

Patient:innen der Hauptmaßnahmen „Ambulante medizinische Rehabilitation“ und „Stationäre medizinische Rehabilitation“

KURZBERICHT NR.1/2023 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2021¹

Jutta Künzel

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

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

München, April 2023

© 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	4
3.1	Problematik der Klientel zu Behandlungsbeginn	4
3.1.1	Suchtspezifische Situation	4
3.2	Soziodemographische Merkmale der Klientel	12
3.3	Behandlung	24
3.4	Tabellarische Zusammenfassung	35
4	Quellen	36
	Anhang	37
	Tabellenverzeichnis	37
	Abbildungsverzeichnis	37

1 Hintergrund und Zielsetzung

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

Der vorliegende Kurzbericht konzentriert sich auf die spezifische Situation der Patient:innen², die sich 2021 einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation (ARS bzw. STR) unterzogen 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 in aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2022).

2.2 Stichproben

In diesem Bericht werden zwei Teilstichproben der oben beschriebenen Grundgesamtheit dargestellt: 1) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik im Jahr 2021 in der Hauptmaßnahme „Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)“ behandelt wurden und 2) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik in der Hauptmaßnahme „Stationäre medizinische Rehabilitation (STR)“ behandelt wurden. Insgesamt wurden für die Sonderanalyse Daten aus 329 ambulanten und 107 stationären Suchthilfeeinrichtungen ausgewertet. Die Auswertungen basieren auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender:innen“, d. h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2021 eine Behandlung begonnen bzw. beendet haben.

Die Teilstichproben werden „Gesamt“ (d.h. über alle Hauptdiagnosen hinweg), und für die Untergruppen der Personen mit Hauptdiagnosen alkohol-, opioid-, cannabinoid-, kokain- bzw. stimulanzenbezogener Störungen, Hauptdiagnose „andere psychotrope Substanzen/multipler Substanzgebrauch“ (im Folgenden als „Multipler Substanzgebrauch“ bezeichnet) sowie Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (Auswahl erfolgte nach Häufigkeit der für die beiden Teilstichproben im KDS 3.0 dokumentierten Hauptdiagnosen) dargestellt. Die beiden

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

Teilstichproben werden hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale bei Behandlungsbeginn sowie hinsichtlich Behandlungsverlauf und -ergebnis, vergleichend gegenübergestellt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Fallzahlen für die beiden betrachteten Hauptmaßnahmen.

Tabelle 1: Gesamtzahlen der Behandlungsfälle mit eigener Symptomatik

ARS			STR		
Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
9806*	6688	3114	30937*	23078	7852
	68,2 %	31,8 %		74,6 %	25,4 %

*Geschlecht unbestimmt: ARS: N=4; STR: N=7

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.

3 Ergebnisse

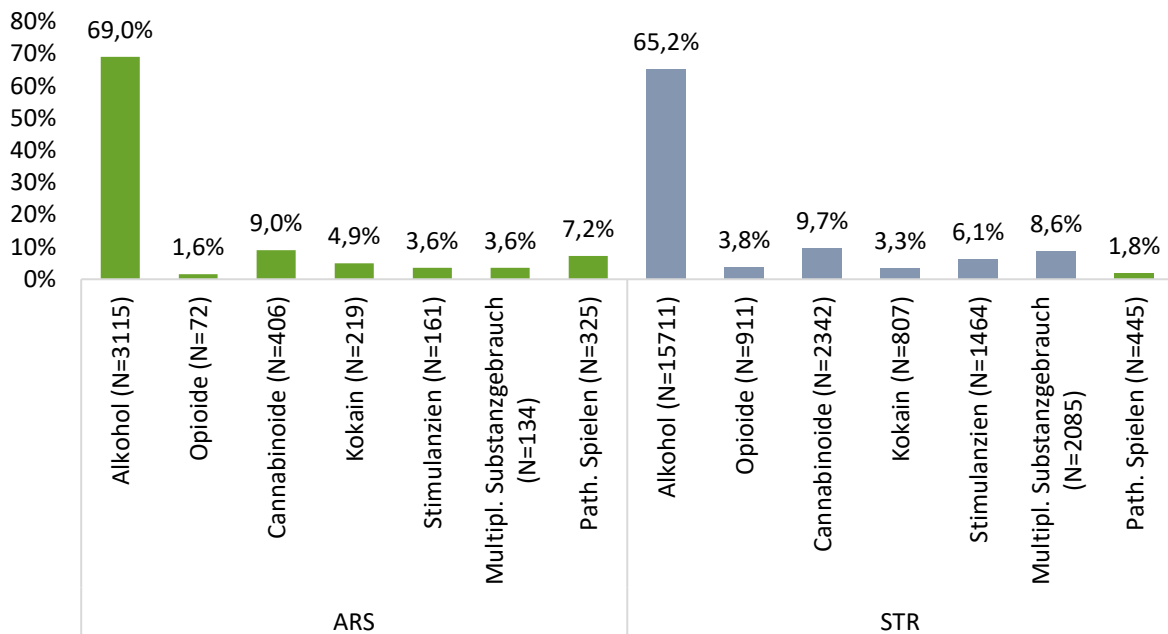
3.1 Problematik der Klientel zu Behandlungsbeginn

3.1.1 Suchtspezifische Situation

Hauptdiagnosen

Die beiden häufigsten Hauptdiagnosen der Patient:innen sind in ARS und STR identisch: Es liegen jeweils überwiegend alkoholbezogene (ARS: 69 %; STR: 65 %) und cannabinoidbezogene Störungen (ARS: 9 %; STR: 10 %) vor. Im weiteren Ranking zeigen sich jedoch Unterschiede: so steht bei Patient:innen in ARS die Glücksspielproblematik an dritter Stelle (7 %), die im Patient:innenkollektiv der STR mit nur 2 % den geringsten Anteil aufweist (Rang 7). Dagegen bilden bei Patient:innen in STR Multipler Substanzgebrauch (9 %) und stimulanzenbezogene Störungen (6 %) die dritt- und vierthäufigste Hauptdiagnose, bei Personen in ARS liegen die entsprechenden Anteile mit jeweils 4 % niedriger und stehen damit an fünfter und sechster Stelle im Ranking der Hauptdiagnosen. In STR belegen die opioidbezogenen Störungen mit 4 % den fünften Rang, während diese in ARS am seltensten sind (2 %; Rang 7). Kokainbezogene Störungen nehmen in ARS mit 5 % den vierten Rang ein, in STR liegen sie mit 3 % an sechster Stelle (Abbildung 1).

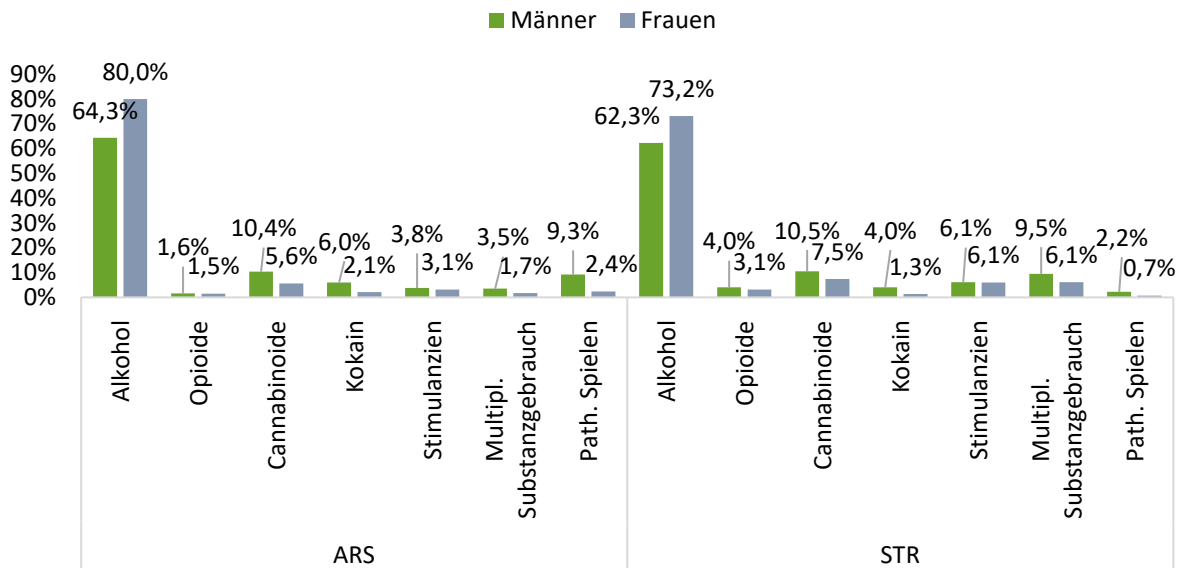
Abbildung 1: Häufigste Hauptdiagnosen



ARS: N = 323 Einrichtungen; STR: N = 107 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen in ARS und STR bilden alkoholbezogene Störungen die häufigste Hauptdiagnose, wobei der entsprechende Anteilswert bei Frauen jeweils deutlich größer ist als bei Männern (ARS: Männer: 64 %, Frauen 80 %; STR: Männer 62 %, Frauen: 73 %). Bei allen weiteren dargestellten Hauptdiagnosen ist es umgekehrt (Abbildung 2).

Abbildung 2: Häufigste Hauptdiagnosen nach Geschlecht



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

Suchtbezogene Komorbidität

In beiden Hauptmaßnahmen besteht bei Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik die geringste suchtbezogene Komorbiditätslast, d.h. bei ihnen liegen zusätzlich zur Hauptdiagnose nur in geringem Ausmaß weitere suchtbezogene Einzeldiagnosen vor. Sowohl in ARS als auch in STR erhalten Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik häufig die Begleitdiagnose „cannabinoidbezogene Störungen“ (Alkohol: ARS: 8 %; STR: 16 %; Pathologisches Spielen: ARS: 7 %; STR: 19 %). Bei Patient:innen mit Glücksspielproblematik sind zudem alkoholbezogene Störungen sehr häufig als Begleitdiagnose dokumentiert (ARS: 13 %; STR: 26 %).

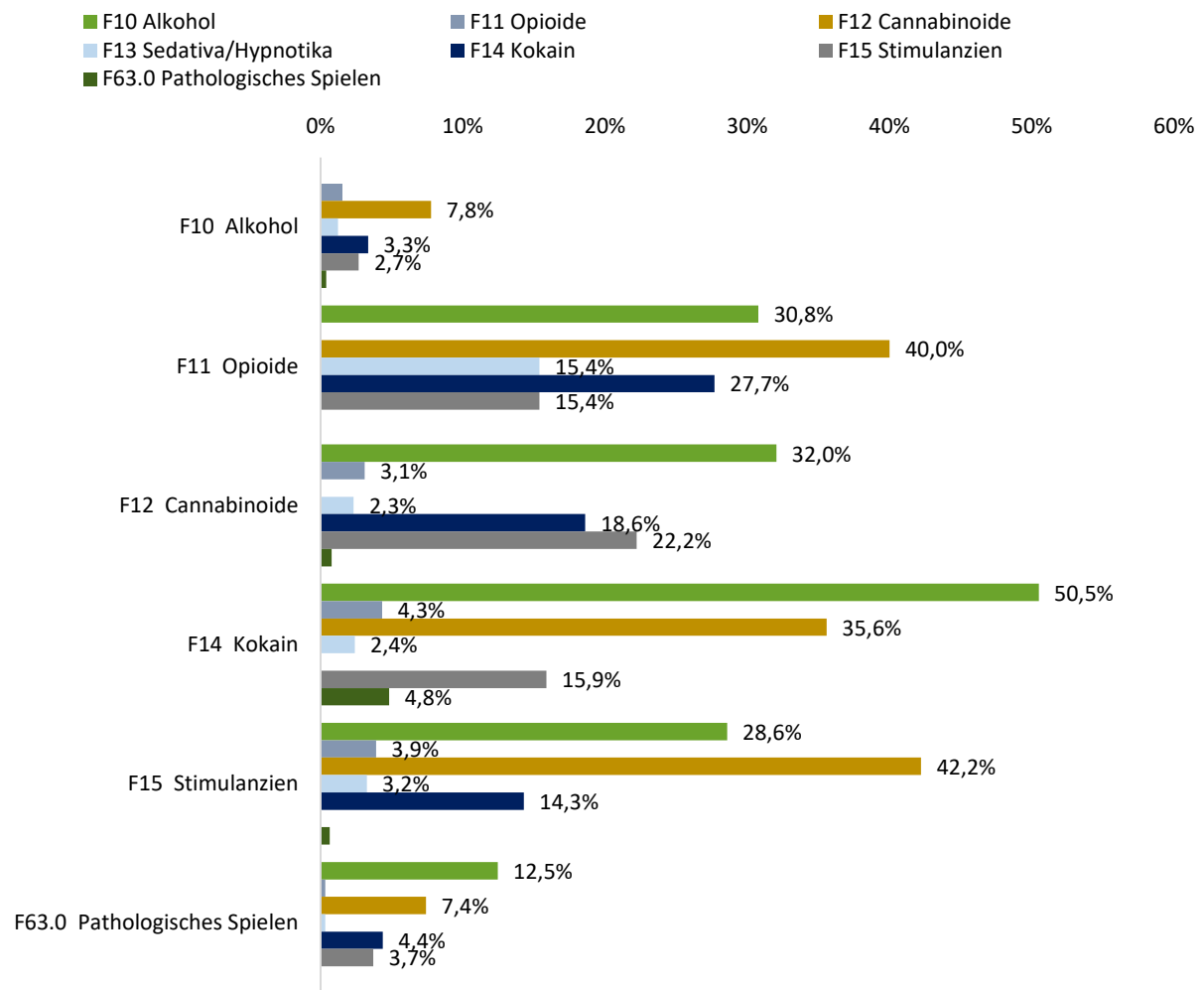
Deutlich häufiger sind suchtbezogene Einzeldiagnosen sowohl in ARS als auch in STR bei Patient:innen mit einer Störung in Folge des Konsums illegaler Substanzen. Besonders häufig sind suchtbezogene Begleitdiagnosen in beiden Hauptmaßnahmen bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen. Bei in ARS behandelten Personen werden Anteilswerte zwischen 15 % (Sedativa/Hypnotika, Stimulanzien) und 40 % (Cannabinoide) erreicht, in STR behandelte Patient:innen weisen Anteilswerte zwischen 22 % (Stimulanzien) und 44 % (Cannabinoide) auf.

