

Personen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe mit einem frühen Beginn ihrer alkohol- oder cannabinoidbezogenen Störungen

KURZBERICHT NR.2/2023 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2022¹

Jutta Künzel

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

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

München, Oktober 2023

© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

¹ Dieser Text ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2022 (Schwarzkopf, Riemerschmid, Künzel & Murawski, 2023), 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 | 3 |
| 3 | Ambulante Einrichtungen (Typ 1)..... | 4 |
| 3.1 | Soziodemographische Merkmale der Klientel | 4 |
| 3.2 | Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn..... | 11 |
| 3.2.1 | Suchtspezifische Situation..... | 11 |
| 3.2.2 | Häufigste Problembereiche | 13 |
| 3.3 | Betreuung | 15 |
| 3.4 | Tabellarische Zusammenfassung | 22 |
| 4 | Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)..... | 23 |
| 4.1 | Soziodemographische Merkmale der Patient:innen | 23 |
| 4.1 | Problematik der Patient:innen zu Behandlungsbeginn | 31 |
| 4.1.1 | Suchtspezifische Situation..... | 31 |
| 4.1.2 | Häufigste Problembereiche | 33 |
| 4.2 | Behandlung | 34 |
| 4.3 | Tabellarische Zusammenfassung | 40 |
| 5 | Quellen | 41 |
| | Anhang..... | 42 |
| | Tabellenverzeichnis..... | 42 |
| | Abbildungsverzeichnis..... | 42 |

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 spezifische Daten zu Klient:innen und Patient:innen², die 2022 in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe betreut bzw. behandelt wurden und deren alkohol- oder cannabisbezogene Störungen bereits zu einem frühen Zeitpunkt in ihrem Leben eingesetzt haben.

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 pro Einrichtung in aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2022)³.

Dieser Bericht basiert auf der Standard-Jahresauswertung 2022 (Schwarzkopf et al., 2023) für ambulante (Typ 1) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Typ 2). Die Gesamtstichprobe umfasst Daten aus 887 ambulanten und 162 stationären Einrichtungen. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“, d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2022 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Dabei wird die Stichprobe der Zugänge für Basis-/Zugangs-, soziodemographische sowie suchtbezogene Daten, die Stichprobe der Beender für Angaben zur Betreuung/Behandlung und deren Abschlussdaten herangezogen. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen ausschließlich auf die Bezugsgruppe der „Beender“, es wird auf Daten von Personen, die 2022 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen⁴.

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

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

2.2 Stichproben

In diesem Bericht werden zwei Teilstichproben der oben beschriebenen Grundgesamtheit dargestellt:

- 1) Ambulant betreute bzw. stationär behandelte Personen mit Hauptdiagnose „alkoholbezogene Störungen“ und Störungsbeginn im Alter von unter 18 Jahren („früher Störungsbeginn“) ^{5,6}.
- 2) Ambulant betreute bzw. stationär behandelte Personen mit Hauptdiagnose „cannabinoidbezogene Störungen“ und Störungsbeginn im Alter von unter 18 Jahren („früher Störungsbeginn“).

Die beiden Teilstichproben werden hinsichtlich ihrer Merkmale zu Beginn, während des Verlaufs und am Ende der Betreuung/Behandlung betrachtet und der Gesamtheit der Klient:innen/Patient:innen mit alkohol. bzw. cannabinoidbezogenen Störungen⁷ gegenübergestellt.

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).

⁵ Störungsbeginn ist der Zeitpunkt im Leben der Klient:innen/Patient:innen, den sie als Beginn ihrer Problementwicklung angeben.

⁶ Im Folgenden als Klient:innen bzw. Patient:innen mit frühen alkohol- bzw. cannabinoidbezogenen Störungen bezeichnet. In Tabellen und Abbildungen als „Alkohol“ und „Cannabinoide“ bezeichnet.

⁷ In den Tabellen und Abbildungen als „Gesamt Alkohol“ und „Gesamt Cannabinoide“ bezeichnet.

3 Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt weisen im Jahr 2022 8 % (jeweils Zugänge/Beender) aller Klient:innen mit Hauptdiagnose „alkoholbezogene Störungen“ einen frühen Störungsbeginn auf. Bei Klient:innen mit Hauptdiagnose „cannabinoidbezogene Störungen“ liegt der Anteil mit frühem Störungsbeginn mit 44 % (Zugänge) bzw. 43 % (Beender) deutlich höher.

Unter Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen finden sich anteilmäßig mehr Männer als in der Gesamtklientel mit alkoholbezogenen Störungen (Zugänge: 76 % vs. 70 %; Beender: 77 % vs. 69 %). Unter Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen ist der Männeranteil ähnlich hoch wie in der Gesamtklientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (Zugänge: 82 % bzw. 82 %; Beender: 83 % bzw. 81 % Männer; Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Betreuungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre (ambulant)

| | Alkohol Störungsbeginn <18 Jahre | Gesamt Alkohol | Cannabinoide Störungsbeginn <18 Jahre | Gesamt Cannabinoide |
|--------------------|--|---------------------------|---|--------------------------------|
| N (Zugänge) | 5.749 | 68.701 | 11.077 | 25.459 |
| | 76,4 % Männer | 68,6 % Männer | 82,3 % Männer | 81,3 % Männer |
| | 23,6 % Frauen | 31,4 % Frauen | 17,5 % Frauen | 18,5 % Frauen |
| N (Beender) | 5.285 | 64.583 | 10.421 | 24.182 |
| | 76,7 % Männer | 69,0 % Männer | 82,7 % Männer | 81,3 % Männer |
| | 23,3 % Frauen | 31,0 % Frauen | 17,3 % Frauen | 18,7 % Frauen |

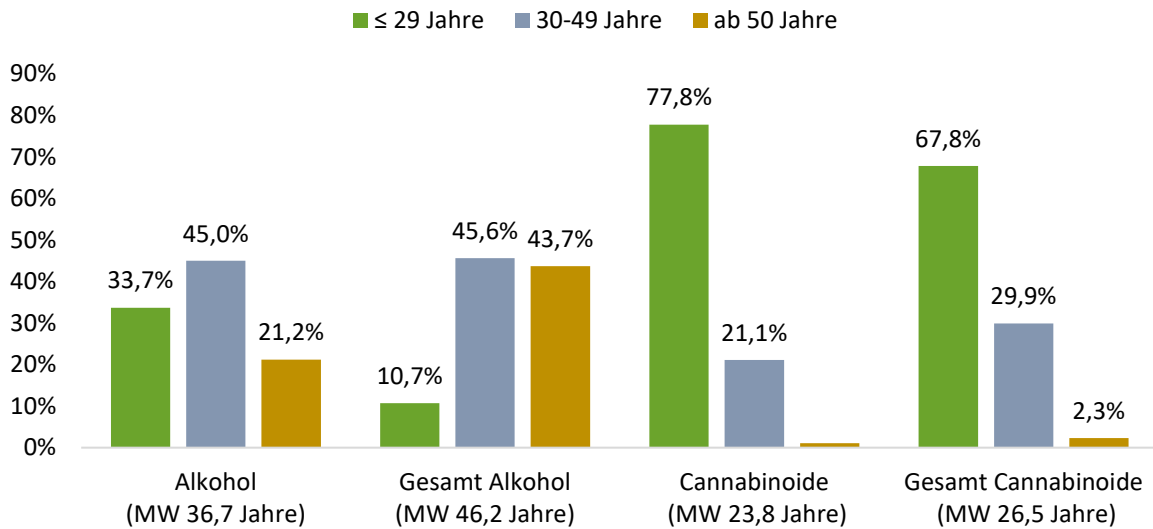
3.1 Soziodemographische Merkmale der Klientel

Alter

Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen sind im Mittel deutlich jünger als die entsprechende Gesamtklientel (37 Jahre vs. 46 Jahre).

Dementsprechend ergibt sich eine unterschiedliche Altersverteilung: Während ein Drittel der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen der Altersgruppe der bis einschließlich 29-Jährigen angehört (34 %), gilt dies nur für ein Neuntel der Klient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe (11 %). Hinsichtlich des Anteils an Klientel in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen besteht kein Unterschied zwischen der Gruppe mit frühem Störungsbeginn und der Gesamtgruppe (45 % bzw. 46 %). Allerdings gehört nur jede:r fünfte Betreute mit frühem Störungsbeginn der Altersgruppe ab 50 Jahren an (21 %), in der entsprechenden Gesamtgruppe gilt dies für 4 von 9 Betreuten (44 %; Abbildung 1).

Abbildung 1: Alter (ambulant)⁸



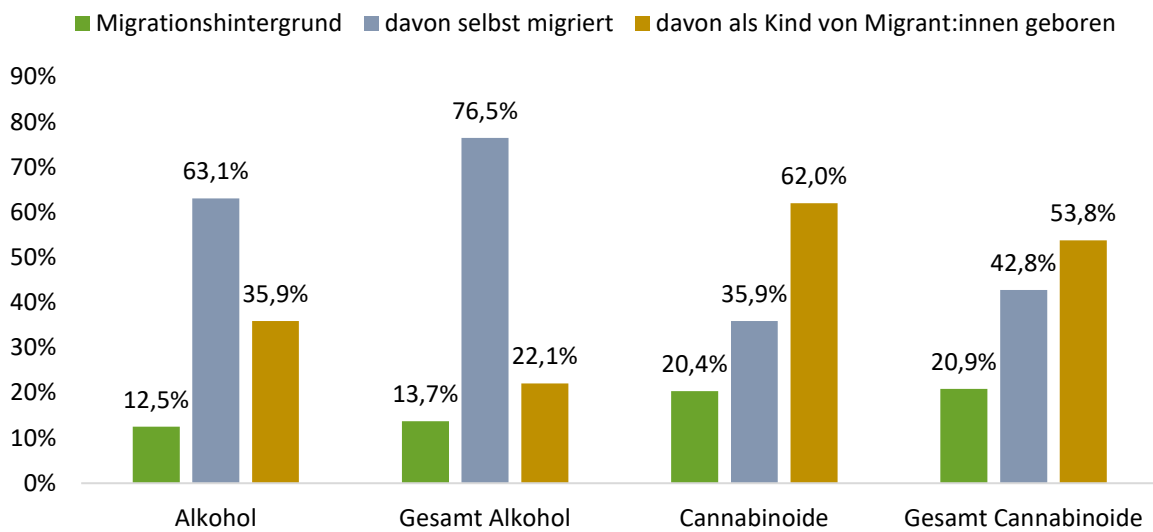
Der Altersdurchschnitt der Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen ist geringfügig niedriger als der Altersdurchschnitt in der Gesamtklientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (24 Jahre bzw. 27 Jahre). Die Altersverteilung ähnelt sich grundsätzlich. Allerdings ist der Anteil an Betreuten in der Altersgruppe bis einschließlich 29 Jahre unter Betreuten mit frühem Störungsbeginn mit knapp vier Fünfteln (78 %) höher als in der Gesamtgruppe mit gut zwei Dritteln (68 %). Demgegenüber ist die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen etwas schwächer vertreten (21 % vs. 30 %; Abbildung 1).

Migrationshintergrund

Jeweils etwa ein Achtel der Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. der Gesamtklientel mit alkoholbezogenen Störungen hat einen Migrationshintergrund (13 % bzw. 14 %). Der Anteil derjenigen, die selbst migriert sind, ist bei der Klientel mit frühen alkoholbezogenen Störungen jedoch niedriger als in der entsprechenden Gesamtgruppe (63 % vs. 77 %).

⁸ Anteilswerte unter 2 % werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in Abbildungen nicht beschriftet ausgewiesen.

Abbildung 2: Migrationshintergrund (ambulant)*



*Nicht dargestellt wurde "Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor", daher keine Addition der Werte auf 100%.

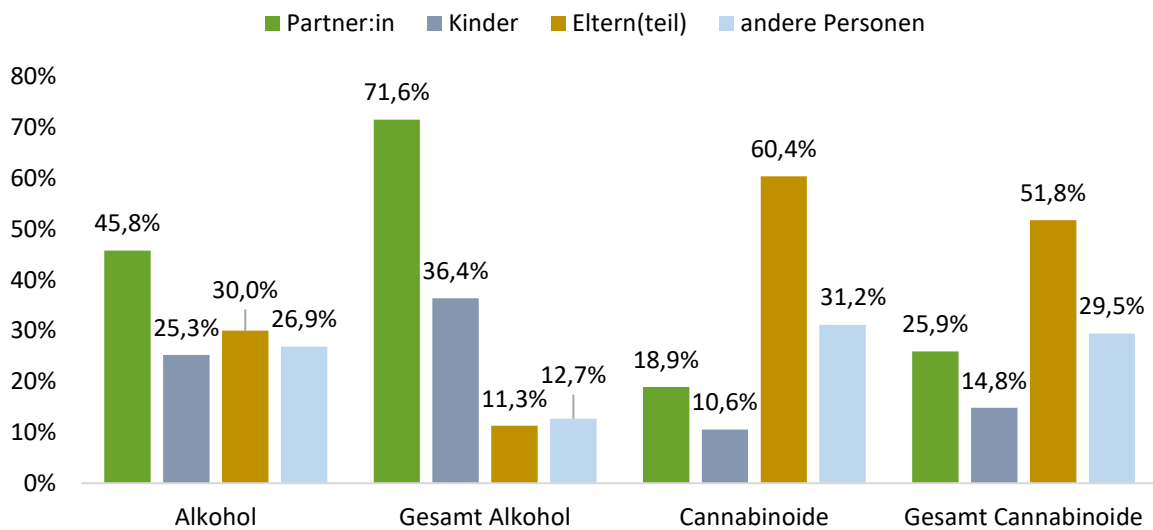
Sowohl bei Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen als auch bei der entsprechenden Gesamtgruppe hat ein Fünftel der Betreuten einen Migrationshintergrund (20 % bzw. 21 %). Hierbei ist nur eine Minderheit der Betreuten selbst migriert, wobei der entsprechende Anteil unter Klient:innen mit frühem Störungsbeginn nochmals niedriger ist als in der Gesamtklientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (36 % vs. 43 %; Abbildung 2).

Partnerschaft und Lebenssituation

In einer Partnerschaft leben 46 % der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen, in der entsprechenden Gesamtgruppe trifft dies auf 52 % zu. Von den Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen leben 19 % in einer Partnerschaft, in der entsprechenden Gesamtgruppe sind es 34 %.

Von den Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen leben 58 % mit jemandem zusammen, in der entsprechenden Gesamtgruppe trifft dies auf einen ähnlichen Anteil von 57 % der Klient:innen zu. Falls Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen nicht allein leben, leben sie überwiegend mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen: Dies gilt für knapp die Hälfte der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. für knapp drei Viertel der entsprechenden Gesamtgruppe (46 % vs. 72 %). Während ein Viertel der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen mit Kindern zusammen lebt, gilt dies in der Gesamtgruppe für gut ein Drittel (25 % bzw. 36 %). Im Gegenzug ist das Leben bei den Eltern oder einem Elternteil bei Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen rund dreimal so häufig wie in der entsprechenden Gesamtgruppe (30 % vs. 11 %), das Leben bei anderen Personen gut doppelt so häufig (27 % vs. 13 %; Abbildung 3).

Abbildung 3: Lebenssituation (zusammenlebend mit; ambulant)



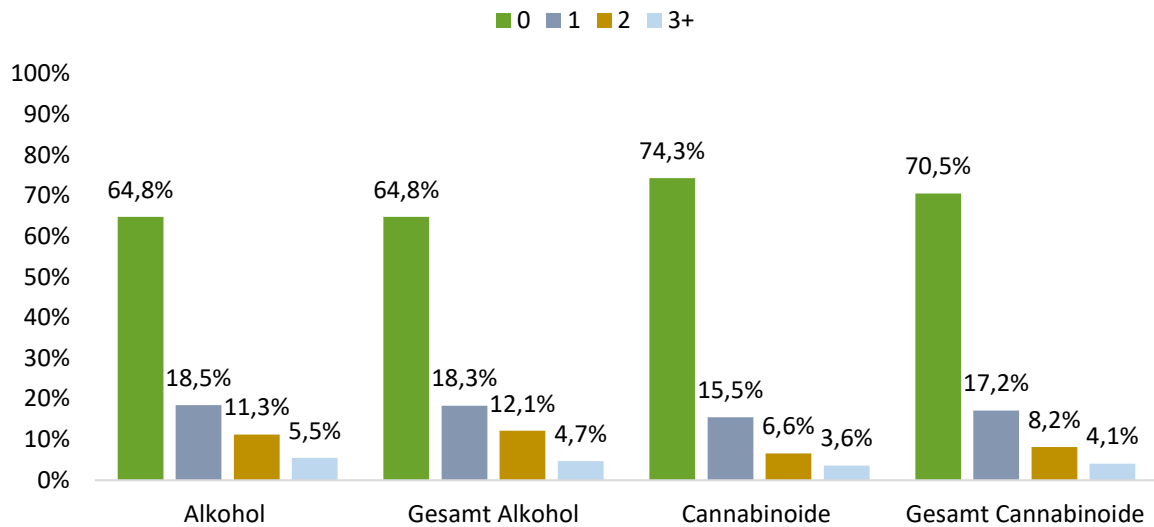
Mehrfachnennungen möglich

Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen leben zu 73 % mit jemandem zusammen, in der entsprechenden Gesamtgruppe ist das bei einem etwas geringern Anteil von 68,9 % der Fall. Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die nicht allein leben, leben mehrheitlich bei ihren Eltern oder einem Elternteil. Dies trifft auf 3 von 5 Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. für gut die Hälfte der entsprechenden Gesamtgruppe zu (60 % vs. 52 %). Das Zusammenleben mit Kindern ist bei Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen noch seltener als in der Gesamtklientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (11 % vs. 15 %). Gleiches gilt für das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin (19 % vs. 26 %; Abbildung 3).

