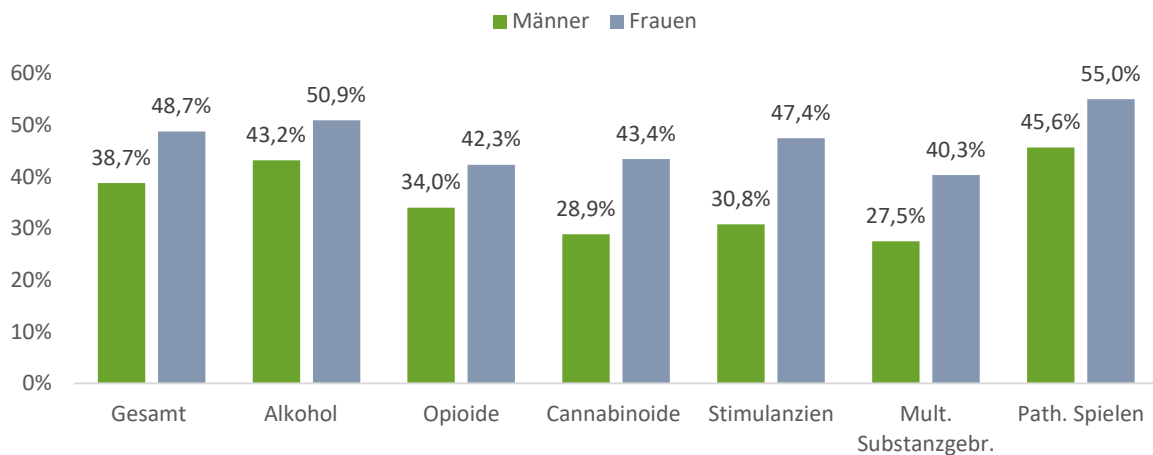
Der Anteil an Patientinnen mit Migrationshintergrund liegt bei 14%, wobei deutliche Unterschiede je nach Hauptdiagnose bestehen (Abbildung 38). Am häufigsten haben Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik einen Migrationshintergrund (27%). Bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch ist der Anteil lediglich halb so hoch (je 14%). Die niedrigste Migrationsquote findet sich bei Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (10%).

Männer haben häufiger einen Migrationshintergrund als Frauen (21% vs. 14%). Das trifft auch auf alle der dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu.

Partnerschaft

Insgesamt leben 39% der Patienten in einer festen Partnerschaft. Die Partnerschaftssituation stellt sich in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen sehr unterschiedlich dar: mit Abstand am häufigsten leben Patienten mit einer Glücksspielproblematik (46%) und Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (43%) in einer Partnerschaft (Abbildung 39). Am seltensten ist dies bei Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (28%) der Fall, gefolgt von Patienten mit einer cannabinoid- (29%) bzw. einer stimulanzenbezogenen Störung (31%).

Abbildung 39: Partnerschaft ja (Hauptdiagnose; stationär)



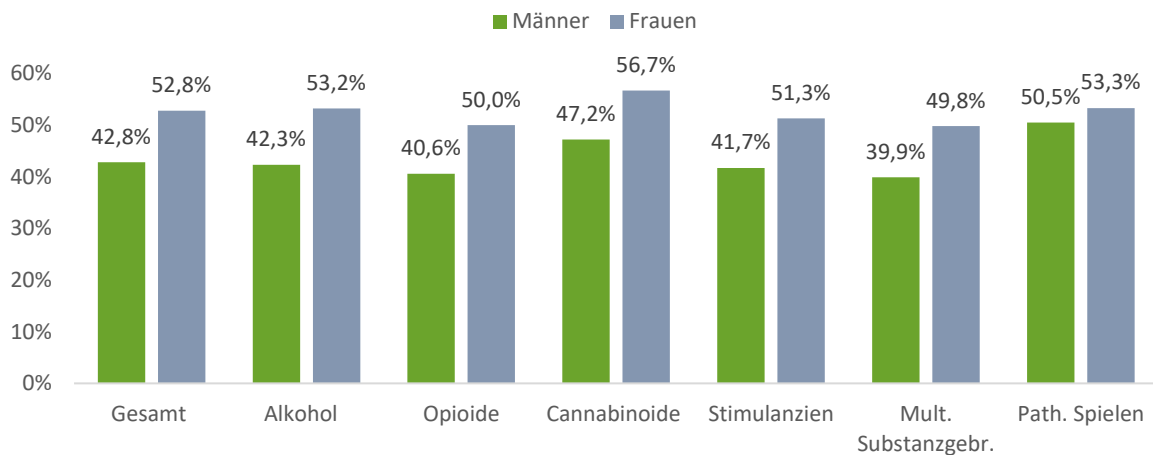
Fast die Hälfte der Patientinnen (49%) lebt in einer festen Partnerschaft (Abbildung 39). In allen Hauptdiagnosegruppen liegt dieser Anteil bei mindestens 40%. Am häufigsten haben Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik einen Partner oder eine Partnerin (jeweils 55%), gefolgt von Patientinnen mit einer alkohol- bzw. einer stimulanzienbezogenen Störung (51% bzw. 47%). Mit 40% befinden sich Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch am seltensten in einer festen Partnerschaft auf.

Frauen leben deutlich häufiger als Männer in festen Partnerschaften (49% vs. 39%). Dies ist auch in allen der dargestellten Hauptdiagnosegruppen der Fall.

Lebenssituation

Von den in stationären Suchthilfeeinrichtungen behandelten Patienten leben insgesamt 43% mit anderen Personen zusammen (d.h. mit einem/r Partner*in, den Eltern, anderen Personen oder in einer institutionalisierten Form, z.B. Wohnheim; Abbildung 40). Dieser Anteil variiert etwas zwischen den Hauptdiagnosegruppen zwischen 51% bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik und 40% bei Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch.

Abbildung 40: Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose; stationär)

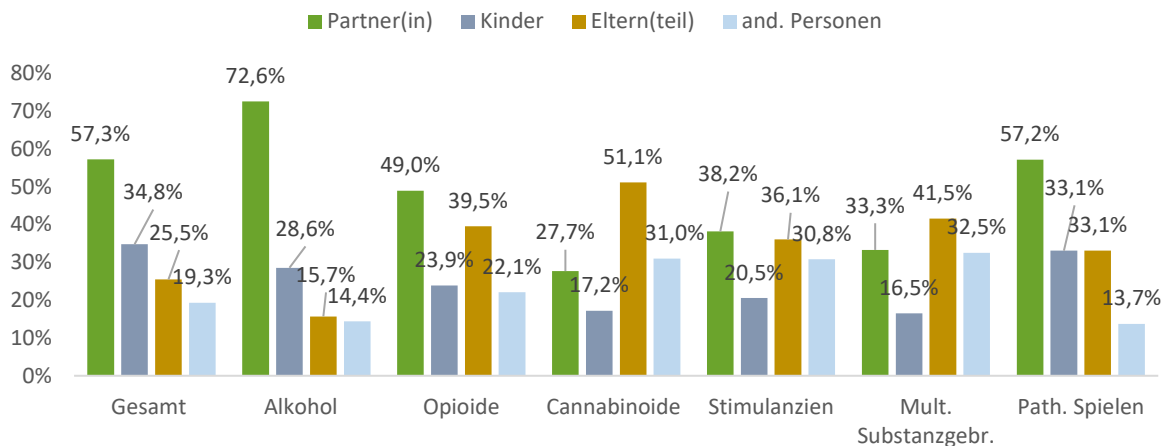


Mehr als die Hälfte (53%) der Patientinnen lebt mit einer oder mehreren anderen Personen zusammen (Abbildung 40). Auch innerhalb der betrachteten Hauptdiagnosegruppen leben Frauen überwiegend nicht allein, wobei dieser Anteil zwischen 57% bei Patientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen und jeweils 50% bei Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch oder opioidbezogenen Störungen variiert.

Frauen leben deutlich häufiger mit anderen Personen zusammen als Männer (53% vs. 43%). Das gilt auch für alle der dargestellten Hauptdiagnosegruppen.

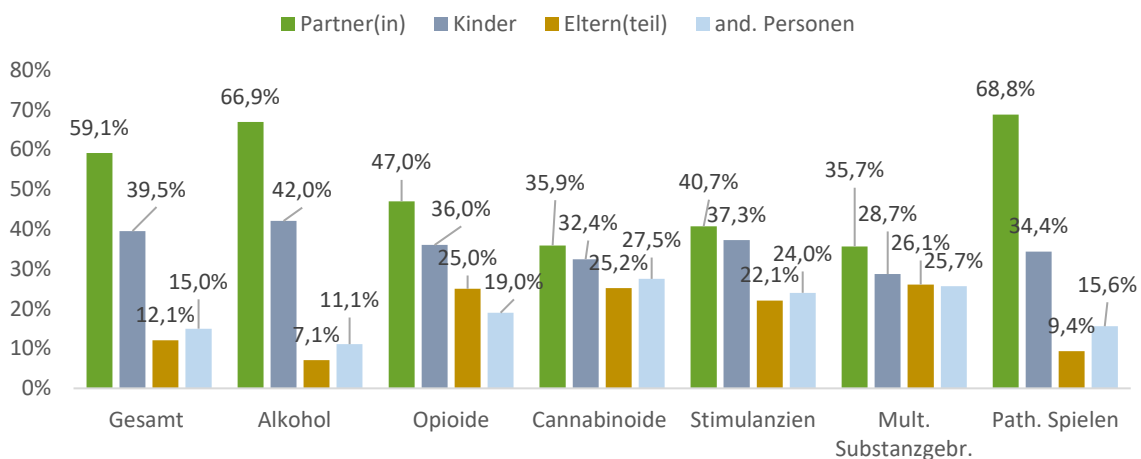
Von den Patienten, die nicht allein leben, lebt insgesamt mehr als die Hälfte mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen (57%), 35% mit Kind(ern), 26% mit den Eltern oder einem Elternteil und 19% mit anderen Personen zusammen (Abbildung 41). Die Anteilsverteilung ist mit der bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik oder einer alkoholbezogenen Störung vergleichbar, wobei bei letztere am häufigsten mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben (73%). Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung leben am seltensten mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen (28%). Hier lebt noch mehr als jeder zweite bei seinen Eltern (51%). Dies trifft bei den übrigen Patientengruppen jeweils auf etwa ein Drittel zu, lediglich bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen ist der entsprechende Anteil nochmals deutlich niedriger (14%). Mit einem oder mehreren eigenen minderjährigen Kindern leben am häufigsten Patienten mit einer Glücksspielproblematik (33%) oder alkoholbezogenen Störungen (29%) zusammen. Am seltensten betrifft dies Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (17%).

Abbildung 41: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Männer; Hauptdiagnose; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 42: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

Von den Patientinnen, die nicht allein leben, leben 59% mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen, 40% mit einem oder mehreren Kindern, 12% mit den Eltern oder einem Elternteil und 15% mit anderen Personen (Abbildung 42). Ein Zusammenleben mit Partner oder Partnerin liegt am häufigsten bei Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik oder alkoholbezogenen Störungen vor (69% bzw. 67%), am seltensten ist diese Lebensform bei Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch oder cannabinoidbezogener Störung (je 36%). Der Anteil der Patientinnen, die mit Kind(ern) zusammenleben, ist bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung besonders hoch (42%), liegt aber auch in fast allen anderen Hauptdiagnosegruppen bei etwa einem Drittel. Mit Ausnahme der Patientinnen mit alkoholbezogener Störung bzw.

einer Glücksspielproblematik (7% bzw. 9%), lebt in den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen jeweils ca. ein Viertel der Patientinnen bei den Eltern.

Frauen und Männer leben ähnlich häufig mit einem Partner/einer Partnerin (59% und 57%) zusammen. Frauen leben etwas häufiger mit einem oder mehreren Kindern zusammen (40% und 35%) und erheblich seltener mit den Eltern (12% und 26%). Diese Unterschiede zeigen sich auch in den einzelnen dargestellten Hauptdiagnosegruppen.

Eigene minderjährige Kinder

Die Mehrzahl der Patienten hat kein eigenes minderjähriges Kind (70%), 18% haben ein Kind und 13% haben mindestens zwei Kinder (Abbildung 43). Der Anteil an Patienten ohne eigene minderjährige Kinder ist in allen Hauptdiagnosegruppen hoch, die höchsten Werte finden sich bei den Patienten mit cannabinoid- oder alkoholbezogenen Störungen (75% bzw. 71%). Nur ein eigenes minderjähriges Kind haben vor allem Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (23%), gefolgt von Patienten mit opioidbezogenen Störungen (21%) und einer Glücksspielproblematik (20%). Mehrere eigene minderjährige Kinder haben am häufigsten Patienten mit einer Glücksspielproblematik (18%).