Am zweithäufigsten liegen bei Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen weitere suchtbezogene Einzeldiagnosen vor. Am weitesten ist jeweils der missbräuchliche bzw. abhängige Konsum von Cannabinoiden verbreitet (ARS: 42 %; STR: mit 60 %), gefolgt vom missbräuchlichen bzw. abhängigen Konsum von Alkohol (ARS: 29 %; STR: 44 %) und Kokain (ARS: 14 %; STR: 17 %). Auch Opioid- (ARS: 4 %; STR: 7 %) und Sedativa/Hypnotikakonsumstörungen (ARS: 3 %; STR: 5 %) spielen als Begleitdiagnosen eine gewisse Rolle.

Ähnlich ist die Situation bei in ARS oder STR behandelten Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen. Auch sie konsumieren zusätzlich sehr häufig Cannabinoide in missbräuchlicher bzw. abhängiger Weise (ARS: 36 %; STR: 53 %). Bei jeweils etwa der Hälfte der Patient:innen kommt es zum missbräuchlichen oder abhängigen Beikonsum von Alkohol (ARS: 51 %; STR: 53 %) und bei etwa einem Sechstel der Patient:innen in ARS (16 %) bzw. einem Viertel der Patient:innen in STR (25 %) zum missbräuchlichen oder abhängigen Beikonsum von Stimulanzen. Des Weiteren werden in etwas geringerem Umfang Begleitdiagnosen bezüglich Opioid- (ARS: 4 %; STR: 13 %) und Sedativa/Hypnotikakonsumstörungen (ARS: 2 %; STR: 7 %) gestellt.

Die suchtbezogene Komorbiditätslast von Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen fällt etwas geringer aus. Etwa drei von neun der in ARS (32 %) bzw. vier von neun der in STR (43 %) behandelten Personen, haben eine begleitende Alkoholkonsumstörung. Stimulanzen werden von einem Fünftel der Patient:innen in ARS (22 %) bzw. zwei Fünfteln der Patient:innen in STR (42 %) zusätzlich in abhängiger oder missbräuchlicher Weise konsumiert. Hinzu kommt bei einem Fünftel der in ARS behandelten Personen (19 %) bzw. einem Viertel der in STR behandelten Personen (23 %) der missbräuchliche oder abhängige Konsum von Kokain. Begleitdiagnosen zu Opioid- (ARS: 3 %; STR: 8 %) oder Sedativa/Hypnotikakonsumstörungen sind jeweils deutlich seltener (ARS: 2 %; STR: 6 %; Abbildung 3 und 4).

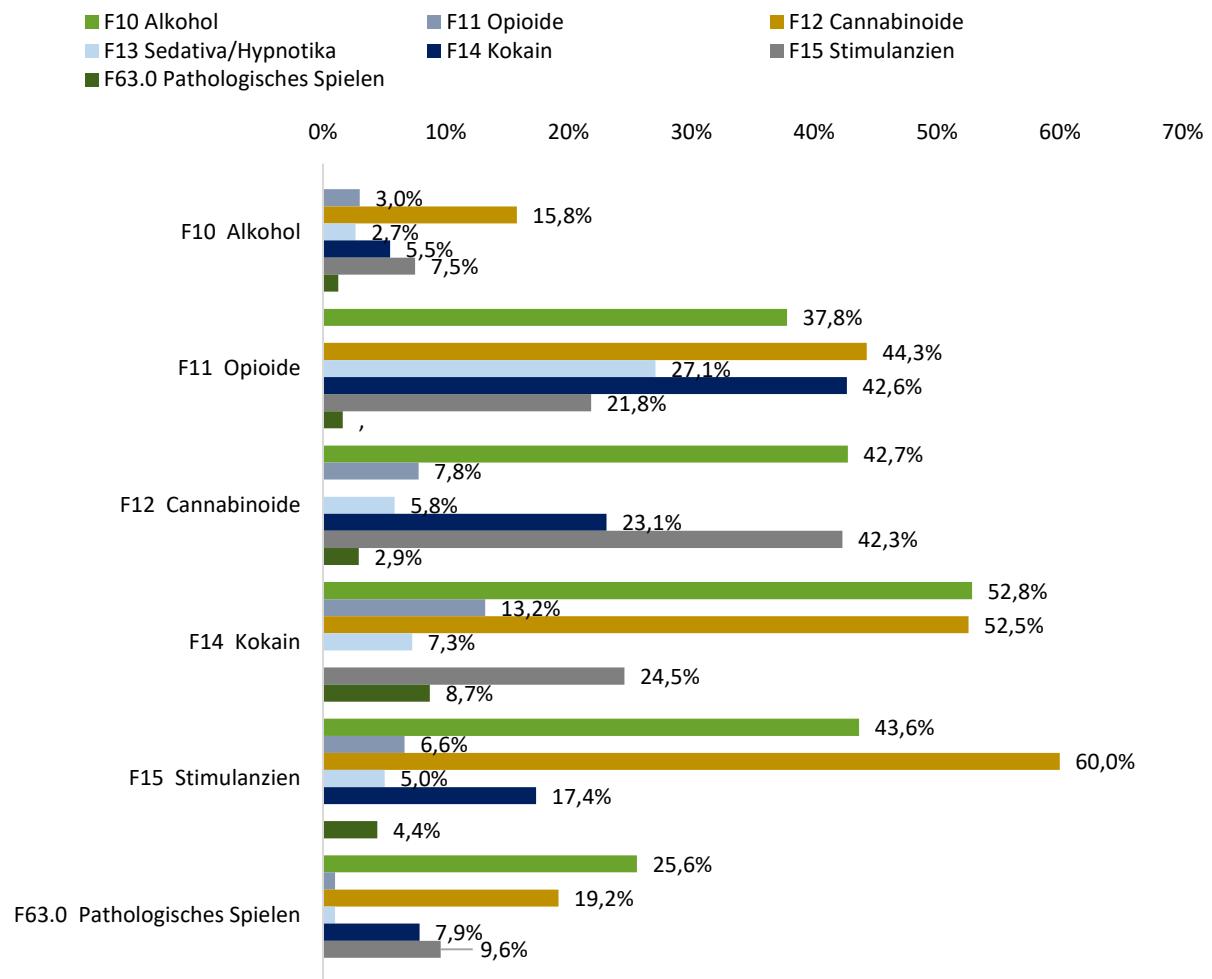
Abbildung 3: Substanzbezogene Komorbiditäten (ARS; Hauptdiagnosen)³



N = 244 Einrichtungen

³ Anteilswerte unter 2% werden in den umfangreicheren Abbildungen nicht beschriftet ausgewiesen

Abbildung 4: Substanzbezogene Komorbiditäten (STR; Hauptdiagnosen)

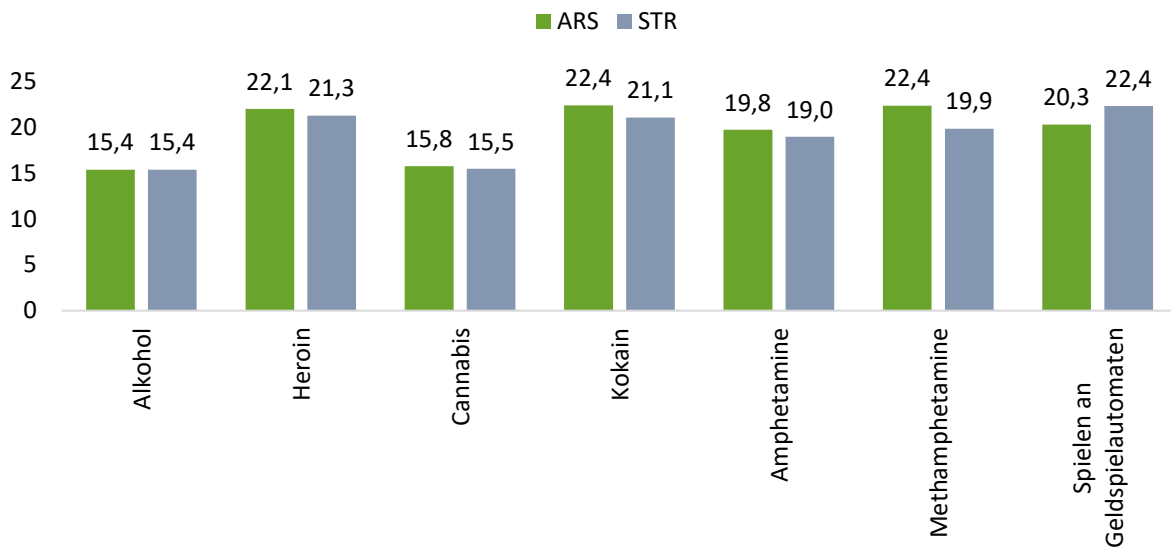


N = 98 Einrichtungen

Alter bei Erstkonsum

Das Alter bei Erstkonsum unterscheidet sich bei Patient:innen in ARS und in STR bei einigen der dargestellten Substanzen geringfügig, wobei in ARS behandelte Personen in der Regel etwa ein Jahr später mit dem Konsum beginnen. Eine Ausnahme bilden Methamphetamine; hier erfolgt der Erstkonsum bei Patient:innen in ARS sogar zwei Jahre später als bei Patient:innen in STR (ARS: 22 Jahre; STR: 20 Jahre). Lediglich beim Automaten spielen weisen Patient:innen in ARS ein niedrigeres Einstiegsalter auf als Patient:innen in STR (ARS: 20 Jahre; STR: 22 Jahre). Bei Alkohol, der jeweils am frühesten konsumierten Substanz, besteht kein Unterschied (je 15 Jahre; Abbildung 5).

