

Klientel in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe im städtischen und ländlichen Raum

KURZBERICHT NR.2/2022 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2021¹

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, Oktober 2022

© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

¹ Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2021 (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2022), verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de. Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung	2
2	Methodik	2
2.1	Durchführung	2
2.2	Stichproben	2
3	Ergebnisse	5
3.1	Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn	5
3.1.1	Suchtspezifische Situation	5
3.1.2	Häufigste Problembereiche	7
3.2	Soziodemographische Merkmale der Klientel	9
3.3	Betreuung	20
3.4	Tabellarische Zusammenfassung	34
4	Quellen	35
	Anhang	36
	Tabellenverzeichnis	36
	Abbildungsverzeichnis	36

1 Hintergrund und Zielsetzung

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

Der vorliegende Kurzbericht konzentriert sich auf die spezifische Situation der Klient:innen², die 2021 in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Stadt und im ländlichen Raum, betreut wurden.

2 Methodik

2.1 Durchführung

Die Daten der DSHS werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe 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, 2022).

Dieser Bericht basiert auf der Standard-Jahresauswertung 2021 (Schwarzkopf et al., 2022) für ambulante (Typ 1) Suchthilfeeinrichtungen³. Insgesamt wurden 2021 Daten aus 878 ambulanten Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender:innen“ (N = 193.244/177.199), d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2021 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben.

2.2 Stichproben

In diesem Bericht werden zwei Teilstichproben der oben beschriebenen Grundgesamtheit dargestellt: 1) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im städtischen Raum betreut werden (N (Zugänge/Beender:innen): 126.302/115.390) und 2) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im ländlichen Raum betreut werden (N (Zugänge/Beender:innen): 49.307/46.764).

² Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Frauen und Männern, Klient:innen 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 Für eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS siehe Schwarzkopf et al. (2020)

Die Zugehörigkeit der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zum städtischen oder ländlichen Raum wurde mit Hilfe der Einstufung durch das Bundesinstitut für Bau-Stadt- und Raumforschung (BBSR; 2017) ermittelt. Hierbei wurde jede datenliefernde Suchthilfeeinrichtung, ausgehend vom Kreis (kreisfreie Städte und Landkreis), in dem sie liegt, als „städtisch“ bzw. „ländlich“ gelegen klassifiziert. Insgesamt werden für diesen Bericht die Daten von 639 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen aus dem städtischen und 249 Einrichtungen aus dem ländlichen Raum analysiert.

Die Teilstichproben werden – sofern fallzahlmäßig sinnvoll möglich – als „Gesamt“ (d.h. über alle Hauptdiagnosen hinweg), und für die Untergruppen der Personen mit Hauptdiagnosen 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 soziodemographischen Merkmale bei Betreuungsbeginn sowie hinsichtlich Betreuungsverlauf und -ergebnis, vergleichend gegenübergestellt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die geschlechterbezogenen Fallzahlen in den sechs für die Berichterstattung ausgewählten Hauptdiagnosen. Eine ausführliche Darstellung der Verteilung der wichtigsten Hauptdiagnosen in den einzelnen Altersgruppen findet sich in Kapitel 3.2 (Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn).

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptdiagnosen)⁴

Hauptdiagnose	Stadt			Land		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Alkohol	44235	29.987	14217	24505	17560	6935
	45,0%	41,6%	54,4%	56,2%	54,2%	61,9%
Opioide	11369	8800	2557	1969	1496	473
	11,3%	12,2%	9,8%	4,5%	4,6%	4,2%
Cannabinoide	20212	16499	3680	7987	6567	1410
	20,6%	22,9%	14,1%	18,3%	20,3%	12,6%
Stimulanzien	5728	4077	1641	3709	2602	1104
	5,8%	5,7%	6,3%	8,5%	8,0%	9,8%
Multipler Substanzgebrauch	4648	3753	885	2036	1644	389
	4,7%	5,2%	3,4%	4,7%	5,1%	3,5%
Pathologisches Spielen	3699	3307	390	1228	1060	167
	3,8%	4,6%	1,5%	2,8%	3,3%	1,5%

*Geschlecht unbestimmt: Stadt: 0,2%; Land: 0,1%

Da aus datenschutzrechtlichen Gründen für die DSHS keine personenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich Daten, die auf Einrichtungsebene als Fälle aggregiert wurden, sind inferenzstatistischen Ansätzen enge Grenzen gesetzt. Daher erfolgt die Darstellung rein deskriptiv über Anteile und Mittelwerte.

⁴ Es besteht in Einzelfällen die Möglichkeit, dass eine Person im ländlichen Raum wohnt und im städtischen Raum in einer Beratungsstelle betreut wird (und umgekehrt) und somit der "städtischen" bzw. „ländlichen“ Klientel zugerechnet wird.

3 Ergebnisse

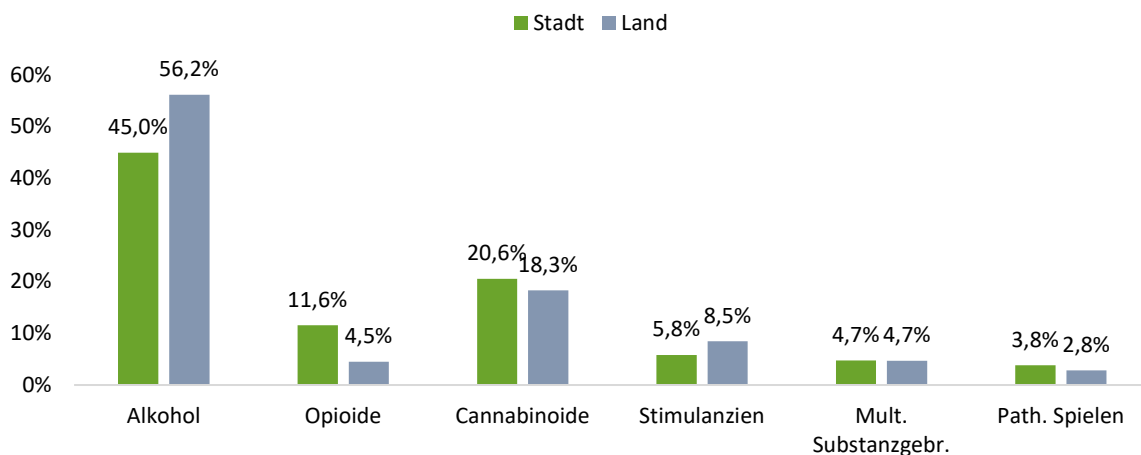
3.1 Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn

3.1.1 Suchtspezifische Situation

Hauptdiagnosen

Alkoholbezogene Störungen bilden in beiden Regionen die häufigste Hauptdiagnose, jedoch mit einem deutlich höheren Anteil auf dem Land (56% vs. 45%). An zweiter Stelle stehen jeweils cannabinoidbezogene Störungen (Stadt: 21; Land: 18%). In der Stadt folgen an dritter Stelle opioidbezogene Störungen (12%), die auf dem Land deutlich seltener sind (5%; Rang 5). Hier bilden die stimulanzenbezogenen Störungen (9%) die dritthäufigste Hauptdiagnose (Stadt: 6%; Rang 4). An fünfter Stelle in der Rangreihe steht in beiden Regionen Multipler Substanzgebrauch mit gleicher Häufigkeit (jeweils 5%). Die geringste Verbreitung hat in der Stadt und auf dem Land Pathologisches Spielen (4%/3%; Abbildung 17).

Abbildung 1: Häufigste Hauptdiagnosen



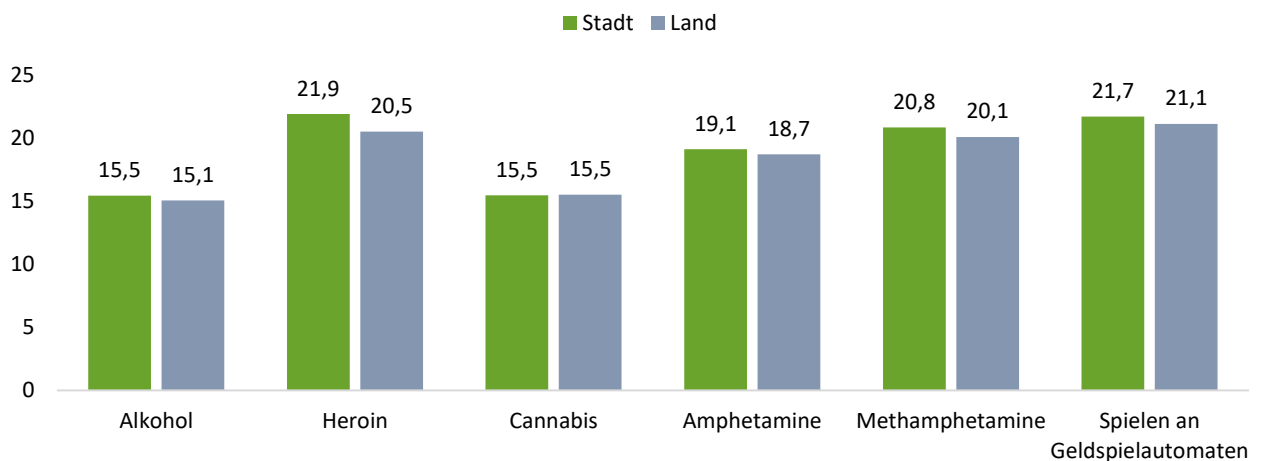
N = 623 ambulante Einrichtungen (Stadt); N = 247 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Alter bei Erstkonsum

Das Alter bei Erstkonsum unterscheidet sich bei Klient:innen in der Stadt und auf dem Land nur geringfügig: Hierbei erfolgt der Erstkonsum auf dem Land jeweils etwas früher als in der Stadt, wobei der Unterschied bei Heroin (Stadt. 21 Jahre, Land: 20 Jahre), Methamphetaminen (Stadt: 21 Jahre, Land 20 Jahre) und Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen (Stadt: 22 Jahre; Land 21 Jahre) noch am ausgeprägtesten ist.

Das niedrigste Einstiegsalter findet sich jeweils bei Alkohol (Stadt: 16 Jahre; Land 15 Jahre) und auch Cannabinoide werden in beiden Regionen ähnlich früh erstmalig konsumiert (jeweils 16 Jahre). Am spätesten erfolgt in der Stadt (22 Jahre) wie auf dem Land (21 Jahre) der Erstkonsum von Heroin und auch das Spielen an Geldspielautomaten (in Spielhallen) beginnt ähnlich spät (Stadt: 22 Jahre; Land: 21 Jahre; Abbildung 18).

Abbildung 2: Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Hauptsubstanz)



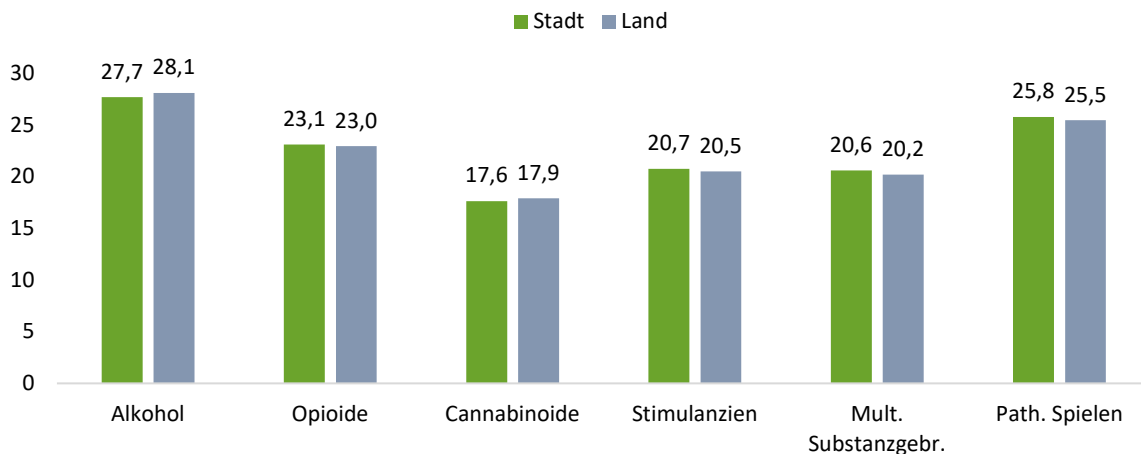
N = 608 ambulante Einrichtungen (Stadt); N = 245 ambulante Einrichtungen (Land)

Alter bei Störungsbeginn

Der Störungsbeginn auf Ebene von Einzeldiagnosen ist bei Klient:innen im städtischen und ländlichen Raum durchwegs vergleichbar.

In beiden Regionen beginnen cannabinoidbezogene Störungen im Durchschnitt deutlich früher als andere Störungen (jeweils 18 Jahre). Demgegenüber beginnen Glücksspielproblematik (jeweils 26 Jahre) sowie alkoholbezogene Störungen (jeweils 28 Jahre), die beide im legalen Bereich zu verorten sind, in der Stadt wie auf dem Land mit Abstand am spätesten (Abbildung 19).

Abbildung 3: Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose)



N = 608 ambulante Einrichtungen (Stadt); N = 245 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

3.1.2 Häufigste Problembereiche⁵

Klient:innen in der Stadt und auf dem Land benennen zu Betreuungsbeginn im Wesentlichen ähnliche Problembereiche. So ist für Klient:innen beider Regionen der Bereich Sucht das vorrangige Problem (jeweils 98%), gefolgt von psychischer Gesundheit (Stadt 54%; Land 53%), familiärer Situation (jeweils 40%), körperlicher Gesundheit (jeweils 35%) und Schul-, Ausbildungs- und Arbeitssituation (Stadt: 35%; Land: 34%).