Eigene minderjährige Kinder

Jeweils etwa zwei Drittel der Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. der entsprechenden Gesamtgruppe haben keine eigenen minderjährigen Kinder (je 65 %). Falls Klient:innen mit alkoholbezogenen Störungen eigene minderjährige Kinder haben, ist die Verteilung der Kinderzahl in der Gruppe mit frühem Störungsbeginn und in der Gesamtgruppe ebenfalls ähnlich (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anzahl eigene minderjährige Kinder (ambulant)



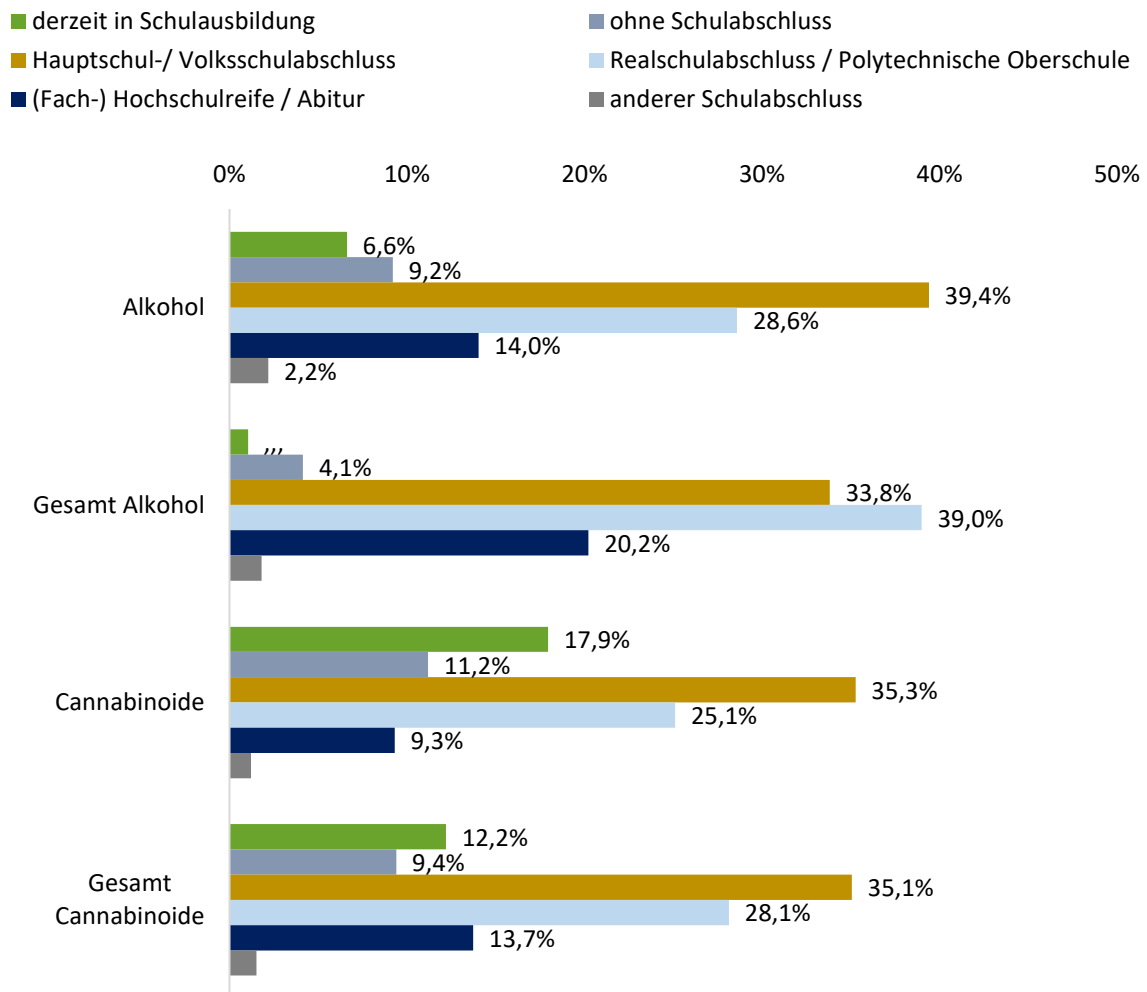
Betreute mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen haben etwas häufiger keine eigenen minderjährigen Kinder als es in der entsprechenden Gesamtgruppe der Fall ist (74 % vs. 71 %). Sofern Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen eigene minderjährige Kinder haben, ist die Verteilung der Kinderzahl in der Gruppe mit frühem Störungsbeginn und in der Gesamtgruppe indes ähnlich (Abbildung 4).

Schulische Bildung

Eine abgeschlossene Schulausbildung ist in der Klientel mit frühen alkoholbezogenen Störungen seltener als in der entsprechenden Gesamtgruppe (84 % vs. 95 %). Jedoch besucht ein relevanter Anteil der Betreuten mit frühem Störungsbeginn noch die Schule, während dies in der entsprechenden Gesamtgruppe nur vereinzelt zutrifft (7 % vs. 1 %). Ein Schulabbruch ist in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich häufiger als in der Gesamtgruppe (8 % vs. 4 %). Ein mittlerer bzw. und höherer Schulabschluss⁹ ist unter Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen mit einem Drittel deutlich seltener als in der Gesamtgruppe mit drei Fünfteln (33 % vs. 59 %; Abbildung 5).

⁹ Mittlere Reife bzw. (Fach-) Abitur

Abbildung 5: Schulbildung (ambulant)*



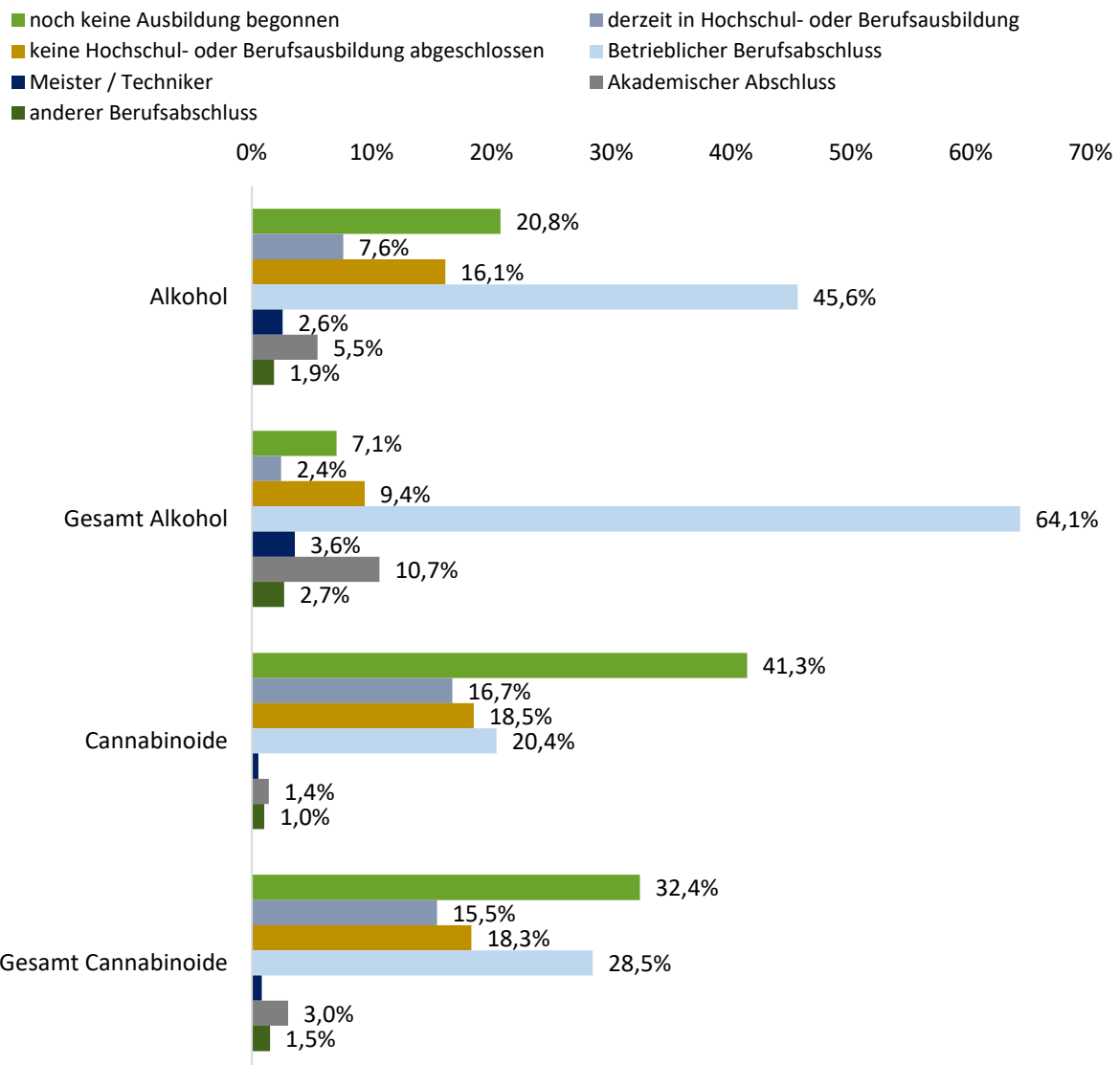
Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen haben in geringerem Maße häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung als Betreute in der entsprechende Gesamtgruppe (71 % vs. 78 %). Zugleich ist der Anteil an Schüler:innen unter Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen höher als in der Gesamtklientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (18 % vs. 12%) und ein Schulabbruch etwas häufiger (11 % vs. 9 %). Ein mittlerer bzw. höherer Schulabschluss ist bei Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen etwas seltener als in der entsprechenden Gesamtgruppe (34 % vs. 42 %; Abbildung 5).

Berufliche Bildung

In der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben 5 von 9 Betreuten eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung, in der entsprechenden Gesamtgruppe sind es 4 von 5 (56 % vs. 80 %). Unter Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben 21 % noch keine Ausbildung begonnen und weitere 8 % absolvieren derzeit eine Hochschul- oder Berufsausbildung. In der Gesamtgruppe mit alkoholbezogenen Störungen liegen die

entsprechenden Anteilswerte bei 7 % bzw. 2 %. Sowohl bei den Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen als auch in der entsprechenden Gesamtgruppe ist ein betrieblicher Berufsabschluss am weitesten verbreitet (46 % bzw. 64 %). Der Anteil an Betreuten ohne Ausbildungsabschluss ist in der Klientel mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich höher als in der Gesamtgruppe (16 % vs. 9 %).

Abbildung 6: Ausbildung (ambulant)



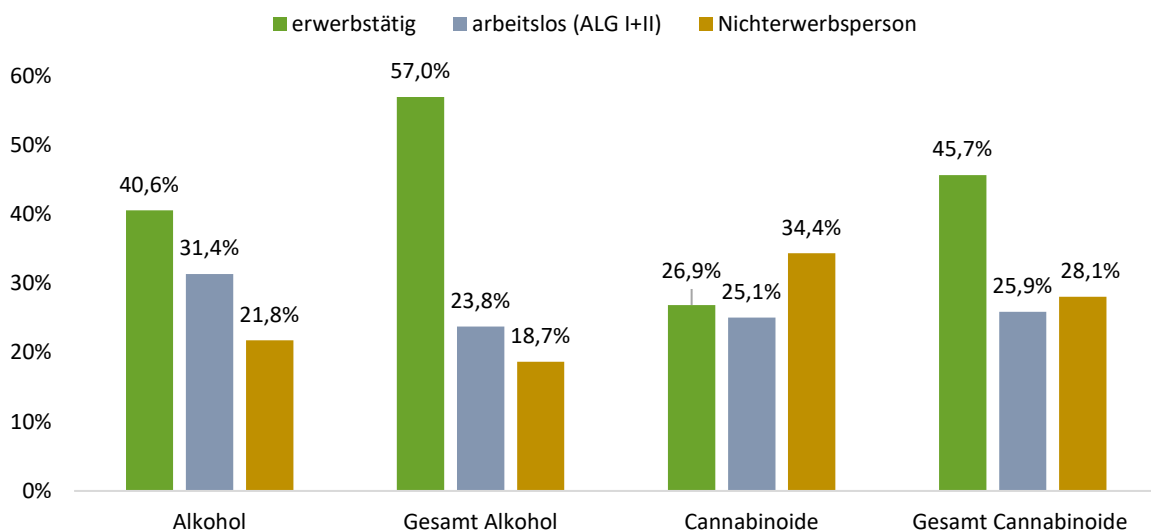
Während unter Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen knapp jede:r Vierte eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung hat, ist es in der entsprechenden Gesamtgruppe jede:r Dritte (23 % vs. 32 %). Allerdings haben 41 % der Klient:innen mit frühen cannabinoiden Störungen bisher noch keine Ausbildung begonnen und weitere 19 % befinden sich gerade in einer Hochschul- oder Berufsausbildung. In der Gesamtgruppe mit cannabinoidbezogenen Störungen liegen die entsprechenden Anteilswerte bei 32 % bzw. bei ebenfalls

18 %. Eine betriebliche Berufsausbildung ist unter Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen ebenso wie in der entsprechenden Gesamtgruppe der häufigste berufliche Abschluss (20 % bzw. 29%). Der Anteil an Betreuten ohne Ausbildungsabschluss beläuft sich in beiden Gruppen auf knapp ein Fünftel (je 18 %; Abbildung 6).

Erwerbssituation

In der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen gehen 41 % der Klient:innen einer Erwerbstätigkeit nach, deutlich häufiger ist dies mit 55 % bei Klient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe der Fall. Entsprechend ist Arbeitslosigkeit unter Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich häufiger als in der entsprechenden Gesamtgruppe (31 % vs. 24 %; Abbildung 7).

Abbildung 7: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (ambulant)



ALG I+2: Arbeitslosengeld nach SGB (Sozialgesetzbuch) I +II

Unter Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sind 27 % erwerbstätig. In der entsprechenden Gesamtgruppe ist dieser Anteil mit 34 % etwas höher. Arbeitslos ist in beiden Gruppen jeweils ein Viertel der Betreuten (25 % vs. 26 %; Abbildung 7).

3.2 Problematik der Klientel zu Betreuungsbeginn

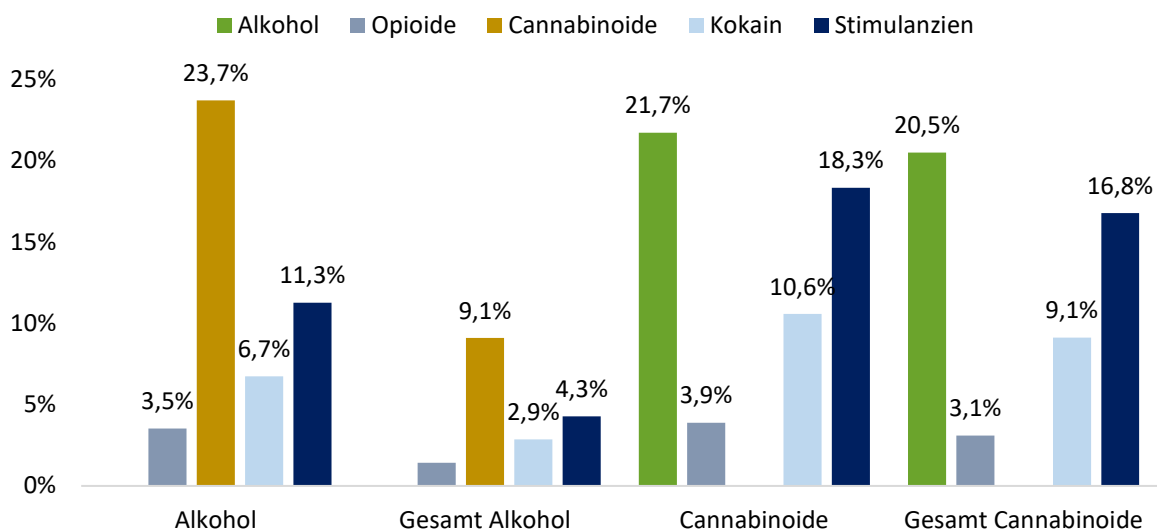
3.2.1 Suchtspezifische Situation

Substanzbezogene Komorbiditäten

Substanzbezogene Komorbidität ist unter Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen weiter verbreitet als in der entsprechenden Gesamtgruppe: So liegt bei etwa einem Viertel der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen ein missbräuchlicher bzw.

abhängiger Beikonsum von Cannabinoiden (24 %) vor, in der entsprechenden Gesamtgruppe gilt dies nur für jede:n elfte:n Betreute:n (9 %). Eine zusätzliche stimulanzenbezogenen Problematik hat jede:r neunte Betreute mit frühen alkoholbezogenen Störungen (11 %), aber nur eine:r von 25 Betreuten in der entsprechenden Gesamtgruppe (4 %). Eine begleitende koka-inbezogene Störung ist in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen fast doppelt so häufig wie in der Gesamtgruppe (7 % vs. 3 %).

Abbildung 8: Zusätzliche Einzeldiagnosen (häufigste Nennungen; ambulant)



In der Gruppe mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen tritt substanzbezogene Komorbidität ähnlich häufig auf wie in der entsprechenden Gesamtgruppe. Bei jeweils etwa einem Fünftel liegt ein problematischer Beikonsum von Alkohol vor (22 % bzw. 21 %), bei jeweils gut einem Sechstel problematischer Beikonsum von Stimulanzien (18 % bzw. 17 %) und bei rund einem Zehntel ein problematischer Beikonsum von Kokain (11 % bzw. 9 %). Eine begleitende opioidbezogene Problematik ist in der Gruppe mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen ähnlich selten wie in der entsprechenden Gesamtgruppe (4 % bzw. 3 %; Abbildung 8).