Abbildung 43: Anzahl eigene minderjährige Kinder (Männer, Hauptdiagnosen, stationär)

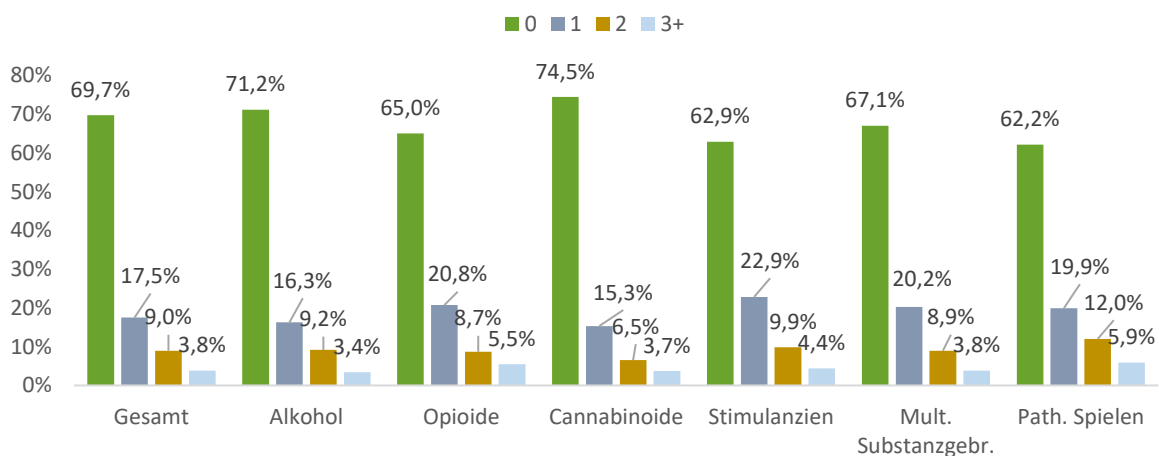
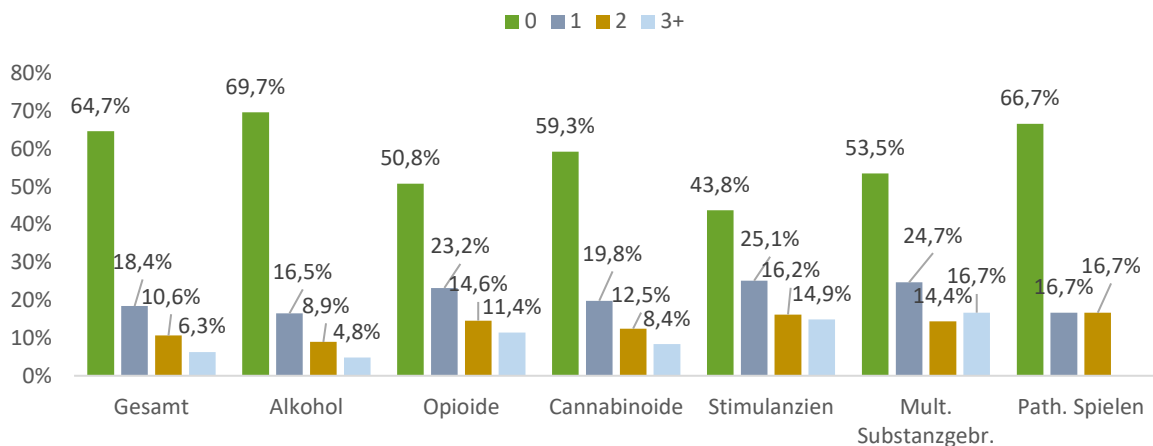


Abbildung 44: Anzahl eigene minderjährige Kinder (Frauen, Hauptdiagnosen, stationär)



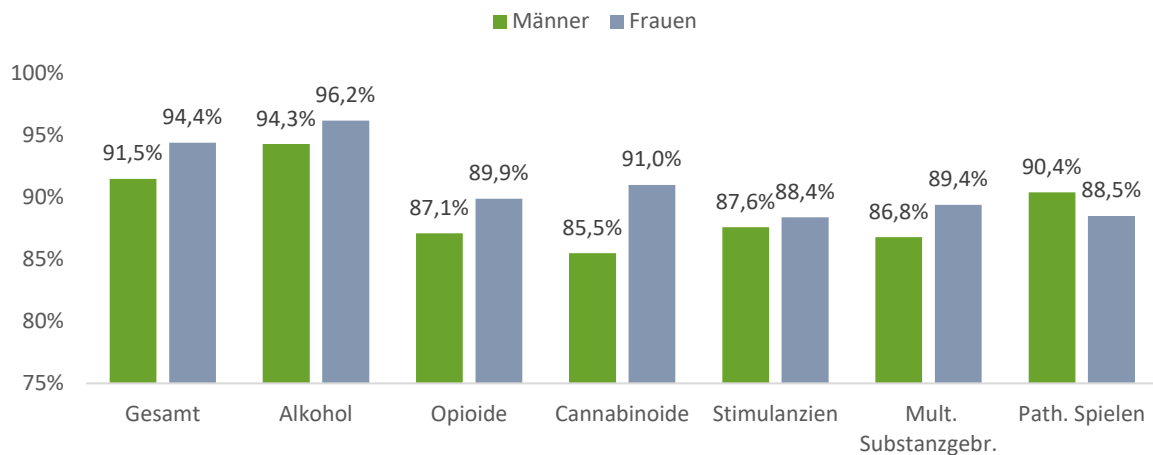
Knapp zwei Drittel (65%) der Patientinnen haben keine eigenen minderjährigen Kinder, 18% haben ein Kind und 17% mindestens zwei Kinder (Abbildung 44). Die Anteile variieren in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen: Während Patientinnen mit alkoholbezogener Störung oder einer Glücksspielproblematik mit Abstand am häufigsten keine eigenen minderjährigen Kinder haben (70% bzw. 67%), liegt der Anteil in den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen zum Teil deutlich darunter. Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung haben am häufigsten eigene minderjährige Kinder (56%). Jeweils etwa ein Viertel der Patientinnen mit stimulanzien- oder opioidbezogenen Störungen (25% bzw. 23%) sowie der Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (25%) haben nur ein eigenes minderjähriges Kind, mehrere eigene minderjährige Kinder haben am häufigsten Patientinnen mit stimulanzienbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch (je 31%).

Männer sind etwas häufiger als Frauen kinderlos (70% vs. 65%). Frauen haben häufiger mehrere eigene minderjährige Kinder (17% vs. 13%), was auch auf die verschiedenen dargestellten Hauptdiagnosegruppen zutrifft.

Schulische Bildung

Die überwiegende Mehrheit der Patienten hat eine abgeschlossene Schulbildung (92%; Abbildung 45). Die Anteile unterscheiden sich etwas in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen, ohne dass es deutliche Abweichungen nach unten gibt. Patienten mit einer cannabinoid- bzw. opioidbezogenen Störung (86% bzw. 87%) oder Multiplem Substanzgebrauch (87%) haben am seltensten die Schule erfolgreich abgeschlossen. Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik verfügen häufiger über einen Schulabschluss (94% bzw. 90%).

Abbildung 45: Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose; stationär)



Patientinnen haben zum größten Teil (94%) eine abgeschlossene Schulausbildung (Abbildung 45). Jedoch variieren die Anteile in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen. Mit Abstand am höchsten ist der Anteil bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (96%), gefolgt von Patientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung (91%). Am seltensten haben Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik die Schule erfolgreich abgeschlossen (88% bzw. 89%).

Frauen haben etwas häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung als Männer (94% vs. 92%). Dies ist auch in fast allen dargestellten Hauptdiagnosegruppen der Fall (Ausnahme: Pathologisches Spielen).

Patienten haben insgesamt etwas häufiger einen mittleren oder höheren Schulabschluss als einen Hauptschulabschluss (46% und 43%; Abbildung 46). Das gilt nur bedingt für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen. Nur Patienten mit alkoholbezogener Störung haben häufiger einen mittleren/höheren Schulabschluss als einen Hauptschulabschluss (49% und 42%). Bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik sind beide Formen des Abschlusses gleich häufig (je 44%). In allen anderen Hauptdiagnosegruppen verhält es sich umgekehrt, es liegen mehr Hauptschulabschlüsse als mittlere/höhere Schulabschlüsse vor. Bei Patienten mit einer opioidbezogenen Störung ist der Unterschied am größten: hier hat etwa ein Drittel einen mittleren/höheren Schulabschluss (34%) und über die Hälfte (52%) hat einen Hauptschulabschluss.

Abbildung 46: Höchster Schulabschluss (Männer; Hauptdiagnose; stationär)

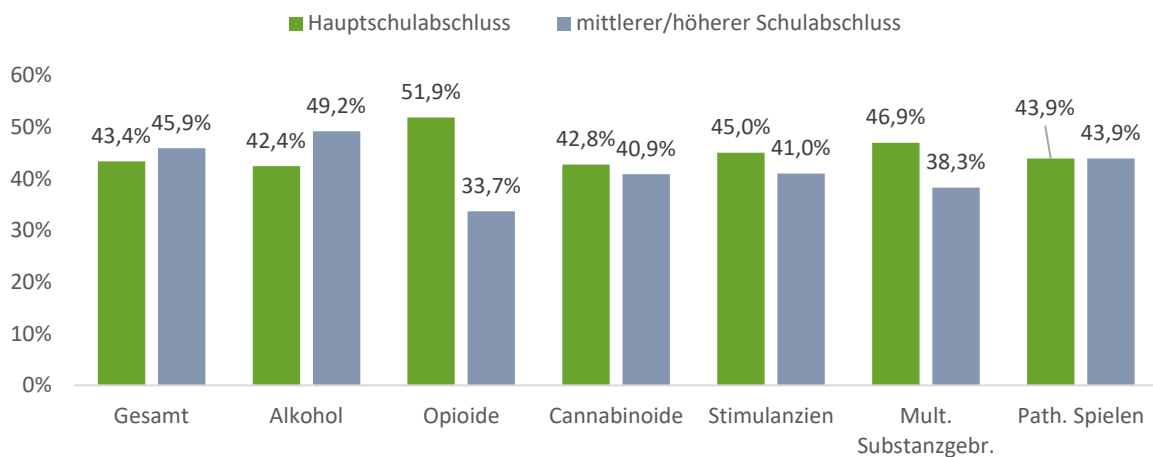
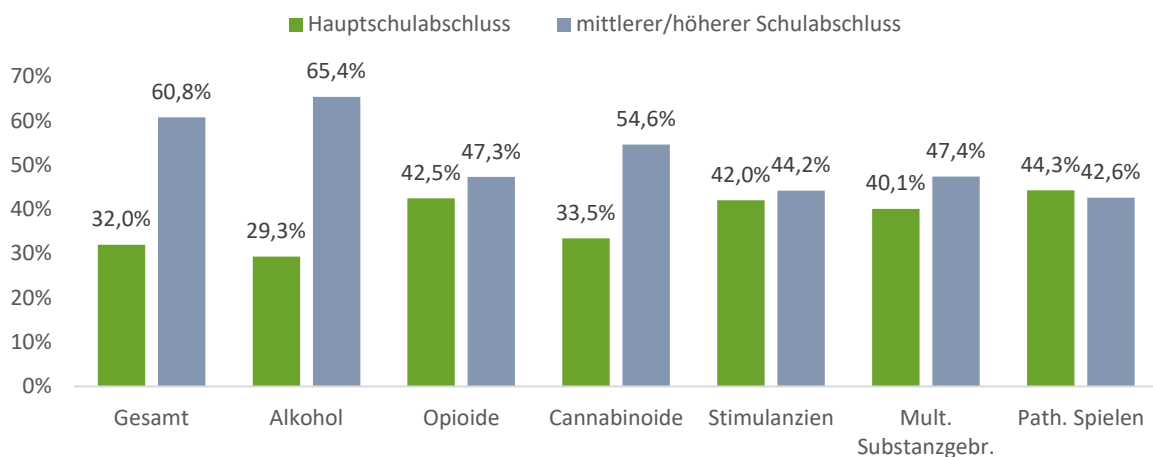


Abbildung 47: Höchster Schulabschluss (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Bei den Patientinnen liegt erheblich häufiger ein mittlerer oder höherer Schulabschluss vor als ein Hauptschulabschluss (61% und 32%; Abbildung 47). Diese Verteilung liegt in der Tendenz bei fast allen Hauptdiagnosegruppen vor (Ausnahme: Pathologisches Spielen, hier sind mittlerer/höherer (43%) und Hauptschulabschluss (44%) ähnlich häufig). Am deutlichsten ist der Überhang mittlerer/höherer Schulabschlüsse bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung, wo der mittlere/höhere Schulabschluss (65%) mehr als doppelt so häufig zu finden ist wie der Hauptschulabschluss (29%). Auch bei Patientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt eine deutliche Schiefverteilung vor: hier haben 55% der Patientinnen einen mittleren/höheren Schulabschluss und nur 34% einen Hauptschulabschluss.