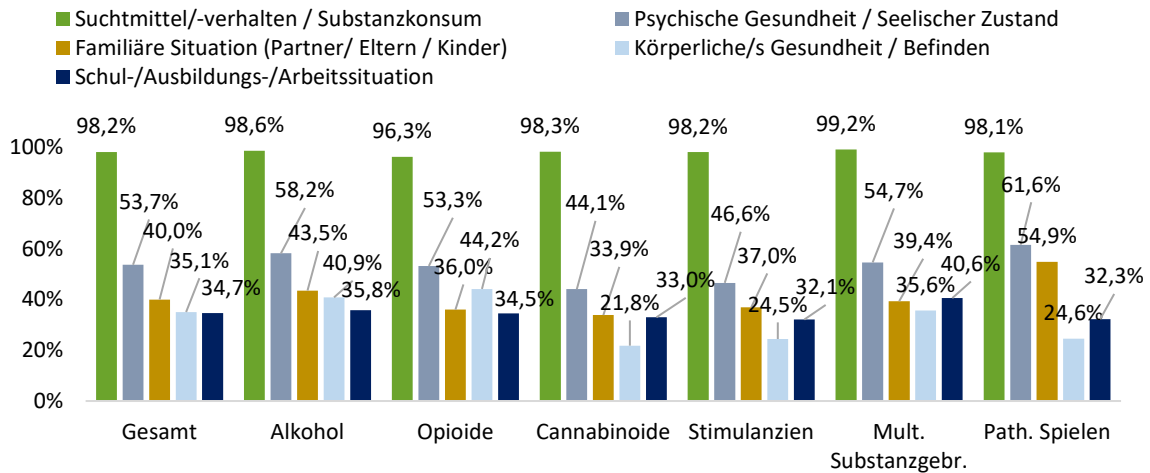
Häufigkeit und Reihenfolge der Problembereiche variieren je nach Hauptdiagnose etwas. Bei allen Hauptdiagnosen stellt die psychische Gesundheit sowohl in der Stadt als auch auf dem Land den zweithäufigsten Problembereich dar. Allerdings ist dieser Bereich für Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 62%; Land: 54%), Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 55%; Land: 66%) und alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 58%; Land 55%) jeweils deutlich relevanter als für Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 44%; Land: 43%).

Auch die familiäre Situation ist in beiden Regionen hauptsächlich für Klient:innen mit Glücksspielproblematik belastend (Stadt: 55%, Land 50%), während sie für Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen deutlich seltener ein Problem darstellt (Stadt: 34%; Land 33%). Der Problembereich körperliche Gesundheit steht in der Stadt wie auf dem Land für Klient:innen mit opioid- (Stadt: 44%; Land: 41%) bzw. alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 41%; Land: 40%) oder Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 37%; Land: 40%) im Vordergrund.

⁵ Es handelt sich hier um Einschätzungen aus Sicht/ Kenntnis des Beraters/der Beraterin

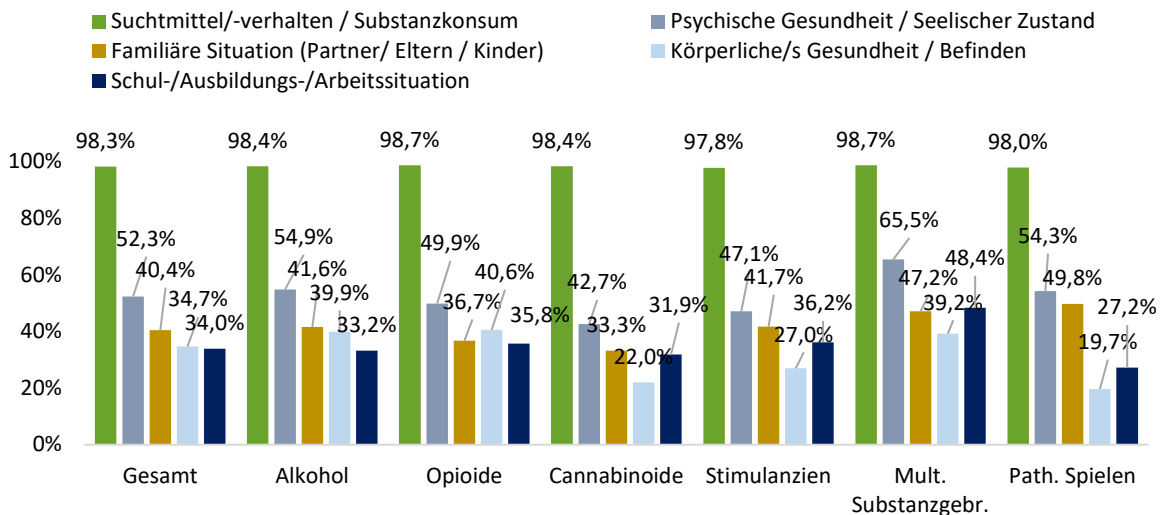
Die Situation in Schule, Ausbildung und Arbeit ist in beiden Regionen vorrangig für Klient:innen mit Multiplen Substanzgebrauch problematisch (Stadt: 41%; Land: 48%), während diese Problematik bei Klient:innen mit Glücksspielproblematik als am geringsten belastend eingestuft wird (Stadt: 32%; Land 27%; Abbildung 20 und 21).

Abbildung 4: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose)



N = 516 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 5: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Land; Hauptdiagnose)



N = 228 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

3.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel

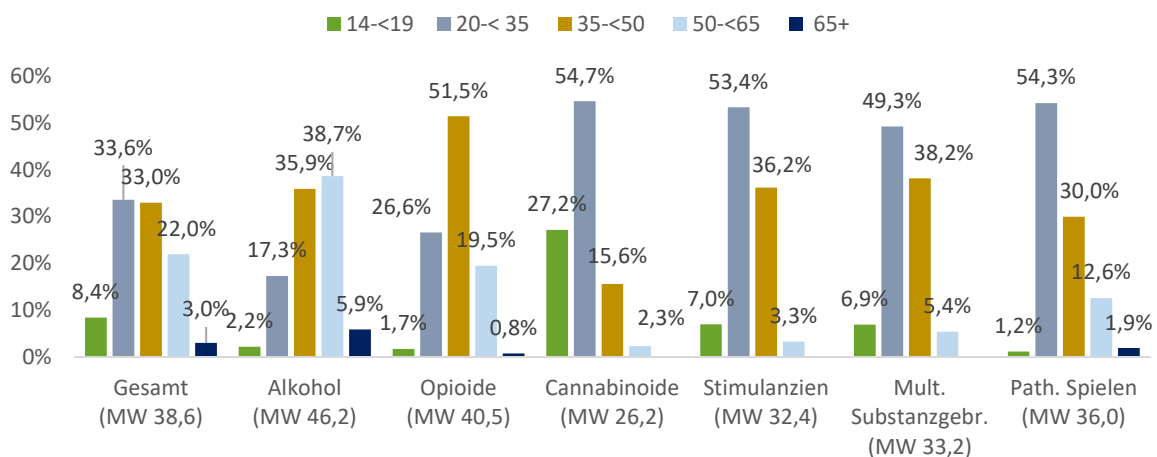
Alter

Insgesamt sind der Altersdurchschnitt (je 39 Jahre) und die Altersstruktur der Suchthilfeklientel in der Stadt und auf dem Land ähnlich. Jeweils ein Drittel ist zwischen 20 und unter 35 Jahre (Stadt: 34%; Land 32%) bzw. zwischen 35 und unter 50 Jahre alt. (Stadt: 33%; Land: 31%). Auf sehr junge Klient:innen (14 bis < 19 Jahre) entfallen in der Stadt 8%, auf dem Land 9%, auf die höchste Altersgruppe, Personen 65+ Jahre, ein Anteil von 6% bzw. 4%.

Allerdings sind zwischen den einzelnen Hauptdiagnosen teilweise geringfügige Unterschiede im Altersdurchschnitt zu beobachten. Hierbei ist die Klientel auf dem Land jeweils etwas jünger als in der Stadt (Opiode: 39 vs. 41 Jahre, Stimulanzen: 31 vs. 32 Jahre, Multipler Substanzgebrauch: 31 vs. 32 Jahre).

Das höchste Durchschnittsalter weisen in beiden Regionen Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen auf (jeweils 46 Jahre). Hierbei liegt der Schwerpunkt jeweils in der Altersgruppe von 50 bis unter 65 Jahren (jeweils 39%) und gut eine:r von zwanzig Klient:innen ist bereits über 65 Jahre alt (jeweils 6%). Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen haben in der Stadt wie auf dem Land das mit Abstand niedrigste Durchschnittsalter (jeweils 26 Jahre), über die Hälfte (Stadt: 55%; Land: 56%) dieser Klient:innen ist zwischen 20 und unter 35 Jahre alt, gut ein Viertel (Stadt: 27%; Land 29%) der Betreuten befindet sich in der Altersgruppe der 14 bis unter 19-Jährigen (Abbildung 1 und 2).

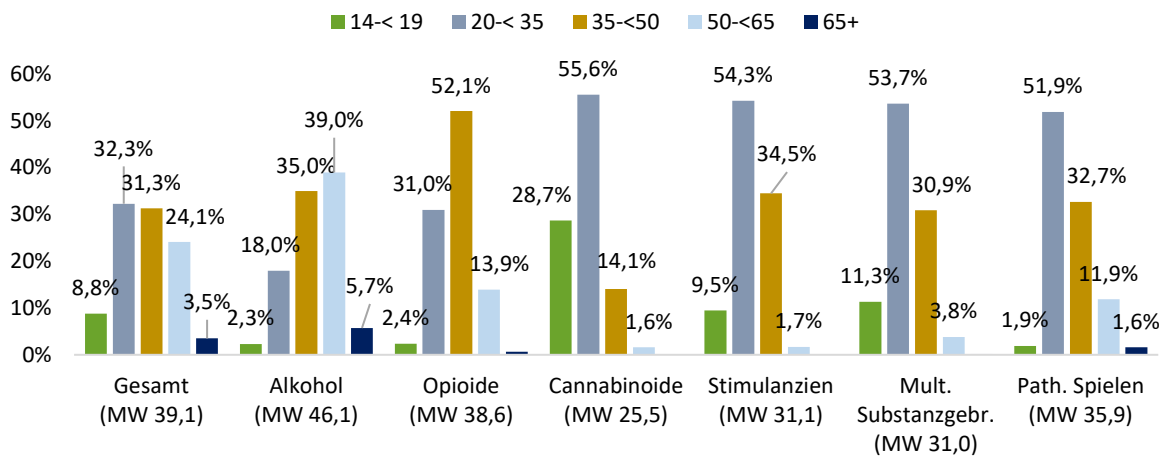
Abbildung 6: Alter (Stadt; Hauptdiagnose; in Jahren)⁶



N = 567 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

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

Abbildung 7: Alter (Land; Hauptdiagnose; in Jahren)



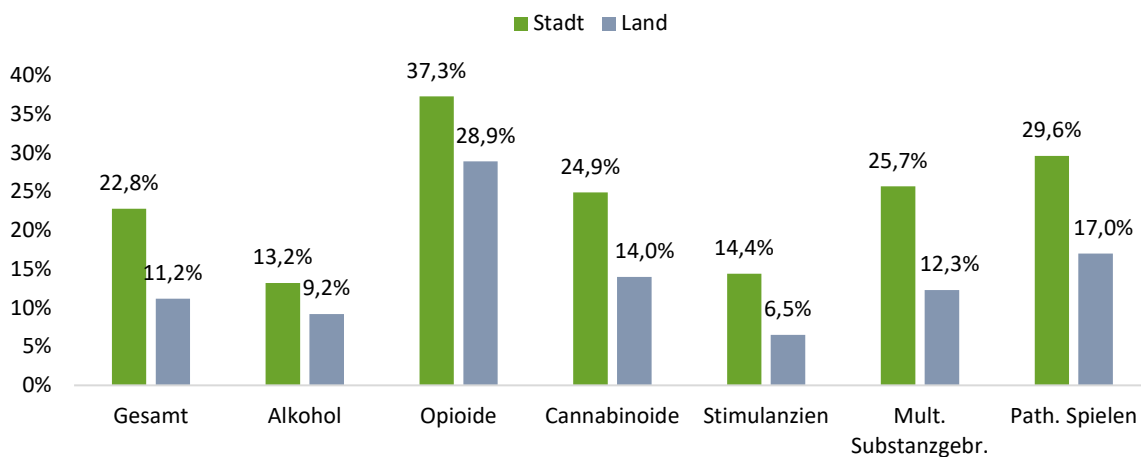
N = 238 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Migrationshintergrund

Die im städtischen Raum betreute Klientel hat etwa doppelt so häufig einen Migrationshintergrund wie die auf dem Land betreute Klientel (23% vs. 11%). Auch bei jeder der dargestellten Hauptdiagnosen ist der Anteil an Klient:innen mit Migrationshintergrund in der Stadt zum Teil deutlich höher als auf dem Land. Dabei ist die Rangreihung der Hauptdiagnosen mit hohem bzw. niedrigem Anteil an Klientel mit Migrationshintergrund trotz dieser Niveauunterschiede ähnlich.