Abbildung 5: Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Hauptsubstanz)

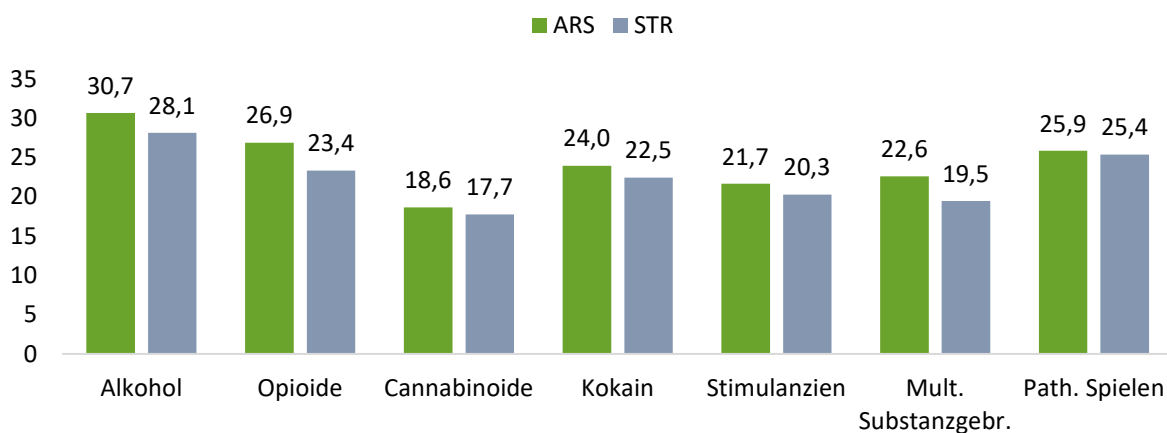


ARS: N = 315 Einrichtungen; STR: N = 107 Einrichtungen

Alter bei Störungsbeginn

Patient:innen in STR weisen für jede der in Abbildung 6 dargestellten Hauptdiagnosen einen früheren Störungsbeginn auf als Patient:innen in ARS. Dabei ist die Rangreihe des Alters bei Störungsbeginn für die einzelnen Diagnosen bei ARS und STR nicht ganz identisch, aber ähnlich: Am frühesten beginnen cannabinoidbezogene Störungen (ARS: 19 Jahre; STR: 18 Jahre), am spätesten alkoholbezogene Störungen (ARS: 31 Jahre; STR: 28 Jahre). Im Mittelfeld liegt der Störungsbeginn bei kokainbezogenen Störungen (ARS: 24 Jahre; STR: 23 Jahre; Abbildung 19).

Abbildung 6: Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose)



ARS: N = 293 Einrichtungen; STR: N = 106 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Häufigste Problembereiche⁴

Die Problembereiche, die Patient:innen in ARS und STR zu Beginn der Behandlung benennen, ähneln sich, obgleich die Rangreihe etwas variiert. In beiden Gruppen stellt der Bereich Sucht das vorrangige Problem dar (jeweils 99 %), gefolgt von psychischer Gesundheit (ARS: 70 %; STR: 77 %). Während der dritthäufigste Problembereich für Patient:innen in ARS die familiäre Situation (57 %) ist, ist es für Patient:innen in STR die körperliche Gesundheit (65 %). Letztere steht bei Patient:innen in ARS an vierter Stelle, (47 %), dicht gefolgt vom Bereich Schule/Ausbildungs-/Arbeitssituation (44 %). Der letztgenannte Problembereich steht bei Personen in STR an vierter Stelle mit 59 %, auf dem fünften Rang liegt knapp dahinter die familiäre Situation (58 %).

Die Häufigkeit und Reihenfolge der Problembereiche variieren auch je nach Hauptdiagnose etwas. Sowohl in ARS als auch in STR stellt bei allen Hauptdiagnosen, die psychische Gesundheit den zweithäufigsten Problembereich nach der Suchtproblematik dar. Allerdings wird dieser Bereich in ARS am häufigsten von Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen bzw. Multiplem Substanzgebrauch (jeweils 80 %) benannt, während dies bei STR für Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen (84 %) gilt.

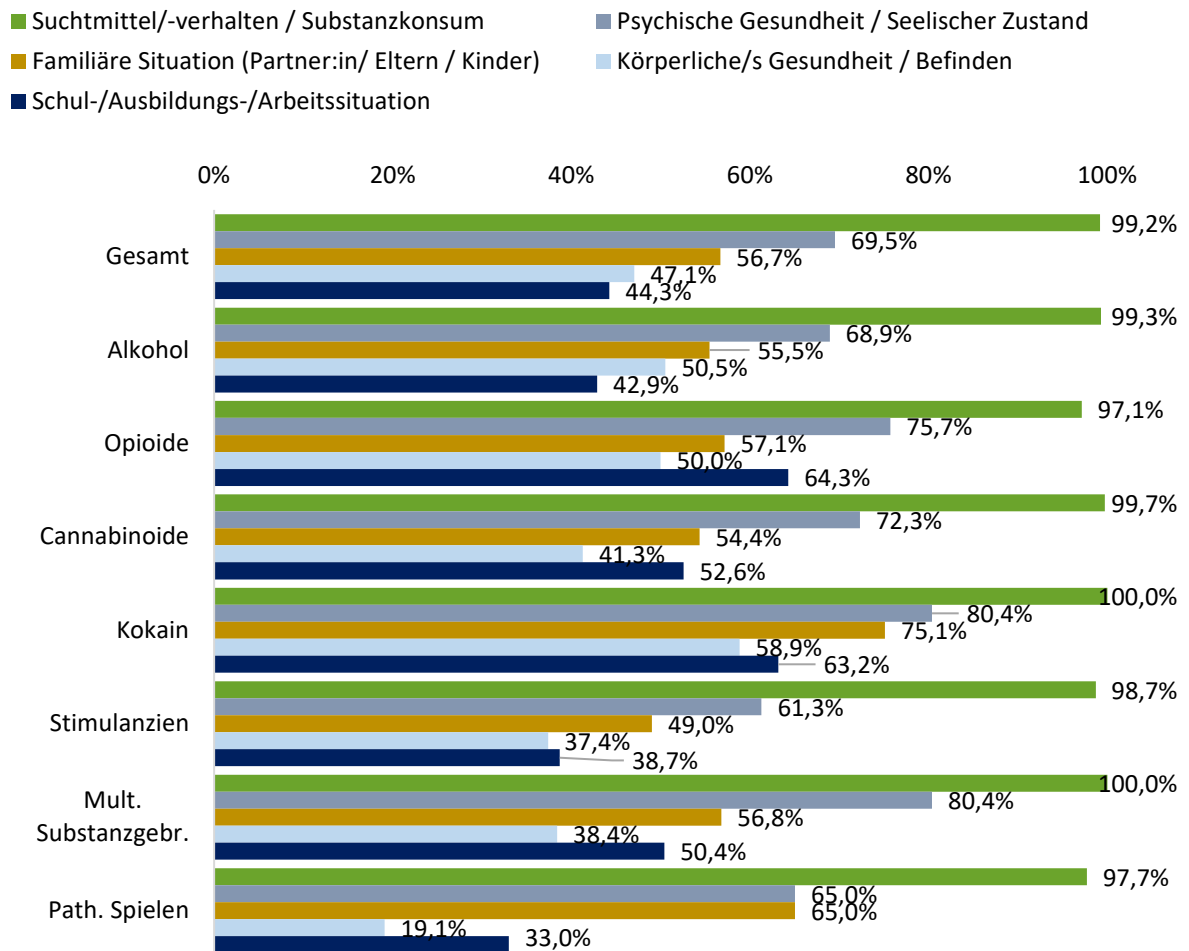
Die familiäre Situation ist in beiden Hauptmaßnahmen vor allem für Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen belastend (ARS: 75 %; STR: 71 %), während sie für in ARS behandelte Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (54 %) sowie für in STR behandelte Personen mit Glücksspielproblematik (39 %) deutlich seltener ein Problem darstellt. Die körperliche Gesundheit wird von den Patient:innen in beiden Hauptmaßnahmen in sehr unterschiedlichem Ausmaß als Problem wahrgenommen: Grundsätzlich berichten in STR behandelte Personen hier häufiger ein Problem als in ARS behandelte Personen. Am häufigsten schätzen in STR behandelte Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen (77 %) ihre körperliche Gesundheit als problematisch ein, in ARS sind es Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen (59 %). Am seltensten wird körperliche Gesundheit jeweils von Patient:innen mit Glücksspielproblematik als Problem empfunden (ARS: 19 %; STR: 40 %).

Für Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen ist in ARS die Situation in Schule, Ausbildung und Arbeit häufiger problematisch (64 %) als bei anderen Hauptdiagnosen. In STR benennen sowohl Patient:innen mit opioid- als auch Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch diesen Problembereich besonders häufig als

⁴ Es handelt sich hier um Einschätzungen aus Sicht/ Kenntnis der Behandler:innen

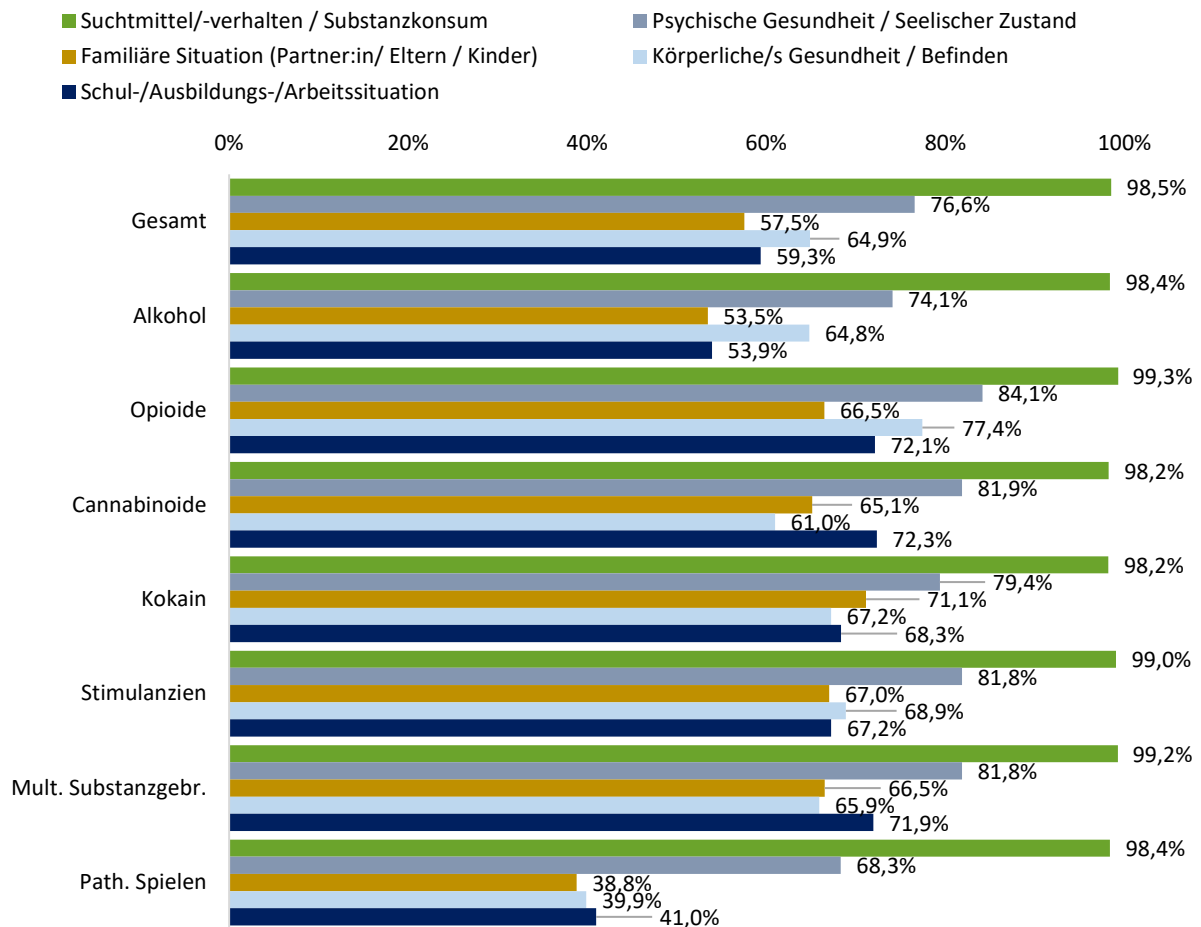
belastend (jeweils 72 %). Am seltensten ist er jeweils für Patient:innen mit Glücksspielproblematik ein Problem (ARS: 33 %; STR 41 %; Abbildung 7 und 8).