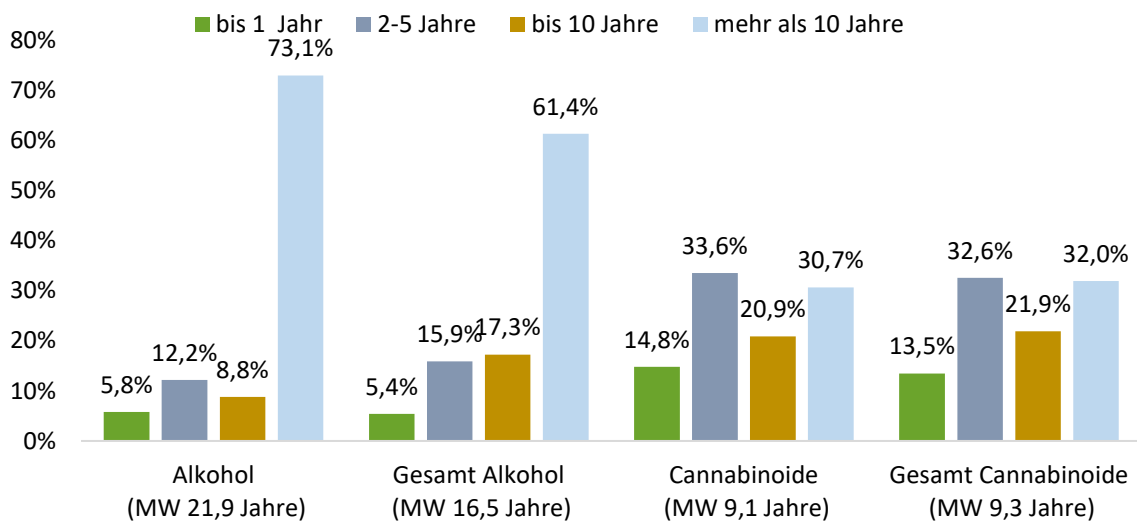
Alter bei Erstkonsum

Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben durchschnittlich im Alter von 14 Jahren zum ersten Mal Alkohol konsumiert. In der entsprechenden Gesamtgruppe liegt das Durchschnittsalter für den Erstkonsum bei 15 Jahren. Mit im Mittel 15 Jahren findet bei Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen der Erstkonsum von Cannabis statt. In der entsprechenden Gesamtgruppe liegt das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Cannabis bei 16 Jahren.

Dauer der Störung

Ambulant betreute Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen weisen bei Beginn der aktuellen Betreuungsepisode eine mittlere Störungsdauer von 22 Jahren auf, in der entsprechenden Gesamtgruppe waren es durchschnittlich 17 Jahre. Eine kurze Störungsdauer von bis zu einem Jahr ist in beiden Gruppen vergleichsweise selten (6 % bzw. 5 %). Der Schwerpunkt liegt jeweils bei einer Störungsdauer von über 10 Jahren (73 % bzw. 61%; Abbildung 9).

Abbildung 9: Dauer der Störung (Einzeldiagnosen; ambulant)



Bei Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen und der entsprechenden Gesamtgruppe unterscheiden sich weder die durchschnittliche Störungsdauer noch die Häufigkeitsverteilung. Bei Beginn der aktuellen Betreuungsepisode liegt die durchschnittliche Störungsdauer bei jeweils neun Jahren. Jeweils etwa jede:r siebte Betreute hat eine kurze Störungsdauer von bis zu einem Jahr (15 % bzw. 14 %). Jeweils etwa ein Drittel der Betreuten in beiden Gruppen weisen mittlere Störungsdauern von zwischen 2 und 5 Jahren (34 % bzw. 33 %) bzw. von über 10 Jahren auf (31 % bzw. 32 %; Abbildung 9).

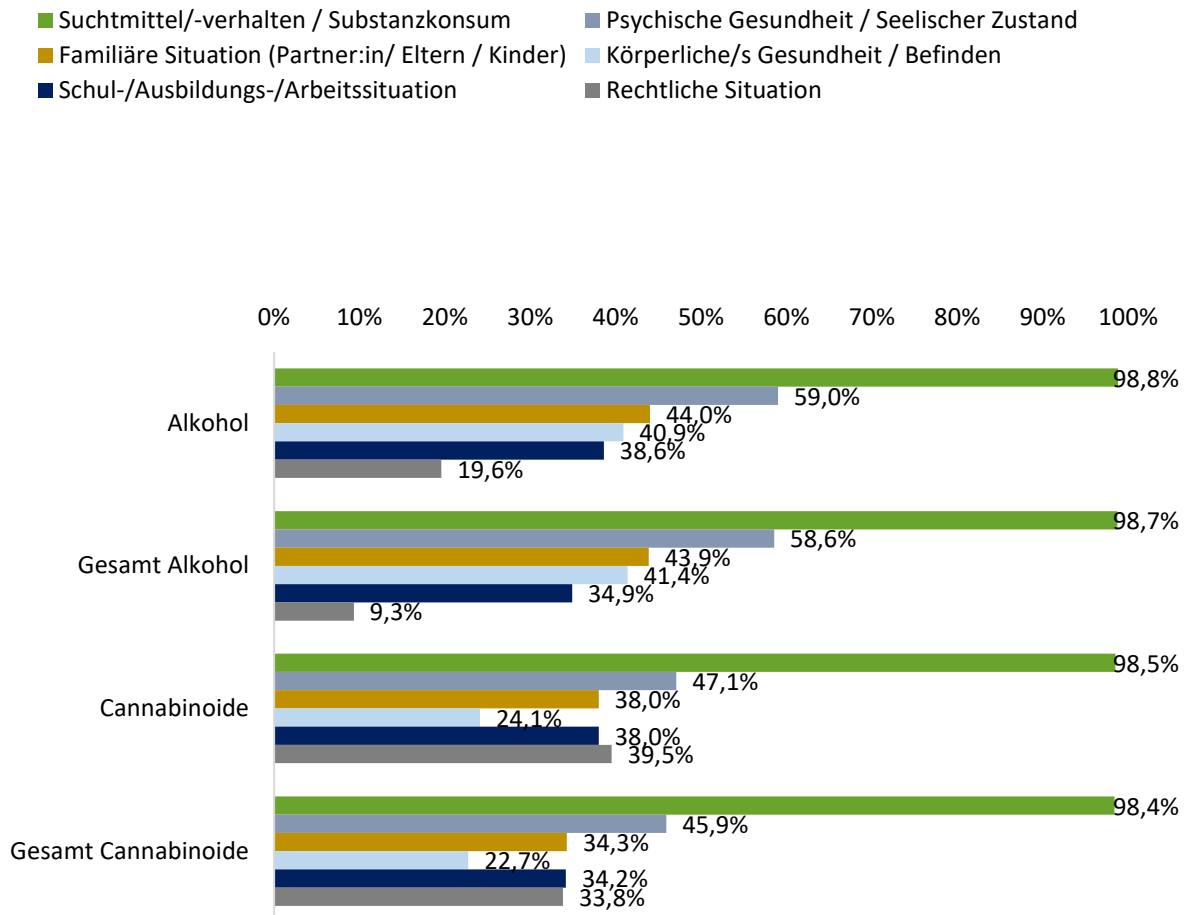
3.2.2 Häufigste Problembereiche¹⁰

Sowohl in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen als in der entsprechenden Gesamtgruppe haben zu Betreuungsbeginn nahezu alle Klient:innen ein Problem im Bereich Suchtverhalten (je 99 %). Die Rangreihe und Auftretenshäufigkeit weiterer Problembereiche unterscheidet sich zwischen beiden Gruppen kaum: Die psychische Gesundheit ist der zweit häufigste Problembereich (je 59 %), gefolgt von der familiären Situation (je 44 %) und der körperlichen Gesundheit (je 41 %). Die Schul-/Ausbildungs-/Arbeitssituation wird von Klient:innen

¹⁰ Es handelt sich hier um Einschätzungen aus Sicht/ Kenntnis des Beraters/der Beraterin bzw. des Behandlers/der Behandlerin

mit frühen alkoholbezogenen Störungen etwas häufiger als problematisch eingestuft als in der Gesamtgruppe (39 % vs. 35 %). Rechtliche Probleme sind in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich häufiger als in der entsprechenden Gesamtgruppe (20 % vs. 9 %; Abbildung 10).

Abbildung 10: Problembereiche zu Beginn der Betreuung (häufigste Nennungen; ambulant)



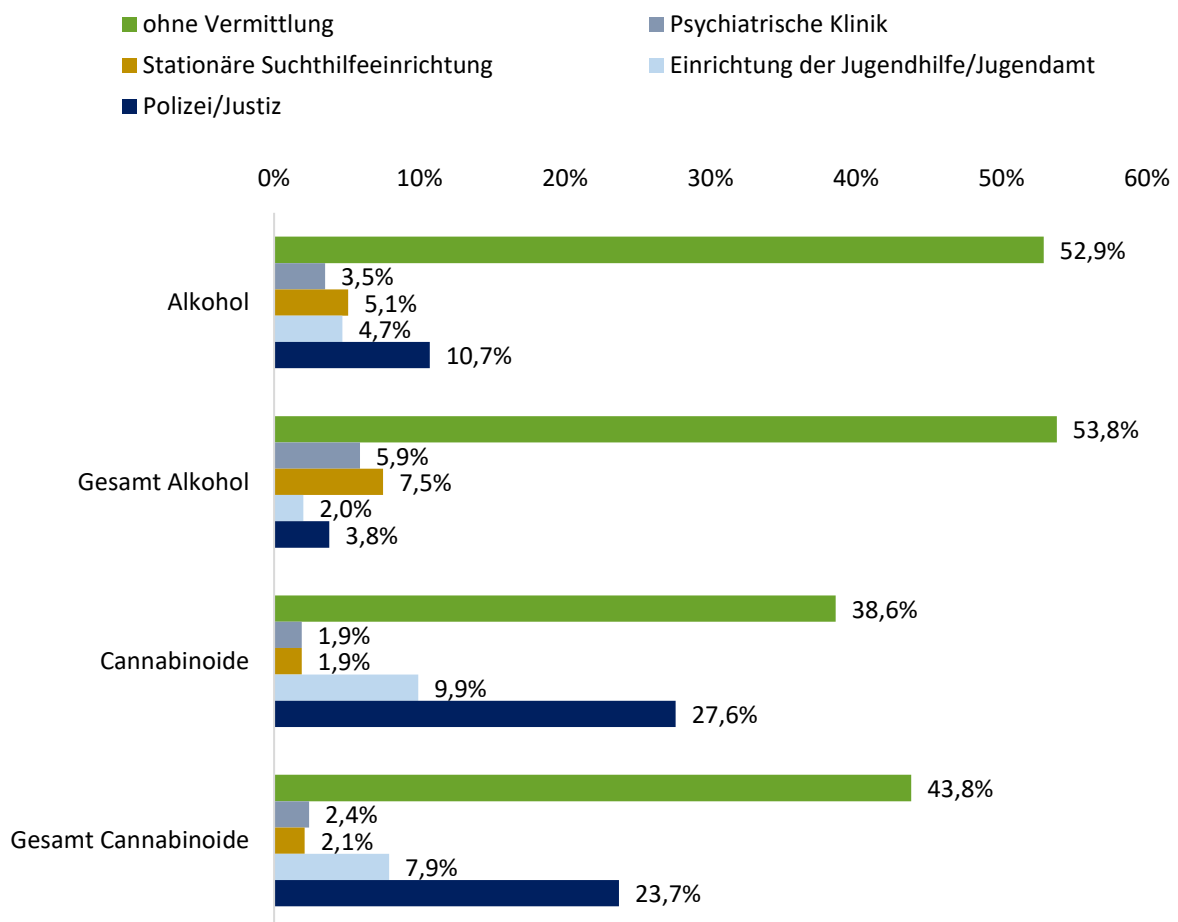
In der Gruppe mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen wie auch in der entsprechenden Gesamtgruppe haben nahezu alle Klient:innen zu Betreuungsbeginn ein Problem im Bereich Suchtverhalten (99 % bzw. 98 %). Auf Rang 2 folgt bei beiden Gruppen die psychische Gesundheit mit ähnlichen Anteilswerten (47 % bzw. 46 %). Nachfolgend unterscheidet sich die Rangreihung: Unter Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen folgt die rechtliche Situation (40 %). In der entsprechenden Gesamtgruppe teilen die Problembereiche Familie (34 %), die Schule/Ausbildung/Beruf (34 %) und rechtliche Situation (34 %) den dritten Rang. An letzter Stelle steht für beide Gruppen die körperliche Gesundheit, die für jeweils knapp ein Viertel als problematisch eingestuft wird (24% vs. 23%; Abbildung 10).

3.3 Betreuung

Vermittlung

Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen sowie in der Gesamtgruppe kommen überwiegend ohne Vermittlung in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (53 % bzw. 54 %). Der zweithäufigste Weg in die ambulante Betreuung ist für die Klientel mit frühen alkoholbezogenen Störungen die Vermittlung über Polizei und Justiz, die in der entsprechenden Gesamtgruppe deutlich seltener ist (11 % vs. 4 %). Hier steht an zweiter Stelle die Vermittlung durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen (8 %), gefolgt von psychiatrischen Kliniken (6 %). Bei Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen sind stationäre Suchthilfeeinrichtungen (5 %) gleichauf mit Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. Jugendämter die drittwichtigste Vermittlungsinstanz (5 %). Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. Jugendämter treten als Vermittler in der entsprechenden Gesamtgruppe demgegenüber nur vereinzelt in Erscheinung (2 %; Abbildung 11).

Abbildung 11: Vermittlung in die Betreuung (häufigste Nennungen; ambulant)



Betreute mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie Klient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe kommen am häufigsten ohne Vermittlung in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (39 % bzw. 44 %). An zweiter Stelle steht jeweils die Vermittlung über Polizei oder Justiz, wobei dieser Weg in der Gruppe mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen nochmals häufiger ist (28 % vs. 24 %). Die dritthäufigste Vermittlungsinstanz sind sowohl bei Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen als auch in der Gesamtgruppe Einrichtungen der Jugendhilfe oder Jugendämter (10 % bzw. 8 %; Abbildung 11).

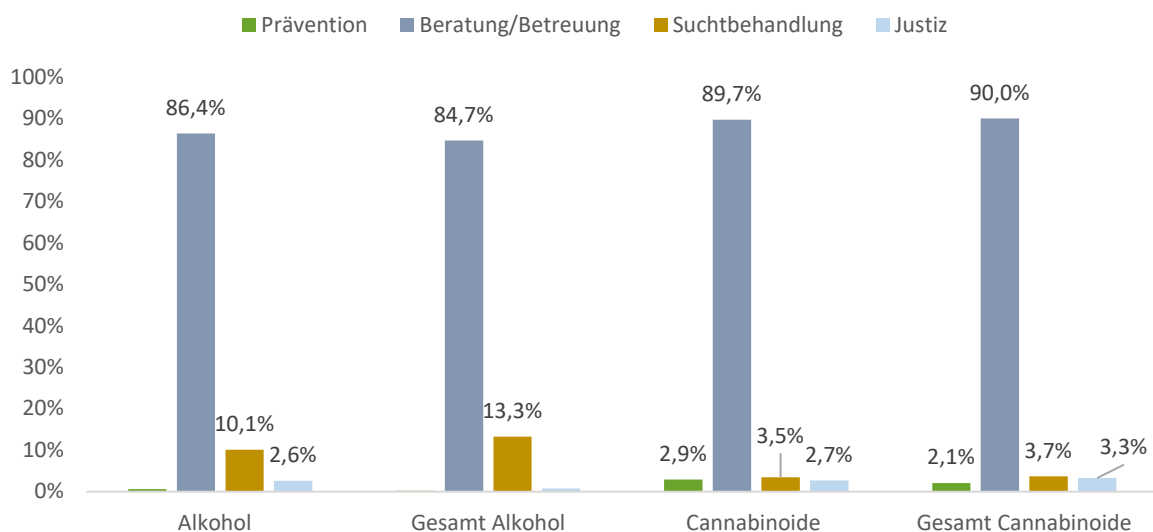
Erstbetreuung

Jeweils etwa ein Drittel der Klientel mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. der entsprechenden Gesamtgruppe sind Erstbetreute (je 34 %). Unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen nehmen sowohl in der Gruppe mit frühem Störungsbeginn als auch in der entsprechenden Gesamtgruppe jeweils 5 von 9 Klient:innen zum ersten Mal suchtbezogene Hilfe in Anspruch (55 % bzw. 56 %).