So liegt in beiden Regionen bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen mit Abstand am häufigsten ein Migrationshintergrund vor (Stadt: 37%; Land: 29%). Es folgen Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 30%; Land: 17%) und Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 26%; Land: 12%). Die einzige Ausnahme in den Rangreihen findet sich für die Klient:innen-gruppe mit dem niedrigsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund: während in der Stadt Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen am seltensten einen Migrationshintergrund haben (13%), ist dies auf dem Land bei Klient:innen mit stimulanzienbezogenen Störungen der Fall (7%; Abbildung 3).

Abbildung 8: Migrationshintergrund (Hauptdiagnose)

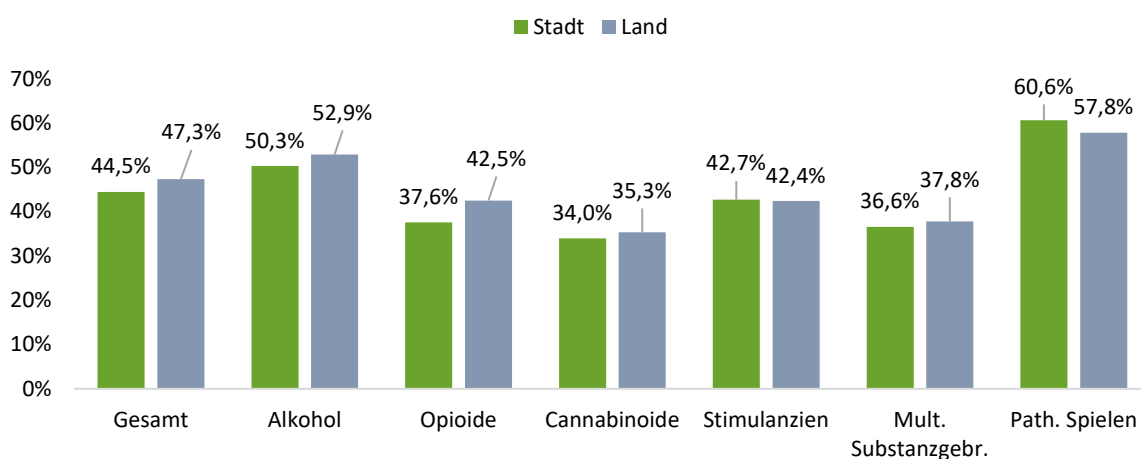


N = 384 ambulante Einrichtungen (Stadt); N= 199 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Partnerschaft

Suchthilfeklient:innen leben im ländlichen Raum geringfügig häufiger in einer Partnerschaft als im städtischen Raum (47% vs. 45%). In beiden Regionen haben vor allem Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 61%; Land: 58%) oder alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 50%; Land 53%) Partner:innen. Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt. 34%; Land 35%) oder Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 37%; Land: 38%) leben jeweils besonders selten in einer Partnerschaft (Abbildung 4).

Abbildung 9: Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose)



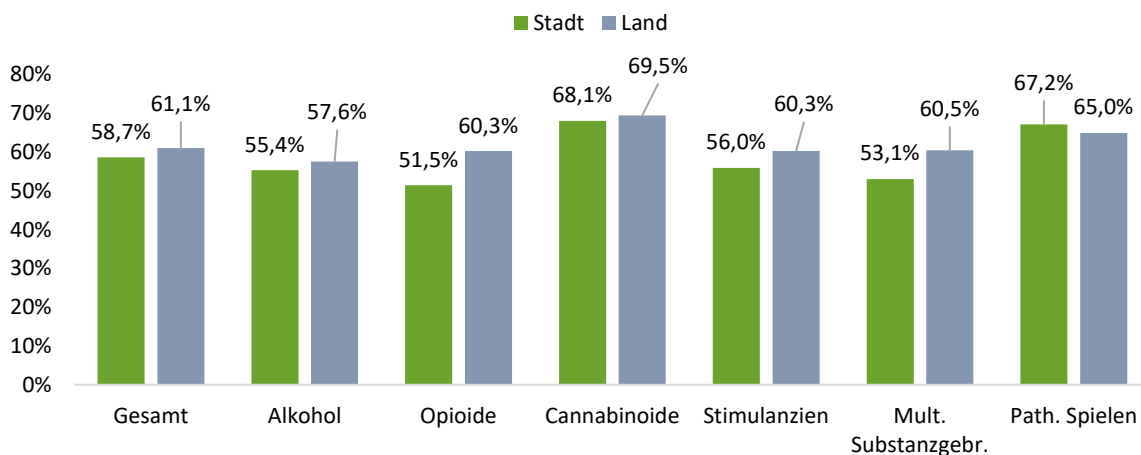
N =467 ambulante Einrichtungen (Stadt); N= 210 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Lebenssituation

Auf dem Land ist der Anteil an Klient:innen, die mit anderen Personen zusammenleben, insgesamt etwas höher als in der Stadt (61% vs. 59%). Das gilt auch für alle Hauptdiagnosen mit Ausnahme von Pathologischem Spielen. Besonders große Stadt-Land-Unterschiede liegen bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (Stadt: 52%; Land 60%) und Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 53%; Land 61%) vor.

Sehr häufig leben sowohl in der Stadt als auch auf dem Land Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen mit anderen Personen zusammen (Stadt: 68%; Land: 70%). Am seltensten ist ein Zusammenleben mit anderen Personen in der Stadt bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (59%) und auf dem Land bei Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (58%; Abbildung 5) der Fall.

Abbildung 10: Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose)



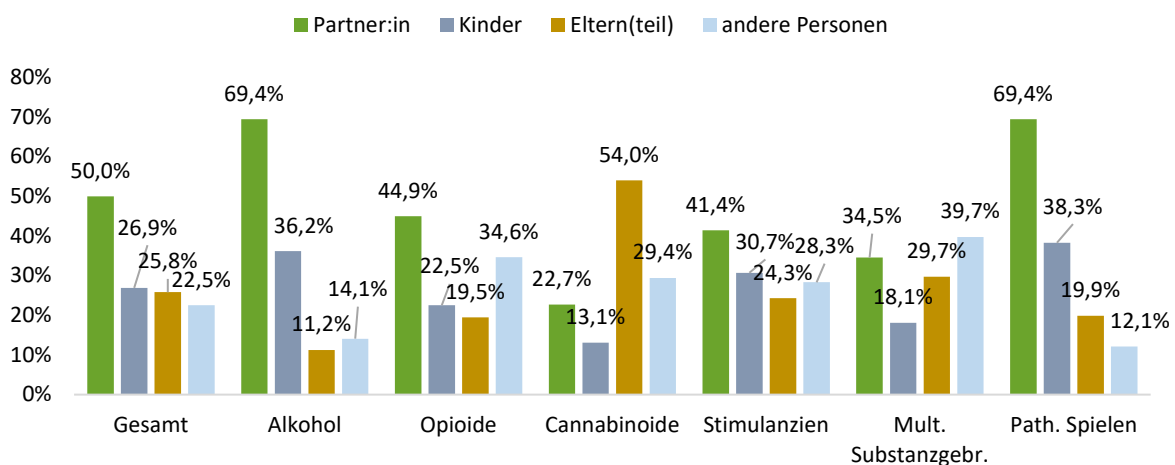
N =488 ambulante Einrichtungen (Stadt); N=222 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Betrachtet man, mit welchen Personengruppen die Betreuten zusammenleben, so zeigt sich, dass Klient:innen auf dem Land häufiger mit ihren Partner:innen zusammenleben als Klient:innen in der Stadt (56% vs. 50%. Abbildung 6 und 7). Gleiches gilt für das Zusammenleben mit Kindern (30% vs. 27%). Demgegenüber ist auf dem Land das Zusammenleben mit anderen Personen weniger weit verbreitet (18% vs. 23%). Das Zusammenleben mit den Eltern bzw. einem Elternteil tritt in der Stadt und auf dem Land vergleichbar häufig auf (Land: 26%; Stadt: 25%).

Die Relevanz der anderen Personengruppen, mit denen die Betreuten zusammenleben, ist innerhalb der einzelnen Hauptdiagnosen in der Stadt und auf dem Land ähnlich. Mit ihren Partner:innen leben in beiden Regionen am häufigsten Klient:innen mit alkoholbezogenen

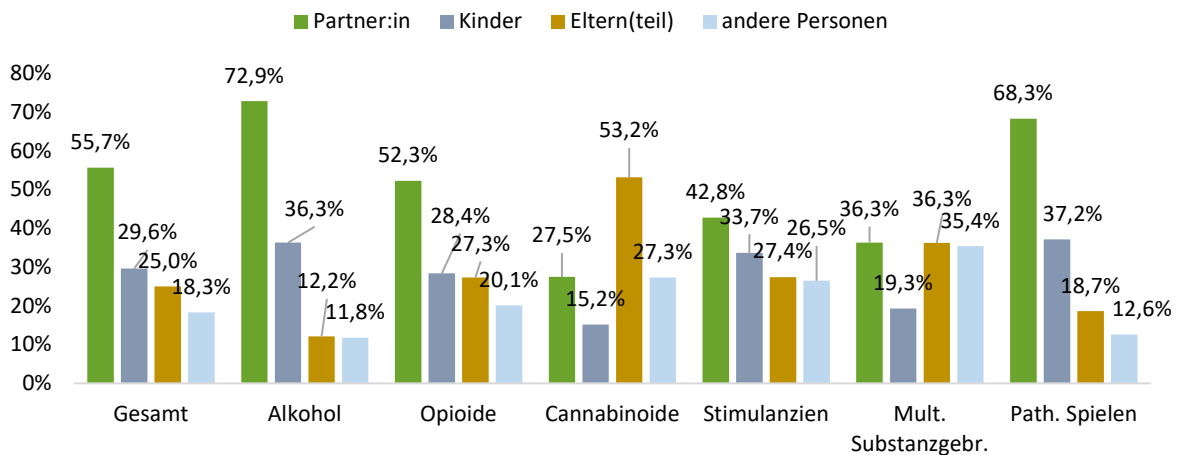
Störungen (Stadt: 69%; Land: 73%) oder Glücksspielproblematik (Stadt: 69%; Land: 68%) und am seltensten Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 23%; Land: 28%) oder Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 35%; Land: 36%) zusammen. Mit Kindern leben sowohl in der Stadt als auch auf dem Land vor allem Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 38%; Land: 37%) zusammen, Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen tun dies vergleichsweise selten (Stadt:13%; Land: 15%). Diese Klient:innengruppe lebt vielmehr in beiden Regionen am häufigsten noch bei ihren Eltern bzw. Elternteil (Stadt: 54%; Land: 53%). Diese Form des Zusammenlebens findet sich bei Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen am seltensten (Stadt: 11%; Land: 12%). Mit anderen Personen leben sowohl in der Stadt (40%) als auch auf dem Land (35%) in erster Linie Klient:innen mit Multiplen Substanzgebrauch (Abbildung 6 und 7).

Abbildung 11: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Stadt; Hauptdiagnose)



N =488 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Häufigste Nennungen; Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 12: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Land; Hauptdiagnose)



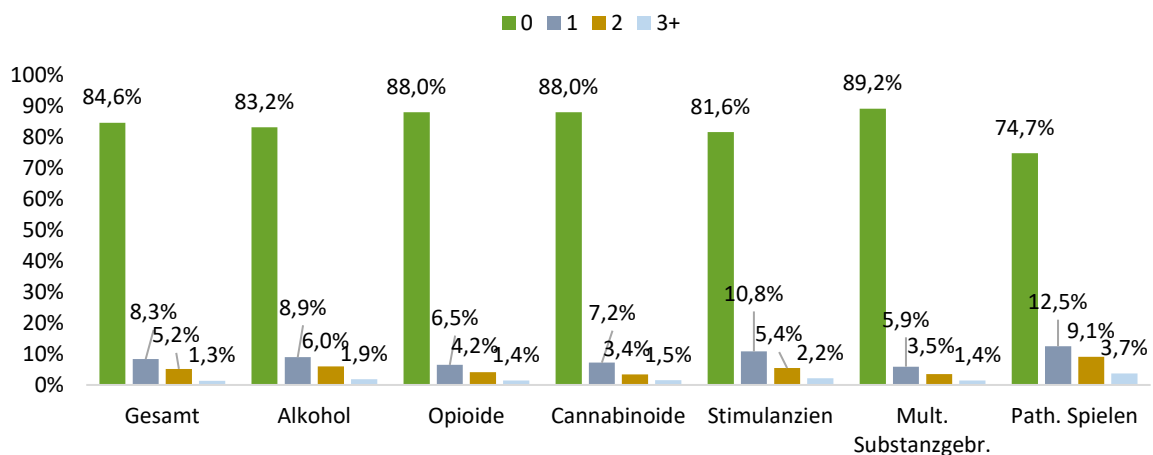
N =222 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Häufigste Nennungen; Mehrfachnennungen möglich

Minderjährige Kinder im Haushalt

In der Stadt leben Klient:innen häufiger ohne minderjährigen Kinder im Haushalt als auf dem Land (85% vs. 82%).