Abbildung 7: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung (ARS; Hauptdiagnose)



N = 308 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 8: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung (STR; Hauptdiagnose)



N = 100 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Soziodemographische Merkmale der Klientel

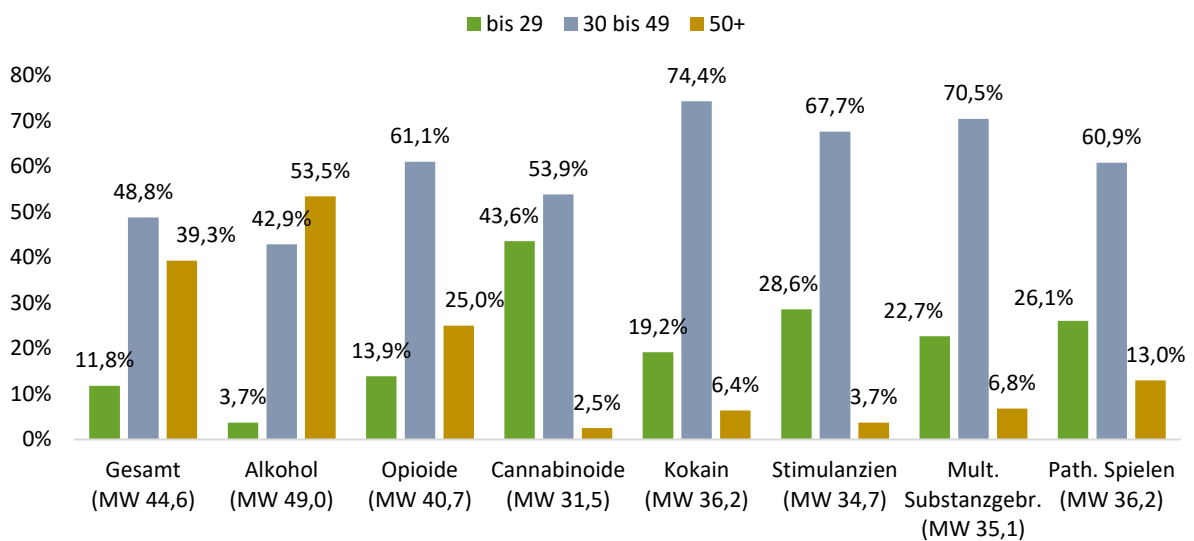
Alter

Der Altersdurchschnitt und die Altersstruktur der Patient:innen in ARS und STR unterscheiden sich etwas. In ARS behandelte Personen sind im Durchschnitt 45 Jahre alt, in STR behandelte Personen mit im Mittel 42 Jahren etwas jünger. Zudem gehört in beiden Gruppen fast die Hälfte der Patient:innen der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen an (je 49 %), allerdings unterscheidet sich die Verteilung bei anderen Altersgruppen. Patient:innen der ARS sind seltener unter 30 Jahre alt als Patient:innen der STR (ARS: 12 %; STR: 18 %), dafür ist der Anteil an über 50-Jährigen höher (ARS: 39 %; STR: 33 %).

Patient:innen in ARS sind bei allen dargestellten Hauptdiagnosen im Mittel ein 1 bis 3 Jahre älter als Patient:innen in STR. Lediglich Personen mit Glücksspielproblematik sind in STR im Durchschnitt älter als in ARS (STR: 38 Jahre; ARS: 36 Jahre).

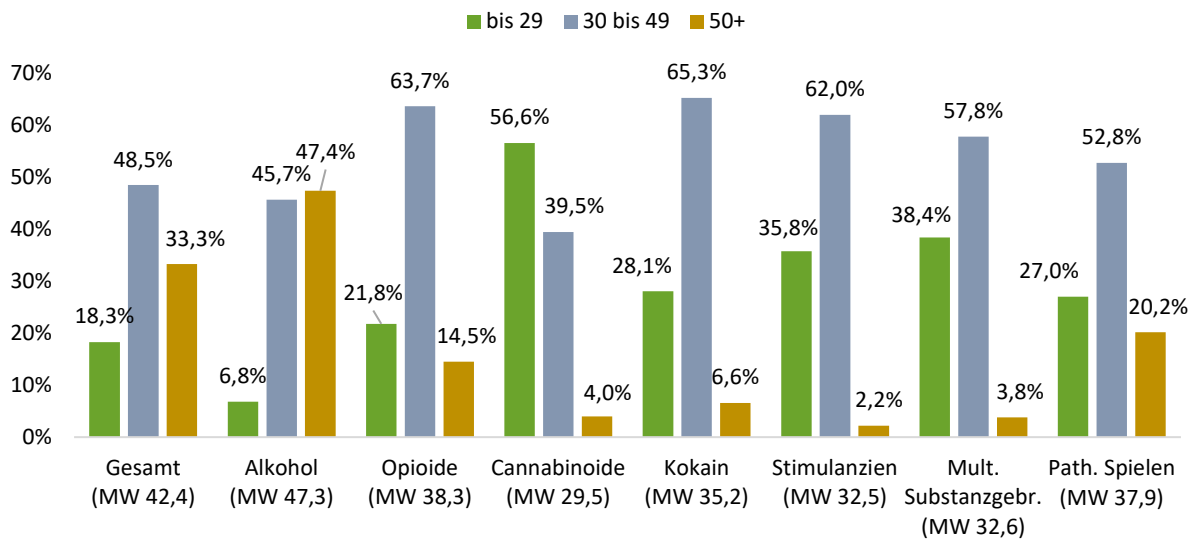
Das höchste Durchschnittsalter haben in beiden Hauptmaßnahmen Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (ARS: 49 Jahre; STR: 47 Jahre), wobei hier der Schwerpunkt jeweils auf der Altersgruppe über 50 Jahre liegt (ARS: 54 %; STR 47 %). Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen haben in beiden Hauptmaßnahmen das mit Abstand niedrigste Durchschnittsalter (ARS: 32 Jahre; STR: 30 Jahre). Hier fallen in STR 5 von 9 Behandelte in die jüngste Altersgruppe der unter 30-Jährigen (57 %), in ARS sind es 4 von 9 (44 %; Abbildung 9 und 10).

Abbildung 9: Alter (ARS; Hauptdiagnose; in Jahren)



N = 323 Einrichtungen; MW = Mittelwert; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 10: Alter (STR; Hauptdiagnose; in Jahren)



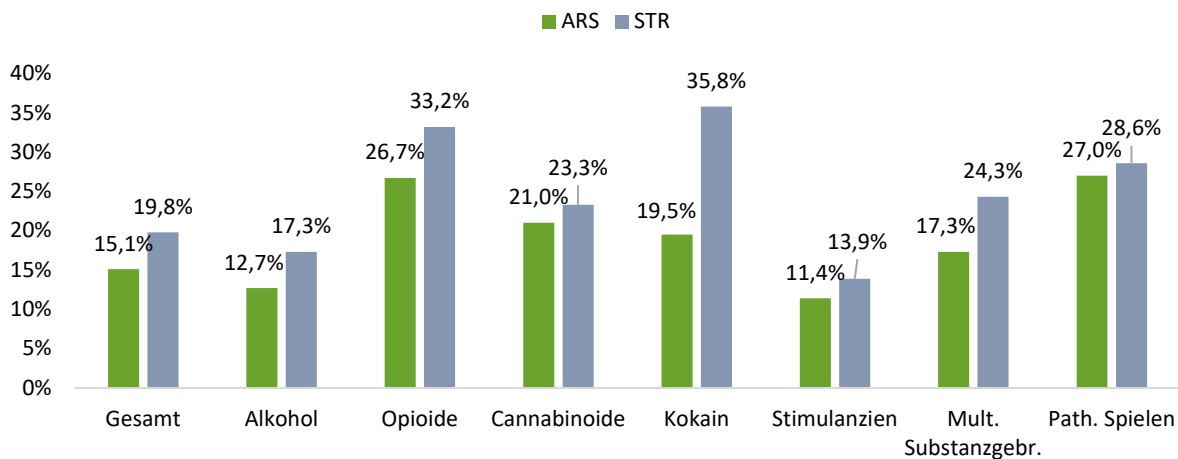
N = 107 Einrichtungen; MW = Mittelwert; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Migrationshintergrund

Patient:innen in STR haben etwas häufiger einen Migrationshintergrund (20 %) als Patient:innen in ARS (15 %). Diese Tendenz zeigt sich auch bei jeder Hauptdiagnose, wobei sich die Rangreihe der Hauptdiagnosen mit hohem bzw. niedrigem Anteil an Behandelten mit Migrationshintergrund unterscheidet.

So haben Patient:innen mit stimulanzen- (ARS: 11 %; STR: 14 %) oder alkoholbezogenen Störungen (ARS: 13 %; STR: 17 %) jeweils mit Abstand am seltensten einen Migrationshintergrund. In ARS folgen Patient:innen mit Multiplern Substanzgebrauch (17 %), die bei STR erst an vierter Stelle der Rangreihe stehen (24 %). In STR folgen an dritter Stelle Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (23 %), die in ARS wiederum erst an fünfter Stelle stehen (21 %). Am häufigsten haben in ARS Patient:innen mit Glücksspielproblematik einen Migrationshintergrund (27 %), in STR sind es Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen (36 %; Abbildung 11).

Abbildung 11: Migrationshintergrund (Hauptdiagnose)

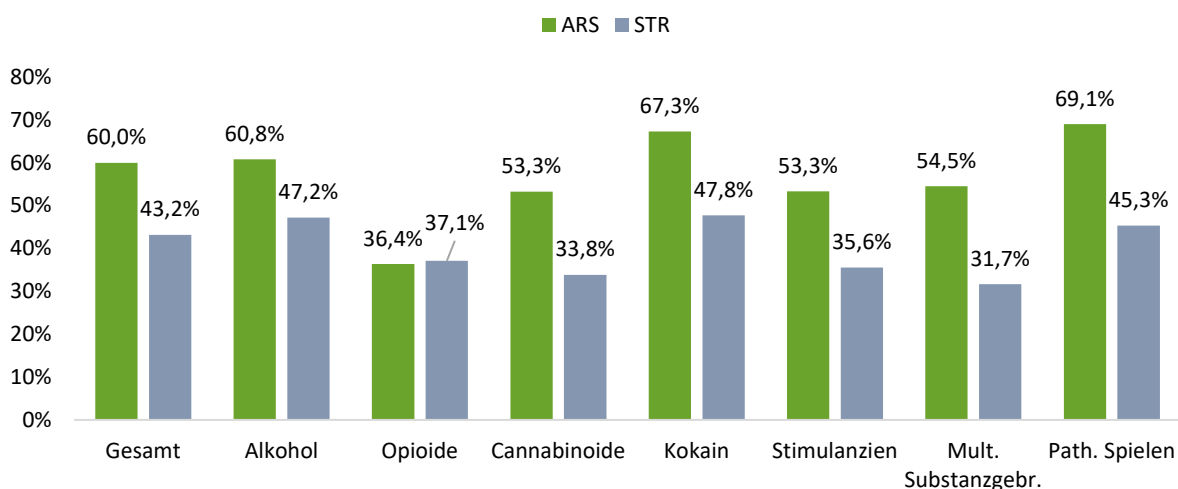


ARS: N = 265 Einrichtungen; STR: N = 73 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Partnerschaft

Patient:innen in ARS leben deutlich häufiger in einer Partnerschaft als Patient:innen in STR (ARS: 60 %; STR: 43 %). Dies gilt auch für die einzelnen Hauptdiagnosen, mit Ausnahme von opioidbezogenen Störungen. Hier leben in ARS und STR behandelte Personen gleichermaßen häufig in einer Partnerschaft (je 37 %). Sowohl in ARS als auch in STR haben vor allem Patient:innen mit einer Glücksspielproblematik (ARS: 69 %; STR: 45 %) bzw. Patient:innen mit kokain- (ARS: 67 %; STR: 48 %) oder alkoholbezogenen Störungen (ARS: 61 %; STR: 47 %; Abbildung 12) einen Partner oder eine Partnerin.

Abbildung 12: Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose)



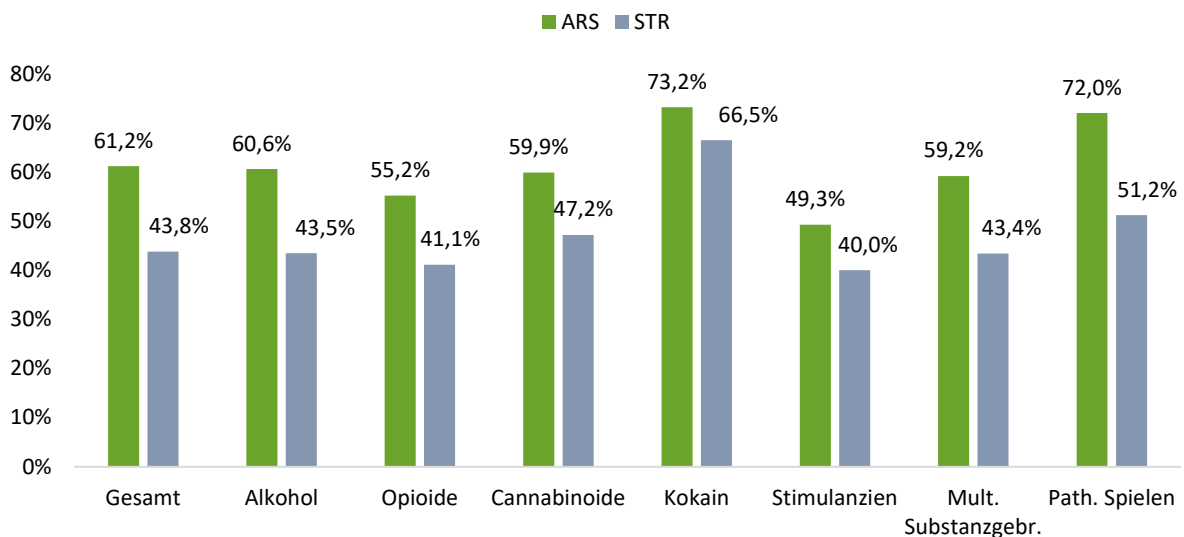
ARS: N = 300 Einrichtungen; STR: N = 100 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Lebenssituation

Patient:innen in ARS leben deutlich häufiger mit anderen Personen zusammen als Patient:innen in STR (ARS: 61 %, STR: 44 %). Das gilt auch für alle Hauptdiagnosen, jedoch in unterschiedlichem Maße. Besonders groß ist der Unterschied bei Personen mit Glücksspielproblematik (ARS: 72 %; STR: 51 %). Bei den substanzgebundenen Störungen ist der Unterschied bei Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen am deutlichsten (ARS: 61 %; STR: 44 %).