Frauen haben deutlich häufiger als Männer einen mittleren oder höheren Schulabschluss (61% vs. 46%). Das trifft ebenfalls auf fast alle der dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu (Ausnahme: Pathologisches Spielen; aber geringes N bei Frauen).

Berufliche Bildung

Eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung liegt bei 67% der Patienten vor, 22% haben keinen berufsbildenden Abschluss (Abbildung 48). In den einzelnen Hauptdiagnosegruppen stellt sich die Situation jedoch sehr unterschiedlich dar: Hohe Quoten an berufsbildenden Abschlüssen findet sich hier vor allem bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (79%) oder einer Glücksspielproblematik (66%) mit jeweils entsprechend niedrigen Anteilen an Patienten ohne berufsbildenden Abschluss (14% bzw. 19%). In allen anderen dargestellten Hauptdiagnosegruppen zeigt sich ein anders Bild: hier hat jeweils ein Drittel der Patienten keinen Abschluss und lediglich in der Gruppe mit einer stimulanzenbezogenen Störung verfügt über die Hälfte der Patienten über einen berufsbildenden Abschluss 52%.

Abbildung 48: Ausbildung (Männer; Hauptdiagnose; stationär)

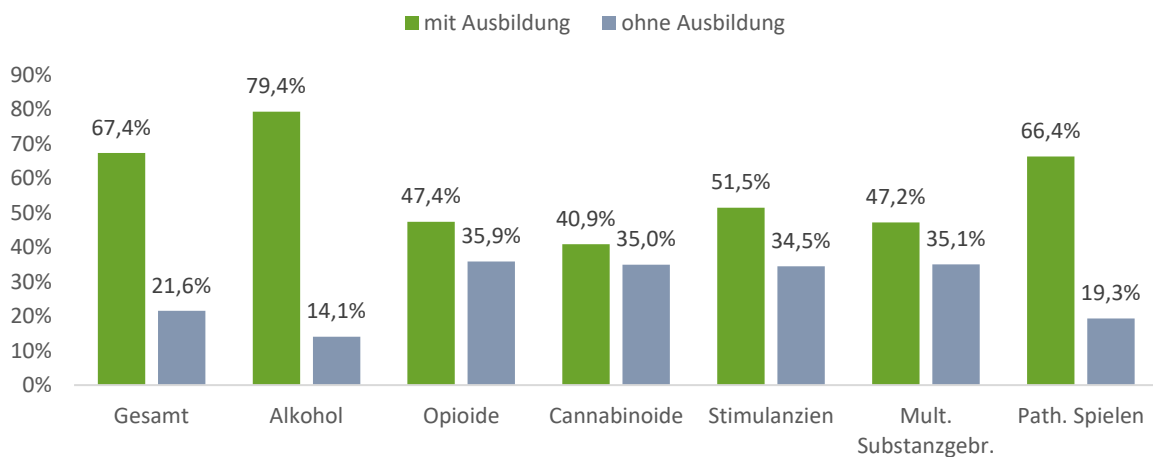
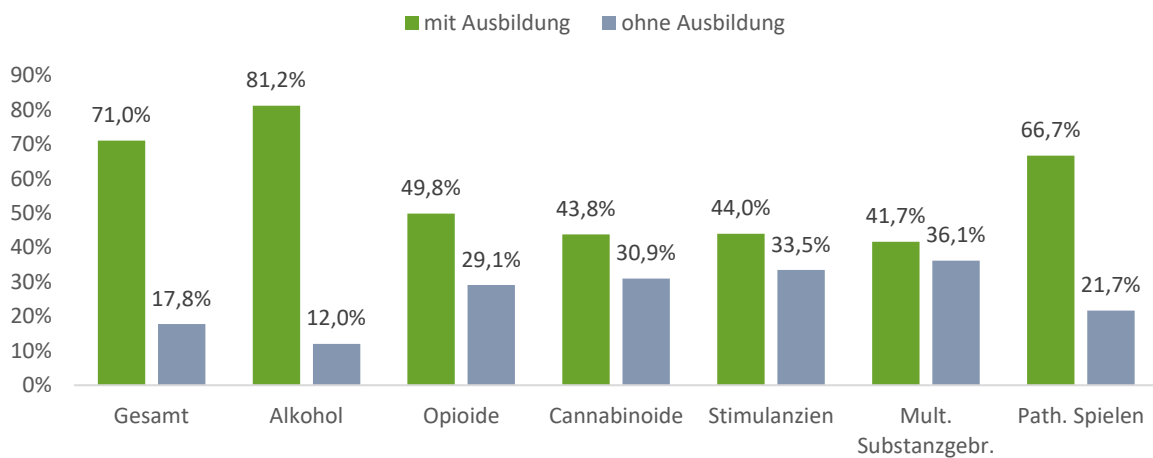


Abbildung 49: Ausbildung (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Patientinnen weisen zu 71% eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung auf, 18% von ihnen haben keinen berufsbildenden Abschluss erreicht (Abbildung 49). Dies gilt jedoch nur für Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung oder in geringerer Ausprägung Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik: In beiden Gruppen ist der Anteil mit einer abgeschlossenen Berufs- oder Hochschulausbildung mit 81% und 67% hoch und vergleichsweise wenige Frauen haben keinen berufsbildenden Abschluss (12% bzw. 22%). In den übrigen Hauptdiagnosegruppen liegt der Anteil an Patientinnen mit einem berufsbildenden Abschluss zwischen 42% (Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch) und 50% (Patientinnen mit opioidbezogener Störung). Entsprechend häufig haben hier Patientinnen keinen berufsbildenden Abschluss vorzuweisen, die Anteile liegen zwischen 29% (Patientinnen mit opioidbezogener Störung) und 36% (Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch).

Frauen haben häufiger eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung als Männer (71% vs. 67%). Das gilt auch für fast alle dargestellten Hauptdiagnosegruppen. Ausnahmen bilden die stimulanzenbezogene Störung und Multipler Substanzgebrauch. Hier haben Männer häufiger einen Abschluss als Frauen (52% vs. 44%; 47% vs. 42%).

Erwerbssituation

Insgesamt sind 34% der Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen vor Beginn ihrer Behandlung erwerbstätig, 51% sind arbeitslos (ALG I und II) und 14% sind Nichterwerbspersonen (Abbildung 50). Diese Verteilung findet sich in ähnlicher Form bei Patienten mit alkoholbezogener Störung wieder: hier sind 40% erwerbstätig und 46% arbeitslos, die anderen Hauptdiagnosegruppen weisen zum Teil erhebliche Abweichungen auf. So sind Patienten mit einer opioidbezogenen Störung am seltensten erwerbstätig (15%), bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik ist es die Hälfte (50%). Unter Patienten mit einer opioidbezogenen oder stimulanzenbezogenen Störung (68% bzw. 64%) oder Multiplem Substanzgebrauch (65%) sind jeweils rund zwei Drittel arbeitslos.

Abbildung 50: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Männer; Hauptdiagnose; stationär)

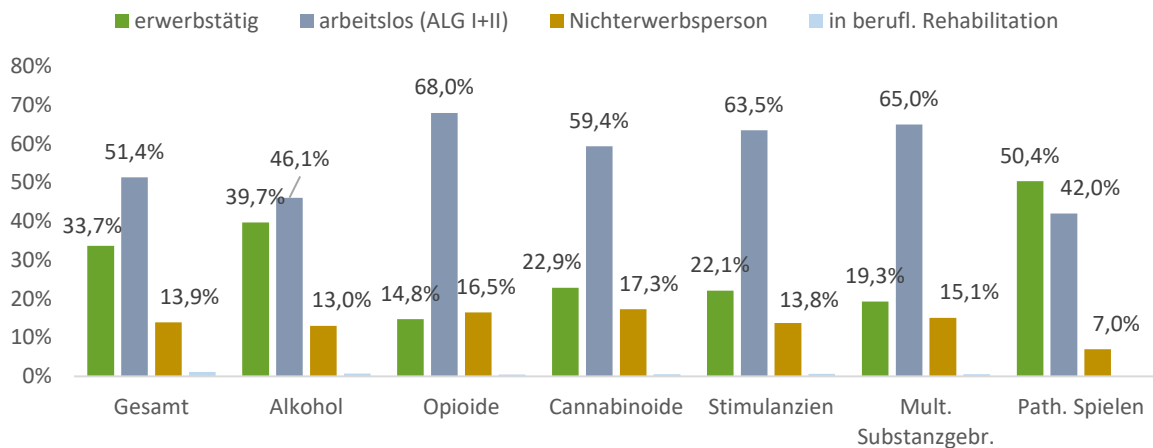
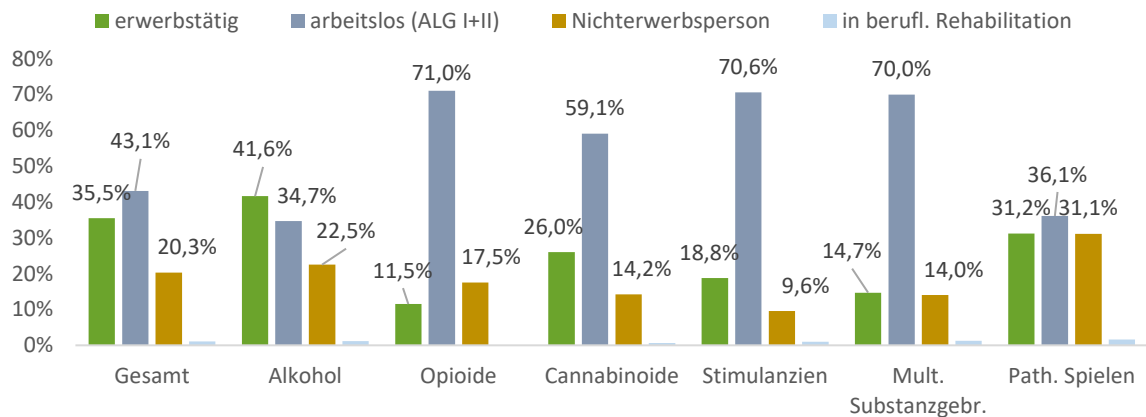


Abbildung 51: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Zu Beginn ihrer Behandlung sind 36% der Patientinnen erwerbstätig, 43% arbeitslos (ALG I und II) und 20% Nichterwerbspersonen (Abbildung 51). Diese Verteilung variiert zwischen den Hauptdiagnosegruppen erheblich. Während 42% der Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung erwerbstätig sind, ist das nur bei 12% der Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung der Fall. Entsprechend hoch ist hier die Arbeitslosenquote (71%). Ähnlich häufig sind auch Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung (71%) und mit Multiplem Substanzgebrauch (70%) arbeitslos. Patientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik liegen hinsichtlich ihrer Erwerbstätigenquote mit 26% und 31% im Mittelfeld, jedoch ist der Arbeitslosenanteil bei Patientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen mit 59% ebenfalls recht hoch.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit besteht nur ein geringfügiger Unterschied zwischen Männern und Frauen (34% vs. 36%), Männer sind aber etwas häufiger arbeitslos (51% vs. 43%) und Frauen sind häufiger Nichterwerbspersonen (20% vs. 14%).

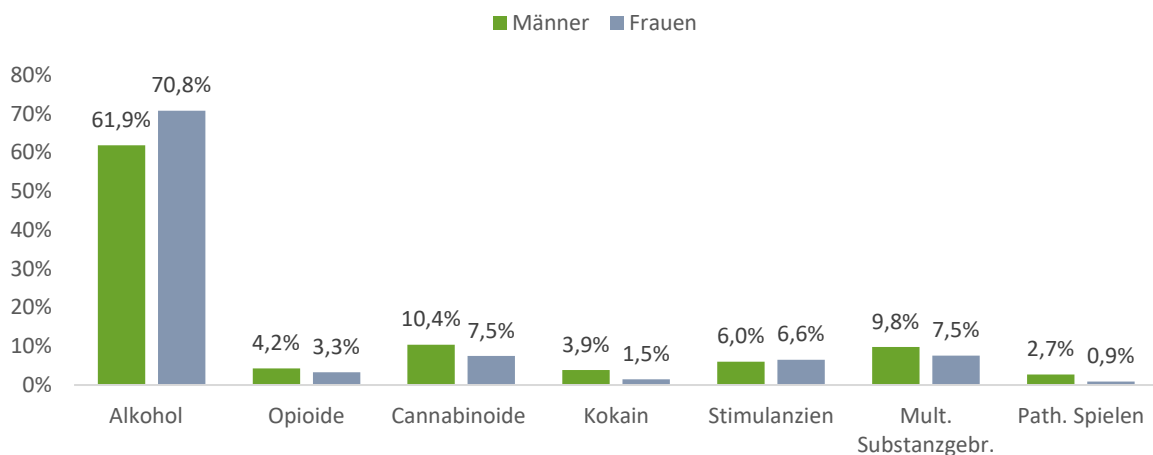
4.2 Problematik der Patient*innen zu Behandlungsbeginn

4.2.1 Suchtspezifische Situation

Hauptdiagnosen

Die häufigste Hauptdiagnosen bei Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen sind alkoholbezogene Störungen (62%), gefolgt von cannabinoidbezogenen Störungen (10%) und Multiplem Substanzgebrauch (10%; Abbildung 52). Stimulanzienbezogene Störungen liegen bei 6% der Patienten vor, opioid- und kokainbezogene Störungen bei jeweils 4%. Die geringste Häufigkeit der hier dargestellten Hauptdiagnosen weist das Pathologische Spielen (3%) auf.