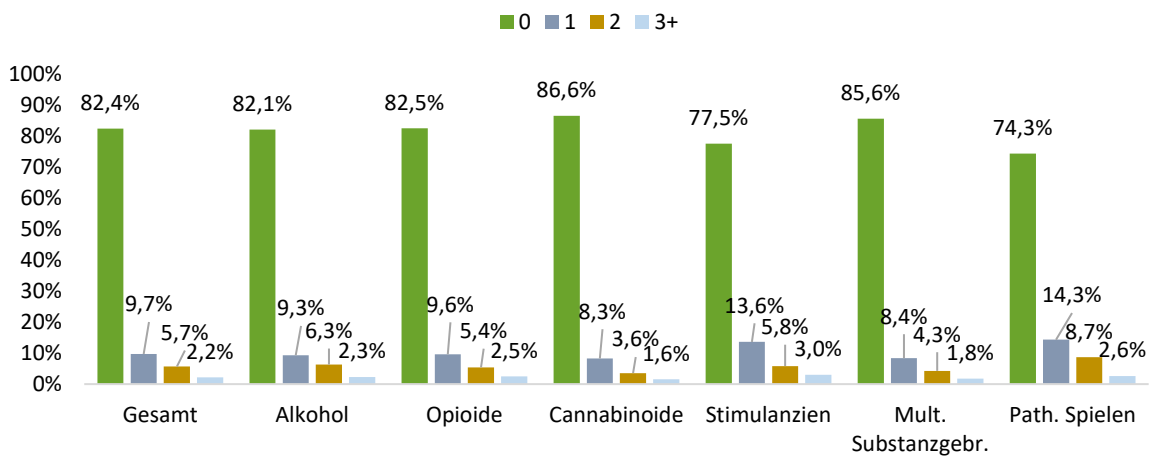
Am häufigsten leben sowohl in der Stadt als auch auf dem Land Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 25%; Land: 26%) oder stimulanzenbezogenen Störungen (Stadt: 18%; Land: 22%) mit minderjährigen Kindern im Haushalt. Am seltensten betrifft dies in beiden Regionen Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 11%; Land: 14%) oder cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 12%; Land: 13%; Abbildung 8 und 9).

Abbildung 13: Anzahl minderjährige Kinder im Haushalt (Stadt; Hauptdiagnose)



N =376 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 14: Anzahl minderjährige Kinder im Haushalt (Land, Hauptdiagnose)



N =180 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

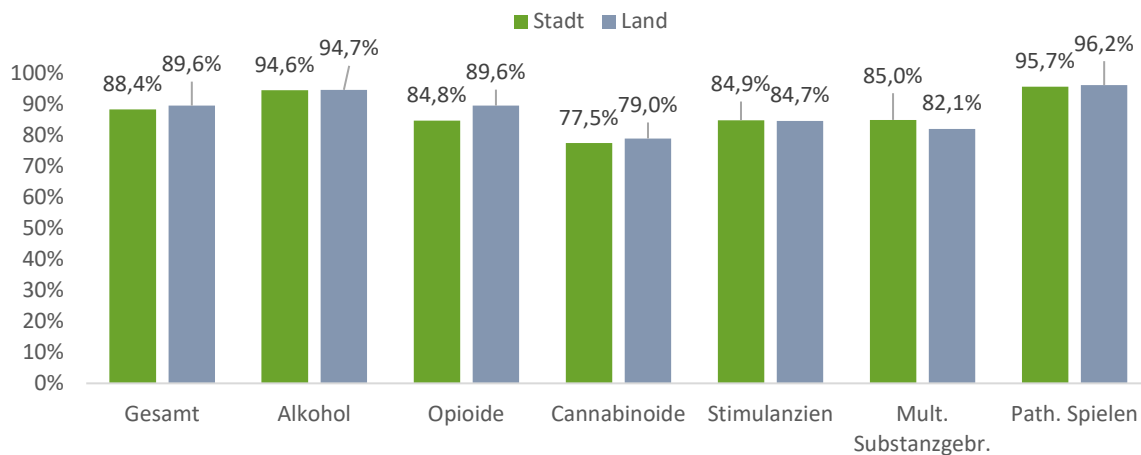
Schulische Bildung

Auf dem Land betreute Klient:innen haben insgesamt geringfügig häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung als in der Stadt (90% vs. 88%).

Auch auf Ebene der meisten Hauptdiagnosen ist ein Schulabschluss in der Stadt entweder gleich häufig oder etwas häufiger als auf dem Land. Eine Ausnahme in die Gegenrichtung besteht nur bei Multiplern Substanzgebrauch.

In beiden Regionen haben Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (jeweils 95%) oder Glücksspielproblematik auf (jeweils 96%) am häufigsten eine abgeschlossene Schulausbildung. Dagegen haben Klient:innen mit Multiplern Substanzgebrauch (Stadt: 85%; Land: 82%) oder mit stimulanzenbezogenen Störungen (Stadt/Land: je 85%) die Schule jeweils am seltensten erfolgreich abgeschlossen. Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen verfügen in beiden Regionen zwar noch seltener über einen Schulabschluss (Stadt: 78%; Land: 79%), jedoch befindet sich in diesen sehr jungen Klient:innengruppen ein jeweils nicht unerheblicher Anteil (Stadt: 13%; Land: 12%) noch in der schulischen Ausbildung (Abbildung 10).

Abbildung 15: Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose)

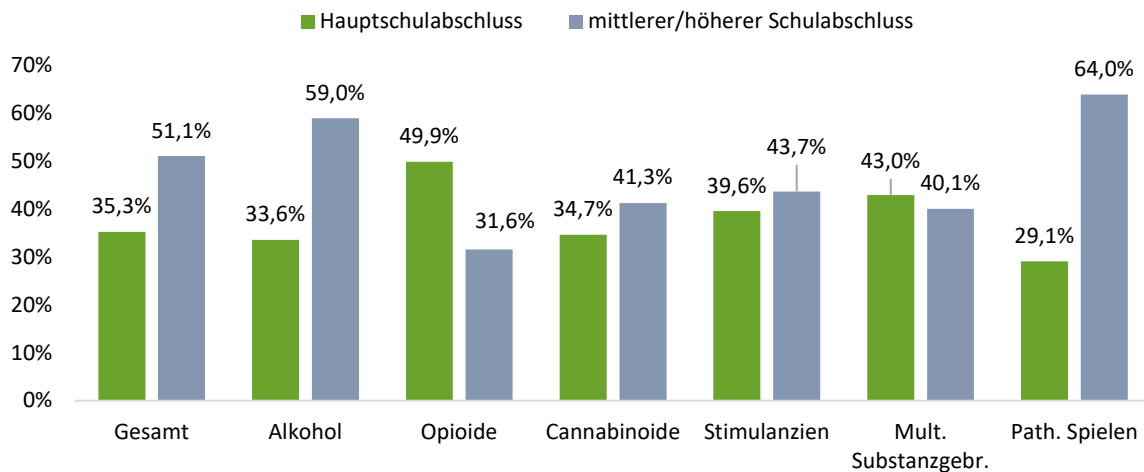


N =371 ambulante Einrichtungen (Stadt); N=208 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Insgesamt ist in der Suchthilfeklientel ein mittlerer oder höherer Schulabschluss in der Stadt etwas häufiger als auf dem Land (51% vs. 48%) und ein Hauptschulabschluss demgegenüber etwas seltener (35% vs. 40%).

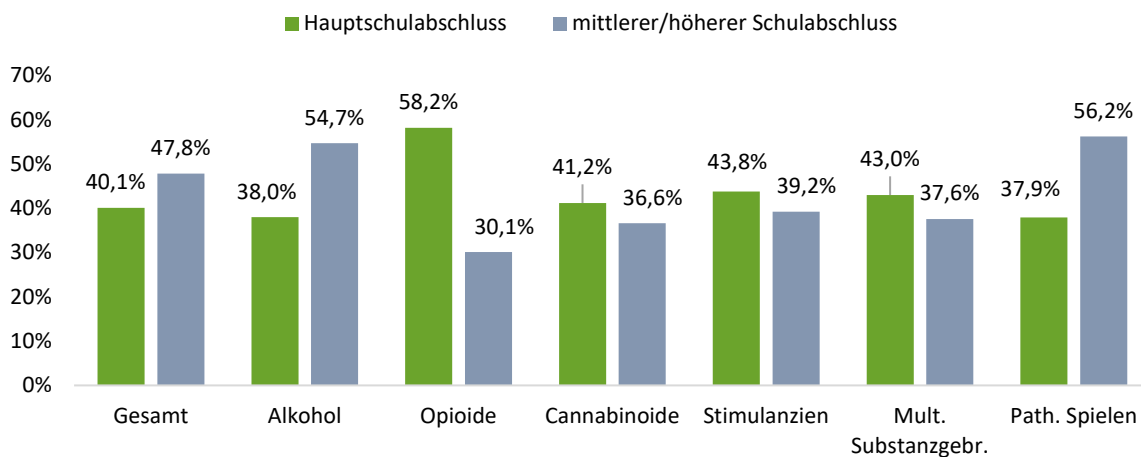
Auch auf der Ebene der Hauptdiagnosen zeigt sich ein Stadt-Land-Gefälle hinsichtlich der Häufigkeit von mittleren oder höheren Schulabschlüssen. In beiden Regionen haben Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 64%; Land: 56%) oder alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 59%; Land: 55%) am häufigsten einen mittleren oder höheren Schulabschluss, mit deutlich höheren Anteilen in der Stadt. Auch bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen, die jeweils am seltensten einen mittleren oder höheren Schulabschlüssen besitzen, ist der entsprechende Anteil auf dem Land noch etwas geringer als in der Stadt (32% vs. 30%). Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen haben in der Stadt wie auf dem Land vergleichsweise selten irgendeine Art von Schulabschluss (Stadt/Land: 41%/37% mittlerer/höherer Schulabschluss; 35%/41% Hauptschulabschluss). Die niedrigen Werte bei den Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind jedoch durch den hohen Anteil an Schüler:innen in diesen Gruppen zu erklären (13%/12%; Abbildung 11 und 12).

Abbildung 16: Höchster Schulabschluss (Stadt; Hauptdiagnose)



N =371 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 17: Höchster Schulabschluss (Land; Hauptdiagnose)



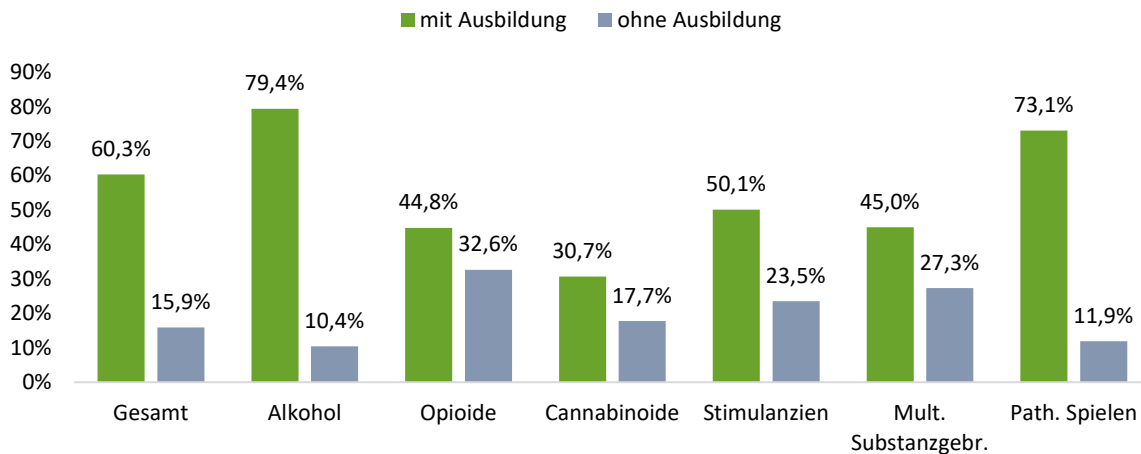
N=208 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Berufliche Bildung

Insgesamt haben Suchthilfeklient:innen auf dem Land häufiger eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung als in der Stadt (66% vs. 60%), allerdings ist der Anteil an Betreuten ohne Ausbildungsabschluss ähnlich hoch (15% vs. 16%). In beiden Regionen haben Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 79%; Land: 82%) oder Glücksspielproblematik (Stadt: 73%; Land: 76%) mit Abstand am häufigsten eine abgeschlossene Ausbildung. Dagegen haben Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 45%; Land: 44%) oder opioidbezogenen Störungen (Stadt: 45%; Land: 54%) besonders selten eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung. Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen verfügen zwar noch seltener über eine abgeschlossene Schulausbildung (Stadt: 31%; Land: 36%).

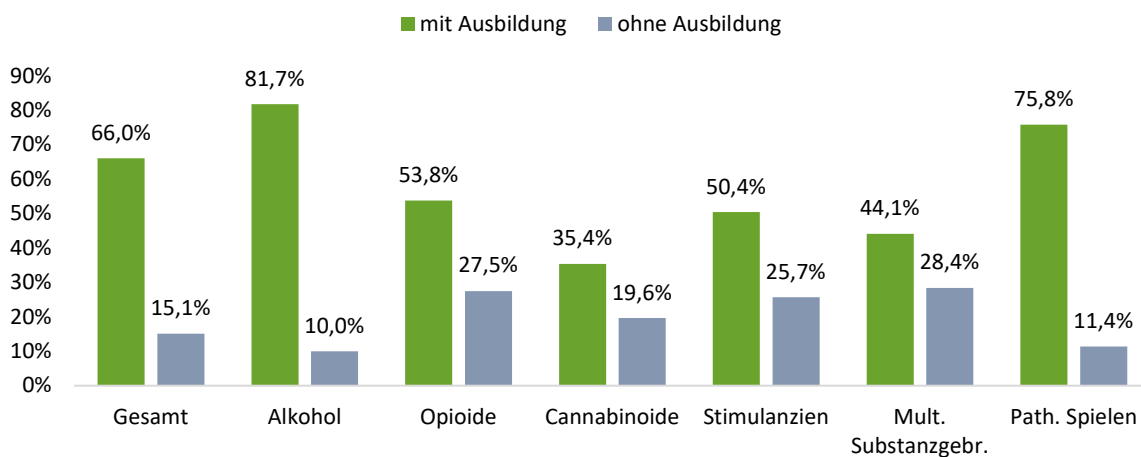
Allerdings erklären sich die niedrigen Werte in dieser sehr jungen Gruppe dadurch, dass sich jeweils etwa die Hälfte der Betreuten (Stadt: 52%; Land: 45%) noch in einer Ausbildung befindet bzw. noch keine Ausbildung begonnen hat (Abbildung 13 und 14).