In beiden Hauptmaßnahmen leben Personen mit kokainbezogenen Störungen am häufigsten mit anderen Personen zusammen (ARS: 73 %; STR: 67 %). Jeweils am seltensten leben Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen mit anderen Personen zusammen (ARS: 49 %; STR: 40 %; Abbildung 13).

Abbildung 13: Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose)



ARS: N = 305 Einrichtungen; STR: N = 100 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Während Patient:innen in ARS wesentlich häufiger als Patient:innen in STR mit ihren Partner:innen (ARS: 75 %, STR: 57 %) oder mit Kindern (ARS: 41 %; STR: 29 %) zusammenleben, leben sie seltener bei ihren Eltern (ARS: 9 %; STR: 23 %) oder bei anderen Personen (ARS: 10 %; STR: 18 %; Abbildung 14 und 15).

Bei den einzelnen Hauptdiagnosen zeigen sich unterschiedliche Verteilungen sowohl innerhalb einer Hauptmaßnahme als auch im direkten Vergleich der beiden Hauptmaßnahmen. So leben in ARS Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (81 %), Glücksspielproblematik (80 %) oder kokainbezogenen Störungen (74 %) besonders häufig mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. In STR trifft dies in vergleichbarer Häufigkeit nur auf Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen zu (71 %). Bei den übrigen Hauptdiagnosen lebt hier weniger

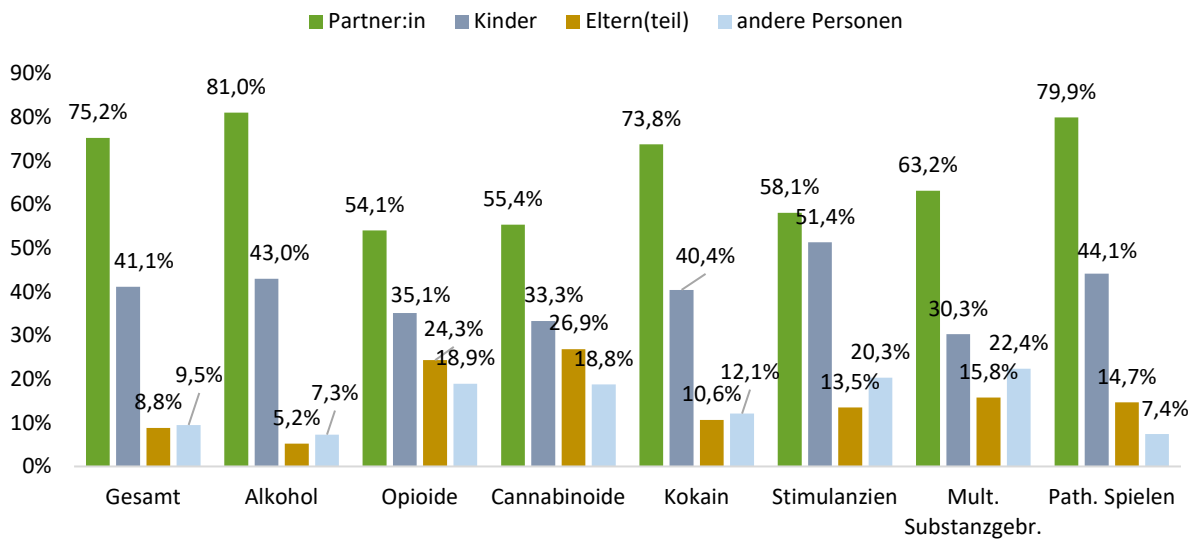
als die Hälfte mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen, was bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen besonders selten der Fall ist (28 %). In ARS leben Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen am seltensten mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen (54 %).

Mit Kindern leben in ARS vor allem Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen (51 %) oder Glücksspielproblematik (44 %) zusammen, in STR gilt dies für Patient:innen mit alkohol- (34 %) oder kokainbezogenen Störungen (31 %). Vergleichsweise selten leben sowohl in ARS als auch in STR Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (ARS: 30 %; STR: 19 %) oder mit cannabinoidbezogenen Störungen mit Kindern zusammen (ARS: 33 %; STR: 16 %), wobei in ARS das Ausgangsniveau jeweils deutlich höher ist.

In STR behandelte Personen leben in allen Hauptdiagnosen (teilweise deutlich) häufiger mit den Eltern oder einem Elternteil zusammen. So leben in STR die Hälfte der Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (50 %) bzw. zwei Fünftel der Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (41 %) bei den Eltern. Auch in ARS ist das Zusammenleben mit dem Eltern bei diesen beiden Patient:innengruppen am häufigsten, jedoch auf deutlich geringerem Niveau (Cannabinoide: 27 %; Multipler Substanzgebrauch: 16 %). Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen in ARS leben ebenfalls sehr häufig bei den Eltern (24 %; aber geringe Fallzahl).

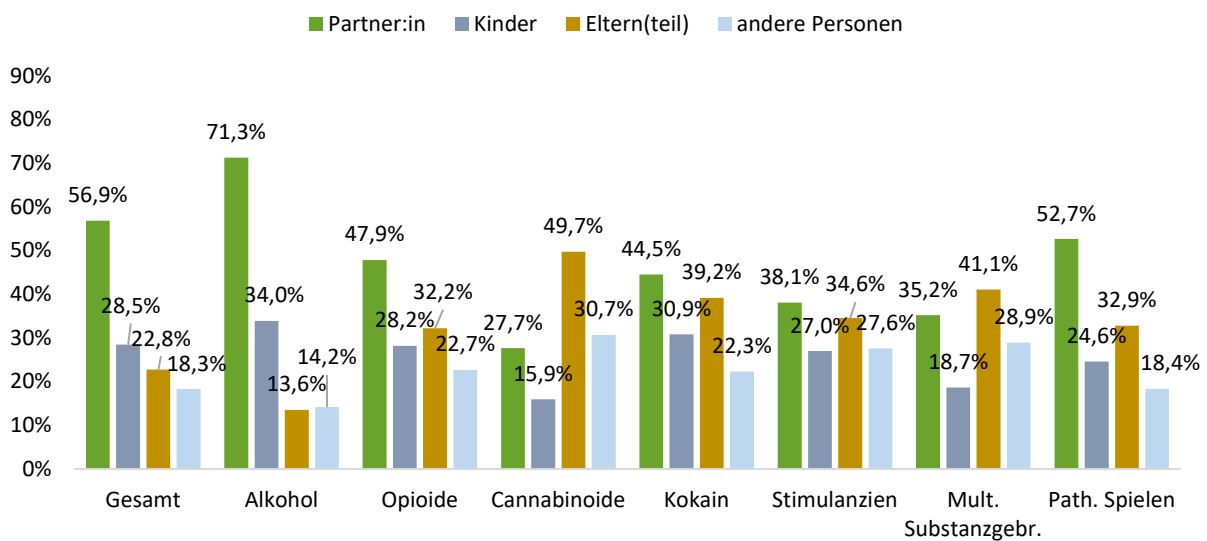
Patient:innen in STR leben in allen Hauptdiagnosen auch häufiger mit anderen Personen zusammen als Patient:innen in ARS. Die Spannweite reicht in ARS von 7 % bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen bis 22 % bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch. In STR reichen die Anteilswerte von 14 % bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen bis 31 % bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (Abbildung 14 und 15).

Abbildung 14: Lebenssituation (zusammenlebend mit; ARS; Hauptdiagnose)



N = 300 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 15: Lebenssituation (zusammenlebend mit; STR; Hauptdiagnose)



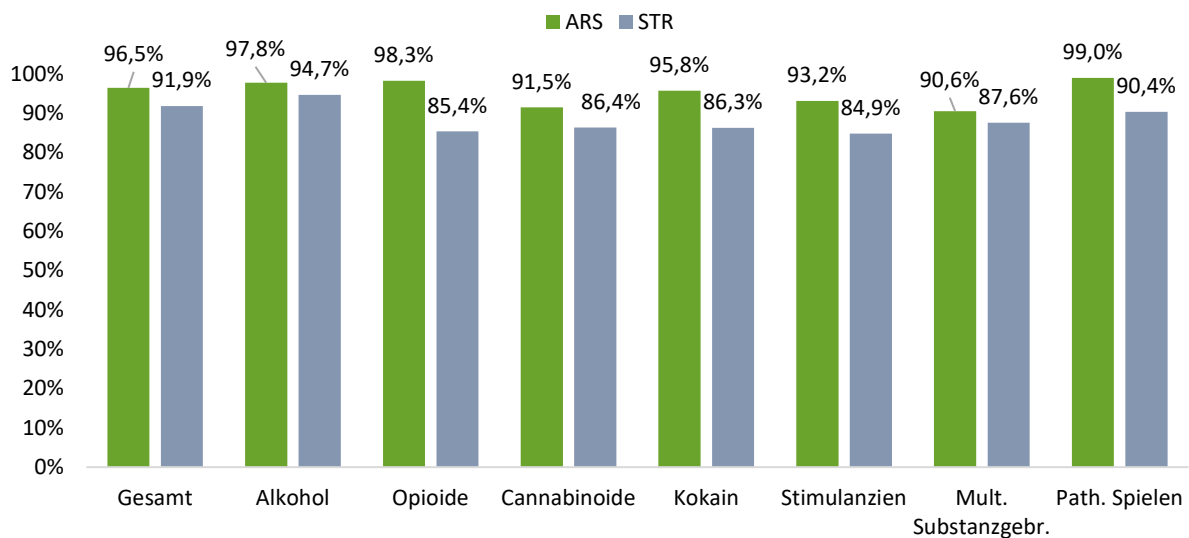
N = 100 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Mehrfachnennungen möglich

Schulische Bildung

Patient:innen in ARS haben insgesamt etwas häufiger eine abgeschlossene Schulausbildung als Patient:innen in STR (ARS: 97 %; STR: 92 %). Das gilt ausnahmslos auch in Bezug auf die einzelnen Hauptdiagnosen.

In beiden Hauptmaßnahmen haben Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (ARS: 98 %; STR: 95 %) oder Glücksspielproblematik (ARS: 99 %; STR: 90 %) am häufigsten einen Schulabschluss⁵. Dagegen haben in ARS Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch oder cannabinoidbezogenen Störungen (Multipler Substanzgebrauch: 91 %; Cannabinoide: 92 %) die Schule weniger häufig erfolgreich abgeschlossen. In STR gilt dies für Patient:innen mit stimulanzen- oder opioidbezogenen Störungen (jeweils 85 %; Abbildung 16).