Abbildung 52: Häufigste Hauptdiagnosen (stationär)



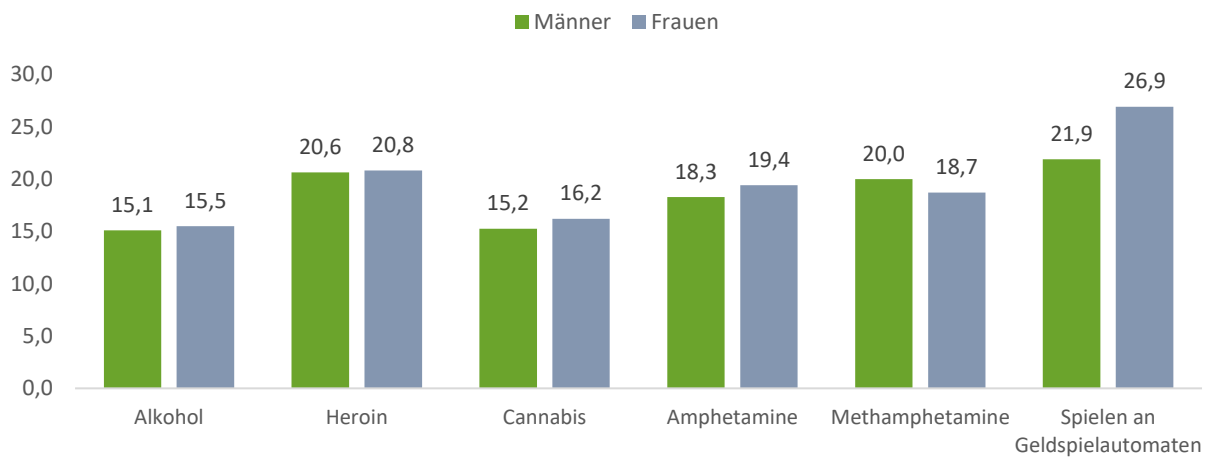
Patientinnen sind am häufigsten wegen einer alkoholbezogenen Störung (71%) in stationären Einrichtungen der Suchthilfe (Abbildung 52). Die zweithäufigsten Hauptdiagnosen sind mit je 8% die cannabinoidbezogene Störung und der Multiple Substanzgebrauch. Eine stimulanzienbezogene Störung liegt bei 7% der Patientinnen vor und eine opioidbezogene Störung bei 3%. Kaum eine Rolle spielen die kokainbezogene Störung (2%) sowie das Pathologische Spielen (1%)

Männer weisen bei fast allen Hauptdiagnosen höhere Häufigkeiten auf als Frauen. Ausnahmen bilden alkoholbezogene Störungen, die bei Frauen deutlich häufiger (71% vs. 62%) und stimulanzienbezogene Störungen, die bei Frauen etwas häufiger sind (7% vs. 6%).

Alter bei Erstkonsum

Alkohol und Cannabis sind die Substanzen, die am frühesten, im Alter von durchschnittlich 15 Jahren, von Patienten konsumiert werden (Abbildung 53). Deutlich später, mit durchschnittlich 18 Jahren erfolgt der Erstkonsum von Amphetaminen, Methamphetamine werden erstmalig mit durchschnittlich 20 Jahren konsumiert. Der Heroinkonsum beginnt im Durchschnitt mit 21 Jahren, noch später mit im Mittel 22 Jahren beginnen Patienten mit dem Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen.

Abbildung 53: Alter bei Erstkonsum (Jahre; Hauptsubstanz; stationär)



Frauen beginnen mit durchschnittlich 16 Jahren mit dem Konsum von Alkohol und Cannabis (Abbildung 53). Der Erstkonsum von Amphetaminen und Methamphetaminen erfolgt erst deutlich später mit im Durchschnitt 19 Jahren. Mit 21 Jahren konsumieren die Patientinnen erstmals Heroin und mit 27 Jahren beginnen sie mit dem Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen.

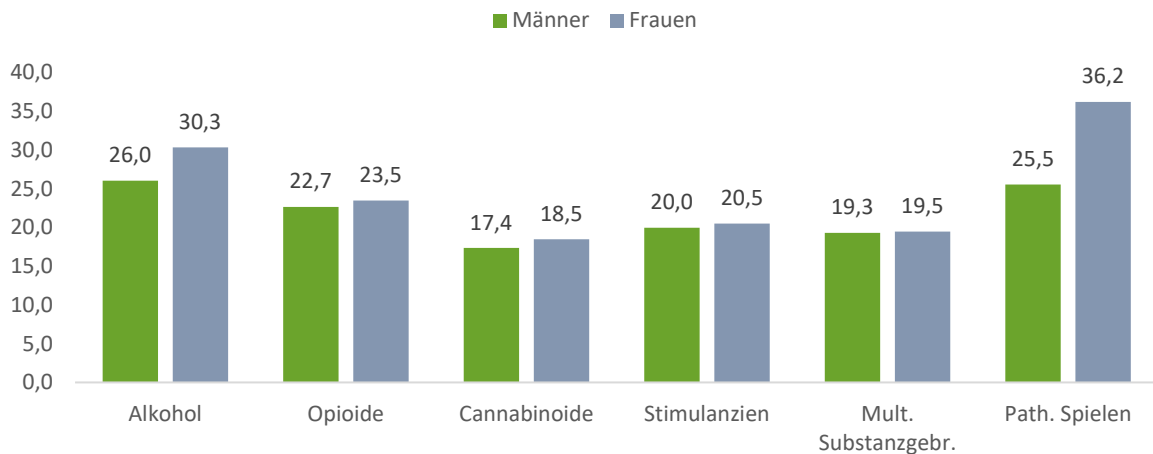
Hinsichtlich des Alters bei Erstkonsum bestehen einige geschlechtsspezifische Unterschiede. So erfolgt der erste Konsum von Cannabis und Amphetaminen bei Frauen etwa ein Lebensjahr später (16 vs. 15 Jahre; 19 vs. 18 Jahre), bei Methamphetaminen ein Jahr früher als bei Männern (19 und 20 Jahre). Mit dem Spielen an Geldspielautomaten beginnen Frauen deutlich später als Männer (27 Jahre vs. 22 Jahre).

Alter bei Störungsbeginn

Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung datieren den Beginn ihrer Störung durchschnittlich auf das Alter von 17 Jahren, was das früheste berichtete Durchschnittsalter für den Beginn einer Störung ist (Abbildung 54). Ebenfalls früh, mit im Mittel 19 Jahren, beginnt laut

den Angaben der Patienten, die Störung aufgrund eines Multiplen Substanzgebrauchs und mit im Mittel 20 Jahren die stimulanzenbezogene Störung. Den Beginn der opioidbezogenen Störung legen Patienten auf das Alter von durchschnittlich 23 Jahren fest. Auf ein höheres mittleres Alter werden der Beginn der alkoholbezogenen Störung und der Glücksspielproblematik datiert (jeweils 26 Jahre).

Abbildung 54: Alter bei Störungsbeginn (Jahre; Einzeldiagnose; stationär)



Der früheste Beginn einer Störung, den Patientinnen angeben, ist das Durchschnittsalter von 19 Jahren bei der cannabinoidbezogenen Störung (Abbildung 54). Auf durchschnittlich 20 Jahre legen Patientinnen den Beginn einer Störung durch Multiplen Substanzgebrauch fest, auf 21 Jahre den Beginn der stimulanzenbezogenen Störung. Die opioidbezogene Störung beginnt laut den Angaben der Patientinnen mit durchschnittlich 24 Jahren. Mit großem Abstand folgt im Alter von 30 Jahren der Beginn der alkoholbezogenen Störung und mit im Durchschnitt 36 Jahren der Beginn der Glücksspielproblematik (Abbildung 54).

Bei Frauen setzt der Störungsbeginn bei allen dargestellten Substanzen später ein als bei Männern, zum Teil nur geringfügig später (Opioiden: 24 vs. 23 Jahre), zum Teil deutlich später (Pathologisches Spielen: 36 vs. 26 Jahre). Ausnahme sind die stimulanzenbezogene Störung und die Störung durch multiplen Substanzgebrauch, die bei Männern und Frauen im gleichen Alter beginnen.

4.2.2 Häufigste Problembereiche

Die Problemlagen im Zusammenhang mit substanzbezogenen Störungen oder Abhängigkeits-erkrankungen sind erwartungsgemäß für fast alle Patienten (99%) der zu Beginn ihrer Behandlung vorrangige Problembereich (Abbildung 55). Die zweitgrößte Problematik stellt für die

Patienten der Bereich psychische Gesundheit (77%) dar. Die weiteren drei häufigsten Problembereiche liegen mit je 64% gleichauf: die Schul-/Ausbildungs- und Arbeitssituation, die körperliche Gesundheit sowie die Freizeit. Die Rangreihe der Problembereiche ist in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen unterschiedlich. So bildet der Bereich psychische Gesundheit zwar in allen Hauptdiagnosen den zweithäufigsten Problembereich, jedoch mit unterschiedlicher Häufigkeit. Während er für 84% der Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch belastend ist, gilt dies nur für 66% der Patienten mit einer Glücksspielproblematik und 74% der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung. Die Schul-/Ausbildungs- und Arbeitssituation ist vor allem für Patienten mit einer opioidbezogenen Störung (76%) problematisch sowie für Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung oder mit Multiplem Substanzgebrauch (je 75%). Dagegen stellt der Bereich für Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder Glücksspielproblematik kein vergleichbar bedeutsames Problem dar (59% bzw. 44%). Auch die körperliche Gesundheit ist unterschiedlich häufig ein Problem: am häufigsten für Patienten mit einer opioidbezogenen Störung (76%), für die weiteren substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen dagegen jeweils nur etwa für zwei Drittel. Der Bereich Freizeit stellt sehr häufig für Patienten mit opioidbezogener Störung ein Problem dar (74%), wohingegen eine entsprechende Belastung hier bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik deutlich seltener ist (51%).

Abbildung 55: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Männer; Hauptdiagnose; stationär)