Abbildung 18: Ausbildung (Stadt, Hauptdiagnose)



N =372 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 19: Ausbildung (Land; Hauptdiagnose)



N =204 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

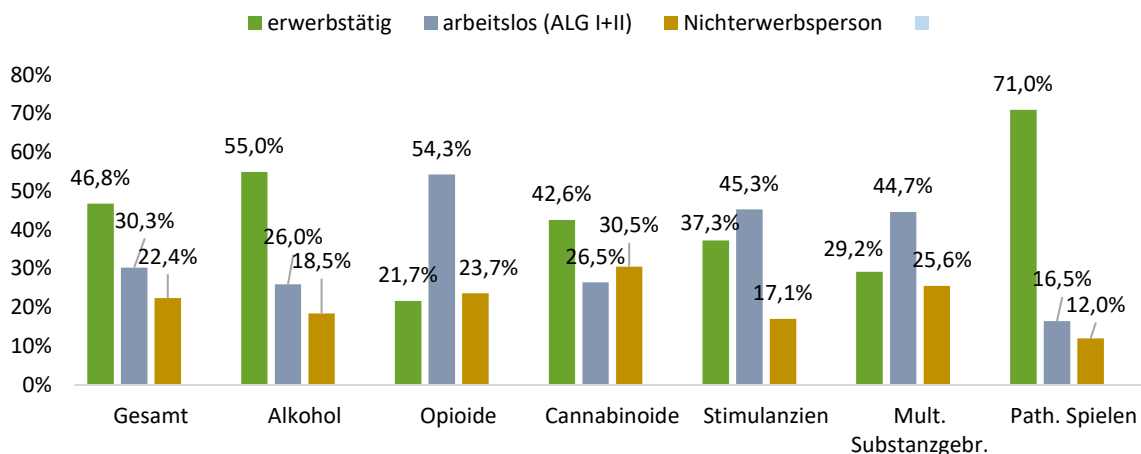
Erwerbssituation

Insgesamt ist die Klientel auf dem Land bei Betreuungsbeginn häufiger erwerbstätig als in der Stadt (51% vs. 47%) und Arbeitslosigkeit ist weniger weit verbreitet (28% vs. 30%). Gleiches gilt für Nicht-Erwerbstätigkeit (20% vs. 22%).

In beiden Regionen sind Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 71%, Land: 70%) oder alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 55%; Land: 56%) am häufigsten erwerbstätig und Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (Stadt: 54%, Land: 48%) oder Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 45%; Land: 46%) am häufigsten arbeitslos.

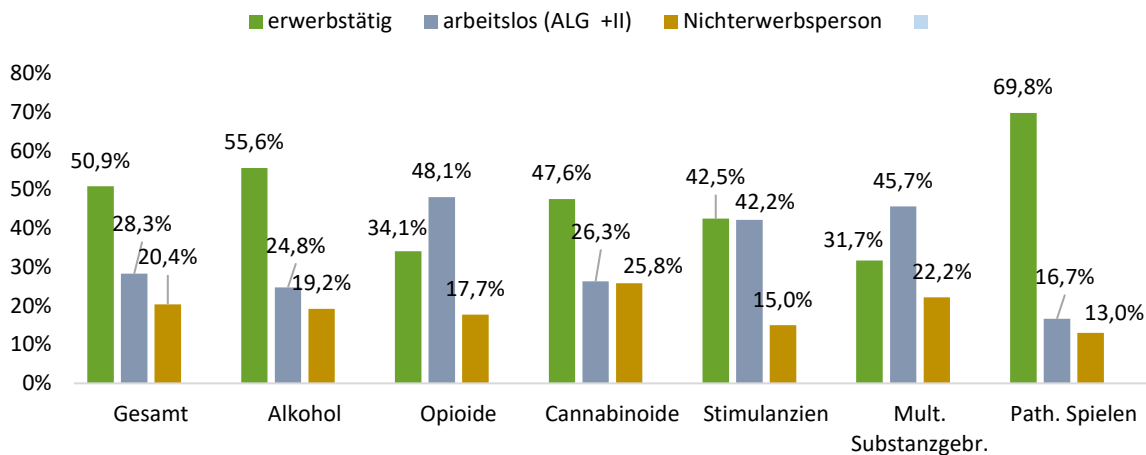
Der Anteil an Nicht-Erwerbspersonen ist in beiden Regionen bei Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen am höchsten (Stadt 31%; einschließlich 21% Schüler:innen; Land: 26%; einschließlich 17% Schüler:innen), aber auch unter der Klientel mit Multiplem Substanzgebrauch finden sich vergleichsweise viele Nicht-Erwerbspersonen (Stadt: 26%; Land: 22%; Abbildung 15 und 16).

Abbildung 20: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Stadt; Hauptdiagnose)



N =480 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 21: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Land; Hauptdiagnose)



N =215 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

3.3 Betreuung

Vermittlung

Die Zugangswege zur Suchthilfe sind in beiden Regionen ähnlich: Sowohl in der Stadt als auch auf dem Land kommen die Klient:innen am häufigsten auf eigene Initiative ohne Vermittlung in die ambulante Suchthilfe (Stadt: 52%; Land: 50%). Polizei und Justiz (jeweils 10%), das soziale Umfeld (Stadt: 8%; Land: 9%), stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Stadt: 5%; Land: 6%), ärztliche Praxen (Stadt: 5%; Land: 3% und psychiatrische Kliniken (jeweils 5%) spielen ebenfalls noch eine größere Vermittlungsrolle.

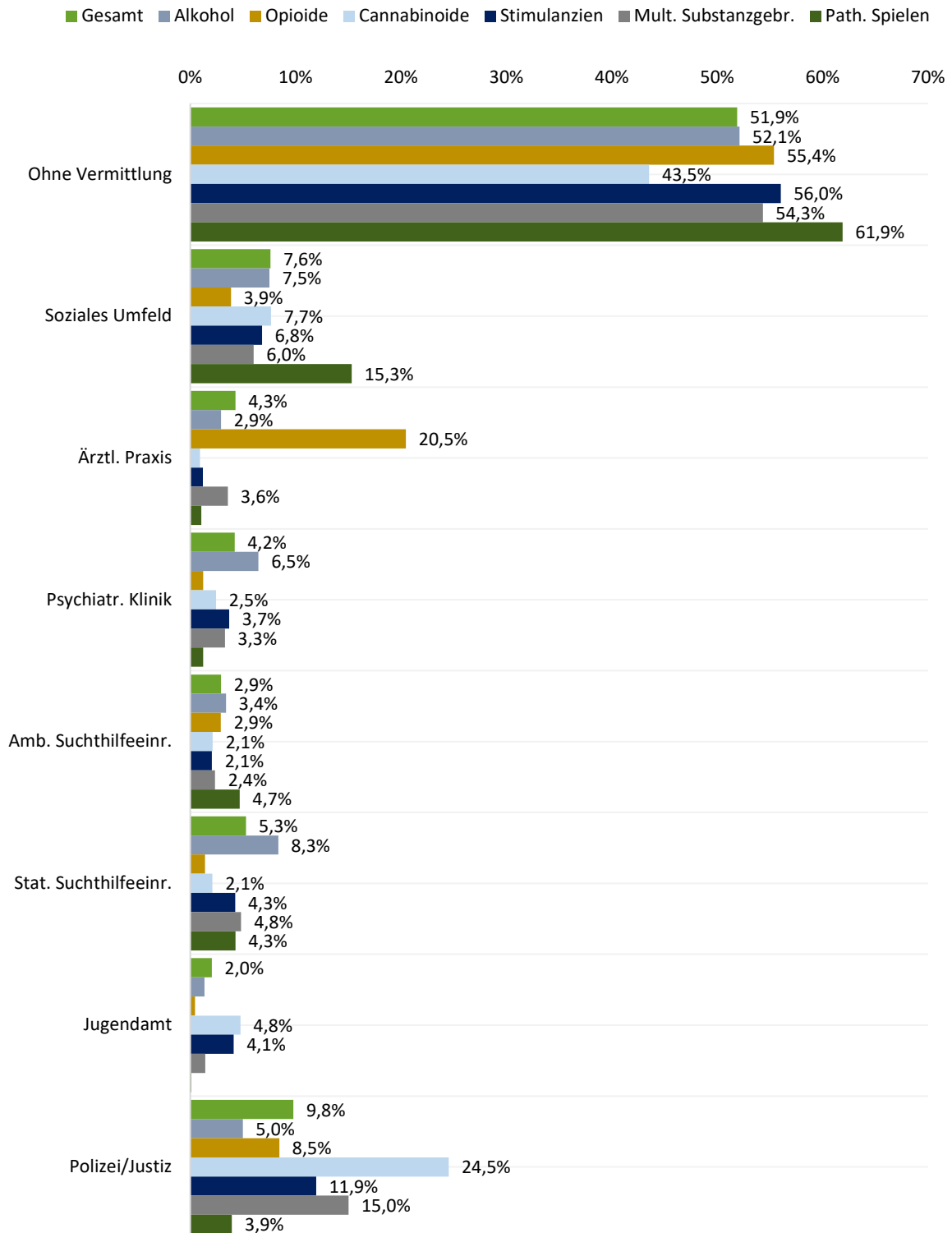
Der Zugang zur Suchthilfe ohne Vermittlung spielt in beiden Regionen und für alle Hauptdiagnosen zwar die mit Abstand größte Rolle, doch es bestehen Hauptdiagnose-bezogene Unterschiede in der Häufigkeit: Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 62%; Land: 63%) kommen jeweils am häufigsten eigeninitiativ in die ambulante Betreuung und Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen am seltensten (Stadt: 44%; Land: 43%).

Der zweithäufigste Zugangsweg zur Betreuung ist bei Störungen aus dem Bereich der illegalen Substanzen regelhaft der über Polizei und Justiz. Dies gilt für Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (jeweils: 25%), für Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 15%; Land: 17%) sowie für Klient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen (Stadt: 12%; Land: 16%) aber nicht für Betreute mit opioidbezogenen Störungen (jeweils 9%; Rang 3). Hier bilden ärztliche/psychotherapeutische Praxen den zweitwichtigsten Zugangsweg (Stadt: 21%; Land: 22%). Für Störungen, die dem legalen Bereich zugeordnet werden können, ist jeweils

das soziale Umfeld die zweitwichtigste Instanz. Allerdings ist seine Bedeutung bei Klient:innen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 15%; Land 13%) nochmals deutlich höher als bei Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 8%; Land 9%).

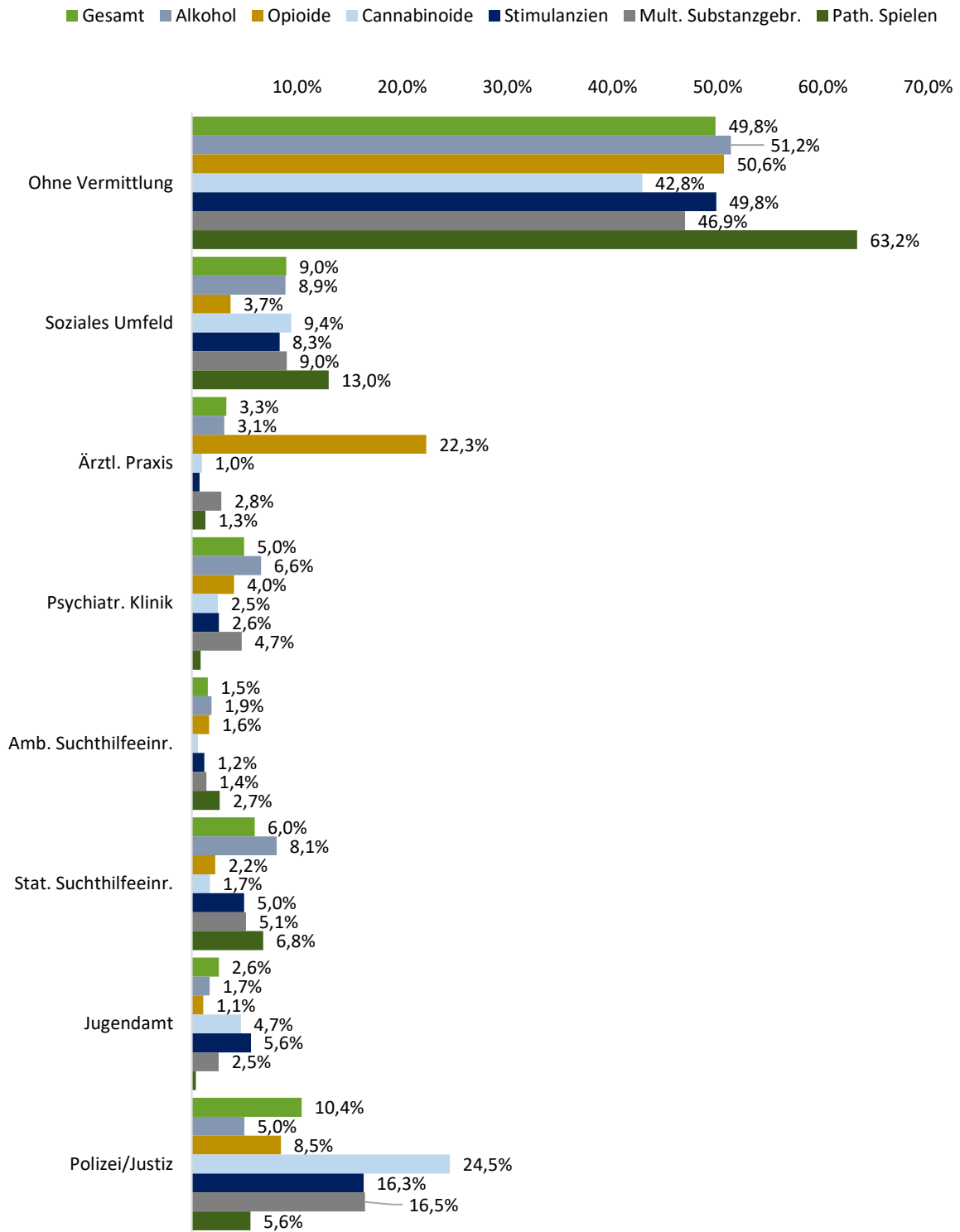
Darüber hinaus sind stationäre Suchthilfeeinrichtungen insbesondere für Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen als Vermittlungsinstanz relevant (Stadt: 8%; Land: 7%). Klient:innen mit cannabinoid- (jeweils 5%) oder stimulanzenbezogenen Störungen (Stadt: 4%; Land: 6%) kommen in beiden Regionen zudem häufig über das Jugendamt in die ambulante Betreuung (Abbildung 22 und 23).