Abbildung 16: Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose)



ARS: N = 295 Einrichtungen; STR: N = 103 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

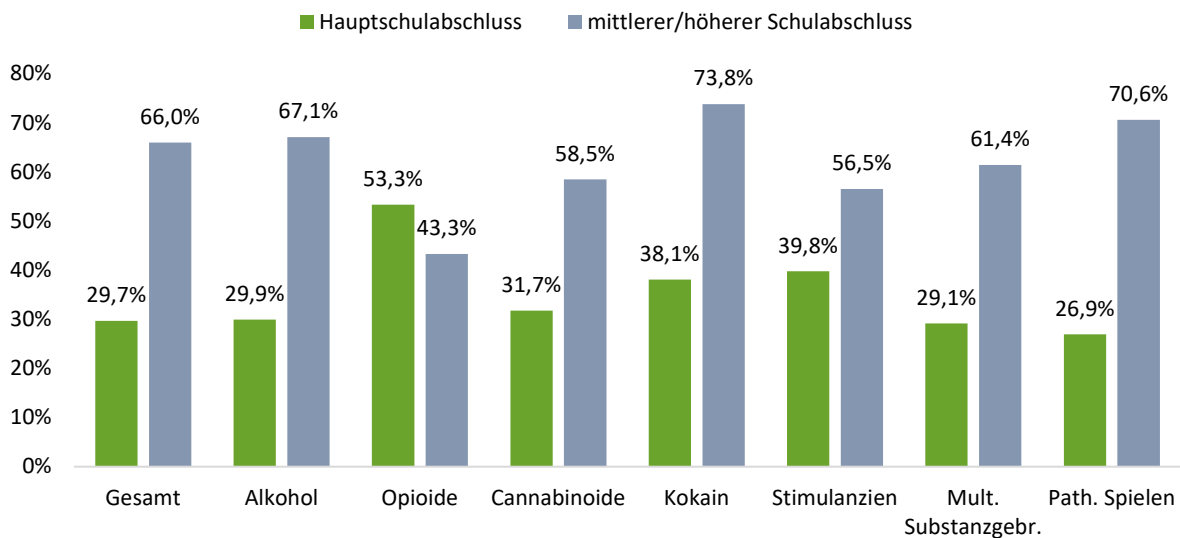
In ARS behandelte Personen verfügen insgesamt nicht nur häufiger über eine abgeschlossene Schulausbildung, sondern auch häufiger über einen mittleren oder höheren Schulabschluss als in STR behandelte Personen (ARS: 66 %; STR: 51 %).

Auch auf der Ebene der Hauptdiagnosen zeigt sich durchgängig, dass Patient:innen in ARS häufiger einen mittleren bzw. höheren Schulabschluss haben als Patient:innen in STR. Der größte Unterschied liegt bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch vor (ARS: 61 %; STR: 40 %). In beiden Hauptmaßnahmen haben Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (ARS: 67%; STR: 56%) oder Glücksspielproblematik (ARS: 71 %; STR: 51 %) am häufigsten ihre Schullaufbahn mit einem mittleren oder höheren Abschluss beendet. Am seltensten weisen in ARS Personen mit opioid- (43 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen

⁵ Patient:innen in ARS mit opioidbezogenen Störungen haben mit 98% ebenfalls sehr häufig einen Schulabschluss; jedoch geringe Fallzahl

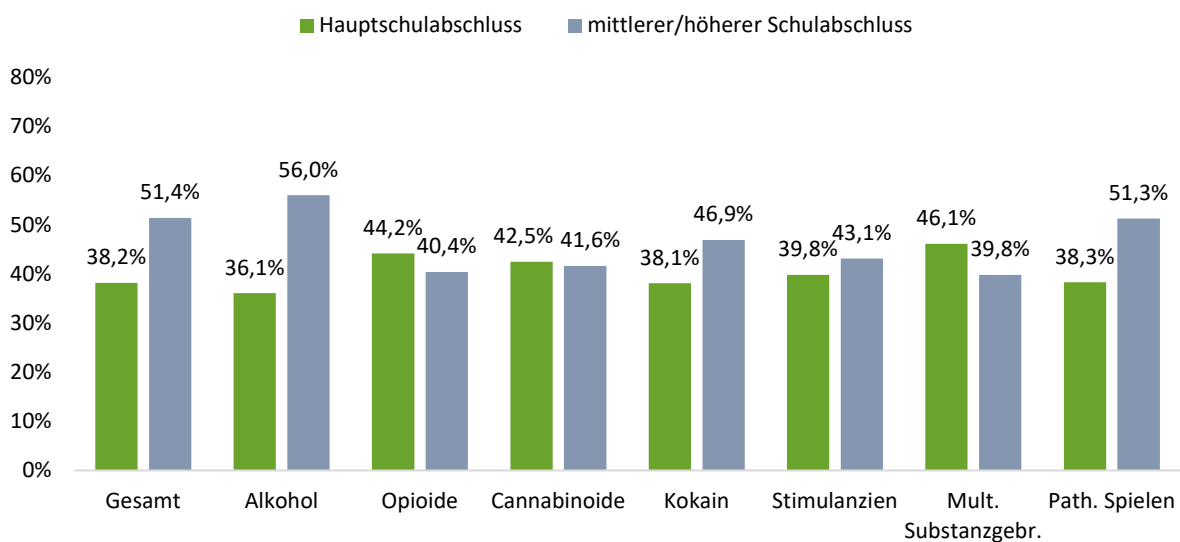
(57 %) eine mittlere bis höhere Schulbildung auf, in STR trifft dies auf Patient:innen mit opioid- (40 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (42 %) zu (Abbildung 17 und 18).

Abbildung 17: Höchster Schulabschluss (ARS; Hauptdiagnose)



N = 295 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 18: Höchster Schulabschluss (STR; Hauptdiagnose)



N = 103 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

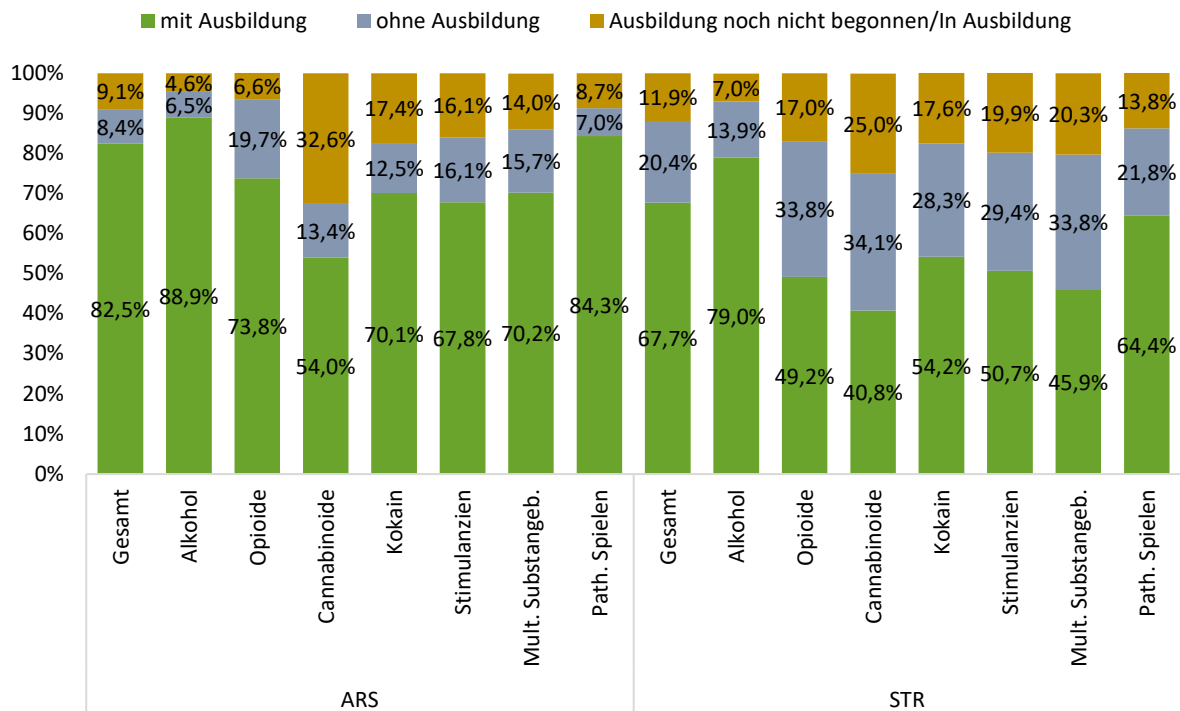
Berufliche Bildung

Insgesamt haben Patient:innen in ARS deutlich häufiger eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung als in STR behandelte Personen (ARS: 83 %, STR: 68 %).

Dementsprechend ist der Anteil an Personen ohne Ausbildungsabschluss in ARS deutlich niedriger als in STR (ARS: 8 %; STR: 20 %).

Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (ARS: 89 %; STR: 79 %) oder Glücksspielproblematik (ARS: 84 %; STR: 64 %) haben jeweils mit Abstand am häufigsten eine abgeschlossene Ausbildung. Dagegen sind in ARS Patient:innen mit opioid- (20 %) und in STR Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch (je 34 %) ohne eine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung. Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen haben zwar ebenfalls eher selten keine abgeschlossene Berufsausbildung (ARS: 13 %; STR: 34 %), jedoch befindet sich ein Drittel (ARS: 33 %) bzw. ein Viertel (STR: 25 %) dieser jungen Patient:innen entweder gerade in einer Ausbildung oder hat noch keine Ausbildung begonnen (Abbildung 19).

Abbildung 19: Ausbildung (ARS, STR; Hauptdiagnose)



ARS: N = 295 Einrichtungen; STR: N = 100 Einrichtungen Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Erwerbssituation

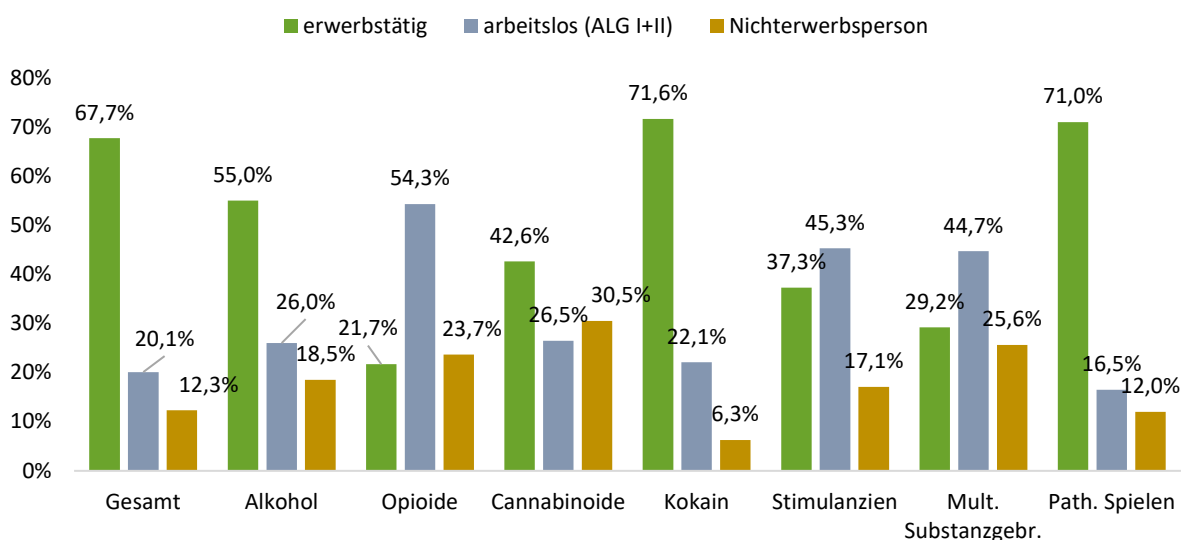
Die Patient:innen in ARS sind bei Behandlungsbeginn insgesamt deutlich häufiger erwerbstätig als die Patient:innen in STR (ARS: 68 %; STR: 38 %). Entsprechend, ist der Anteil an Arbeitslosen unter den in ARS behandelten Personen deutlich niedriger als unter den in STR

behandelten Personen (ARS: 20 %; STR: 45 %). Die Anteile der Nichterwerbspersonen unterscheiden sich weniger deutlich (ARS: 12 %; STR: 18 %).

Während in STR Patient:innen mit Glücksspielproblematik (51 %) am häufigsten erwerbstätig sind, sind in ARS Personen mit Glücksspielproblematik (71 %) oder kokainbezogenen Störungen (72 %) ähnlich häufig erwerbstätig. Arbeitslosigkeit ist in ARS bei Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen am häufigsten (54 %), gefolgt von Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen und Multiplem Substanzgebrauch (je 45 %). Auch in STR sind Patient:innen mit diesen drei Hauptdiagnosen am häufigsten arbeitslos (Opioid: 63 %; Stimulanzen: 65 %; Multipler Substanzgebrauch: 62 %).