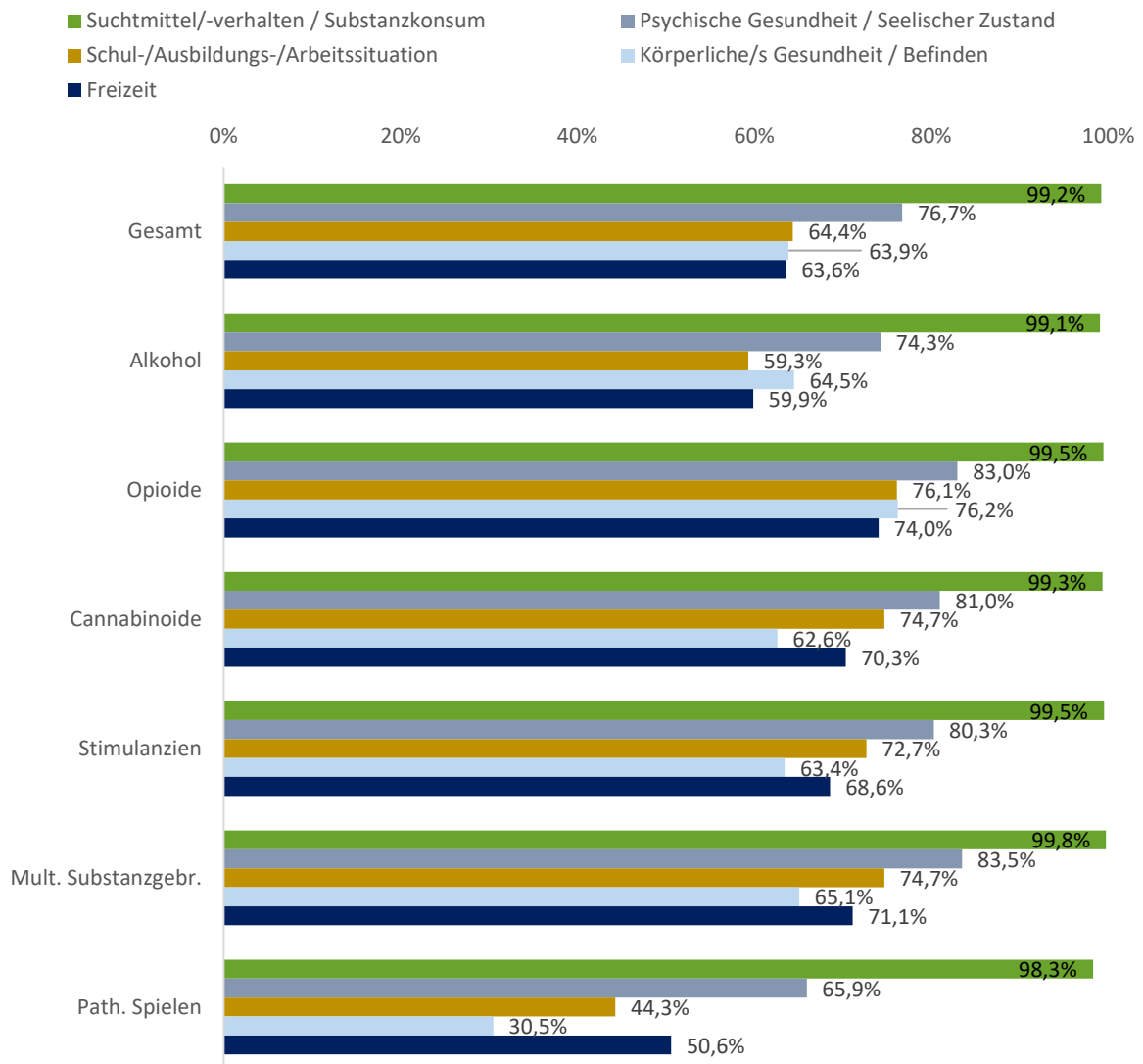
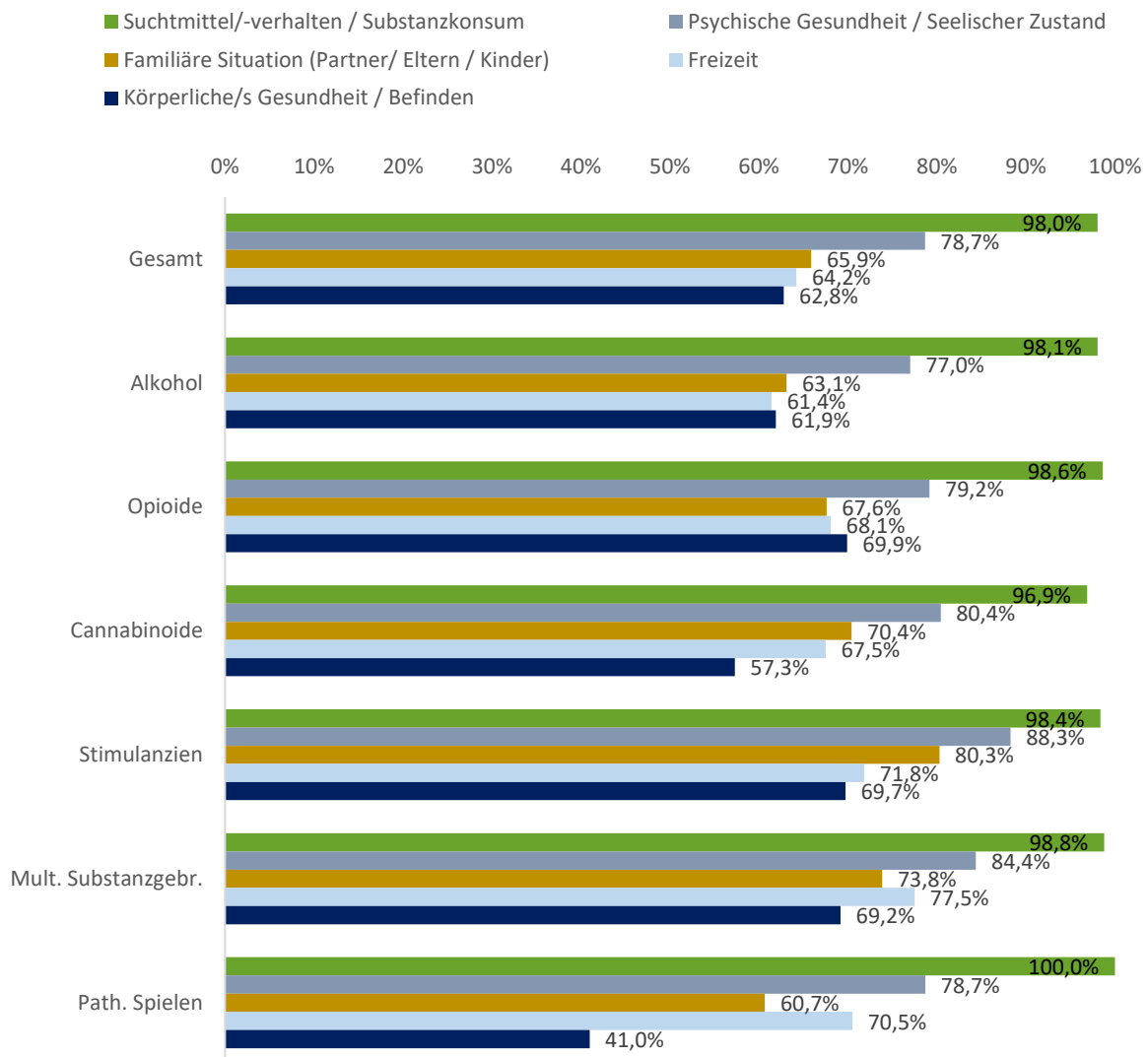


Abbildung 56: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Für Patientinnen sind die fünf häufigsten Problembereiche der Bereich Sucht (98%), gefolgt von der psychischen Gesundheit (79%), der familiären Situation (66%), der Freizeit (64%) und der körperlichen Gesundheit (63%; Abbildung 56). Reihenfolge und Häufigkeit variieren je nach Hauptdiagnosegruppe etwas: so ist die psychische Gesundheit zwar stets der zweithäufigste Problembereich, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. Der Anteil an Patientinnen mit entsprechenden Problemen variiert zwischen 77% bei einer alkoholbezogenen Störung und 88% bei Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung. Die familiäre Situation ist am häufigsten für Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (80%) und Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (74%) eine Belastung, für Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik dagegen deutlich seltener (61%). Der Bereich Freizeit stellt ebenfalls für Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (78%), mit einer stimulanzenbezogenen Störung

(72%) sowie für Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik (71%) deutlich häufiger ein Problem dar als für Patientinnen mit alkoholbezogenen Störungen (61%). Körperliche Gesundheit ist vor allem für Patientinnen mit opioid- bzw. stimulanzenbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch ein problembelasteter Bereich (je 70%), für Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik dagegen eher selten (41%).

Der Bereich Sucht ist für beide Geschlechter zu Behandlungsbeginn der vorrangige Problembereich, gefolgt vom Bereich psychische Gesundheit. Für Frauen steht an dritter Stelle der Bereich familiäre Situation (66%), der bei den Männern nicht unter die fünf häufigsten Problembereiche fällt. Bei ihnen steht stattdessen der Bereich Schule-/Ausbildung (64%) an dritter Stelle, der bei Frauen nicht zu den fünf häufigsten Problembereichen gehört.

4.3 Behandlung

Vermittlung

Die häufigste Instanz für die Vermittlung in stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind insgesamt für Patienten die ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (53%; Abbildung 57). Der zweithäufigste Weg in die Suchtbehandlung führt über die Psychiatrische Kliniken (16%), auch die Vermittlung über andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen spielt mit 9% eine wichtige Rolle. Ohne Vermittlung kommen 5% der Patienten in die Behandlung, mit 4% bzw. 3% kommt Allgemeinkrankenhäusern und Einrichtungen der Akutbehandlung¹² noch eine gewisse Bedeutung zu.

Für Patienten aller Hauptdiagnosegruppen ist die Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen von zentraler Bedeutung. Bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik sind sie für 74% der Vermittlungen verantwortlich, bei den übrigen dargestellten Hauptdiagnosegruppen für etwa die Hälfte der Vermittlungen. Psychiatrische Kliniken sind für jede der Hauptdiagnosegruppen die zweithäufigste Vermittlungsinstanz (Ausnahme: Pathologisches Spielen, hier sind Vermittlungen durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen häufiger). Besonders hoch ist die Vermittlungsquote hier bei Patienten mit alkoholbezogener Störung (19%), am niedrigsten bei Patienten mit opioidbezogener Störung (10%). Stationäre Suchthilfeeinrichtungen spielen ebenfalls bei allen Hauptdiagnosegruppen eine wichtige Vermittlerrolle: vor allem Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (14%) sowie opioidbezogener Störung (11%) werden durch sie vermittelt. Patienten dieser beiden Gruppen (6% bzw. 8%) sowie Patienten mit einer

¹² Einrichtungen der Akutbehandlung, die durch die anderen Kategorien (ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, allgemeines oder psychiatrisches Krankenhaus) nicht abgedeckt werden

stimulanzienbezogenen Störung (7%) kommen auch häufig über Polizei oder Justiz in die Behandlung.

Abbildung 57: Vermittlung in die Behandlung (Männer; häufigste Nennungen, Hauptdiagnose; stationär)