Hauptmaßnahmen

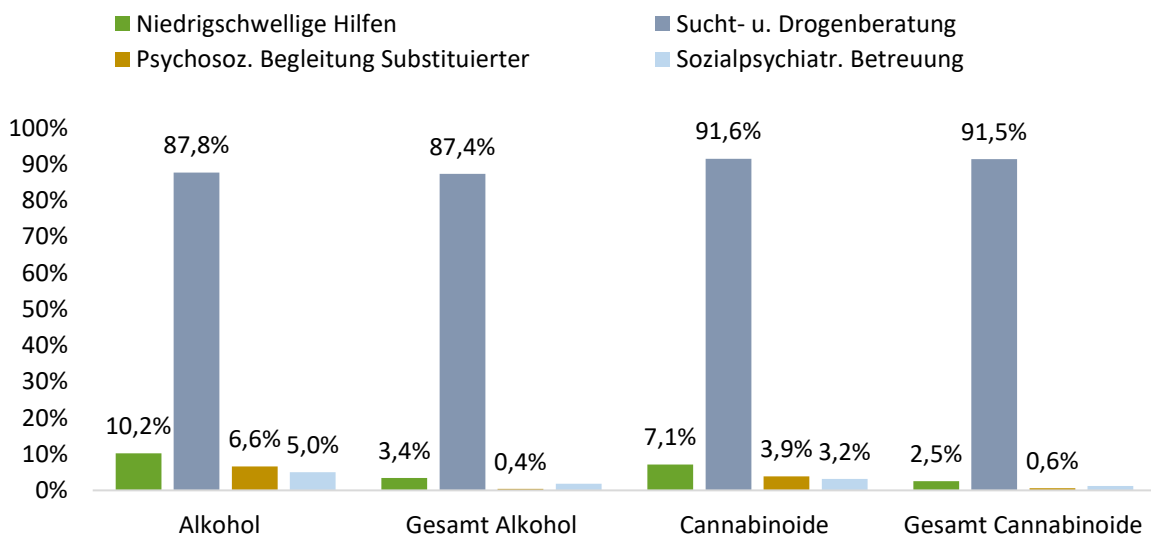
Die vorrangige Hauptmaßnahmenkategorie für Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen ist ebenso wie in der entsprechenden Gesamtgruppe die Beratung (86 % bzw. 85 %). Es folgt mit deutlichem Abstand die Hauptmaßnahmenkategorie „Suchtbehandlung“ (10 % bzw. 13 %). Auch bei Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe dominiert Beratung als Hauptmaßnahme (je 90 %), mit Abstand gefolgt von der Suchtbehandlung (je 4 %; Abbildung 12).

Abbildung 12: Häufigste Hauptmaßnahmen (ambulant)



Von den Einzelmaßnahmen, die unter der Hauptmaßnahme „Beratung und Betreuung“ zusammengefasst sind, entfällt bei der Klient:innengruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen sowie der entsprechenden Gesamtgruppe der mit Abstand größte Anteil auf die Sucht- und Drogenberatung (88 % bzw. 87 %). Niedrigschwellige Hilfen stehen mit deutlichem Abstand jeweils an zweiter Stelle, wobei sie unter Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen nochmals deutlich häufiger sind als in der entsprechenden Gesamtgruppe (10 % vs. 3 %). Zudem sind nur für Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen Psychosoziale Begleitung Substituierter (7 %) sowie die Sozialpsychiatrische Betreuung in nennenswertem Umfang dokumentiert (5 %). In der entsprechenden Gesamtgruppe kommt es nur in Einzelfällen zu entsprechenden Hauptmaßnahmen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (häufigste Maßnahmen; ambulant)



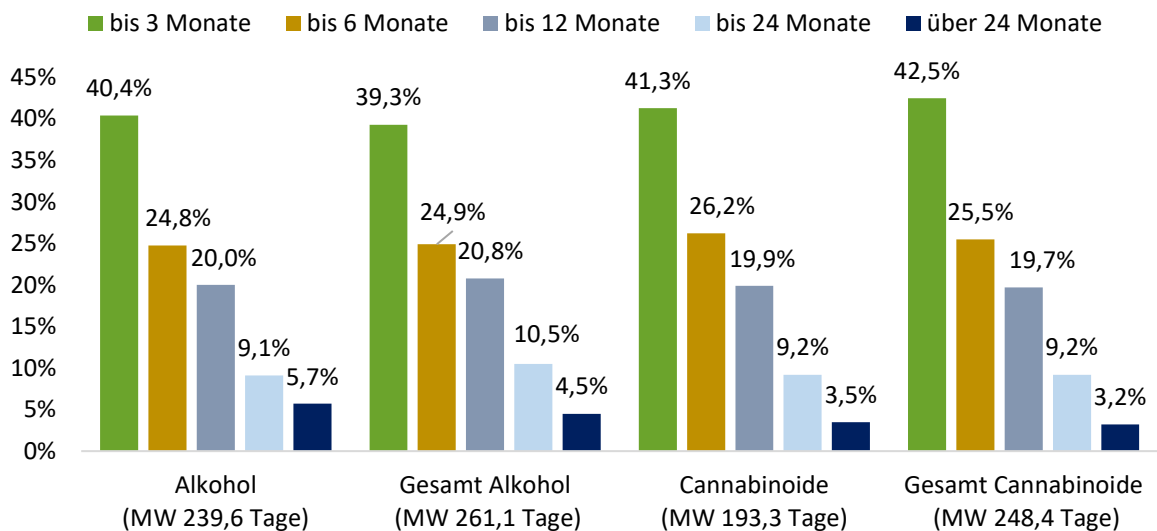
Auch bei den Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie der entsprechenden Gesamtgruppe ist die Sucht- und Drogenberatung die häufigste Hauptmaßnahme im Bereich „Beratung und Betreuung“ (je 92 %). In der Gesamtgruppe sind andere Hauptmaßnahmen nur noch vereinzelt dokumentiert. Demgegenüber kommt es bei Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen noch in gewissem Umfang zu niedrigschwelligen Hilfen (7 %), einer psychosozialen Begleitung Substituierter (4 %) oder einer sozialpsychiatrischen Betreuung (3 %; Abbildung 13).

Betreuungsdauer

Die Betreuungsdauer von Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen beträgt durchschnittlich 8 Monate, in der entsprechenden Gesamtgruppe 7 Monate. Die Verteilung unterschiedlicher Betreuungsdauern ist in beiden Gruppen ähnlich: Jeweils zwei Fünftel der Klient:innen beider Gruppen werden bis zu 3 Monaten betreut (40 % bzw. 39 %), jeweils ein

Viertel zwischen 3 und 6 Monaten (je 25 %) und jeweils ein Fünftel zwischen 6 und 12 Monaten (20 % bzw. 21 %). Jeweils etwa jede zehnte Betreuung dauert zwischen 12 und 24 Monate (9 % bzw. 11 %) und jeweils etwa jede zwanzigste Betreuung länger als 24 Monate (6 % bzw. 5 %; Abbildung 14).

Abbildung 14: Dauer der Betreuung in Monaten (ambulant)

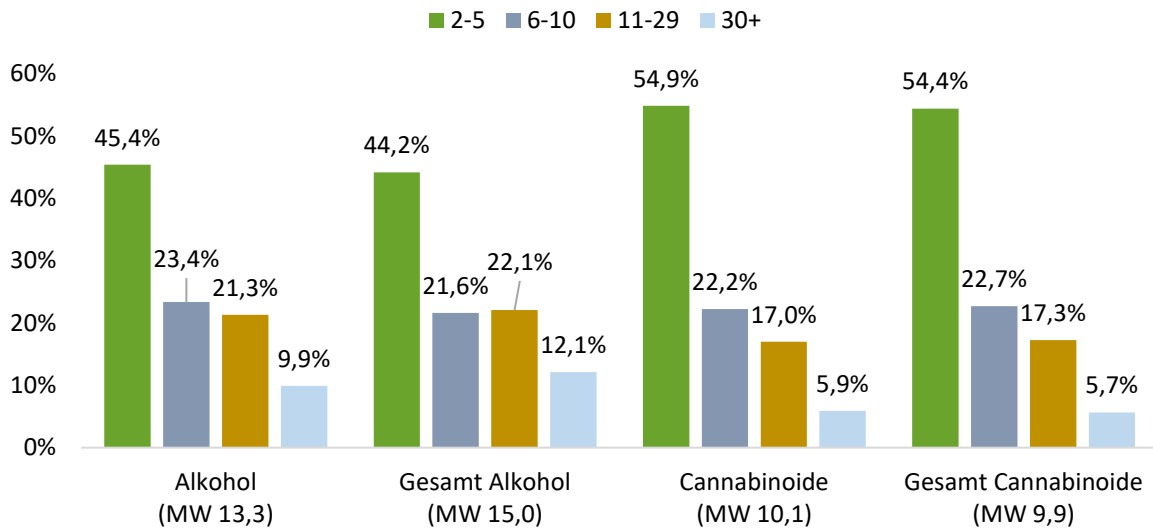


Bei Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen endet die Betreuung im Durchschnitt ebenso wie in der Gesamtgruppe nach 6 Monaten. Die Verteilung unterschiedlicher Betreuungsdauern ist in beiden Gruppen ähnlich: Jeweils gut zwei Fünftel der Klient:innen werden bis zu 3 Monaten betreut (41 % bzw. 43 %), jeweils etwa ein Viertel zwischen 3 und 6 Monaten (je 26 %). Jeweils jede fünfte Betreuung dauert zwischen 6 und 12 Monaten (je 20 %) und jeweils jede zehnte Betreuung zwischen 12 und 24 Monaten (je 9 %). Betreuungen von über 24 Monaten sind in beiden Gruppen selten (4 % bzw. 3 %; Abbildung 14).

Kontakte

Die mittlere Kontaktzahl liegt bei Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bei 13 Kontakten und in der entsprechenden Gesamtgruppe bei 15 Kontakten. Etwa 4 von 9 der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. von Betreuten in der entsprechenden Gesamtgruppe beenden die Betreuung nach 2 bis 5 Kontakten (45 % bzw. 44 %). Eine mittlere Kontaktfrequenz von 6 bis 10 Kontakten haben in beiden Gruppen etwa 2 von 9 Betreuten (23 % bzw. 22 %). Ähnlich häufig ist in beiden Gruppen eine Frequenz von 11 bis 29 Kontakten (21 % bzw. 22 %). Zu mindestens 30 Kontakten kommt es bei 10 % der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen und bei 12 % der Betreuten in der Gesamtgruppe (Abbildung 15).

Abbildung 15: Anzahl der Kontakte (ambulant)



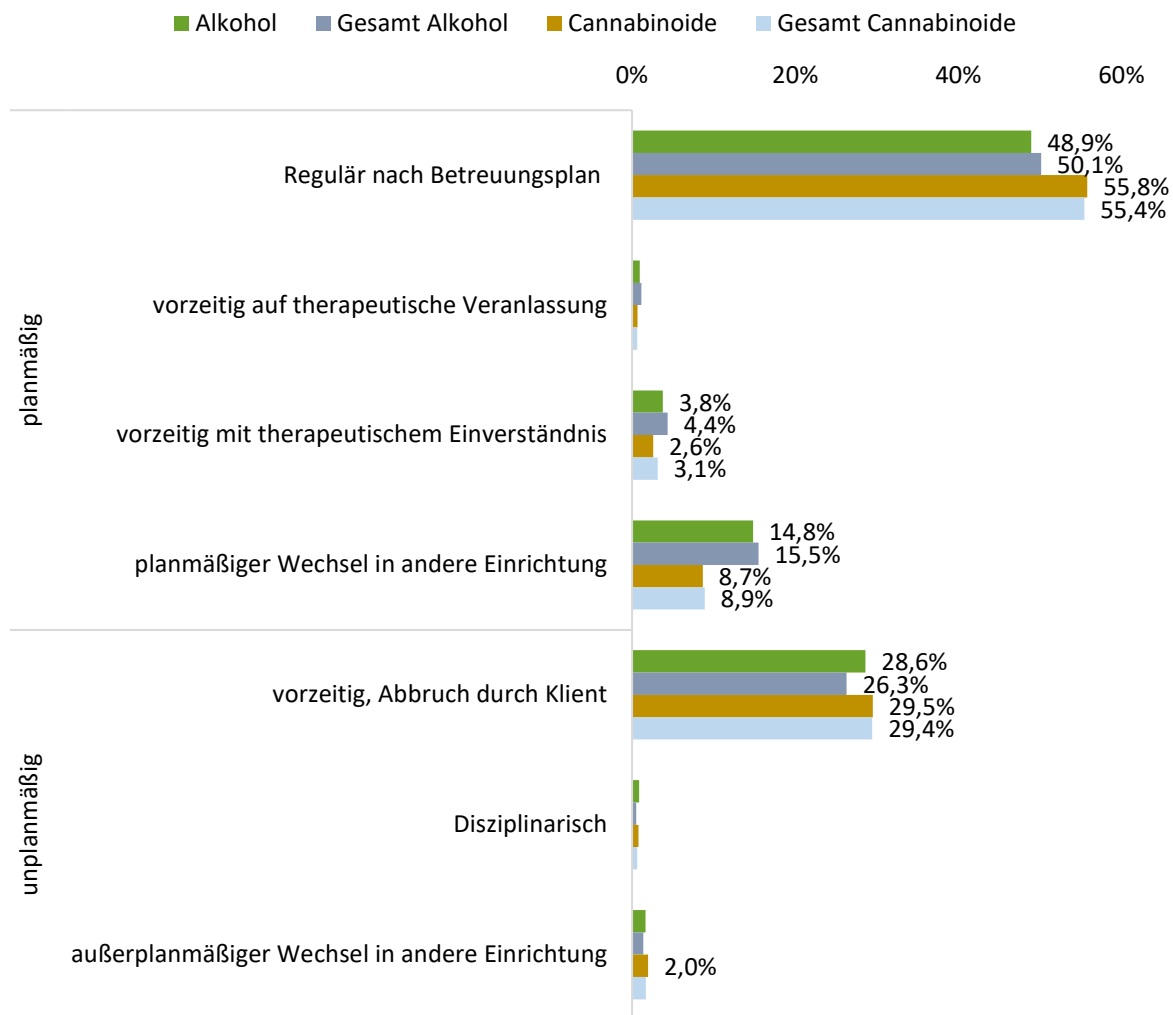
Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen und auch der entsprechenden Gesamtgruppe nehmen im Durchschnitt im Verlauf ihrer Betreuung 10 Kontakte wahr. Jeweils 5 von 9 Klient:innen beider Gruppen beenden die Betreuung bereits nach 2 bis 5 Kontakten (55 % bzw. 54 %), jeweils knapp ein Viertel nach 6 bis 10 Kontakten (22 % bzw. 23 %) und jeweils ein Sechstel nach 11 bis 29 Kontakten (je 17 %). Bei jeweils 6 % der Betreuten kommt es zu mindestens 30 Kontakten (Abbildung 15).

Art der Beendigung

Sowohl die Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen als auch Betreute der entsprechenden Gesamtgruppe beenden die Betreuung in 7 von 10 Fällen planmäßig (68 % bzw. 71 %) ¹¹. Hierbei erfolgt jeweils die Hälfte der Beendigungen regulär nach Behandlungsplan (49 % bzw. 50 %). Jeweils ein Sechstel der Beendigungen erfolgt aufgrund von planmäßigen Wechseln in eine andere Einrichtung (15 % bzw. 16 %). Der Hauptgrund für unplanmäßige Beendigungen ist sowohl für Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen als auch in der entsprechenden Gesamtgruppe der Abbruch durch die Betreuten (29 % bzw. 26 %). Andere Anlässe für unplanmäßige Beendigungen sind sehr selten (Abbildung 16).

¹¹ Planmäßige Beendigung: Beendigung der Betreuung entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf therapeutische Veranlassung, 2) vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen

Abbildung 16: Art der Beendigung der Betreuung (ambulant)



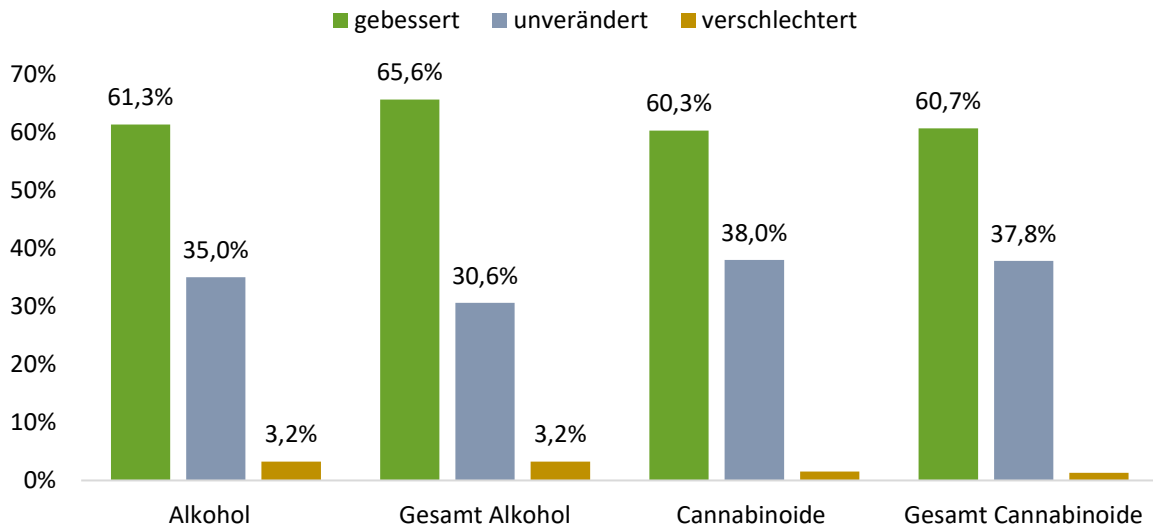
Jeweils zwei Drittel der Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen und der entsprechenden Gesamtgruppe beenden die Betreuung planmäßig (je 68 %). Hierbei erfolgen jeweils 5 von 9 Beendigungen regulär nach Behandlungsplan (56 % bzw. 55 %) und jeweils jede elfte Betreuung endet mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung (je 9 %). Ein vorzeitiger Abbruch der Betreuung durch die Klient:innen erfolgt sowohl bei Betreuten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen als auch in der entsprechenden Gesamtgruppe in jeweils 3 von 10 Fällen (30 % bzw. 29 %). Andere Anlässe für unplanmäßige Beendigungen finden sich jeweils nur vereinzelt (Abbildung 16).

Behandlungsergebnis

Am Ende der Betreuung weisen 3 von 5 Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. 2 von 3 Betreuten in der entsprechenden Gesamtgruppe eine Verbesserung des Problembereichs „Suchtverhalten“ auf (61 % vs 66 %). Ein unverändertes Suchtverhalten wird für 35 % der Betreuten mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. 31 % der Betreuten aus der

entsprechenden Gesamtgruppe dokumentiert. Bei je 3 % der Klient:innen hat sich das Suchtverhalten verschlechtert (Abbildung 17).