Abbildung 22: Vermittlung in die ambulante Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose; häufigste Nennungen)



N = 523 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Ärztl. Praxis= Ärztliche Praxis; Psychiatr. Klinik = Psychiatrische Klinik; Amb. Suchthilfeeinr. = Ambulante Suchthilfeeinrichtung; Stat. Suchthilfeeinr.= Stationäre Suchthilfeeinrichtung

Abbildung 23: Vermittlung in die ambulante Betreuung (Land; Hauptdiagnose; häufigste Nennungen)



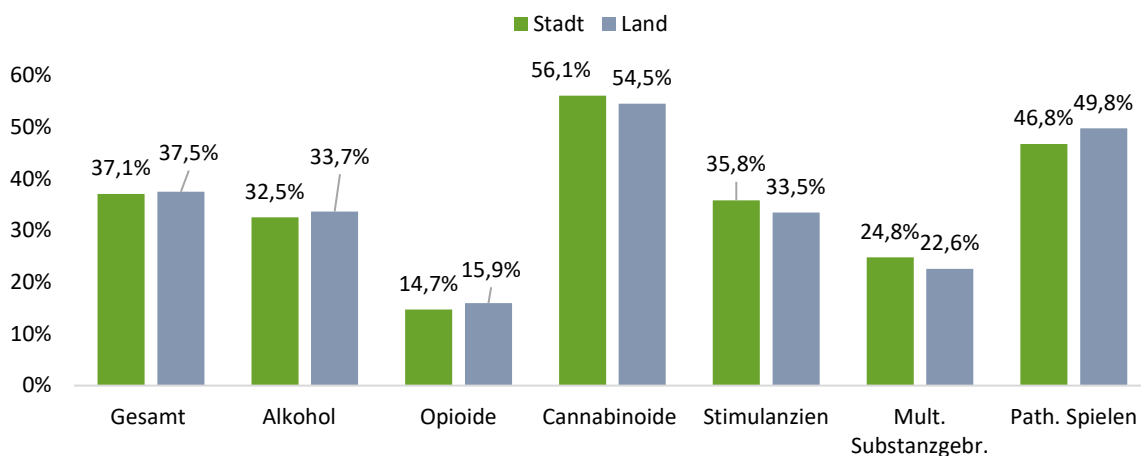
N = 227 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Ärztl. Praxis= Ärztliche Praxis; Psychiatr. Klinik = Psychiatrische Klinik; Amb. Suchthilfeeinr. = Ambulante Suchthilfeeinrichtung; Stat. Suchthilfeeinr.= Stationäre Suchthilfeeinrichtung

Erstbetreuung

Insgesamt finden im Jahr 2021 im städtischen und im ländlichen Raum ähnlich häufig Erstbetreuungen⁷ statt (Stadt: 37%; Land: 38%). Auch auf Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen ergeben sich nur geringe Unterschiede, wobei Erstbetreuungen bei Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (Ausnahme: Opioide) in der Stadt etwas häufiger sind als auf dem Land.

Der Anteil an Erstbetreuungen unterscheidet sich in beiden Regionen je nach Hauptdiagnose. Der mit Abstand höchste Anteil an Erstbetreuten findet sich in beiden Regionen bei Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 56%; Land: 55%), die auch die jüngste Klient:innengruppe bilden. Auch bei Glücksspielproblematik kommt es jeweils überdurchschnittlich oft zu Erstbetreuungen (Stadt: 47%; Land: 50%). Am mit Abstand seltensten sind Erstbetreuungen bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (Stadt: 15%; Land: 16%) und auch unter den Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch sind eher wenig Erstbetreute (Stadt: 25%; Land 23%; Abbildung 24).

Abbildung 24: Erstbetreute Fälle (Hauptdiagnose)



N = 454 ambulante Einrichtungen (Stadt); N=219 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Hauptmaßnahmen

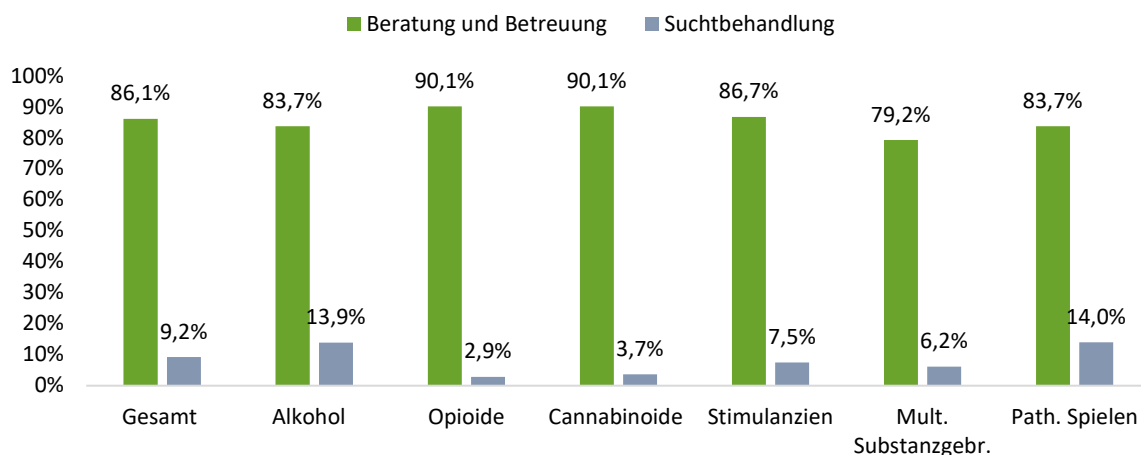
In beiden Regionen fallen neun von zehn Hauptmaßnahmen in die Kategorie „Beratung und Betreuung“ (Stadt: 86%; Land: 89%). Auf „Suchtbehandlung“ entfallen weitere 9% (Stadt) bzw. 8% (Land) der Hauptmaßnahmen.

⁷ Erstbetreuung: es wurde bisher noch niemals eine suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen

In der Stadt erhalten Klient:innen mit Störungen aus dem Bereich der illegalen Substanzen häufiger die Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung als Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen, Glücksspielproblematik oder multiplem Substanzgebrauch. Diese Muster findet sich bei weniger stark ausgeprägten Unterschieden auch auf dem Land.

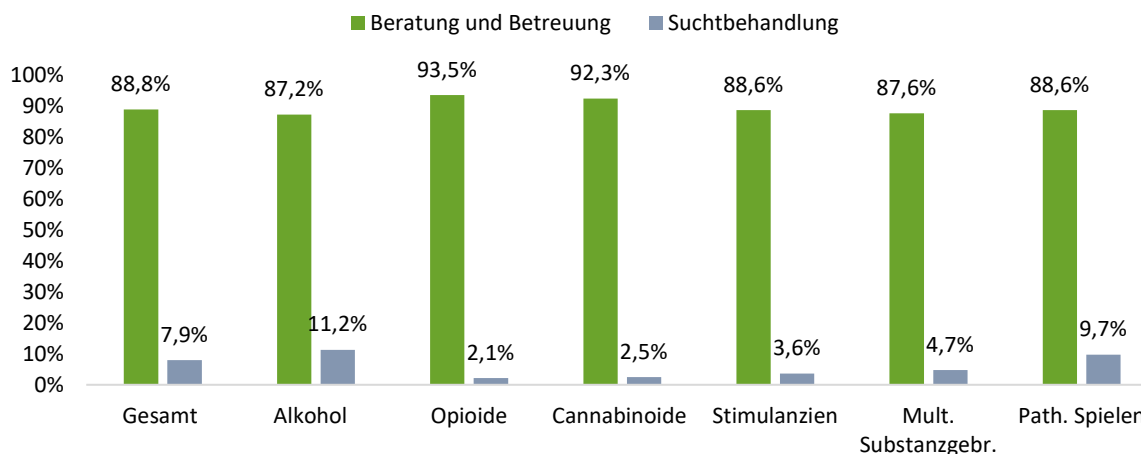
Suchtbehandlungen finden sich in beiden Regionen verstärkt bei Personen mit Glücksspielproblematik (Stadt: 14%; Land:10%) oder alkoholbezogenen Störungen (Stadt: 14%; Land: 11%), also bei Problematiken, die im legalen Bereich zu verorten sind (Abbildung 25 und 26).

Abbildung 25: Häufigste Hauptmaßnahmen (Stadt; Hauptdiagnose)



N = 570 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 26: Häufigste Hauptmaßnahmen (Land; Hauptdiagnose)



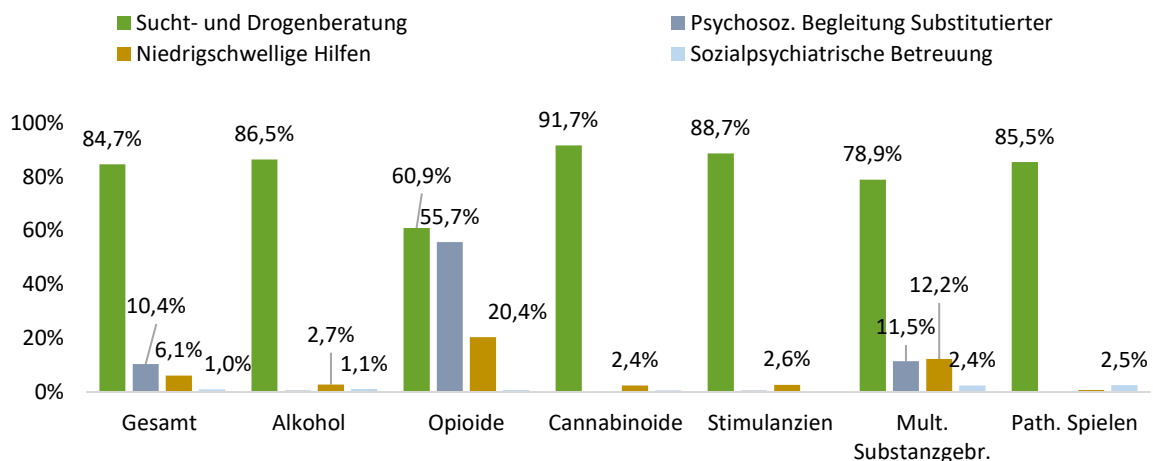
N = 237 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Innerhalb der Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung kommt die Einzelmaßnahme „Sucht- und Drogenberatung“ auf dem Land etwas häufiger zum Einsatz als in der Stadt (90% vs.

85%). Es folgen mit deutlichem Abstand „Psychosoziale Begleitung Substituierter“ (Stadt: 10%; Land: 4%) und „niedrigschwellige Hilfen“, wie z.B. existenzsichernde und gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzentausch (Stadt: 6%; Land 4%), die in der Stadt eine jeweils deutlich höhere Relevanz besitzen als auf dem Land.