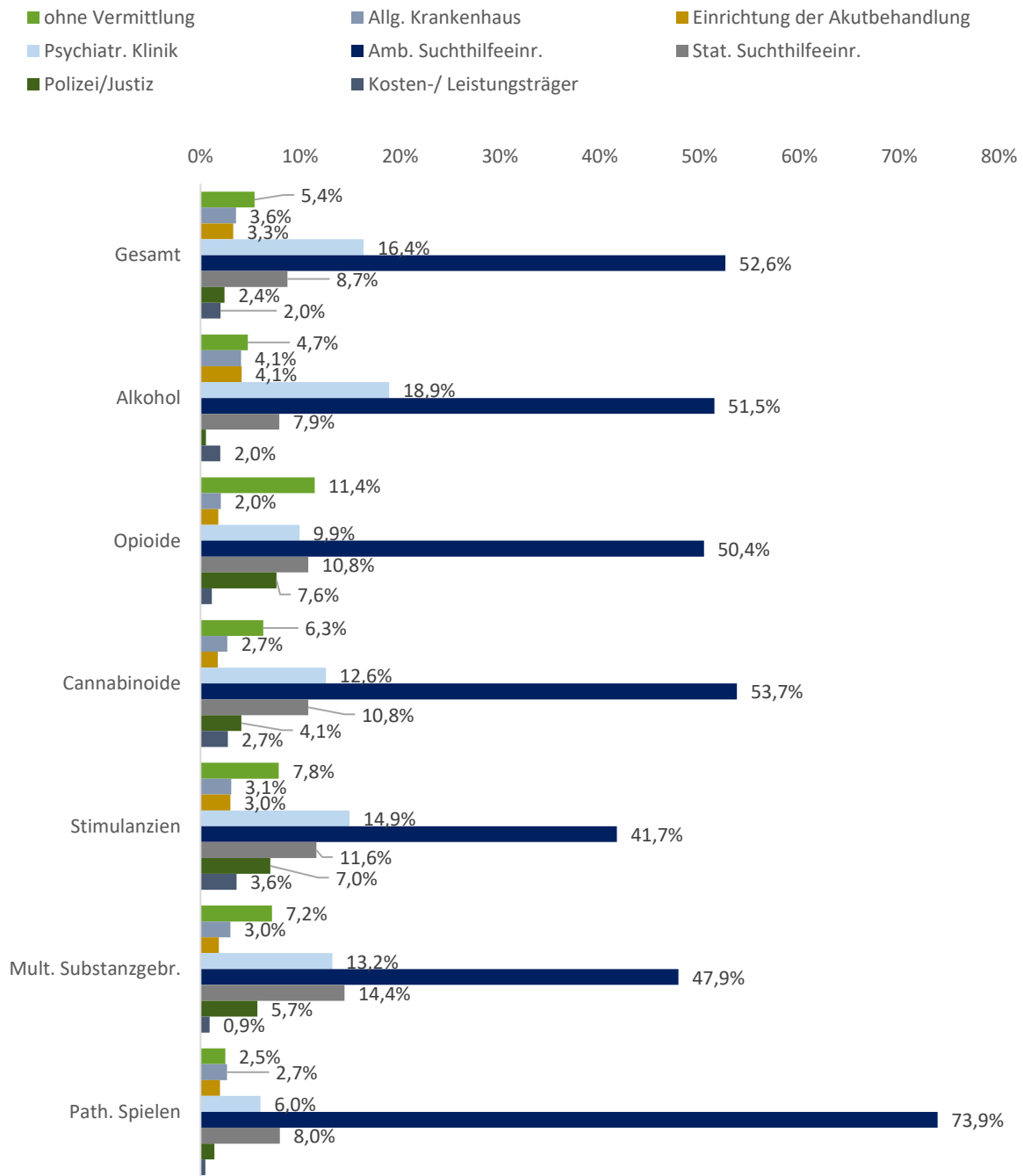
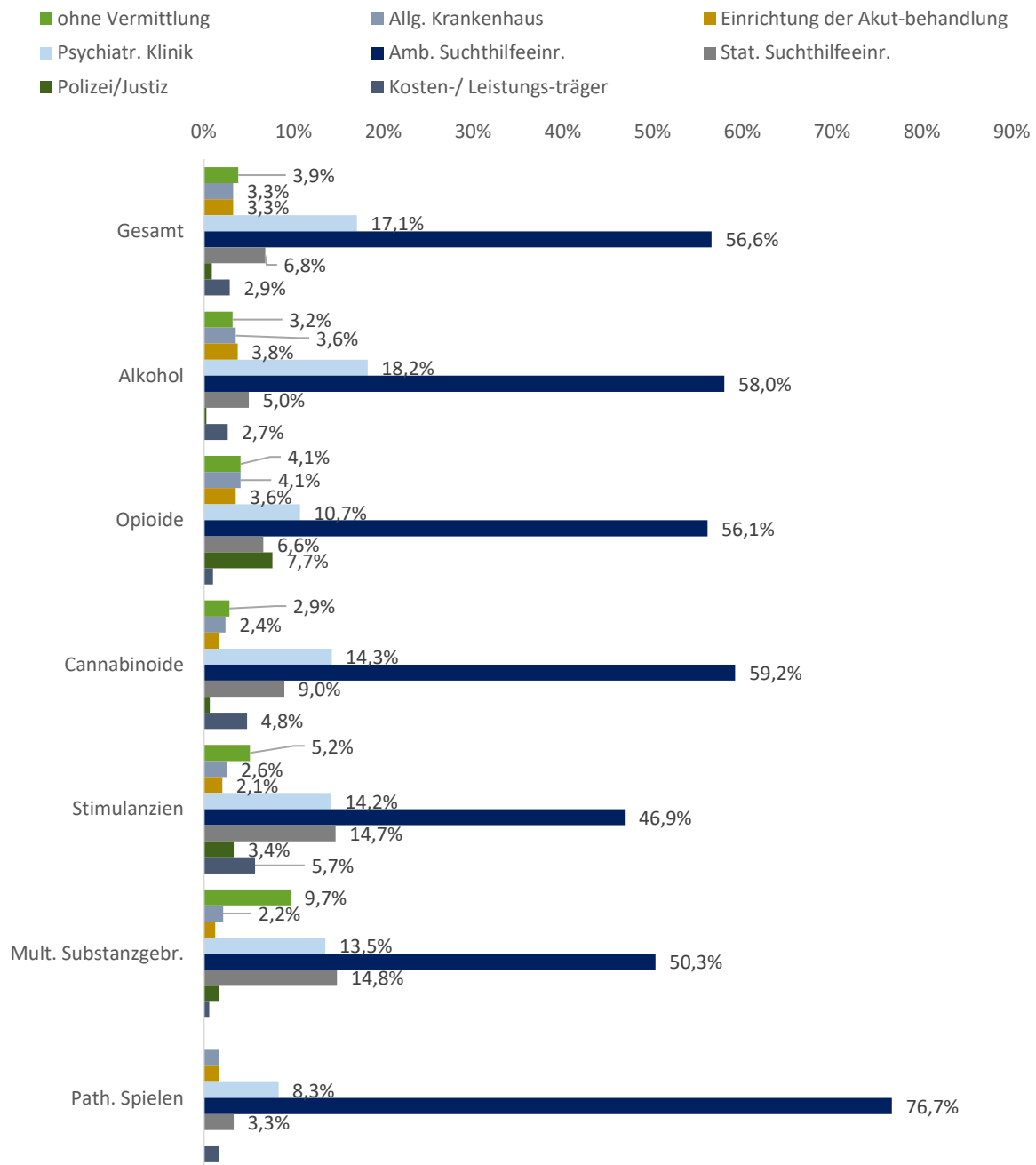


Abbildung 58: Vermittlung in die Behandlung (Frauen; häufigste Nennungen, Hauptdiagnose; stationär)



Insgesamt kommen Patientinnen vor allem durch die Vermittlung von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in die stationären Rehabilitationseinrichtungen (57%; Abbildung 58). Am zweithäufigsten werden sie über psychiatrische Kliniken in die Behandlung vermittelt (17%), 7% der Vermittlungen erfolgen durch andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen. 4% der Patientinnen kommen ohne Vermittlung in die Behandlung, jeweils 3% durch Allgemeinkrankenhäuser, Einrichtungen der Akutbehandlung und Kosten- und Leistungsträger.

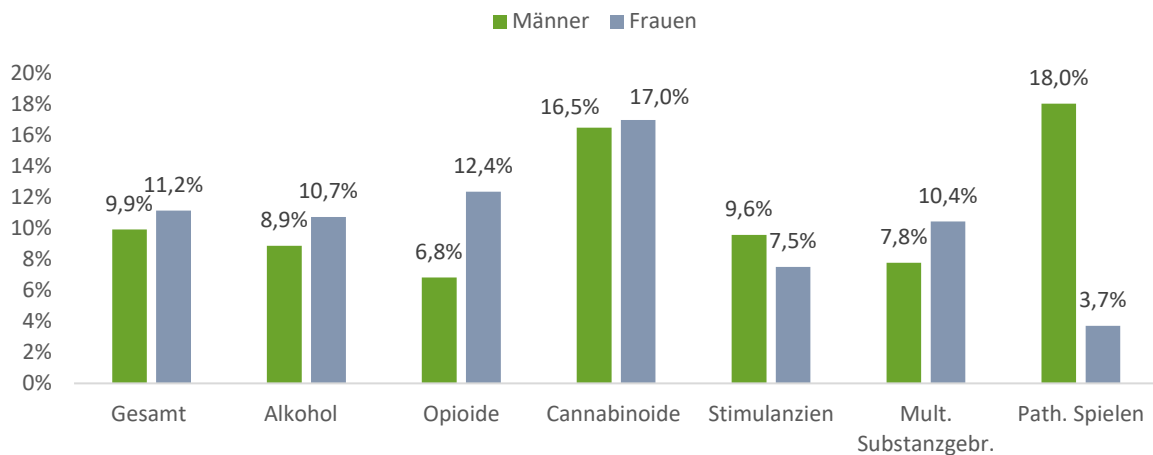
Für jede der einzelnen Hauptdiagnosegruppen ist die ambulante Suchthilfeeinrichtung die zentrale Vermittlungsinstanz. Patientinnen mit einer Glückspielproblematik werden zu 77% auf diesem Weg in die stationäre Behandlung vermittelt, Patientinnen aus den übrigen Hauptdiagnosegruppen zu jeweils etwa der Hälfte. Am zweithäufigsten findet in allen Hauptdiagnosegruppen die Vermittlung über psychiatrische Kliniken statt. Am häufigsten ist das bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung der Fall (18%), am seltensten bei Patientinnen mit einer Glückspielproblematik (8%). Für letztere spielt die Vermittlung über stationäre Suchthilfeeinrichtungen ebenfalls eine Rolle, wenn auch mit 3% im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen nur eine geringe. Am häufigsten werden durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch vermittelt (je 15%). Ohne Vermittlung kommen in nennenswertem Umfang nur Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (10%) und mit einer stimulanzenbezogenen Störung (5%) in die Behandlung. Nur für zwei Hauptdiagnosegruppen ist der Zugang über Polizei und Justiz relevant: Patientinnen mit opioid- bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (8% bzw. 3%). Bei Letzteren sowie bei Patientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen (6% bzw. 5%) erfolgt auch in nennenswertem Umfang eine Vermittlung durch Kosten- und Leistungsträger.

Sowohl Männer als auch Frauen kommen mit Abstand am häufigsten durch die Vermittlung von ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in die Behandlung (53% und 57%). Bei den Häufigkeiten der verschiedenen Vermittlungsformen liegen keine wesentlichen Unterschiede vor. Das trifft auch auf die dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu.

Erstbehandlung

Insgesamt sind 10% der Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen Erstbehandelte, d.h. sie haben sich erstmalig wegen ihrer Suchtproblematik in Behandlung begeben. Unter den Patienten mit einer Glückspielproblematik bzw. einer cannabinoidbezogenen Störung ist der Anteil an Erstbehandelten am höchsten (18% vs. 17%; Abbildung 59). Den geringsten Anteil an Erstbehandelten weisen Patienten mit opioidbezogener Störung auf (7%). Die Anteile der übrigen dargestellten Hauptdiagnosen liegen zwischen 8% (Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch) und 10% (Patienten mit stimulanzenbezogener Störung).

Abbildung 59: Erstbehandelte Fälle (Hauptdiagnose; stationär)



Der Anteil der Patientinnen, die erstmalig in Behandlung sind, beträgt insgesamt 11% (Abbildung 59). Patientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung weisen den höchsten Anteil an Erstbehandelten auf (17%), gefolgt von Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (12%). Den mit Abstand niedrigsten Anteil haben Patientinnen mit einer Glückspielproblematik (4%), jedoch ist die Fallzahl hier sehr gering. Der zweitniedrigste Anteil liegt bei Patientinnen mit einer stimulanzienbezogenen Störung vor (8%). Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung und Multiplem Substanzgebrauch weisen mit 11% und 10% ähnlich hohe Anteile an Erstbetreuten auf.

In Bezug auf den Anteil an Erstbehandelten besteht insgesamt nur ein geringfügiger Unterschied zwischen Männern und Frauen (10% vs. 11%). In den Hauptdiagnosegruppen alkohol- und opioidbezogene Störung (11% vs. 9%; 12% vs. 7%) sowie Multipler Substanzgebrauch (10% vs. 8%) sind die Anteile der Erstbehandelten bei Frauen höher, in den Hauptdiagnosegruppen stimulanzienbezogene Störung und Pathologisches Spielen bei Männern (10% vs. 8% und 18% vs. 4%).

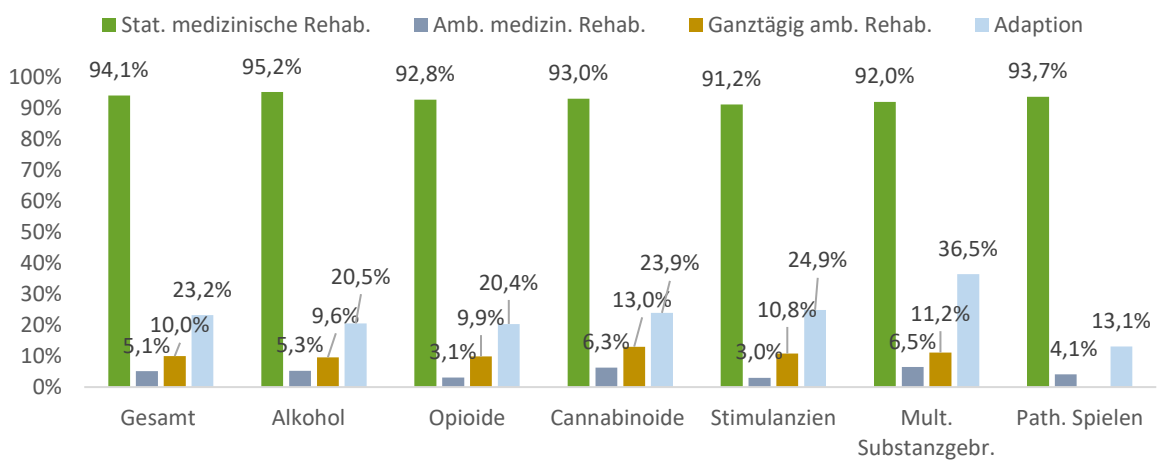
Hauptmaßnahmen

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen bildet die „Suchtbehandlung“ zu nahezu 100% die Hauptmaßnahme.