Abbildung 17: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (ambulant)



Bei jeweils 3 von 5 Klient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. Betreuten der entsprechenden Gesamtgruppe hat sich das Suchtverhalten am Ende der Betreuung verbessert (60 % bzw. 61 %). Jeweils 38 % zeigen am Betreuungsende ein unverändertes Suchtverhalten und in Einzelfällen ist eine Verschlechterung eingetreten (Abbildung 17).

Weitervermittlung nach Betreuungsende

Am Ende der Betreuung wird jeweils knapp ein Drittel der Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. der entsprechenden Gesamtgruppe weitervermittelt (32 % bzw. 31 %). Vorrangig erfolgt die Weitervermittlung dabei für Betreute aus beiden Gruppen in eine anschließende Suchtbehandlung (69 % bzw. 71 %).

Bei der Klientel mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe wird etwa ein Fünftel am Betreuungsende weitervermittelt (21 % bzw. 20 %), auch hier überwiegend in eine Suchtbehandlung (60 % bzw. 59 %).

3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 2: Zusammenfassung (Betreuungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre; ambulant)

| | Alkohol | Cannabinoide |
|---|--|--|
| N Zugänge | 5749 | 11077 |
| N Beender | 5285 | 10421 |
| Geschlechterverteilung | Männer: 76 %/77 % Frauen: 24 %/23 % | Männer: 82 %/83 % Frauen: 18 %/17 % |
| Soziodemographie | | |
| Ø Alter | 37 Jahre | 24 Jahre |
| Migrationshintergrund | 13 % | 20 % |
| Partnerschaft ja | 46 % | 19 % |
| Zusammenlebend ja | 58 % | 73 % |
| Zusammenlebend mit: (häufigste Nennungen) | 46 % Partner:in 30 % Eltern | 60 % Eltern 31 % andere Personen |
| Minderjährige eigene Kinder | 35 % | 26 % |
| Mit Schulabschluss | 84 % | 71 % |
| Mittlerer/höherer Schulabschluss | 43 % | 34 % |
| Mit Berufs-/Hochschulabschluss | 56 % | 23 % |
| Erwerbssituation (häufigste Nennung) | 41 % erwerbstätig | 34 % Nichterwerbspersonen |
| Suchtproblematik | | |
| Häufigste zusätzliche Einzeldiagnosen | 24 % Cannabinoide 11 % Stimulanzien | 22 % Alkohol 18 % Stimulanzien |
| Alter bei Erstkonsum | 14 Jahre Alkohol | 15 Jahre Cannabis |
| Dauer der Störung | 22 Jahre | 9 Jahre |
| Häufigste Problembereiche | 99 % Sucht 59 % psychische Gesundheit 44 % Familie | 99 % Sucht 47 % psychische Gesundheit je 38 % Familie und Schule/ Ausbildung/Arbeit |
| Betreuung | | |
| Vermittlung in die Betreuung (Häufigste Nennungen) | 53 % ohne Vermittlung 11 % Polizei/Justiz | 39 % ohne Vermittlung 28 % Polizei/Justiz |
| Anteil Erstbetreute | 34 % | 55 % |
| Hauptmaßnahme | 86 % Beratung/Betreuung | 90 % Beratung/Betreuung |
| Ø Dauer Betreuung | 8 Monate | 6 Monate |
| Ø Anzahl Kontakte | 13,3 Kontakte | 10,1 Kontakte |
| Planmäßige Beendigung | 68 % | 68 % |
| Problembereich Sucht „gebessert“ | 61 % | 60 % |
| Weitervermittlung | 32 % | 21 % |

4 Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Im Jahr 2022 haben 22 % der stationär behandelten Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen einen frühen Störungsbeginn. Bei Behandelten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind es 55 %.

Unter Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen ist der Männeranteil etwas höher als in der entsprechenden Gesamtgruppe (80 % vs. 72 %). Auch unter Behandelten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen befinden sich anteilmäßig etwas mehr Männer als in der entsprechenden Gesamtgruppe (85 % vs. 81 %; Tabelle 4).

Tabelle 3: Gesamtzahl der Behandlungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre (stationär)

| | Alkohol Störungsbeginn <18 Jahre | Gesamt Alkohol | Cannabinoide Störungsbeginn <18 Jahre | Gesamt Cannabinoide |
|--------------------|--|---------------------------|---|--------------------------------|
| N (Beender) | 4.465 | 20.719 | 1.737 | 3.154 |
| | 80,3 % Männer | 72,1 % Männer | 85,1 % Männer | 80,9 % Männer |
| | 19,7 % Frauen | 27,9 % Frauen | 14,9 % Frauen | 19,1 % Frauen |

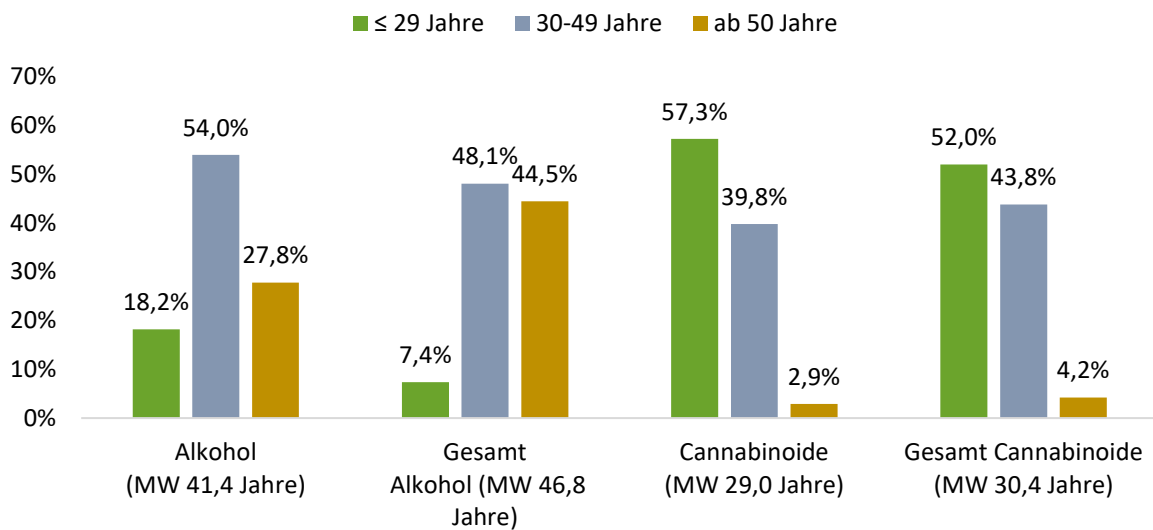
4.1 Soziodemographische Merkmale der Patient:innen¹²

Alter

Das durchschnittliche Alter der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen liegt mit 41 Jahren etwas niedriger als in der entsprechenden Gesamtgruppe, wo es sich auf 47 Jahre beläuft. Dementsprechend unterscheidet sich die Altersverteilung zwischen den beiden Gruppen: Während 18 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen der Altersgruppe der bis 29-Jährigen angehören, ist dies für nur 7 % der Gesamtgruppe der Fall. In beiden Gruppen liegt der Schwerpunkt im Altersbereich 30 bis 49 Jahre, wobei der entsprechende Anteil bei den Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen nochmals etwas größer ist als in der entsprechenden Gesamtgruppe (54 % vs. 48 %). Demgegenüber finden sich in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich seltener als in der entsprechenden Gesamtgruppe Patient:innen ab 50 Jahren (28 % vs. 45 %; Abbildung 18).

¹² Der Begriff „Patient:innen“ schließt auch Rehabilitand:innen bzw. Bewohner:innen mit ein.

Abbildung 18: Alter (stationär)

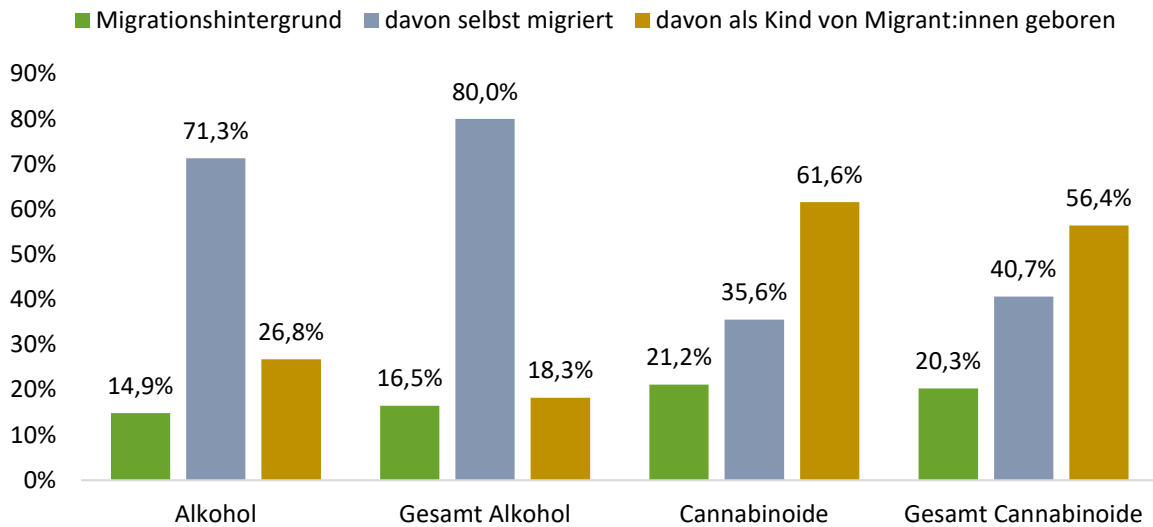


Das Durchschnittsalter der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen ist mit 29 Jahren ähnlich hoch wie in der Gesamtgruppe mit 30 Jahren. Auch die Verteilung über die unterschiedlichen Altersgruppen unterscheidet sich nur geringfügig. Patient:innen mit frühem Störungsbeginn gehören etwas häufiger der Altersgruppe bis 29 Jahre (57 % vs. 52 %) und etwas seltener der Altersgruppe 30 bis 49 Jahre an (40 % vs. 44 %). In beiden Gruppen finden sich nur wenige Patient:innen, die mindestens 50 Jahre alt sind (3 % bzw. 4 %; Abbildung 18).

Migrationshintergrund

Etwa jede:r siebte Patient:in mit frühen alkoholbezogenen Störungen und etwa jede:r sechste Patient:in aus der entsprechenden Gesamtgruppe hat einen Migrationshintergrund (15 % vs. 17%). Hierbei ist die große Mehrheit der Patient:innen mit Migrationshintergrund selbst migriert, wobei der entsprechende Anteil in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen mit 7 von 10 Behandelten niedriger ist als in der entsprechenden Gesamtgruppe mit 8 von 10 Behandelten (71 % vs. 80 %; Abbildung 19).

Abbildung 19: Migrationshintergrund (stationär)*



*Nicht dargestellt wurde "Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor", daher keine Addition der Werte auf 100%.

Jeweils etwa ein Fünftel der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie der entsprechenden Gesamtgruppe hat einen Migrationshintergrund (21 % bzw. 20 %). Unter den Patient:innen mit Migrationshintergrund bilden selbst migrierte Personen mit gut einem Drittel unter Behandelten mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. mit zwei Fünfteln in der entsprechenden Gesamtgruppe eine Minderheit (36 % vs. 41 %; Abbildung 19).

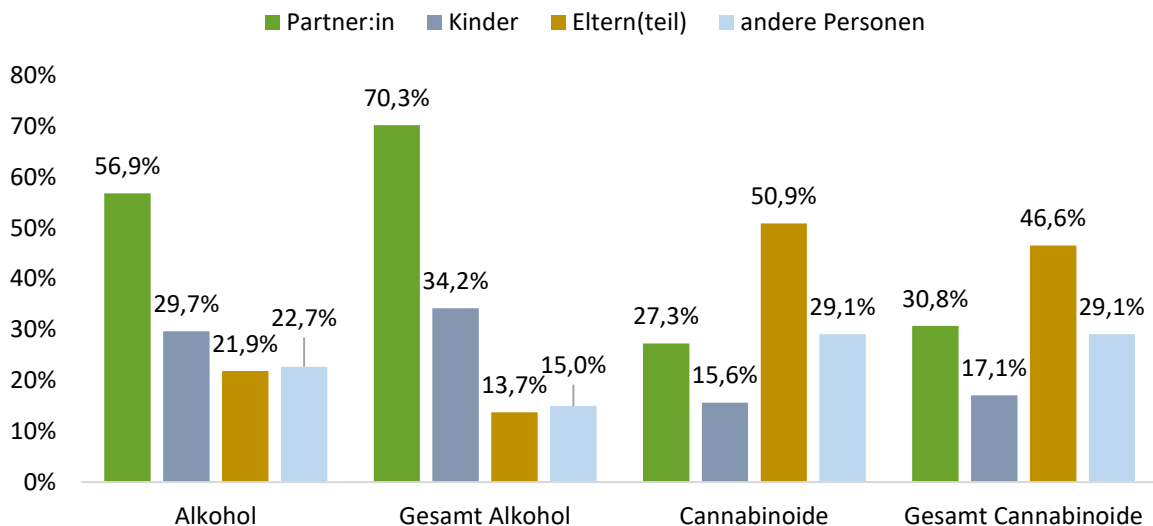
Partnerschaft und Lebenssituation

Von den Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben 39 % eine feste Partnerschaft, in der Gesamtgruppe liegt der Anteil mit 46 % etwas höher. Unter Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe haben jeweils 32 % eine feste Partnerschaft.

Von den Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen leben insgesamt zwei Fünftel (40 %) mit jemandem zusammen, in der Gesamtgruppe liegt dieser Anteil mit 45 % etwas höher. Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen, die nicht allein leben, leben überwiegend mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen. Dabei ist der entsprechende Anteil in der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich niedriger als in der entsprechenden Gesamtgruppe (57 % vs. 70 %). Auch das Zusammenleben mit Kindern ist unter Behandelten mit frühen alkoholbezogenen Störungen etwas seltener als in der entsprechenden Gesamtgruppe (34 % vs. 30 %). Demgegenüber leben Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich häufiger bei ihren Eltern bzw. einem Elternteil als dies in der

entsprechenden Gesamtgruppe der Fall ist (22 % vs. 14 %). Gleiches gilt für das Zusammenleben mit anderen Personen (23 % vs. 15 %; Abbildung 20).

Abbildung 20: Lebenssituation (zusammenlebend mit; stationär)



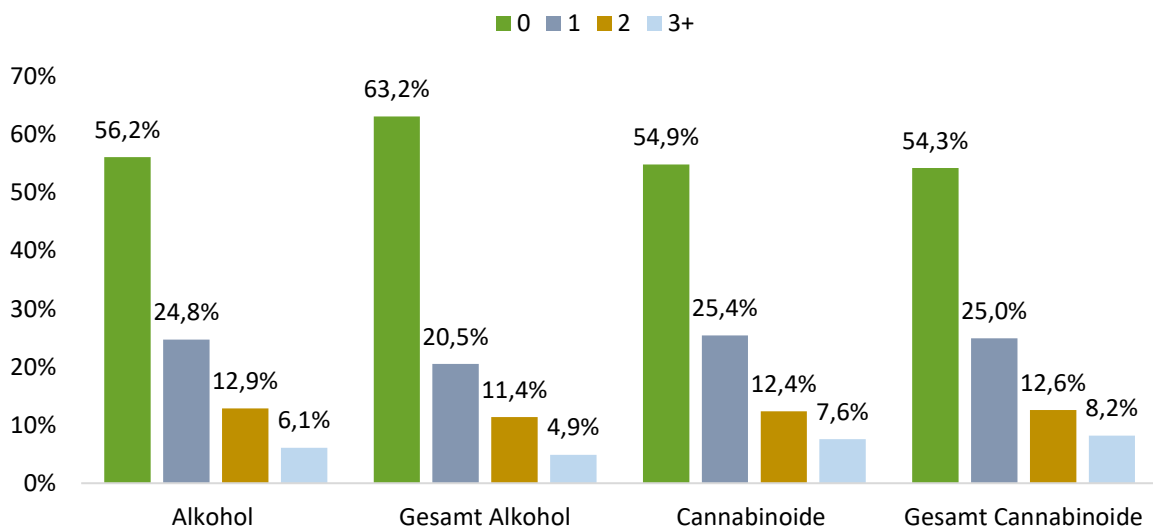
Mehrfachnennungen möglich

Die Hälfte (50 %) der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen lebt mit jemandem zusammen, in der Gesamtgruppe trifft dies etwas seltener zu (47 %). Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die mit jemandem zusammenleben, leben am häufigsten mit ihren Eltern oder einem Elternteil zusammen. Dies trifft auf Behandelte mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen häufiger zu als für Behandelte in der entsprechenden Gesamtgruppe (51 % vs. 47 %). Demgegenüber ist das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin weniger weit verbreitet (27 % vs. 31 %). Ähnlich häufig leben Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. Patient:innen aus der entsprechenden Gesamtgruppe mit anderen Personen (je 29 %) oder Kindern zusammen (16 % bzw. 17 %; Abbildung 20).

Eigene minderjährige Kinder

Etwa 5 von 9 Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen sowie etwa knapp 6 von 9 Patient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe haben keine eigenen minderjährigen Kinder (56 % vs. 63 %). Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben häufiger ein minderjähriges Kind als Patient:innen in der entsprechenden Gesamtgruppe (25 % vs. 21 %) bzw. zwei minderjährige Kinder (13 % vs. 11 %). Der Anteil mit mindestens drei minderjährigen Kindern ist in beiden Gruppen ähnlich hoch (6 % vs. 5 %; Abbildung 21).