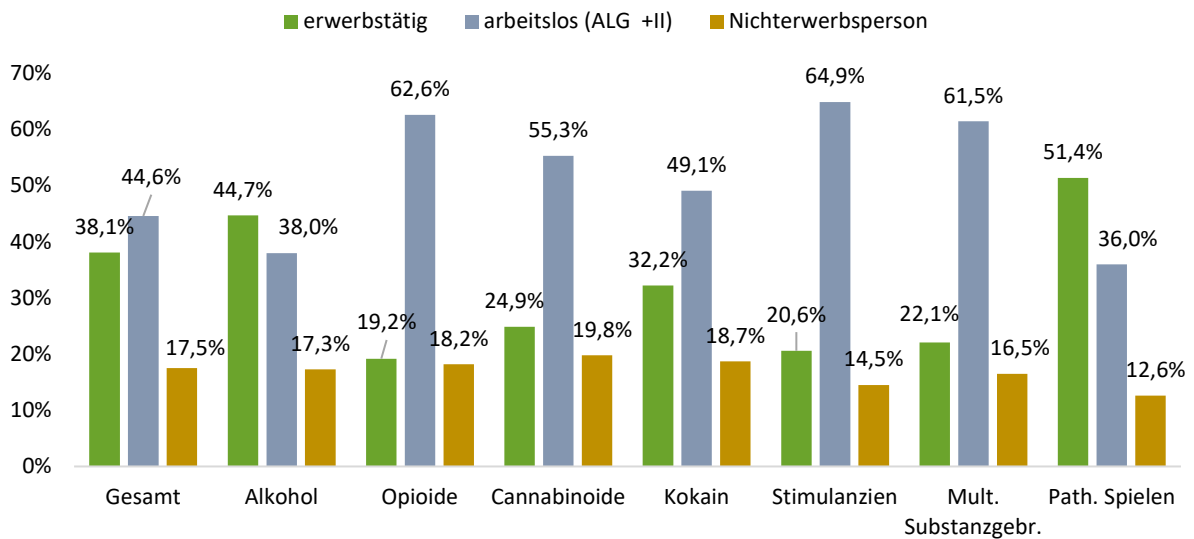
Der Anteil an Nichterwerbspersonen ist bei beiden Hauptmaßnahmen bei Patient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen am höchsten (ARS: 31 %, einschließlich 6 % Schüler:innen; STR: 20 %, einschließlich 3 % Schüler:innen), aber auch unter Behandelten mit Multiplem Substanzgebrauch finden sich in ARS vergleichsweise viele Nichterwerbspersonen (26 %), in STR gilt dies für Klient:innen mit kokainbezogenen Störungen (19 %; Abbildung 21 und 22).

Abbildung 20: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (ARS; Hauptdiagnose)



N = 303 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 21: Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (STR; Hauptdiagnose)



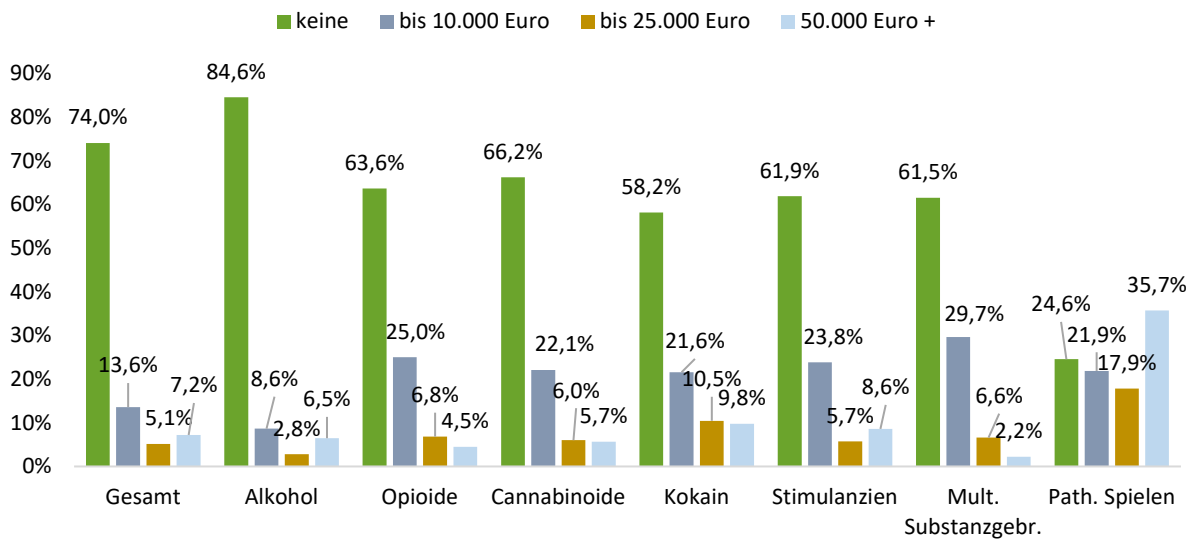
N = 104 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Schuldensituation

Die Schuldensituation ist bei Patient:innen in STR gravierender als bei Patient:innen in ARS. Sie sind nicht nur häufiger verschuldet (ARS: 26 %; STR: 40 %), sondern haben auch etwas häufiger höhere Schulden. So sind 10 % von ihnen mit mehr als 50.000 Euro verschuldet, während das nur auf 7 % der Patient:innen in ARS zutrifft.

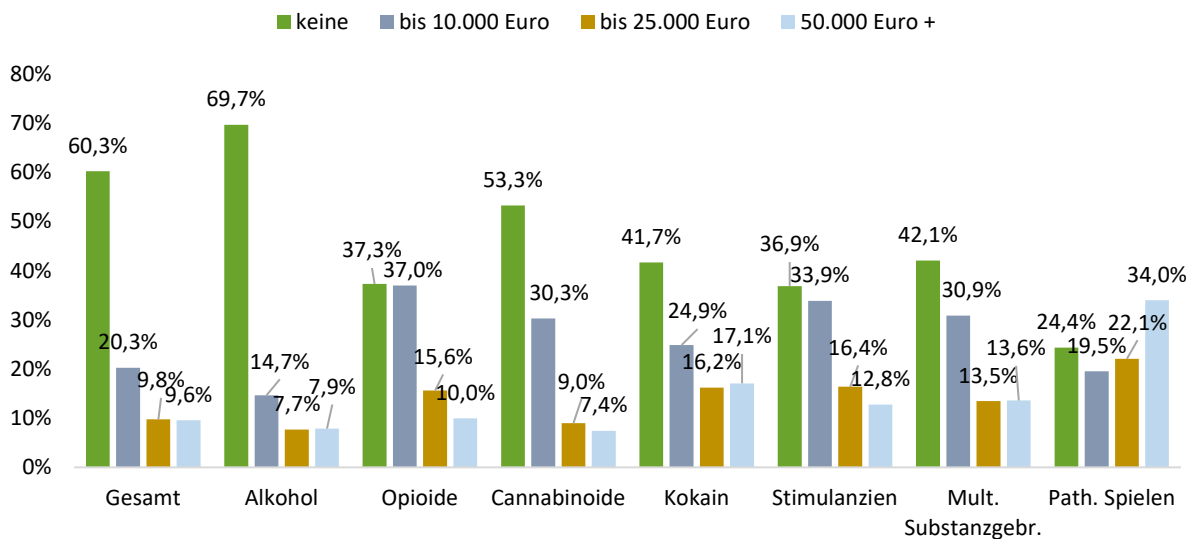
Die mit Abstand höchste Schuldenlast liegt bei Personen mit Glücksspielproblematik vor: insgesamt haben hier in ARS wie auch in STR etwa drei Viertel der Behandelten Schulden (jeweils 75 %), wobei jeweils etwa ein Drittel der Patient:innen (ARS: 36 %; STR: 34 %) mit über 50.000 Euro verschuldet ist. Die geringste Schuldenlast weisen in beiden Hauptmaßnahmen Personen mit alkoholbezogenen Störungen auf, jedoch in sehr unterschiedlicher Häufigkeit: während nur 15 % der Patient:innen in ARS Schulden haben, trifft dies auf 30 % der Patient:innen in STR zu (Abbildung 22 und 23).

Abbildung 22: Schuldensituation am Tag vor Behandlungsbeginn (ARS; Hauptdiagnose)



N = 234 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 23: Schuldensituation am Tag vor Behandlungsbeginn (STR; Hauptdiagnose)



N = 92 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

3.2 Behandlung

Vermittlung

Die Zugangswege der Patient:innen in die Behandlung sind in beiden Hauptmaßnahmen sehr unterschiedlich. Zwei Fünftel der Patient:innen in ARS kommen ohne Vermittlung (42 %), auf eigene Initiative, in die Behandlung. Über ein Viertel wird durch ambulante (27 %) und ein Siebtel (14 %) durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermittelt. Eine kleine Rolle bei der

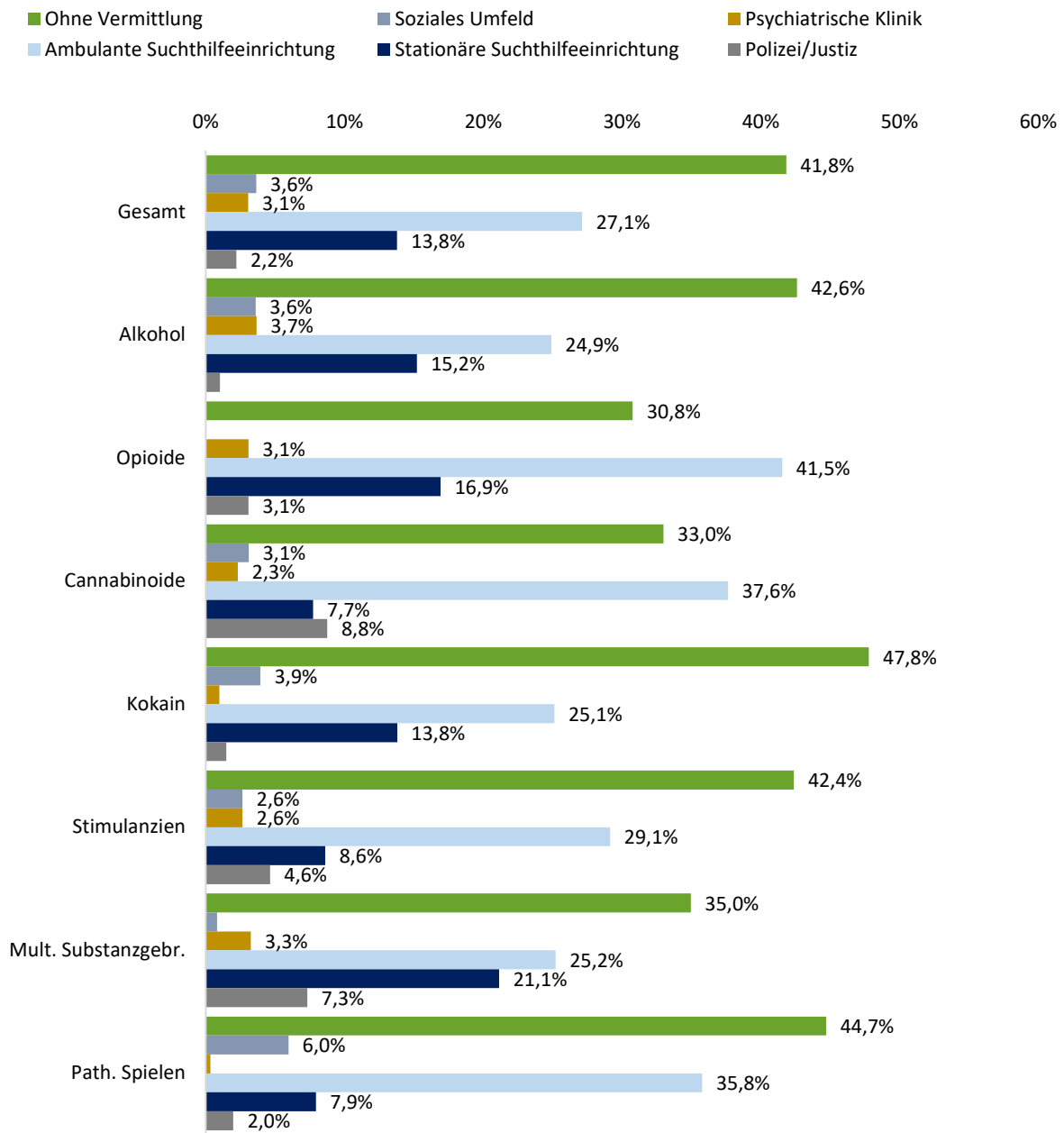
Vermittlung spielen das soziale Umfeld (4 %), psychiatrische Kliniken (3 %) sowie Polizei und Justiz (2 %).

Patient:innen in STR werden in drei von fünf Fällen durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (59 %) vermittelt, psychiatrische Kliniken vermitteln gut eine von 6 behandelten Personen (18 %). Mit deutlich kleineren Anteilen sind Allgemeinkrankenhäuser (4 %) oder Einrichtungen der Akutbehandlung (3 %) an der Vermittlung beteiligt.