Die häufigsten Maßnahmen, die unter die Oberkategorie „Suchtbehandlung“ fallen, sind bei Patienten zu 94% die stationäre medizinische Rehabilitation, zu 23% die Adaption, zu 10% die ganztägig ambulante Rehabilitation und zu 5% die ambulante medizinische Rehabilitation (Abbildung 60). Bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen ist die stationäre medizinische

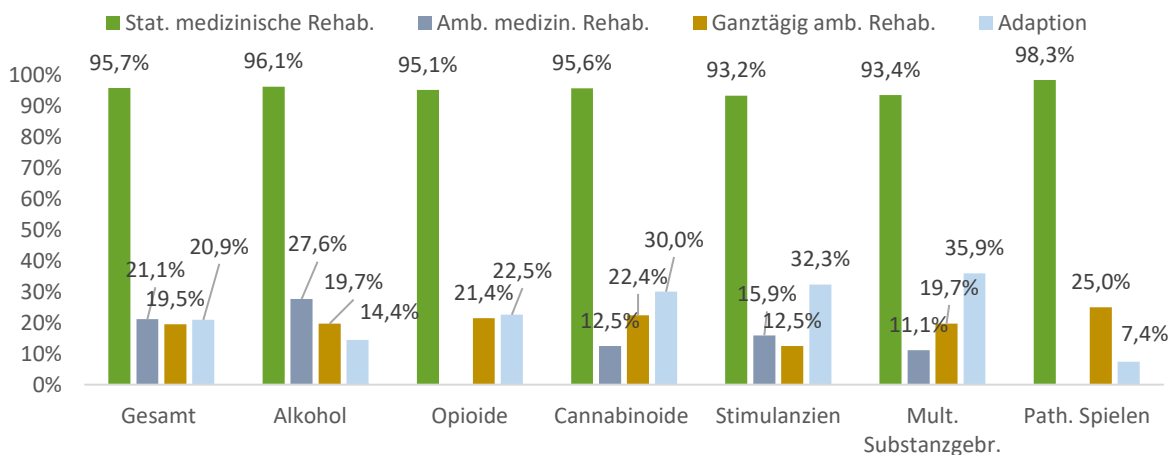
Rehabilitation am häufigsten bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (95%) und am seltensten bei Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung (91%) bzw. mit Multiplem Substanzgebrauch (92%). Bei Letzteren erfolgt die Maßnahme Adaption mit 37% am häufigsten, ebenfalls hohe Anteile finden sich hier unter Patienten mit einer stimulanzen- oder cannabinoidbezogenen Störung (25% bzw. 24%). Ganztäglich ambulante Rehabilitation findet am häufigsten bei Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung statt (13%).

Abbildung 60: Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; Männer; Hauptdiagnose; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 61: Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; Frauen; Hauptdiagnose; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

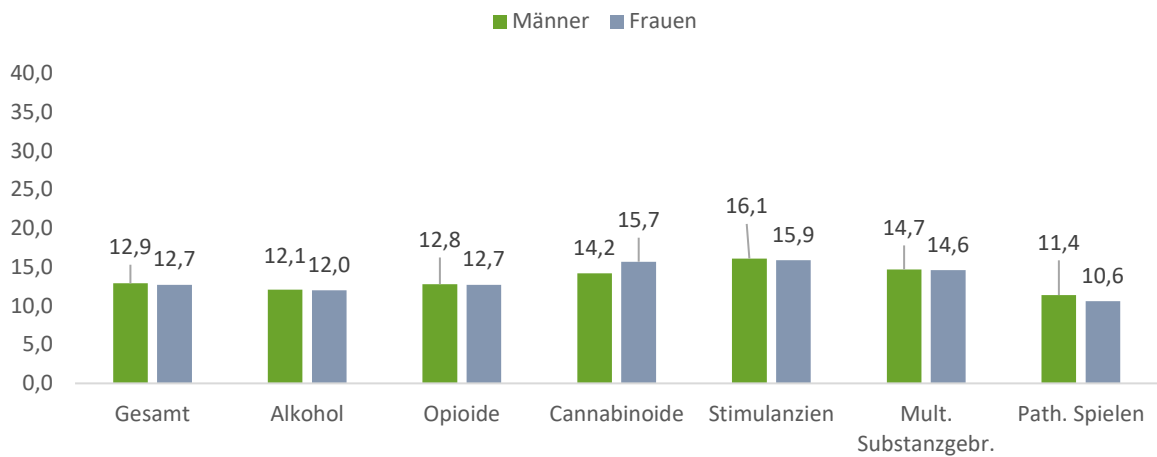
Bei 96% der Frauen ist die häufigste Maßnahme, die in die Oberkategorie „Suchtbehandlung“ fällt, die stationäre medizinische Rehabilitation (Abbildung 67). Jeweils 21% entfallen auf die ambulante medizinische Rehabilitation und die Adaption, 20% auf die ganztägig ambulante Rehabilitation. In jeder der einzelnen Hauptdiagnosegruppen dominiert die Maßnahme stationäre medizinische Suchtrehabilitation, wobei hier die höchsten Anteile bei Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik (98%) und die geringsten Anteile mit bei Patientinnen mit einer stimulanzenbezogenen Störung oder Multiplem Substanzgebrauch vorliegen (je 93%). Ambulante medizinische Rehabilitation findet am häufigsten bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung statt (28%). Adaption erfolgt als Maßnahme am häufigsten bei Patientinnen mit Multiplem Substanzgebrauch (36%) oder einer stimulanzenbezogenen Störung (32%). In ganztägiger ambulanter Rehabilitation befinden sich vor allem Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik (25%).

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist die stationäre medizinische Rehabilitation die häufigste Maßnahme. Die Maßnahme Adaption ist bei Männern etwas häufiger als bei Frauen (23% vs. 21%), die wiederum häufiger ambulante medizinische (21% vs. 5%) und ganztägig ambulante Rehabilitation (20% vs. 10%) erhalten.

Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen beträgt bei Patienten 13 Wochen (Abbildung 62). Die Behandlungsdauern unterscheiden sich etwas je nach Hauptdiagnosegruppe. Die kürzeste mittlere Dauer weisen Patienten mit einer Glücksspielproblematik auf (11 Wochen), gefolgt von Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (12 Wochen) und Patienten mit einer opioidbezogenen Störung (13 Wochen). Am längsten werden mit durchschnittlich 16 Wochen Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung behandelt. 15 Wochen dauert im Durchschnitt die Behandlung von Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch und 14 Wochen die Behandlung von Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung.

Abbildung 62: Dauer der Behandlung in Wochen (Hauptdiagnose; stationär)



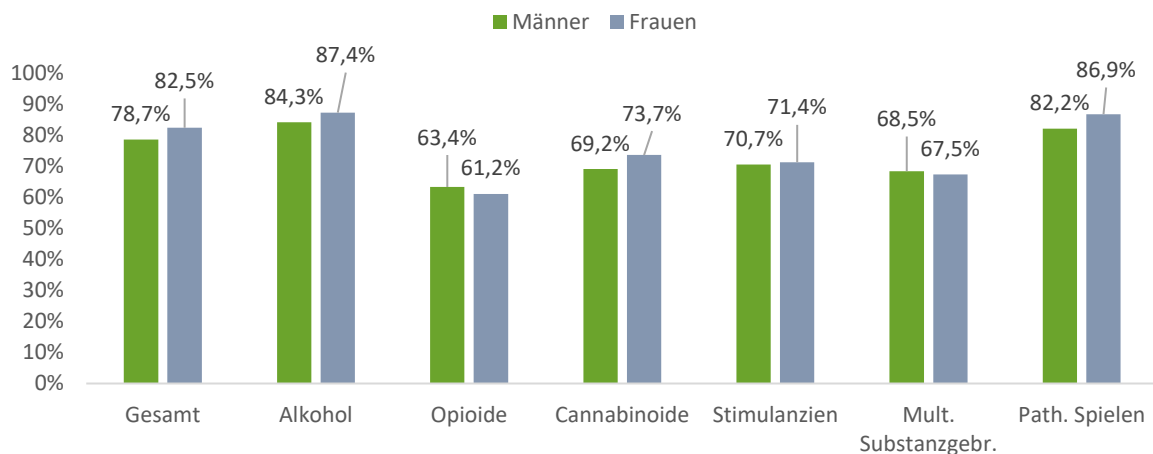
Die Behandlung von Patientinnen dauert im Durchschnitt 13 Wochen, je nach Hauptdiagnose variiert die Länge der Dauer etwas (Abbildung 62). So endet für Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik die Behandlung im Durchschnitt bereits nach 11 Wochen, was die kürzeste mittlere Behandlungsdauer darstellt. Mit 12 Wochen ähnlich kurz ist die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung. Am längsten werden im Mittel Patientinnen mit einer stimulanzien- oder cannabinoidbezogenen Störung behandelt (jeweils 16 Wochen).

Die Behandlungsdauer für Frauen und Männer unterscheidet sich nicht. Dies gilt auch für fast alle der dargestellten Hauptdiagnosegruppen (Ausnahme: cannabinoidbezogene Störungen: Frauen: 16 Wochen, Männer: 14 Wochen).

Art der Beendigung

Der Anteil planmäßiger¹³ Beendigungen liegt bei Patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen bei 79%, ist aber je nach Hauptdiagnosegruppe sehr unterschiedlich hoch (Abbildung 63). Vor allem Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik beenden ihre Behandlung sehr häufig planmäßig (84% bzw. 82%). Dagegen weisen Patienten mit einer opioidbezogenen Störung mit 63% den niedrigsten Anteil an planmäßigen Beendigungen auf. Der entsprechende Anteil ist bei Patienten mit einer cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störung (70% bzw. 71%) sowie Männern mit Multiplem Substanzgebrauch etwas höher (69%).

Abbildung 63: Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptdiagnose; stationär)



Insgesamt beenden 83% der Patientinnen die Behandlung planmäßig, jedoch variieren die Anteile je nach Hauptdiagnosegruppe (Abbildung 63). Mit Abstand am häufigsten beenden Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik ihre Behandlung planmäßig (je 87%). Deutlich darunter liegen die entsprechenden Anteile bei Patientinnen mit einer cannabinoid- oder einer stimulanzenbezogenen Störung (74% bzw. 71%). Am seltensten beenden Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung ihre Behandlung nach Plan (61%).

Frauen beenden die Behandlung häufiger planmäßig als Männer (83% vs. 79%). Dies trifft auf fast alle dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu (Ausnahmen: opioidbezogene Störung; Männer 63%, Frauen: 61% und Multipler Substanzgebrauch: Männer: 69%, Frauen: 68%).

¹³ Planmäßig: reguläre oder auf therapeutische Veranlassung bzw. eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder planmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung

Behandlungsergebnis

Nach der Einschätzung durch die zuständigen Mitarbeiter*innen am Ende der Behandlung hat sich bei 82% der Patienten eine Besserung im Problembereich „Suchtverhalten“ eingestellt, während bei 17 % keine Veränderung eingetreten ist (Abbildung 64). Eine Verschlechterung wurde so gut wie nie dokumentiert. Am häufigsten zeigen sich Verbesserungen bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (87%) oder einer Glücksspielproblematik (84%). Der geringste Anteil an Verbesserungen ist bei Patienten mit einer opioidbezogenen Störung zu verzeichnen (63%), dementsprechend ist hier bei 34% der Patienten keine Veränderung eingetreten.

Abbildung 64: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Männer; Hauptdiagnose; stationär)

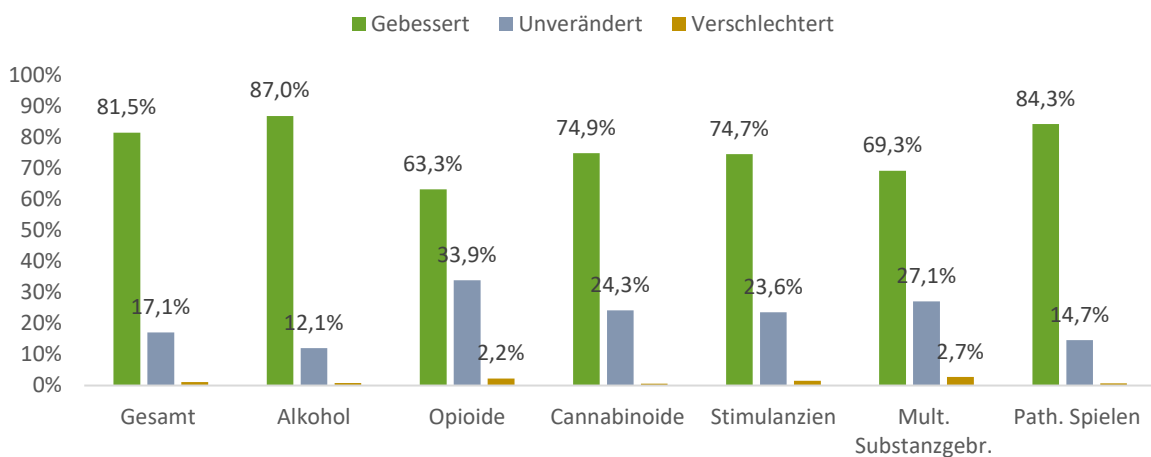
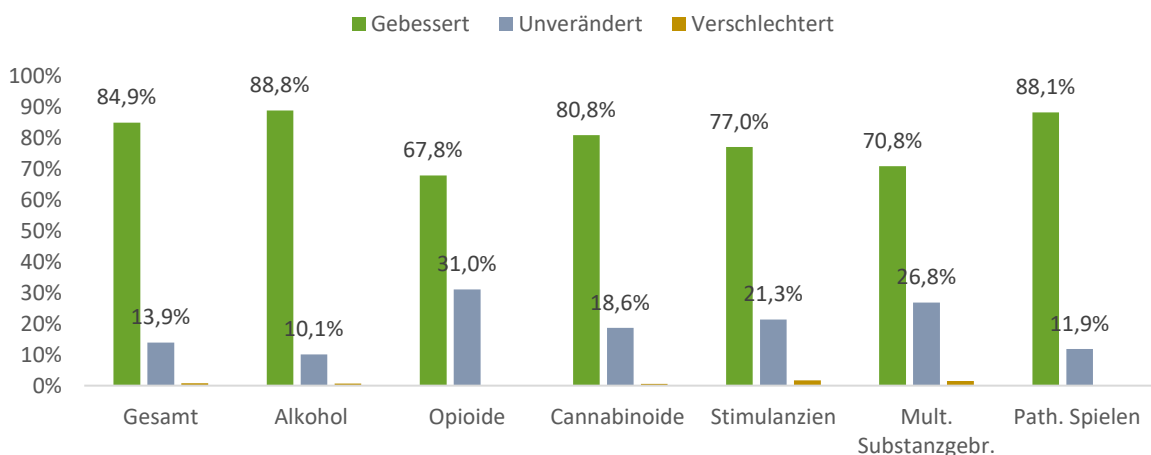