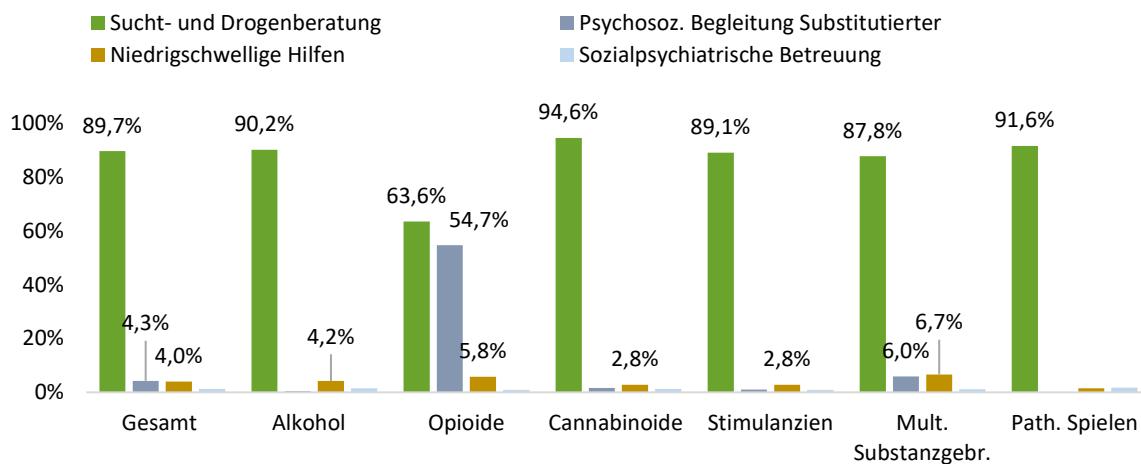
Auch auf Ebene der Hauptdiagnosen ist „Sucht- und Drogenberatung“ die wichtigste Maßnahme. Sie wird jeweils am häufigsten bei Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 92%; Land: 95%) und jeweils am seltensten bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (Stadt: 61%; Land: 64%) angewendet. In der letztgenannten Gruppe nimmt jeweils über die Hälfte der Klient:innen (Stadt: 56%; Land: 55%) an der „Psychosozialen Begleitung Substituierter“ teil Diese Maßnahme ist sonst nur noch bei Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch dokumentiert, wobei hier ein deutliches Stadt-Land-Gefälle besteht (12% vs. 6%). „Niedrigschwellige Hilfen“ betreffen bei ausgeprägtem Stadt-Land-Gefälle ebenfalls fast ausschließlich Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen (Stadt: 20%; Land: 6%) und Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 12%; Land: 7%; Abbildung 27 und 28).

Abbildung 27: Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose)



Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Aufgrund von Maßnahmenkombinationen aus unterschiedlichen Bereichen sind Werte über 100% möglich

Abbildung 28: Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Land; Hauptdiagnose)



Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen; Aufgrund von Maßnahmenkombinationen aus unterschiedlichen Bereichen sind Werte über 100% möglich

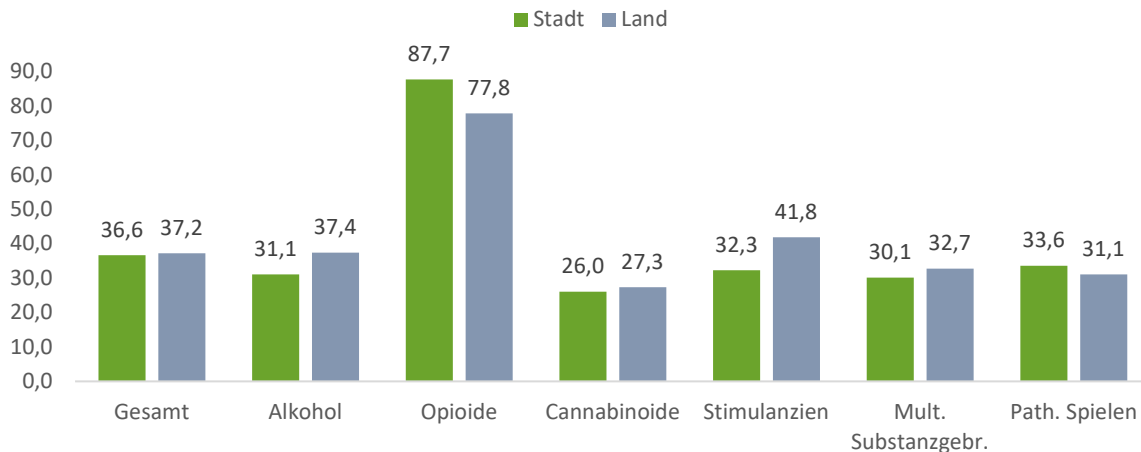
Betreuungsdauer

Die mittlere Betreuungsdauer in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ist mit 37 Wochen in der Stadt genauso hoch wie auf dem Land. Allerdings unterscheidet sich die Hauptdiagnose-bezogene Rangreihe der Betreuungsdauern und auch die Hauptdiagnose-spezifische Betreuungsdauer zwischen beiden Regionen.

Die mit großem Abstand längste Betreuungsdauer liegt in beiden Regionen bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen vor, wobei die mittlere Betreuungsdauer in der Stadt nochmals deutlich länger ist als auf dem Land (Stadt: 88 Wochen; Land: 78 Wochen). Die jeweils kürzeste mittlere Betreuungsdauer haben bei nur geringen Unterschieden in der Stadt und auf dem Land Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 26 Wochen; Land: 27 Wochen).

Die zweitlängste mittlere Betreuungsdauer haben Klient:innen auf dem Land mit stimulanzenbezogenen Störungen (42 Wochen). In der Stadt wird diese Personengruppe im Mittel deutlich kürzer betreut (32 Wochen) und steht in Bezug auf die Länge der Betreuungsdauer erst auf Rang drei. Die zweitlängste Betreuungsdauer entfällt hier auf Personen mit Glücksspielproblematik (34 Wochen), die auf dem Land wiederum die zweitkürzeste Betreuungsdauer haben (31 Wochen). Ein deutlicher Unterschied in der mittleren Betreuungsdauer lässt sich zudem für Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen feststellen (Stadt: 31 Wochen; Land: 37 Wochen; Abbildung 29).

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



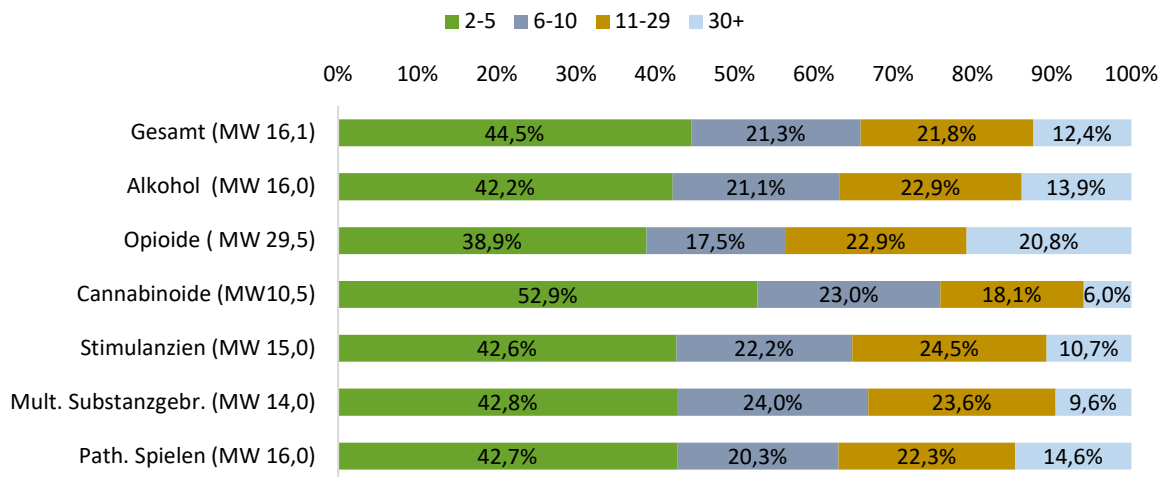
N = 567 ambulante Einrichtungen (Stadt); N=237 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Kontakte

Die städtische Klientel hat im Betreuungsverlauf im Mittel etwas mehr Kontakte als die ländliche Klientel (16 vs. 15 Kontakte). Dies gilt auch auf Ebene der meisten Hauptdiagnosen, wobei der Unterschied bei Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen besonders ausgeprägt ist (Stadt: 30 Kontakte; Land: 20 Kontakte). Eine vergleichbare Kontaktfrequenz findet sich nur bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (jeweils 16 Kontakte).

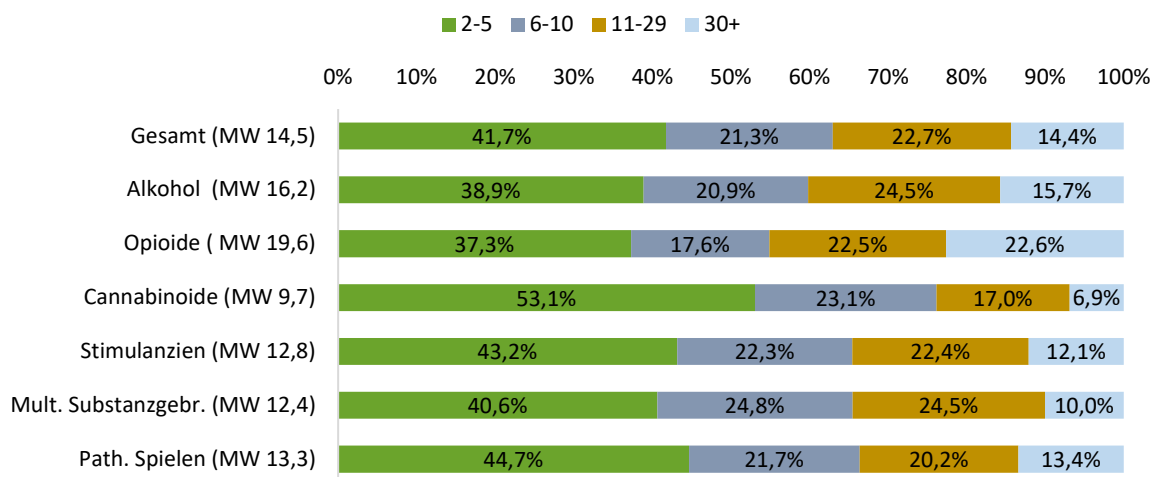
Betrachtet man unterschiedliche Klassen von Kontaktfrequenzen so haben Klient:innen in der Stadt etwas häufiger nur 2 bis 5 Kontakte als Klient:innen auf dem Land (45% vs. 42%) und im Gegenzug seltener 30 und mehr Kontakte (12% vs. 14%). In beiden Regionen haben Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen mit Abstand am häufigsten nur 2 bis 5 Kontakte (jeweils 53%) und Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen mit Abstand am häufigsten 30 und mehr Kontakte (Stadt: 21%; Land: 23%; Abbildung 30 und 31).

Abbildung 30: Anzahl der Kontakte (Stadt; Hauptdiagnose)



N = 537 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 31: Anzahl der Kontakte (Land; Hauptdiagnose)



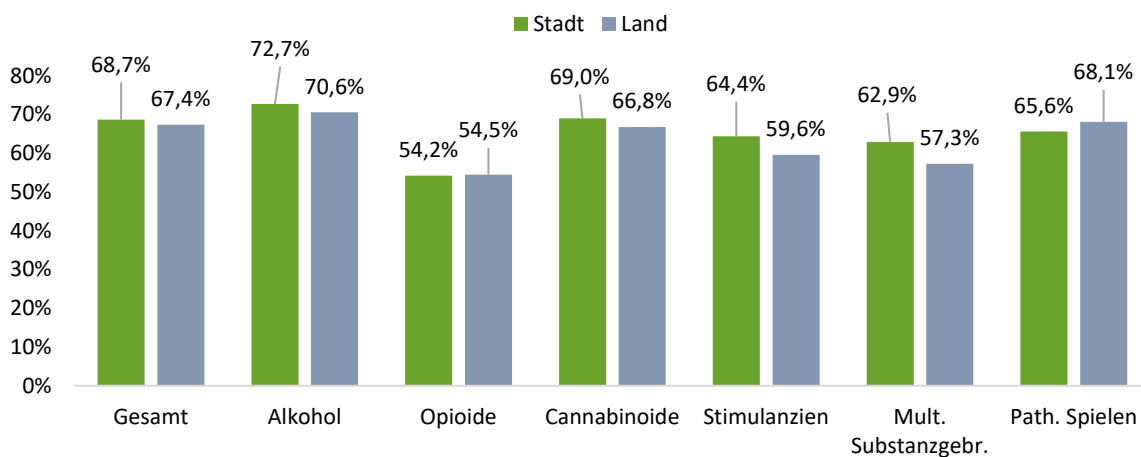
N = 231 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Art der Beendigung

In der Stadt beenden ambulant betreute Klient:innen die Betreuung etwas häufiger planmäßig⁸ als auf dem Land (69% vs. 67%). Dies gilt für nahezu alle Hauptdiagnosen. Eine Ausnahme in die Gegenrichtung besteht für Pathologisches Spielen (Stadt: 66%; Land 68%), vergleichbare Anteile finden sich bei opioidbezogenen Störungen (Stadt: 54%; Land: 55%). Ein besonders ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle findet sich bei Klient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (63% vs. 57%) und Klient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen (64% vs. 60%).

Den höchsten Anteil planmäßiger Beendigungen weisen in beiden Regionen Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen auf (Stadt: 73%; Land: 71%). Dagegen beenden Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen die Betreuung mit Abstand am seltensten planmäßig (Stadt: 54%; Land: 55%; Abbildung 32).