Abbildung 21: Anzahl eigene minderjährige Kinder (stationär)



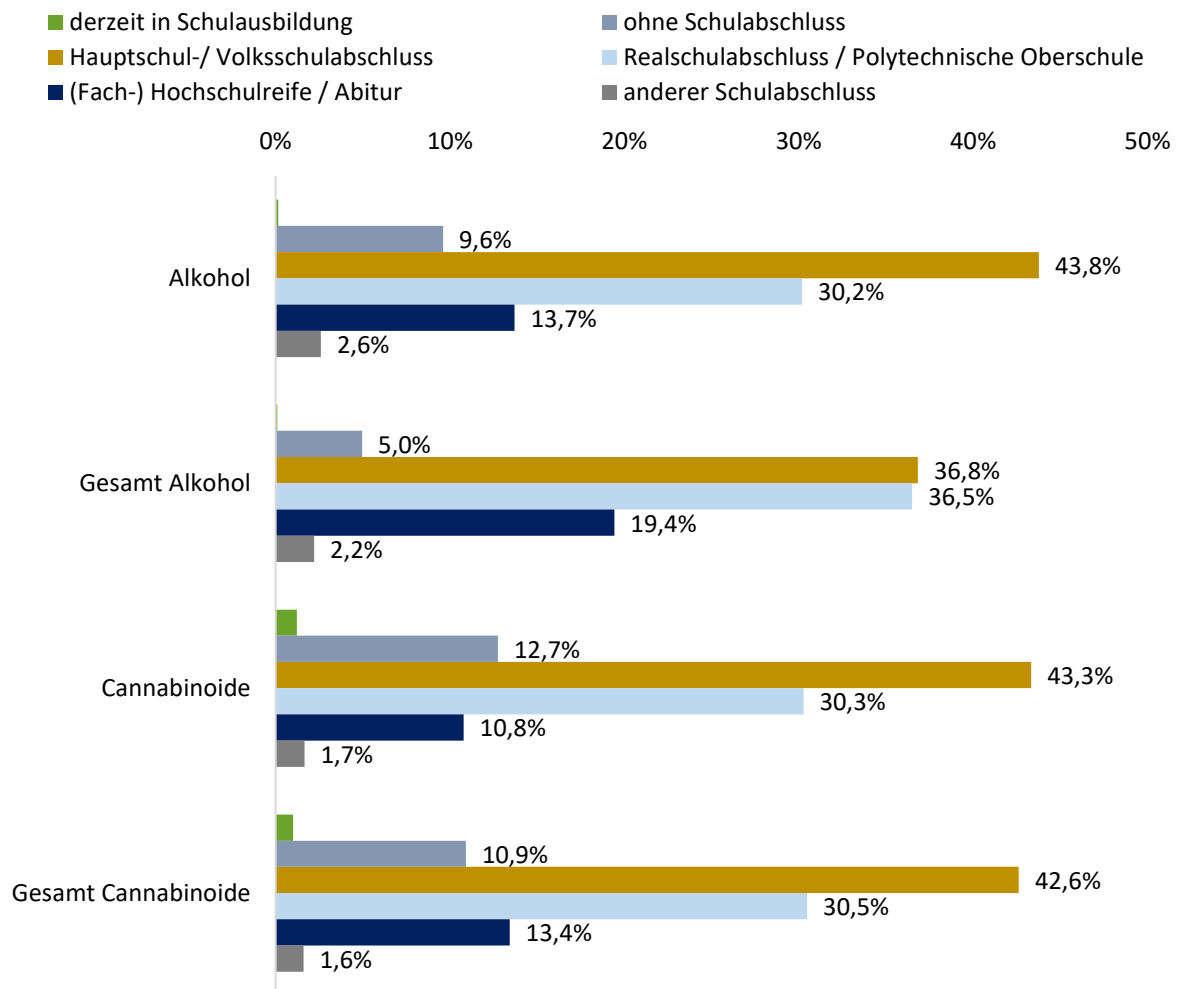
Unter Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogene Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe haben jeweils 5 von 9 Behandelten keine eigenen minderjährigen Kinder (55 % bzw. 54 %). Unter den Eltern minderjähriger Kinder ist die Anzahl an Kindern vergleichbar. Jeweils ein Viertel hat ein minderjähriges Kind (je 25 %), jeweils ein Achtel hat zwei minderjährige Kinder (12 % bzw. 13 %) und jeweils jede:r zwölfte Behandelte hat mindestens 3 minderjährige Kinder (je 8 %; Abbildung 21).

Schulische Bildung

Eine abgeschlossene Schulausbildung können 90 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen vorweisen. In der entsprechenden Gesamtgruppe liegt dieser Anteil mit 95 % noch höher. Die Schule abgebrochen haben 10 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen, aber nur 5 % der entsprechenden Gesamtgruppe. Ein mittlerer oder höherer Schulabschluss¹³ ist unter Behandelten mit frühen alkoholbezogenen Störungen mit 44 % deutlich häufiger als in der entsprechenden Gesamtgruppe 56 % (Abbildung 22).

¹³ Mittlere Reife/(Fach-)Abitur

Abbildung 22: Schulbildung (stationär)



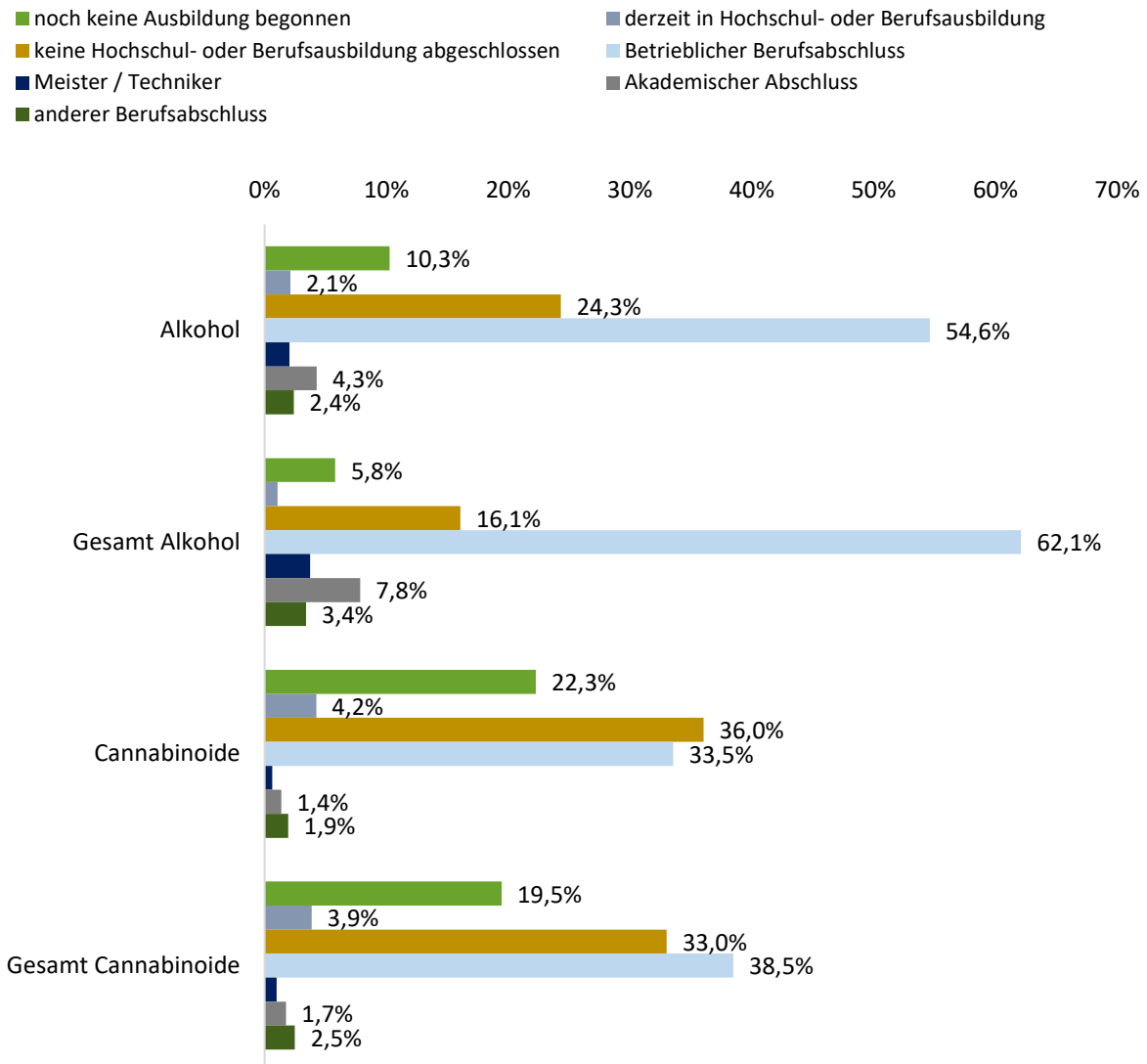
Von den Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen haben 86 % die Schule erfolgreich abgeschlossen. In der entsprechenden Gesamtgruppe ist der Anteil an Schulabsolvent:innen mit 88 % ähnlich. Vergleichbar ist auch die Schulabbruchquote. Sie beläuft sich bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen auf 13 % und in der entsprechenden Gesamtgruppe auf 11 %. Einen mittleren oder höheren Schulabschluss können 41 % der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen und 44 % der entsprechenden Gesamtgruppe vorweisen (Abbildung 22).

Berufliche Bildung

Knapp zwei Drittel der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. gut drei Viertel der entsprechenden Gesamtgruppe verfügen über eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung (63 % vs. 77 %). Hauptsächlich handelt es sich dabei um einen betrieblichen Berufsabschluss (55 % bzw. 62 %). Knapp ein Viertel der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. ein Sechstel der Patient:innen in der entsprechenden

Gesamtgruppe hat keine Berufs- oder Hochschulausbildung (24 % vs. 16 %). 10 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. 6 % der entsprechenden Gesamtgruppe haben bisher noch nicht mit einer Ausbildung begonnen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Ausbildung (stationär)

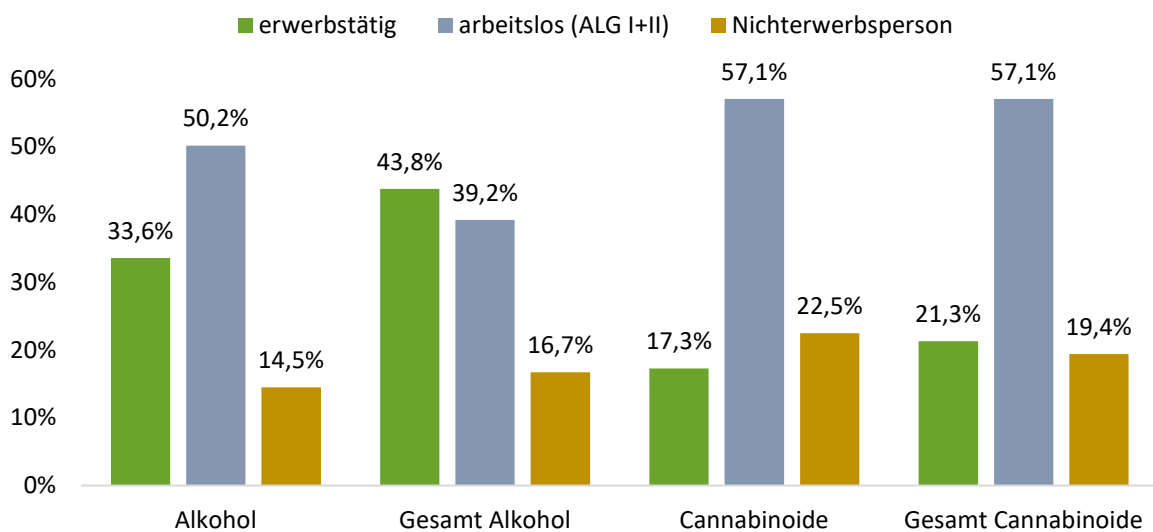


Von den Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen haben 38 % eine abgeschlossen abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung, in der entsprechenden Gesamtgruppe sind es 44 %. In der Regel handelt es sich dabei um einen betrieblichen Berufsabschluss (34 % bzw. 39 %). Ohne abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung ist gut ein Drittel der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. ein Drittel der entsprechenden Gesamtgruppe (36 % vs. 33 %). In beiden Gruppen hat jeweils etwa ein Fünftel noch keine Hochschul- bzw. Berufsausbildung begonnen (22 % bzw. 20 %) und nur ein kleiner Anteil befindet sich in einer laufenden Ausbildung (je 4 %; Abbildung 23).

Erwerbssituation

In der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen sind 34 % vor Beginn ihrer Behandlung erwerbstätig, in der entsprechenden Gesamtgruppe ist der Anteil mit 43 % deutlich höher. Während die Hälfte der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen arbeitslos ist, trifft dies in der entsprechenden Gesamtgruppe nur auf zwei Fünftel zu (50 % vs. 39 %; Abbildung 24).

Abbildung 24: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (stationär)



ALG I+II: Arbeitslosengeld nach SGB (Sozialgesetzbuch) I +II

Bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe sind gut 5 von 9 Behandelten arbeitslos (je 57 %). Erwerbstätig ist in der Gruppe mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen jede:r sechste Patient:in und in der entsprechenden Gesamtgruppe jede:r fünfte Patient:in (17 % vs. 20 %; Abbildung 24).

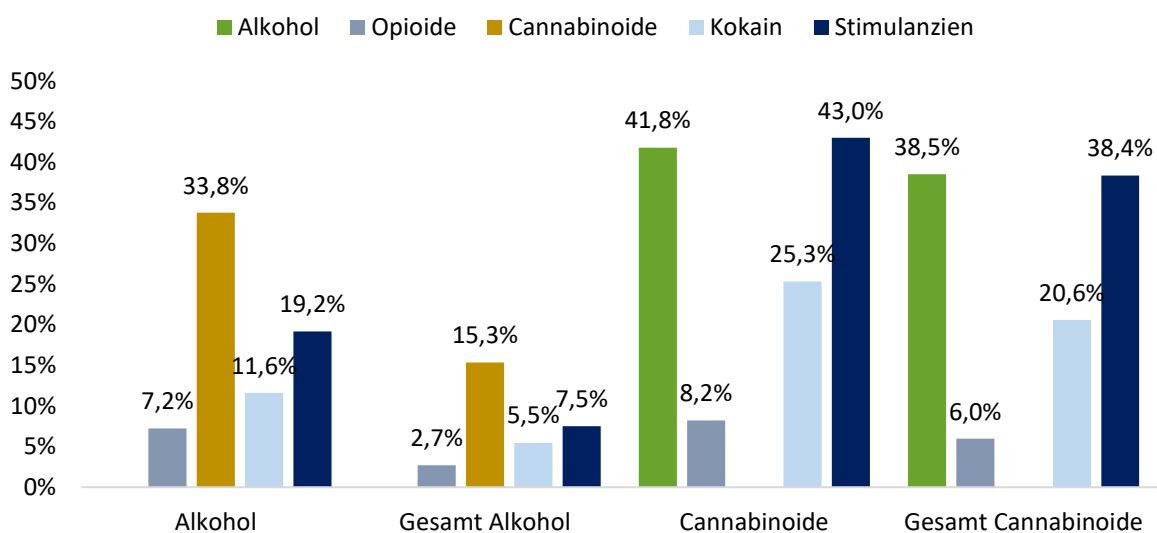
4.1 Problematik der Patient:innen zu Behandlungsbeginn

4.1.1 Suchtspezifische Situation

Substanzbezogene Komorbiditäten

Unter Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen ist substanzbezogene Komorbidität weiterverbreitet als in der entsprechenden Gesamtgruppe. Etwa ein Drittel der Behandelten mit frühen alkoholbezogenen Störungen konsumiert zusätzlich Cannabinoide in missbräuchlicher bzw. abhängiger Weise, in der Gesamtgruppe ist es nur knapp ein Sechstel (34 % vs. 15 %). In der Gruppe mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben 19 % begleitende stimulanzen-, 12 % begleitende kokain- und 7 % begleitende opioidebezogene Störungen. In der Gesamtgruppe liegen die entsprechenden Anteilswerte bei 8 %, 6 % und 3 % (Abbildung 25).

Abbildung 25: Zusätzliche Einzeldiagnosen (häufigste Nennungen; stationär)



Unter Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sind komorbide Substanzkonsumstörungen häufiger als in der entsprechenden Gesamtgruppe. Während unter Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen jeweils gut zwei Fünftel der Betreuten begleitende stimulanzenbezogene Störungen haben, gilt dies in der entsprechenden Gesamtgruppe für knapp zwei Fünftel (43 % vs. 38 %). Ähnlich hoch sind die entsprechenden Anteilswerte für begleitende alkoholbezogene Störungen (42 % vs. 39 %). Ein Viertel der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. ein Fünftel der entsprechenden Gesamtgruppe zeigt einen missbräuchlichen bzw. abhängigen Beikonsum von Kokain (25 % vs. 21 %). Deutlich seltener ist eine begleitende Opioidproblematik (8 % bzw. 6%; Abbildung 25).