Abbildung 65: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Frauen; stationär)



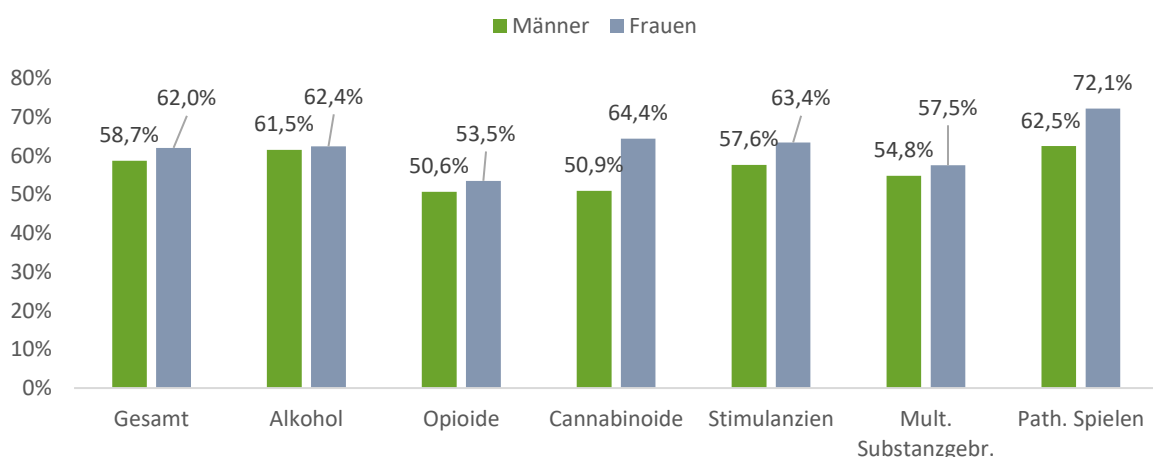
Zum Ende der Behandlung wird von den Mitarbeiter*innen die Entwicklung des Problembereichs für 85% der Patientinnen als gebessert und für 14% als unverändert eingeschätzt (Abbildung 65). Eine Verschlechterung wurde so gut wie nie dokumentiert. Die höchsten Verbesserungsquoten weisen Patientinnen mit einer alkoholbezogenen Störung (89%) oder einer Glücksspielproblematik (88%) auf. Auch bei Patientinnen mit einer cannabinoidbezogenen Störung wird die Suchtproblematik zum Behandlungsende mit großer Häufigkeit als gebessert eingestuft (81%). Am seltensten ist eine Verbesserung bei Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung (68%) oder Multiplem Substanzgebrauch (71%) eingetreten.

Das Suchtverhalten wird bei Frauen zum Behandlungsende geringfügig häufiger als bei Männern als gebessert eingestuft (85% vs. 82%). Diese Tendenz zeigt sich auch in den einzelnen dargestellten Hauptdiagnosegruppen.

Weitervermittlung nach Behandlungsende

Nach Beendigung der Behandlung werden 59% der Männer in andere Betreuungs-/Behandlungsangebote weitervermittelt (Abbildung 66). Am häufigsten betrifft dies Patienten mit einer Glücksspielproblematik (63%) oder einer alkoholbezogenen Störung (62%). Die niedrigste Weitervermittlungsquote liegt bei Patienten mit einer opioid- oder cannabinoidbezogenen Störung vor (je 51%).

Abbildung 66: Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptdiagnose; stationär)



Nach Behandlungsende werden 62% der Patientinnen in andere Betreuungs-/Behandlungsangebote weitervermittelt (Abbildung 66). Am häufigsten erfolgen Weitervermittlungen bei Patientinnen mit einer Glücksspielproblematik (72%, aber kleines N). Zudem werden jeweils knapp zwei Drittel der Patientinnen mit einer cannabinoid-, stimulanzen- oder

alkoholbezogener Störung weitervermittelt (64% bzw. 63% bzw. 62%). Die mit Abstand niedrigste Weitervermittlungsquote weisen Patientinnen mit einer opioidbezogenen Störung auf (54%).

Frauen werden im Durchschnitt etwas häufiger als Männer weitervermittelt (62% vs. 59%). Das trifft auch für die einzelnen dargestellten Hauptdiagnosegruppen zu.

4.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 6: Zusammenfassung (Gesamt; stationär)

	Männer	Frauen
N	26.040 77%	7.799 23%
Soziodemographie		
Ø Alter	41 Jahre	44 Jahre
Migrationshintergrund	21%	14%
Partnerschaft ja	39%	49%
Zusammenlebend ja	43%	53%
Zusammenlebend mit: (häufigste Nennung)	57% Partner(in) 35% Kind(er)	59% Partner(in) 40% Kind(er)
Minderjährige eigene Kinder	30%	35%
Mit Schulabschluss	92%	94%
Mittlerer/höherer Schulabschluss	46%	61%
Mit Berufs-/Hochschulabschluss	67%	71%
Erwerbssituation (häufigste Nennung)	51% arbeitslos (ALG I+II)	43% arbeitslos (ALG I+II)
Suchtproblematik		
Häufigste Hauptdiagnosen	62% Alkohol, 10% Cannabinoide	71% Alkohol, 8% Cannabinoide
Niedrigstes Alter bei Erstkonsum	15 Jahre (Alkohol, Cannabis)	16 Jahre (Alkohol, Cannabis)
Niedrigstes Alter bei Störungsbeginn	17 Jahre (Cannabinoide)	19 Jahre (Cannabinoide)
Häufigste Problembereiche	99% Sucht; 77% psychische Gesundheit; 64% Schule/Ausbildung/Arbeit	98% Sucht; 79% psychische Gesundheit; 66% Familie
Behandlung		
Vermittlung in die Behandlung (Häufigste Nennungen)	53% amb. Suchthilfeeinrichtung; 16% Psychiatrische Klinik	57% amb. Suchthilfeeinrichtung; 17% Psychiatrische Klinik
Anteil Erstbehandelte	10%	11%
Hauptmaßnahme	94% Stat. med. Rehabilitation	96% Stat. med. Rehabilitation
Ø Dauer Behandlung	13 Wochen	13 Wochen
Planmäßige Beendigung	79%	83%
Problembereich Sucht „gebessert“	82%	85%
Weitervermittlung	59%	62%

5 Quellen

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer*. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2020. Alle Bundesländer*. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Zugänge 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/>

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2021). *Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Geschlecht; ambulant).....	4
Tabelle 2:	Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptdiagnosen; ambulant).....	4
Tabelle 3:	Zusammenfassung (Gesamt; ambulant)	38
Tabelle 4:	Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Geschlecht; stationär)	39
Tabelle 5:	Gesamtzahl der Behandlungsfälle (Hauptdiagnose stationär)	39
Tabelle 6:	Zusammenfassung (Gesamt; stationär)	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Alter (Männer; Hauptdiagnosen; in Jahren; ambulant)	6
Abbildung 2:	Alter (Frauen; Hauptdiagnosen; in Jahren; ambulant)	6
Abbildung 3:	Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; ambulant)	7
Abbildung 4:	Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose; ambulant)	8
Abbildung 5:	Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnosen; ambulant).....	9
Abbildung 6:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	10
Abbildung 7:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Frauen; Hauptdiagnosen; ambulant)	10
Abbildung 8:	Anzahl eigene minderjährige Kinder (Männer, Hauptdiagnosen, ambulant)	11
Abbildung 9:	Anzahl eigene minderjährige Kinder (Frauen, Hauptdiagnosen, ambulant)	12
Abbildung 10:	Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose; ambulant)	13
Abbildung 11:	Höchster Schulabschluss (Männer; Hauptdiagnose; ambulant).....	14
Abbildung 12:	Höchster Schulabschluss (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	14
Abbildung 13:	Ausbildung (Männer, Hauptdiagnose; ambulant).....	15
Abbildung 14:	Ausbildung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	15
Abbildung 15:	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	16
Abbildung 16:	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	17
Abbildung 17:	Häufigste Hauptdiagnosen (ambulant)	18
Abbildung 18:	Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Hauptsubstanz; ambulant)	19
Abbildung 19:	Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose; ambulant).....	20

Abbildung 20:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	21
Abbildung 21:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	22
Abbildung 22:	Vermittlung in die Betreuung (Männer; häufigste Nennungen; Hauptdiagnose; ambulant)	24
Abbildung 23:	Vermittlung in die Betreuung (Frauen; häufigste Nennungen; Hauptdiagnose; ambulant)	25
Abbildung 24:	Erstbetreute Fälle (Hauptdiagnose; ambulant)	27
Abbildung 25:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	28
Abbildung 26:	Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (häufigste Maßnahmen; Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	29
Abbildung 27:	Häufigste Hauptmaßnahmen (häufigste Maßnahmen; Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	29
Abbildung 28:	Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	30
Abbildung 29:	Dauer der Betreuung in Wochen (∅; Hauptdiagnose; ambulant).....	31
Abbildung 30:	Anzahl der Kontakte (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	32
Abbildung 31:	Anzahl der Kontakte (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	33
Abbildung 32:	Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptdiagnose; ambulant)	34
Abbildung 33:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Männer; Hauptdiagnose; ambulant)	35
Abbildung 34:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Frauen; Hauptdiagnose; ambulant)	36
Abbildung 35:	Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptdiagnosen; ambulant)	37
Abbildung 36:	Alter (Männer; Hauptdiagnose; stationär)	40
Abbildung 37:	Alter (Frauen; Hauptdiagnose; stationär).....	41
Abbildung 38:	Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; stationär)	42
Abbildung 39:	Partnerschaft ja (Hauptdiagnose; stationär)	43
Abbildung 40:	Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose; stationär).....	44
Abbildung 41:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Männer; Hauptdiagnose; stationär)	45
Abbildung 42:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	45
Abbildung 43:	Anzahl eigene minderjährige Kinder (Männer, Hauptdiagnosen, stationär)	46
Abbildung 44:	Anzahl eigene minderjährige Kinder (Frauen, Hauptdiagnosen, stationär)	47
Abbildung 45:	Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose; stationär)	48
Abbildung 46:	Höchster Schulabschluss (Männer; Hauptdiagnose; stationär).....	49

Abbildung 47:	Höchster Schulabschluss (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	49
Abbildung 48:	Ausbildung (Männer; Hauptdiagnose; stationär).....	50
Abbildung 49:	Ausbildung (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	50
Abbildung 50:	Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Männer; Hauptdiagnose; stationär)	52
Abbildung 51:	Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	52
Abbildung 52:	Häufigste Hauptdiagnosen (stationär)	53
Abbildung 53:	Alter bei Erstkonsum (Jahre; Hauptsubstanz; stationär)	54
Abbildung 54:	Alter bei Störungsbeginn (Jahre; Einzeldiagnose; stationär)	55
Abbildung 55:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Männer; Hauptdiagnose; stationär)	57
Abbildung 56:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	58
Abbildung 57:	Vermittlung in die Behandlung (Männer; häufigste Nennungen, Hauptdiagnose; stationär)	60
Abbildung 58:	Vermittlung in die Behandlung (Frauen; häufigste Nennungen, Hauptdiagnose; stationär)	61
Abbildung 59:	Erstbehandelte Fälle (Hauptdiagnose; stationär).....	63
Abbildung 60:	Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; Männer; Hauptdiagnose; stationär)	64
Abbildung 61:	Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; Frauen; Hauptdiagnose; stationär)	64
Abbildung 62:	Dauer der Behandlung in Wochen (Hauptdiagnose; stationär)	66
Abbildung 63:	Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptdiagnose; stationär).....	67
Abbildung 64:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Männer; Hauptdiagnose; stationär)	68
Abbildung 65:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (Frauen; stationär).....	68
Abbildung 66:	Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptdiagnose; stationär)	69