Abbildung 32: Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptdiagnose)



N = 532 ambulante Einrichtungen (Stadt); N=225 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

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

Betreuungsergebnis

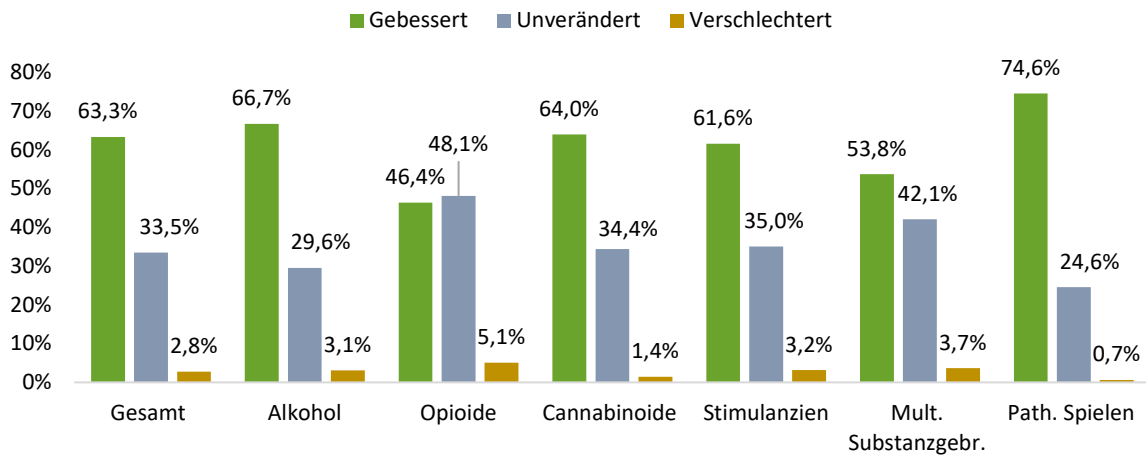
Sowohl in der Stadt als auch auf dem Land hat sich bei knapp zwei von drei Klient:innen der Problembereich Suchtverhalten am Ende der Betreuung verbessert (jeweils 63%) vor. Bei jeweils einem Drittel ist die Situation unverändert (jeweils: 34%) und in wenigen Fällen (jeweils 3%) ist eine Verschlechterung eingetreten. Hierbei ergeben sich auf Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen jedoch gewisse Stadt-Land-Unterschiede.

Im städtischen Bereich ist eine Verbesserung bei allen Hauptdiagnosen mit Ausnahme von alkoholbezogenen Störungen (je 67%) etwas häufiger als auf dem Land (Opioide:46% vs. 44%; Cannabinoide: 64% vs. 62%; Stimulanzien: 62% vs. 56%; Multipler Substanzgebrauch: 54% vs. 47%, Pathologisches Spielen: 75% vs. 65%).

Auch die Hauptdiagnose-bezogene Rangreihe des Anteils mit Verbesserung unterscheidet sich geringfügig: In der Stadt zeigen sich Verbesserungen am häufigsten bei Klient:innen mit Glücksspielproblematik (75%; Land: 65%, Rang 2), während dies auf dem Land für Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen gilt (67%; Stadt: 67% Rang 2). Klient:innen mit opioidbezogenen Störungen weisen in beiden Regionen die mit Abstand geringste Besserungsquote auf (Stadt: 46%; Land: 44%). Hier wird jeweils am häufigsten ein unverändertes Suchtverhalten dokumentiert (Stadt: 48%; Land: 54%). Letzteres ist in der Stadt bei Klient:innen mit Glücksspielproblematik am seltensten der Fall (25%) und auf dem Land bei Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (29%).

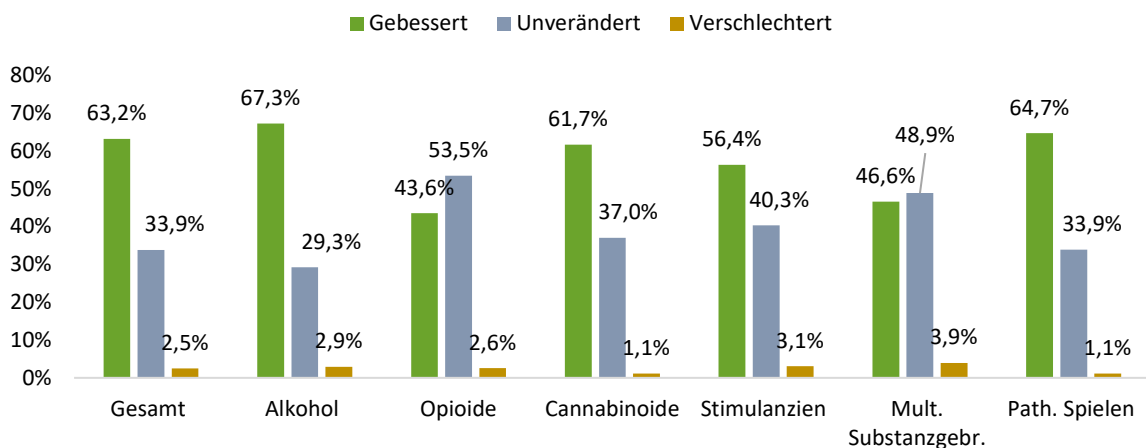
Eine Verschlechterung des Problembereichs Suchtverhalten zum Betreuungsende tritt insgesamt sehr selten ein. Sie betrifft aber immerhin 5% der städtischen Klientel mit opioidbezogenen Störungen (bzw. 2% auf dem Land) und jeweils 4% der Klientel mit Multiplem Substanzgebrauch (Abbildung 33 und 34).

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



N = 365 ambulante Einrichtungen (Stadt); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

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

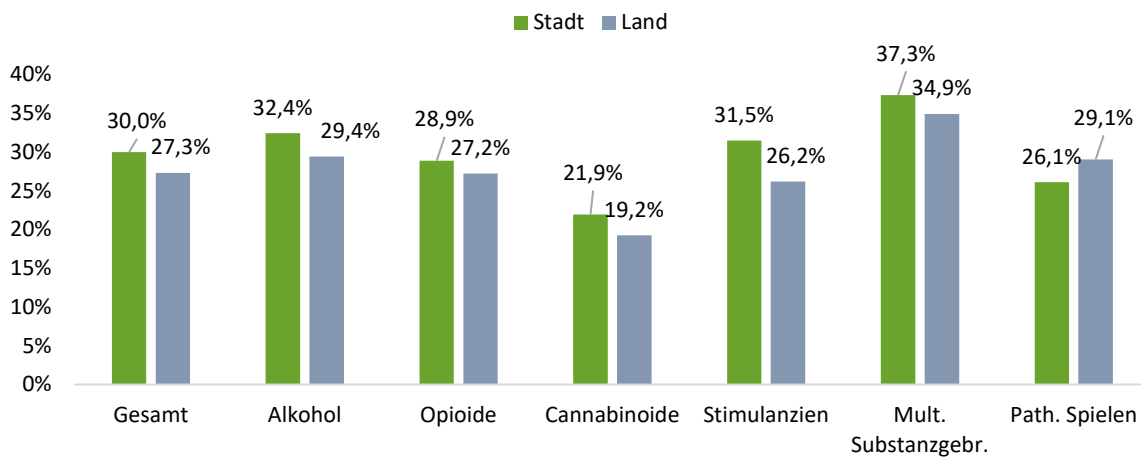


N = 195 ambulante Einrichtungen (Land); Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

Weitervermittlung nach Betreuungsende

Weitervermittlungen in andere Betreuungs-/Behandlungsangebote finden im städtischen Raum etwas häufiger statt als auf dem Land (30% vs. 27%). Dies gilt auch für fast alle Hauptdiagnosen, wobei das Stadt-Land-Gefälle bei der Klientel mit stimulanzenbezogenen Störungen (Stadt: 32%; Land 26%) besonders stark ausgeprägt ist. Lediglich Klient:innen mit Glücksspielproblematik werden auf dem Land häufiger weitervermittelt als in der Stadt (29% vs. 26%). Am häufigsten werden sowohl in der Stadt als auch auf dem Land Personen mit multiplem Substanzgebrauch (Stadt: 37%; Land: 35%) und am seltensten Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Stadt: 22%; Land 19%) weitervermittelt (Abbildung 35).

Abbildung 35: Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptdiagnosen)



Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path Spielen = Pathologisches Spielen

3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 2: Zusammenfassung (Gesamt)

	Stadt	Land
N (Zugänge / Beender:innen)	126.302 / 115.390	49.307 / 46.764
Suchtproblematik		
Häufigste Hauptdiagnosen	45% Alkohol, 21% Cannabinoide	56% Alkohol, 18% Cannabinoide
niedrigstes Alter bei Erstkonsum	15 Jahre (Alkohol)	15 Jahre (Alkohol)
Niedrigstes Alter bei Störungsbeginn	17 Jahre (Cannabinoide)	17 Jahre (Cannabinoide)
Häufigste Problembereiche bei Betreuungsbeginn	98% Sucht; 54% psychische Gesundheit; 40 Familie	98% Sucht; 52% psychische Gesundheit; 53% Familie
Soziodemographie		
Ø Alter	39 Jahre	39 Jahre
Migrationshintergrund	23%	11%
Partnerschaft ja	45%	47%
Zusammenlebend ja	59%	61%
Zusammenlebend mit: (häufigste Nennungen)	50% Partner(in) 27% Kind(er)	56% Partner(in) 30% Kind(er)
Minderjährige Kinder im Haushalt	15%	18%
Mit Schulabschluss	88%	90%
Mittlerer/höherer Schulabschluss	51%	48%
Mit Berufs-/Hochschulabschluss	60%	66%
Erwerbssituation (häufigste Nennung)	47% erwerbstätig	51% erwerbstätig
Betreuung		
Vermittlung in die Betreuung (Häufigste Nennungen)	52% ohne Vermittlung; 10% Polizei/Justiz	50% ohne Vermittlung; 10% Polizei/Justiz
Anteil Erstbetreute	37%	38%
Hauptmaßnahme	86% Beratung/Betreuung	89% Beratung/Betreuung
Ø Dauer Betreuung	37 Wochen	37 Wochen
Ø Anzahl Kontakte	16 Kontakte	15 Kontakte
Planmäßige Beendigung	69%	67%
Problembereich Sucht „gebessert“	63%	63%
Weitervermittlung	30%	27%

4 Quellen

BBSR (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung) (2017). Raumgliederungen auf Kreisbasis. Kreise und kreisfreie Städte, Kreisregionen (Stand 31.12.2017). <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/downloads/down-load-referenzen.html?nn=2544954>

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022, 10. September): *Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für Einrichtungen Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender.* <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022): *Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für Bund – Stadt. Einrichtungen Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender.* [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022): *Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für Bund – Land. Einrichtungen Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender.* [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

DHS (2022). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch.* Stand 01.01.2021. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

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 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik.* www.suchthilfestatistik.de

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesamtzahlen der Betreuungsfälle (Hauptdiagnosen)	4
Tabelle 2:	Zusammenfassung (Gesamt).....	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Häufigste Hauptdiagnosen	5
Abbildung 2:	Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Haupts substanz).....	6
Abbildung 3:	Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose)	7
Abbildung 4:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose).....	8
Abbildung 5:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Betreuung (Land; Hauptdiagnose).....	8
Abbildung 6:	Alter (Stadt; Hauptdiagnose; in Jahren).....	9
Abbildung 7:	Alter (Land; Hauptdiagnose; in Jahren).....	10
Abbildung 8:	Migrationshintergrund (Hauptdiagnose)	11
Abbildung 9:	Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose).....	11
Abbildung 10:	Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose).....	12
Abbildung 11:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Stadt; Hauptdiagnose)	13
Abbildung 12:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Land; Hauptdiagnose).....	14
Abbildung 13:	Anzahl minderjährige Kinder im Haushalt (Stadt; Hauptdiagnose)	14
Abbildung 14:	Anzahl minderjährige Kinder im Haushalt (Land, Hauptdiagnose).....	15
Abbildung 15:	Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose)	16
Abbildung 16:	Höchster Schulabschluss (Stadt; Hauptdiagnose).....	17
Abbildung 17:	Höchster Schulabschluss (Land; Hauptdiagnose)	17
Abbildung 18:	Ausbildung (Stadt, Hauptdiagnose).....	18
Abbildung 19:	Ausbildung (Land; Hauptdiagnose)	18
Abbildung 20:	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Stadt; Hauptdiagnose)..	19
Abbildung 21:	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Land; Hauptdiagnose) ..	20
Abbildung 22:	Vermittlung in die ambulante Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose; häufigste Nennungen).....	22
Abbildung 23:	Vermittlung in die ambulante Betreuung (Land; Hauptdiagnose; häufigste Nennungen).....	23
Abbildung 24:	Erstbetreute Fälle (Hauptdiagnose).....	24
Abbildung 25:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Stadt; Hauptdiagnose)	25

Abbildung 26:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Land; Hauptdiagnose).....	25
Abbildung 27:	Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Stadt; Hauptdiagnose).....	26
Abbildung 28:	Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (Land; Hauptdiagnose)	27
Abbildung 29:	Dauer der Betreuung in Wochen (Ø; Hauptdiagnose)	28
Abbildung 30:	Anzahl der Kontakte (Stadt; Hauptdiagnose).....	29
Abbildung 31:	Anzahl der Kontakte (Land; Hauptdiagnose).....	29
Abbildung 32:	Planmäßige Beendigung der Betreuung (Hauptdiagnose).....	30
Abbildung 33:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Stadt; Hauptdiagnose)	32
Abbildung 34:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (Land; Hauptdiagnose).....	32
Abbildung 35:	Anteil Weitervermittlung nach Betreuungsende (Hauptdiagnosen).....	33