Alter bei Erstkonsum

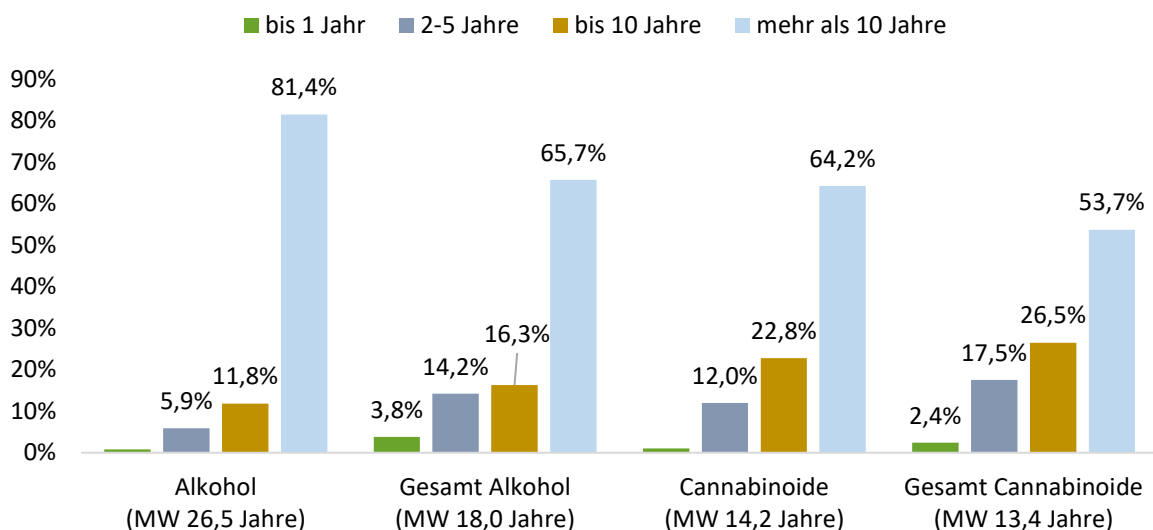
Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen haben durchschnittlich mit 14 Jahren, Patient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe mit durchschnittlich 15 Jahren zum ersten Mal in ihrem Leben Alkohol konsumiert.

Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen haben durchschnittlich mit 14 Jahren erstmalig Cannabis konsumiert. In der entsprechenden Gesamtgruppe mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt das Durchschnittsalter für den Erstkonsum von Cannabis bei 16 Jahren.

Dauer der Störung

Bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen liegt die Störungsdauer bei Beginn der laufenden stationären Behandlungsepisode bei durchschnittlich 27 Jahren, bei Patient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe bei durchschnittlich 18 Jahren. In beiden Gruppen ist eine Störungsdauer von mehr als 10 Jahren am weitesten verbreitet, wobei der entsprechende Anteil bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen mit vier Fünfteln nochmals deutlich höher ist als in der entsprechenden Gesamtgruppe, die mit zwei Dritteln (81 % vs. 66 %) deutlich darunter liegt (Abbildung 26).

Abbildung 26: Dauer der Störung (Einzeldiagnosen, stationär)



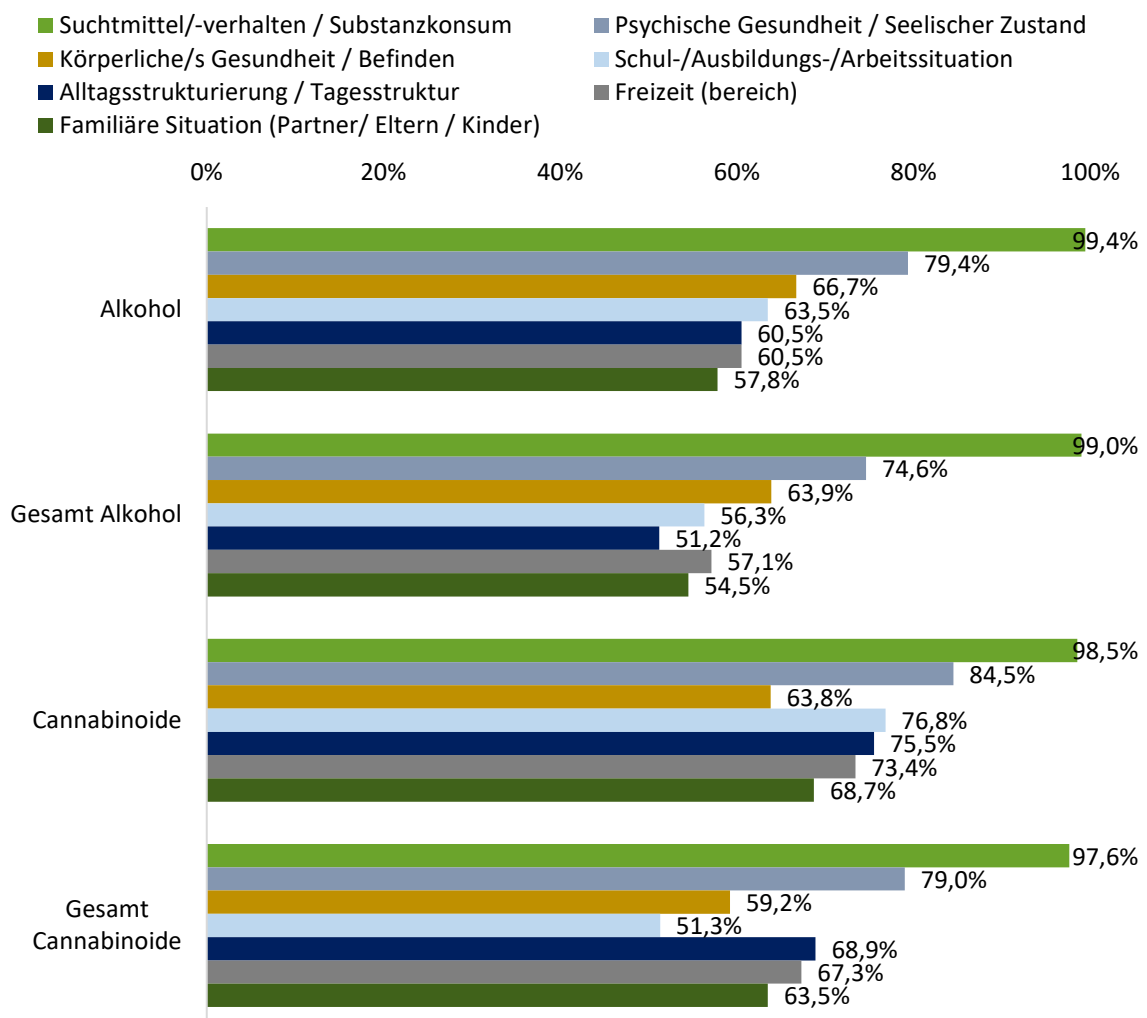
Zu Beginn der laufenden stationären Behandlung liegt die Störungsdauer bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bei 14 Jahren und in der entsprechenden Gesamtgruppe bei 13 Jahren. Am weitesten verbreitet ist in beiden Gruppen eine Störungsdauer von über 10 Jahren, wobei dies auf 6 von 9 Behandelte mit frühen cannabinoidbezogenen

Störungen bzw. auf 4 von 9 Behandelten in der entsprechenden Gesamtgruppe zutrifft (64 % vs. 54 %; Abbildung 26).

4.1.2 Häufigste Problembereiche

Sowohl bei den Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen als auch bei den Patient:innen der entsprechenden Gesamtgruppe haben nahezu alle Behandelten bei Behandlungsbeginn ein Problem im Bereich Suchtverhalten (je 99 %). Am zweithäufigsten wird jeweils eine psychische Belastung dokumentiert (79 % bzw. 75 %) und am dritthäufigsten eine Belastung der körperlichen Gesundheit (67 % bzw. 64 %). Bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen steht die Schul-/Ausbildungs-/Arbeitssituation an vierter Stelle der Problembereiche und in der Gesamtgruppe an fünfter Stelle (64 % vs. 56 %; Abbildung 27).

Abbildung 27: Problembereiche zu Beginn der Behandlung (häufigste Nennungen; stationär)



Nahezu alle Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen und der entsprechenden Gesamtgruppe haben zu Beginn der Behandlung ein Problem im Bereich Suchtverhalten (99 % bzw. 98 %). Auf Rang 2 folgt bei beiden Gruppen die psychische Gesundheit (85 % bzw. 79 %).

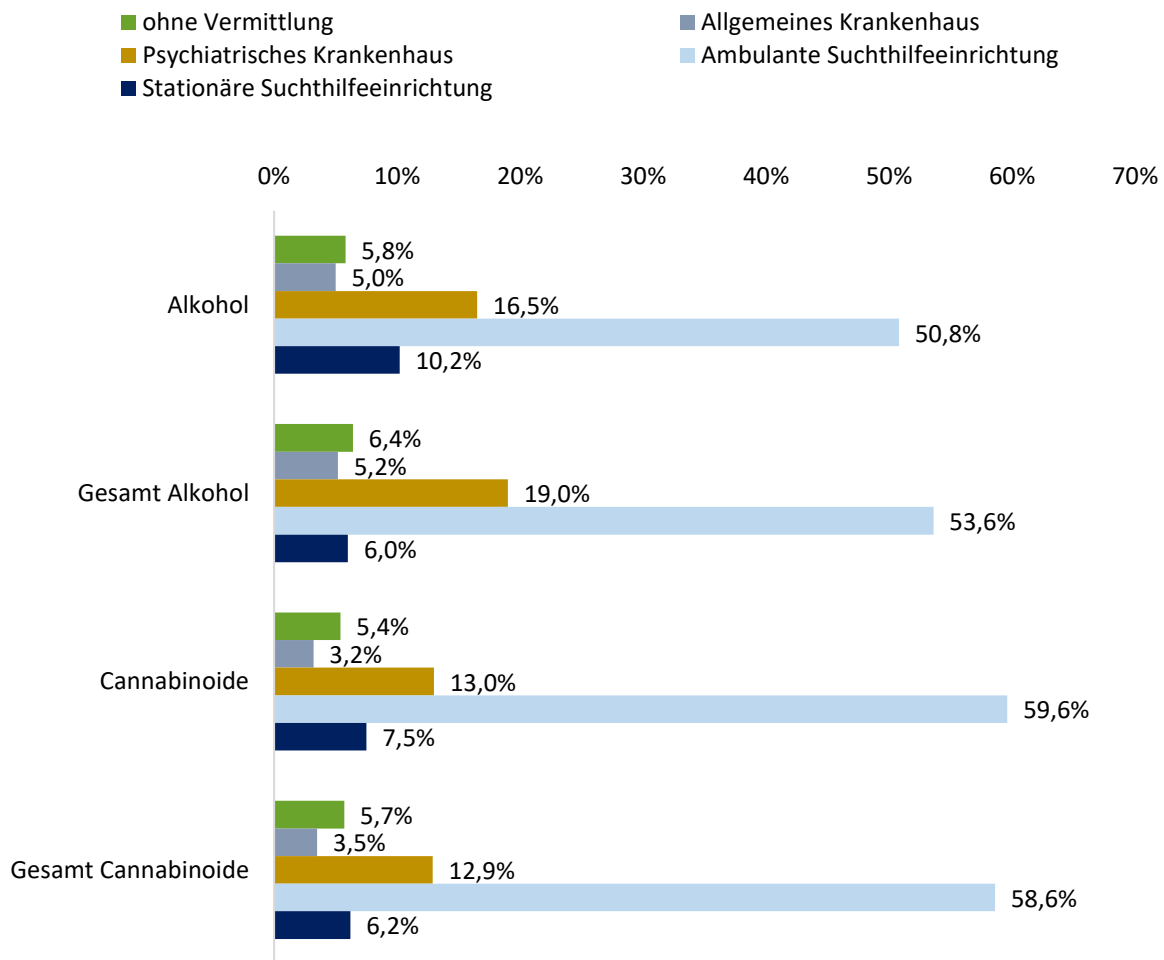
bzw. 79 %). Ab hier unterscheiden sich die Rangreihen der Problembereiche. Bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen folgen Schule-/Ausbildungs-/Arbeitssituation (77 %), Alltagsstrukturierung (76 %), Freizeit (73 %), familiäre Situation (69 %) und körperliche Gesundheit (66 %). Bei der Gesamtgruppe folgen auf den Rängen drei bis sieben Alltagsstrukturierung (69 %), familiäre Situation (64 %), körperliche Gesundheit (59 %) sowie Schul-/Ausbildungs-/Arbeitssituation (51%; Abbildung 27).

4.2 Behandlung

Vermittlung

Am weitesten verbreitet ist bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe die Vermittlung durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (51 % bzw. 54 %). Der zweithäufigste Weg in die Suchtbehandlung führt jeweils über Psychiatrische Kliniken (17 % bzw. 19 %). Die Vermittlung über andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen steht jeweils an dritter Stelle (10 % bzw. 6 %). Ein etwas geringerer Anteil der Patient:innen kommt ohne Vermittlung (je 6 %) oder über Allgemeinkrankenhäuser in die stationäre Behandlung (je 5 %; Abbildung 28).

Abbildung 28: Vermittlung in die Behandlung (häufigste Nennungen; stationär)



Bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie der entsprechenden Gesamtgruppe erfolgt die Vermittlung hauptsächlich durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (60 % bzw. 59 %). Es folgen psychiatrische Krankenhäuser als zweithäufigste Vermittlungsinstanz (jeweils 13 %) und andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen als dritthäufigste Vermittelnde (8 % bzw. 6 %). Ein kleiner Anteil der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen bzw. der entsprechenden Gesamtgruppe kommt ohne Vermittlung in die stationäre Behandlung (5 % bzw. 6 %; Abbildung 28).

Erstbehandlung

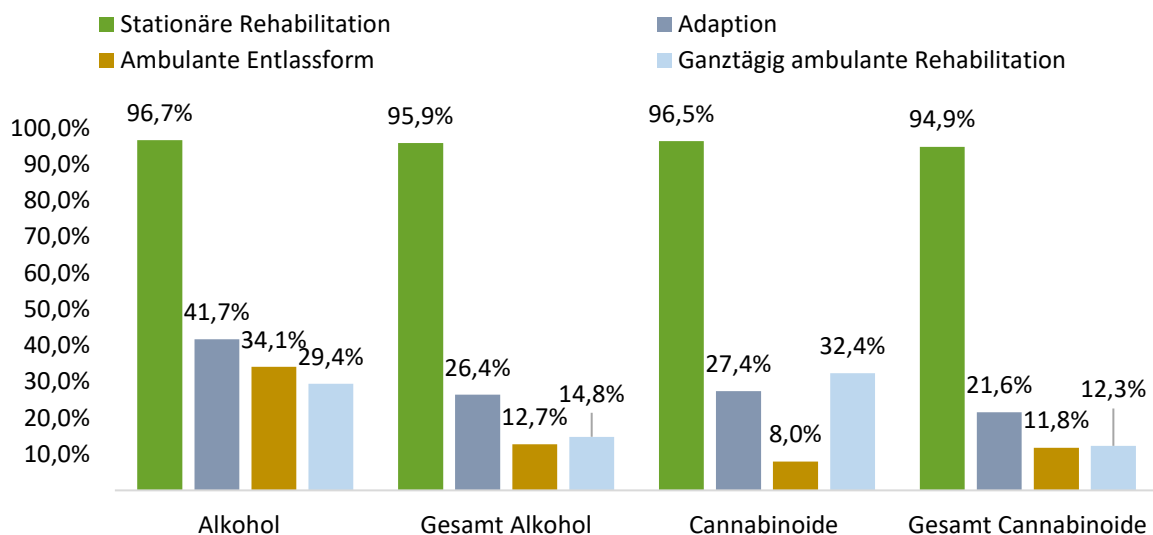
Der Anteil an erstbehandelten Patient:innen liegt bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bei 9 %, in der entsprechenden Gesamtgruppe bei 10 %. Von den Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sind 15 % Erstbehandelte, in der Gesamtgruppe sind es 17 %.

Hauptmaßnahmen

In allen Gruppen bildet nahezu ausnahmslos Suchtbehandlung die Hauptmaßnahme (Alkohol: 98%; Gesamt Alkohol: 99%; Cannabinoide: 98 %, Gesamt Cannabinoide: 98 %).

Die Suchtbehandlung ist dabei im Regelfall bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen ebenso wie in der entsprechenden Gesamtgruppe eine stationäre Rehabilitation (97 % bzw. 96 %). Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen erhalten deutlich häufiger Adaption als Hauptmaßnahme als Patient:innen in der entsprechenden Gesamtgruppe (42 % vs. 26 %), gleiches gilt für die ambulante Entlassform (34 % vs. 13 %) bzw. die ganztägige ambulante Rehabilitation (29 % vs. 15 %; Abbildung 29).

Abbildung 29: Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; stationär)



Mehrfachnennungen möglich

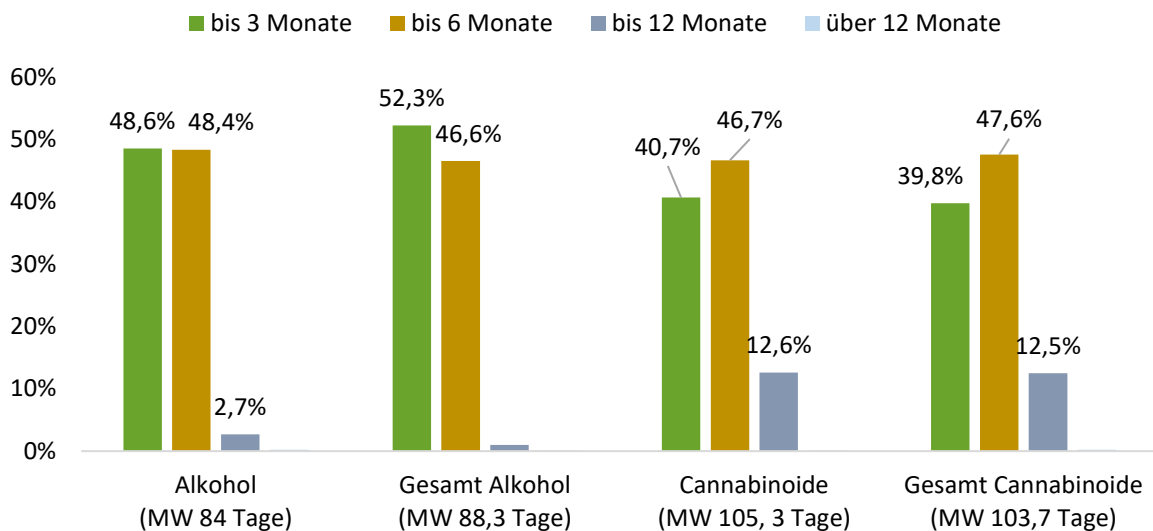
Die Suchtbehandlung ist bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie in der entsprechenden Gesamtgruppe im Regelfall eine stationäre Rehabilitation (97 % bzw. 95 %). Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen erhalten häufiger eine Adaption als Patient:innen in der entsprechenden Gesamtgruppe (27 % vs. 22 %), häufiger eine ganztägig ambulante Rehabilitation (32 % vs. 12 %) und seltener eine ambulante Entlassform (8 % vs. 12 %; Abbildung 29).

Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung von Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen und der entsprechenden Gesamtgruppe beträgt jeweils 3 Monate. Jeweils knapp die Hälfte der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen wird bis zu 3 Monaten (49 %) bzw. zwischen 3 und 6 Monate behandelt (48 %). Eine Behandlungsdauer darüber

hinaus ist äußerst selten. Ähnlich ist die Situation in der Gesamtgruppe: hier ist etwas mehr als die Hälfte der Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen bis maximal 3 Monate in Behandlung (52 %), knapp die Hälfte wird zwischen 3 und 6 Monate behandelt (47 %; Abbildung 30).

Abbildung 30: Dauer der Behandlung in Monaten (stationär)

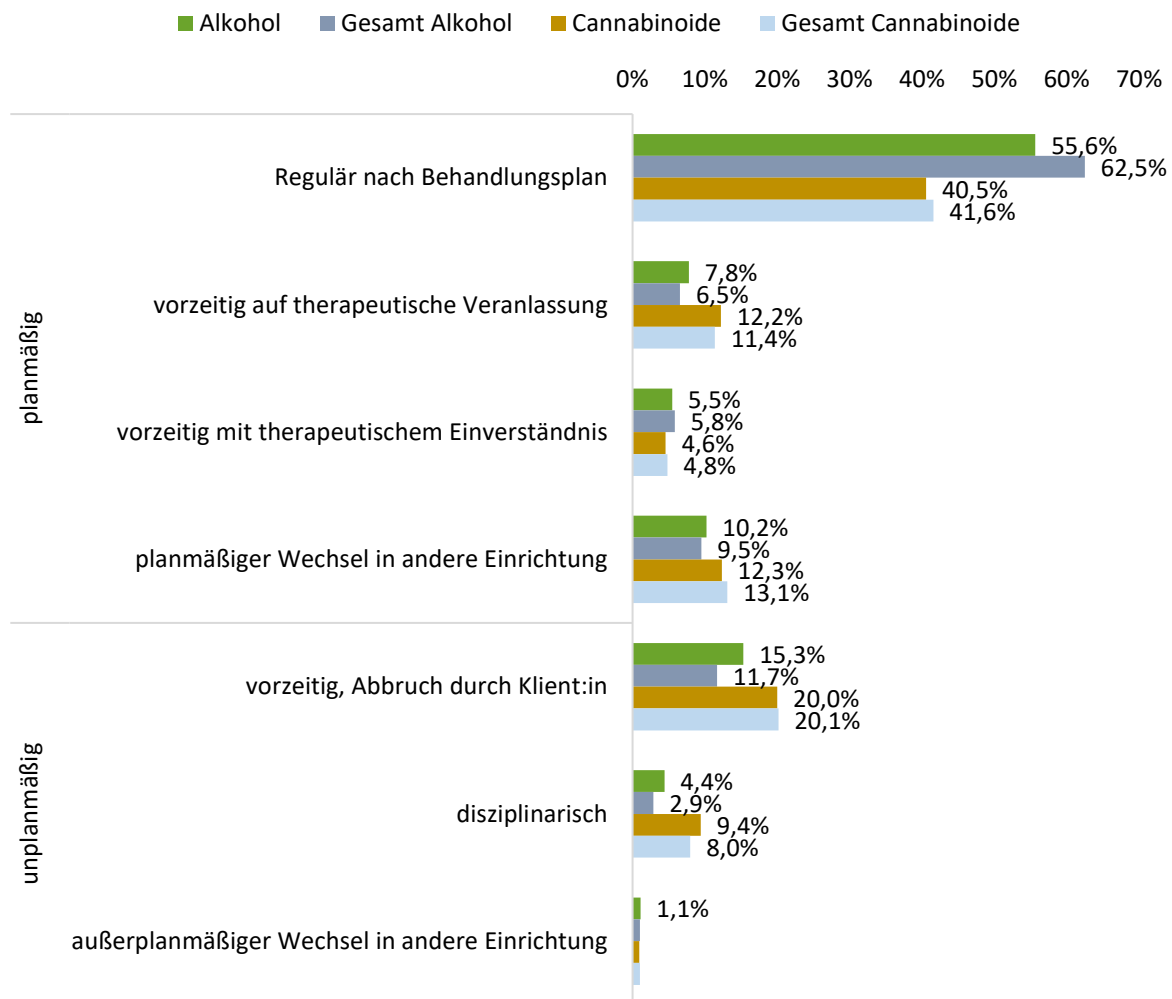


Etwa zwei Fünftel der Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen sowie der entsprechenden Gesamtgruppe beenden die Behandlung nach maximal 3 Monaten (41 % bzw. 40 %). Zwischen 3 und 6 Monaten dauert die Behandlung in jeweils knapp der Hälfte der Fälle (47 % bzw. 48 %). Jeweils knapp jede:r achte Patient:in wird zwischen 6 und 12 Monate behandelt (jeweils 13 %; Abbildung 30).

Art der Beendigung

Planmäßig beenden jeweils 4 von 5 Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen sowie in der Gesamtgruppe die Behandlung (80 % bzw. 84 %). Planmäßige Beendigungen regulär nach Behandlungsplan sind jeweils am häufigsten, wobei der entsprechende Anteilswert bei Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen niedriger ist als in der entsprechenden Gesamtgruppe (56 % vs. 63 %). Ein planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen betrifft jeweils etwa ein Zehntel der Patient:innen (je 10 %), etwas seltener kommt es zu vorzeitigen Beendigungen auf therapeutische Veranlassung (8 % bzw. 7 %). Unplanmäßige Beendigungen sind bei Klient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen deutlich häufiger als in der entsprechenden Gesamtgruppe disziplinarische Entlassungen (15 % vs. 3 %). Demgegenüber sind vorzeitige Abbrüche durch die Patient:innen deutlich seltener als in der Gesamtgruppe (6 % vs. 12 %; Abbildung 31).

Abbildung 31: Art der Beendigung der Behandlung (stationär)



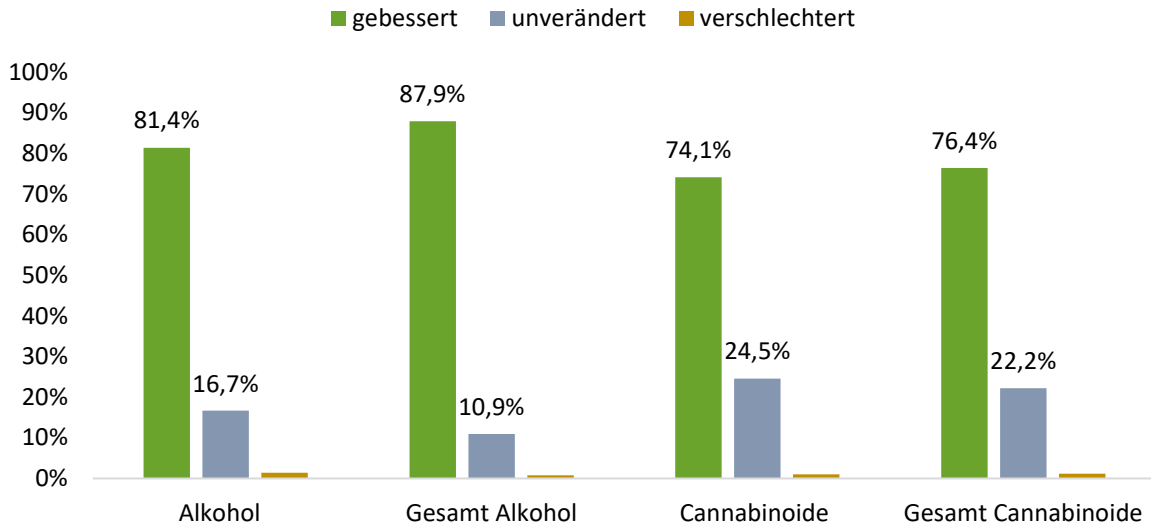
Unter Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen beenden 70 % der Behandelten ihre Behandlung planmäßig, in der entsprechenden Gesamtgruppe sind es 71 %. In beiden Gruppen endet die Behandlung in 2 von 5 Fällen regulär nach Behandlungsplan (41 % bzw. 42 %). Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung auf therapeutische Veranlassung ist in beiden Gruppen ähnlich häufig (12 % bzw. 11 %). Gleiches gilt für planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung (12 % bzw. 13 %). Bei den unplanmäßigen Beendigungen ist der Abbruch durch die Patient:innen mit ähnlichen Anteilswerten am häufigsten (je 20 %), es folgen mit deutlichem Abstand disziplinarische Entlassungen (9 % bzw. 8 %; Abbildung 31).

Behandlungsergebnis

Bei 81 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen hat sich zu Behandlungsende eine Besserung im Problembereich „Suchtverhalten“ eingestellt. In der entsprechenden Gesamtgruppe liegt dieser Anteil mit 88 % noch höher. Ein unverändertes Suchtverhalten findet sich bei 17 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen bzw. bei 11 % der

Patient:innen in der entsprechenden Gesamtgruppe. Zu einer Verschlechterung kommt es jeweils nur in Ausnahmefällen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (stationär)



Bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen hat sich am Behandlungsende bei 74 % eine Verbesserung die Probleme im Bereich Suchtverhalten eingestellt. In der entsprechenden Gesamtgruppe ist der Anteilswert mit 76 % vergleichbar. Ein unverändertes Suchtverhalten findet sich bei einem Viertel bzw. gut einem Fünftel der Patient:innen (25 % bzw. 22 %). Ein Verschlechterung kommt nur in Einzelfällen zum Tragen (Abbildung 32).

Weitervermittlung nach Behandlungsende

Am Ende der Behandlung werden 64 % der Patient:innen mit frühen alkoholbezogenen Störungen weitervermittelt, hauptsächlich in die Suchtbehandlung (75 %). In der Gesamtgruppe liegt der Anteil der Weitervermittlungen bei 62 %, jedoch wird zu einem höheren Anteil in die Suchtbehandlung weitervermittelt (81 %).

Bei Patient:innen mit frühen cannabinoidbezogenen Störungen liegt die Weitervermittlungsquote bei 47 %, in der entsprechenden Gesamtgruppe bei 46 %. Auch hier erfolgt vor allem eine Weitervermittlung in die Suchtbehandlung (75 % bzw. 70 %).

4.3 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 4: Zusammenfassung (Betreuungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre; stationär)

| : | Alkohol | Cannabinoide |
|--|---|---|
| N | 4465 | 1737 |
| Geschlechterverteilung | Männer: 80 % Frauen: 20 % | Männer:85 % Frauen: 15 % |
| Soziodemographie | | |
| Ø Alter | 41 Jahre | 29 Jahre |
| Migrationshintergrund | 15 % | 21 % |
| Partnerschaft ja | 39 % | 32 % |
| Zusammenlebend ja | 41 % | 50 % |
| Zusammenlebend mit: (häufigste Nennung) | 57 % Partner:in 30 % Kind(er) | 51 %: Eltern 29 % andere Personen |
| Minderjährige eigene Kinder | 44 % | 45 % |
| Mit Schulabschluss | 90 % | 86 % |
| Mittlerer/höherer Schulabschluss | 44 % | 41 % |
| Mit Berufs-/Hochschulabschluss | 63 % | 38 % |
| Erwerbssituation (häufigste Nennung) | 50 % arbeitslos (ALG I+II) | 57 % arbeitslos (ALG I+II) |
| Suchtproblematik | | |
| Häufigste zusätzliche Einzeldiagnosen | 34 % Cannabinoide 19 % Stimulanzien | 43 % Stimulanzien 42 % Alkohol |
| Alter bei Erstkonsum | 14 Jahre Alkohol | 14 Jahre Cannabis |
| Dauer der Störung | 27 Jahre | 14 Jahre |
| Häufigste Problembereiche | 99 % Sucht 79 % psychische Gesundheit 67 % körperliche Gesundheit | 99 % Sucht 85 % psychische Gesundheit 77 % Schule/Ausbildung/Arbeit |
| Behandlung | | |
| Vermittlung in die Behandlung (Häufigste Nennungen) | 51 % amb. Suchthilfeeinrichtung 17 % Psychiatrische Klinik | 60 % ambulante Suchthilfeeinrichtung 13 % Psychiatrische Klinik |
| Anteil Erstbehandelte | 9 % | 15 % |
| Hauptmaßnahme | 97% Stat. med. Rehabilitation | 97% Stat. med. Rehabilitation |
| Ø Dauer Behandlung | 3 Monat | 3 Monate |
| Planmäßige Beendigung | 80 % | 70 % |
| Problembereich Sucht „gebessert“ | 81 % | 74 % |
| Weitervermittlung | 64 % | 47 % |

5 Quellen

Künzel, J, Murawski, M., Riemerschmid, C. & Schwarzkopf, L. (2023). *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer*. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

Künzel, J, Murawski, M., Riemerschmid, C. & Schwarzkopf, L. (2023). *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer*. Tabellenband für Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

Künzel, J, Murawski, M., Riemerschmid, C. & Schwarzkopf, L. (2023). *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer*. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte; Hauptdiagnose Alkohol oder Cannabinoide - Störungsbeginn unter 18 Jahre. München: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie- und Versorgung.

Künzel, J, Murawski, M., Riemerschmid, C. & Schwarzkopf, L. (2023). *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer*. Tabellenband für Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte; Hauptdiagnose Alkohol oder Cannabinoide - Störungsbeginn unter 18 Jahre. München: IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie- und Versorgung.

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. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

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 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie- und Versorgung. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de

Anhang

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|--|----|
| Tabelle 1: | Gesamtzahlen der Betreuungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre (ambulant)..... | 4 |
| Tabelle 2: | Zusammenfassung (ambulant)..... | 22 |
| Tabelle 3: | Gesamtzahl der Behandlungsfälle mit Störungsbeginn < 18 Jahre (stationär)..... | 23 |
| Tabelle 4: | Zusammenfassung (Gesamt; stationär) | 40 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|--|----|
| Abbildung 1: | Alter (ambulant) | 5 |
| Abbildung 2: | Migrationshintergrund (ambulant)..... | 6 |
| Abbildung 3: | Lebenssituation (zusammenlebend mit; ambulant)..... | 7 |
| Abbildung 4: | Anzahl eigene minderjährige Kinder (ambulant)..... | 8 |
| Abbildung 5: | Schulbildung (ambulant)* | 9 |
| Abbildung 6: | Ausbildung (ambulant) | 10 |
| Abbildung 7: | Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (ambulant) | 11 |
| Abbildung 8: | Zusätzliche Einzeldiagnosen (häufigste Nennungen; ambulant)..... | 12 |
| Abbildung 9: | Dauer der Störung (Einzeldiagnosen; ambulant)..... | 13 |
| Abbildung 10: | Problembereiche zu Beginn der Betreuung (häufigste Nennungen; ambulant)..... | 14 |
| Abbildung 11: | Vermittlung in die Betreuung (häufigste Nennungen; ambulant)..... | 15 |
| Abbildung 12: | Häufigste Hauptmaßnahmen (ambulant)..... | 16 |
| Abbildung 13: | Hauptmaßnahme Beratung und Betreuung (häufigste Maßnahmen; ambulant)..... | 17 |
| Abbildung 14: | Dauer der Betreuung in Monaten (ambulant) | 18 |
| Abbildung 15: | Anzahl der Kontakte (ambulant)..... | 19 |
| Abbildung 16: | Art der Beendigung der Betreuung (ambulant)..... | 20 |
| Abbildung 17: | Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Betreuungsende (ambulant)..... | 21 |
| Abbildung 18: | Alter (stationär) | 24 |
| Abbildung 19: | Migrationshintergrund (stationär)..... | 25 |
| Abbildung 20: | Lebenssituation (zusammenlebend mit; stationär)..... | 26 |
| Abbildung 21: | Anzahl eigene minderjährige Kinder (stationär)..... | 27 |
| Abbildung 22: | Schulbildung (stationär)..... | 28 |
| Abbildung 23: | Ausbildung (stationär) | 29 |

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 24: | Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (stationär)..... | 30 |
| Abbildung 25: | Zusätzliche Einzeldiagnosen (häufigste Nennungen; stationär)..... | 31 |
| Abbildung 26: | Dauer der Störung (Einzeldiagnosen, stationär)..... | 32 |
| Abbildung 27: | Problembereiche zu Beginn der Behandlung (häufigste Nennungen, stationär)..... | 33 |
| Abbildung 28: | Vermittlung in die Behandlung (häufigste Nennungen; stationär) | 35 |
| Abbildung 29: | Hauptmaßnahme Suchtbehandlung (häufigste Maßnahmen; stationär) | 36 |
| Abbildung 30: | Dauer der Behandlung in Monaten (stationär)..... | 37 |
| Abbildung 31: | Art der Beendigung der Behandlung (stationär) | 38 |
| Abbildung 32: | Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten am Behandlungsende (stationär)..... | 39 |