Die oben beschriebene Rangreihen der Zugangswege in die Behandlung gilt sowohl in ARS als auch in STR für alle Hautdiagnosegruppen, wobei nur die Häufigkeiten variieren. So kommen in ARS vor allem Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen (48 %) ohne Vermittlung in die Behandlung, am seltensten ist dies bei Personen mit opioidbezogenen Störungen (31 %) der Fall. Diese wiederum werden besonders häufig durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (42 %) vermittelt, die bei Personen mit alkohol-, kokainbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch eine deutlich geringere Rolle spielen (jeweils 25 %). Über stationäre Suchthilfeeinrichtungen kommen vor allem Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (21 %) in die Behandlung, für Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik ist diese Vermittlung weniger relevant (jeweils 8 %). Das soziale Umfeld spielt die größte Rolle bei Patient:innen mit Glücksspielproblematik (6 %), ist aber bei der Vermittlung von Personen mit Multiplem Substanzgebrauch weitgehend unbedeutend (1 %). Letztere sowie Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind diejenigen, die am häufigsten durch Polizei/Justiz in die Behandlung kommen (Multipler Substanzgebrauch: 7 %; Cannabinoide: 9 %), was bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen so gut wie nie geschieht (1 %).

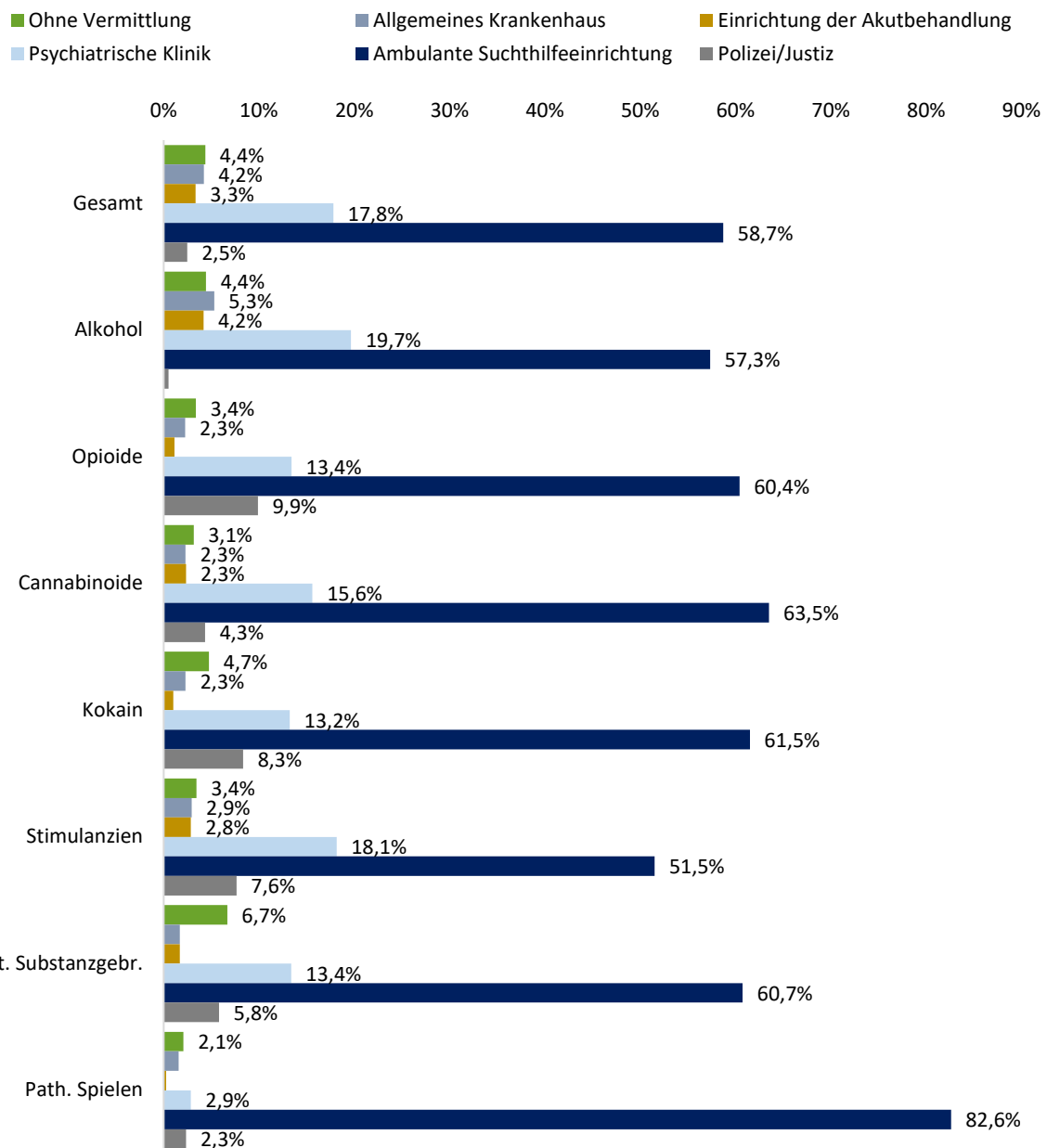
Ambulante Suchthilfeeinrichtungen sind die vorrangige Vermittlungsinstanz der Patient:innen in STR, wobei der entsprechende Anteil bei behandelten Personen mit Glücksspielproblematik am größten (83 %) und bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen am niedrigsten (52 %) ist. Durch psychiatrische Kliniken kommen besonders häufig Personen mit alkohol- oder stimulanzenbezogenen Störungen (Alkohol: 20 %; Stimulanzen: 18 %) in die Behandlung, sehr selten Personen mit Glücksspielproblematik (3 %). Allgemeinkrankenhäuser sind vor allem in die Vermittlung von Personen mit einer alkoholbezogenen Störung (5 %) involviert, bei allen weiteren Hauptdiagnosen spielen sie nur eine geringe Rolle (max. 2 %). Ebenso sind Einrichtungen der Akutbehandlung hauptsächlich für Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen relevant für die Vermittlung (4 %; Abbildung 24 und 25).

Abbildung 24: Vermittlung in die ARS (Hauptdiagnose; häufigste Nennungen)



N = 308 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 25: Vermittlung in die STR (Hauptdiagnose; häufigste Nennungen)



N = 96 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Erstbehandlung

Insgesamt finden sich im Jahr 2021 in ARS und STR häufig erstbehandelte Fälle⁶ (ARS: 13 %; STR: 11 %⁷). Auf Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen trifft das auch auf Patient:innen mit alkohol- (ARS: 11 %; STR: 10 %), opioid- (jeweils 9 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (ARS: 18 %; STR: 17 %) zu. Häufigere Erstbehandlungen in ARS als in STR liegen bei

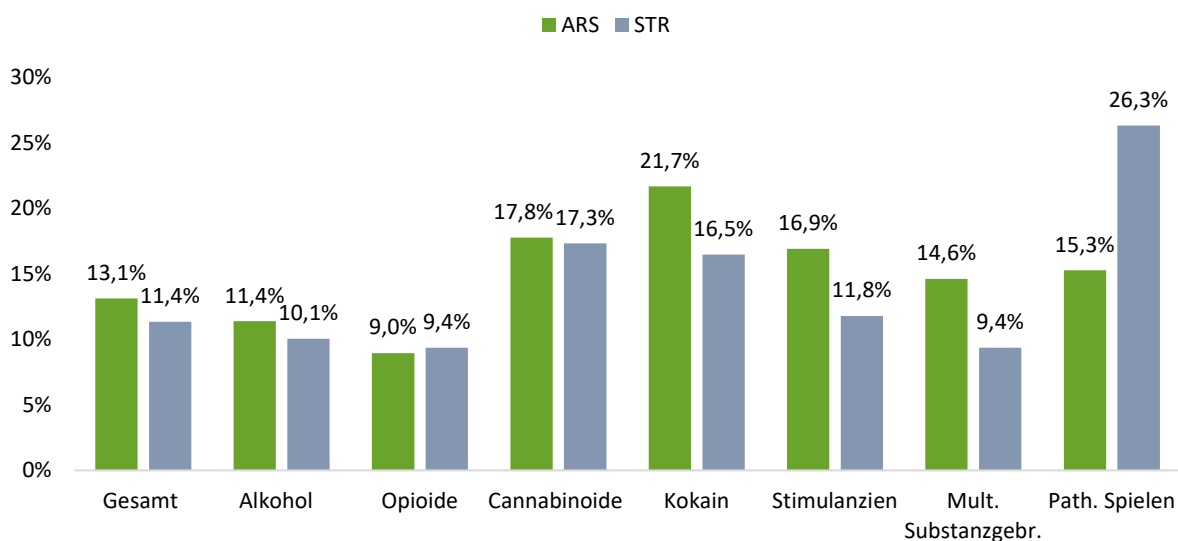
⁶ Erstbehandlung: es wurde bisher noch niemals eine suchtbetragene Hilfe in Anspruch genommen

⁷ Bei den Erstbehandlungen bei Patient:innen in STR liegt vermutlich eine Überschätzung der Häufigkeit vor.

Personen mit kokain- (ARS: 22 %; STR: 17 %), stimulanzenbezogenen Störungen (ARS: 17 %; STR: 12 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (ARS: 15 %; STR: 9 %) vor. Nur bei Klient:innen mit Glücksspielproblematik ist der Anteil derjenigen, die zum erstem Mal suchtbezogene Hilfe in Anspruch nehmen, in STR höher als in ARS (ARS: 15 %; STR: 26 %).

Am häufigsten kommt es in ARS bei Patient:innen mit kokain- oder cannabinoidbezogenen Störungen zu Erstbehandlungen (Kokain: 22 %; Cannabinoide: 18 %). In STR trifft dies auf Personen mit Glücksspielproblematik oder cannabinoidbezogenen Störungen zu (26 %; 17 %, Abbildung 26).

Abbildung 26: Erstbehandelte Fälle (Hauptdiagnose)



ARS: N = 290 Einrichtungen; STR: N = 82 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

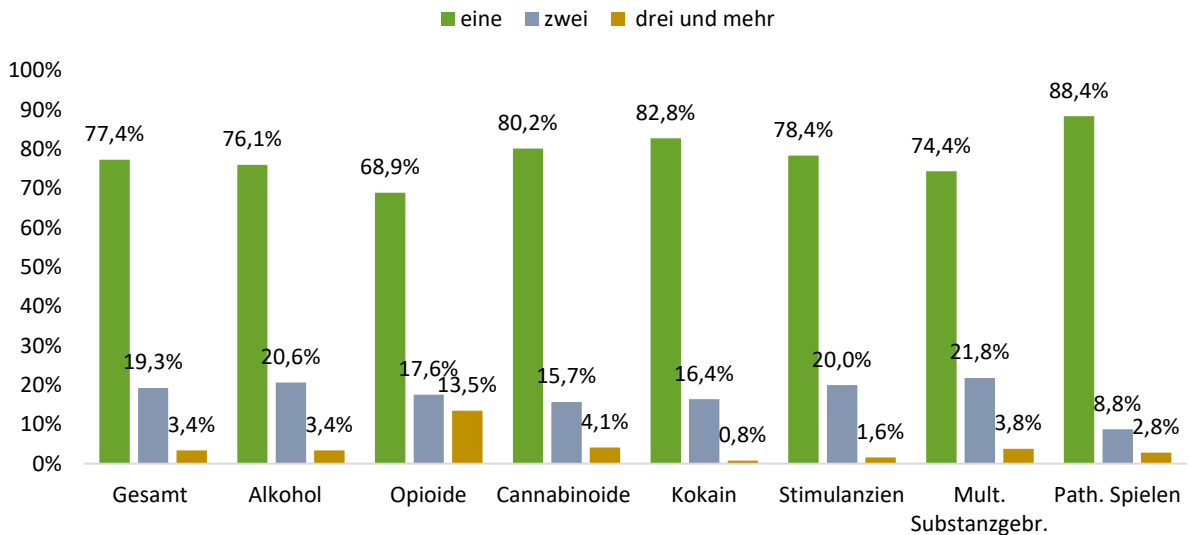
Weitere Maßnahmen

Weitere Maßnahmen neben der Hauptmaßnahme ARS erhalten insgesamt 23 % der Patient:innen, bei Patient:innen in STR ist dieser Anteil mit 11 % deutlich geringer. Bei 19 % der Patient:innen in ARS sowie bei 8 % der Patient:innen in STR wird nur eine weitere Maßnahme, durchgeführt. Mindestens 2 weitere Maßnahmen erhalten nur jeweils 3 % der in ARS und STR behandelten Personen.

Die Patient:innen, die am häufigsten mindestens 2 Maßnahmen erhalten, sind in ARS Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (26 %) und in STR Personen mit kokainbezogenen Störungen (22 %). Dagegen erhalten in ARS Personen mit Glücksspielproblematik (12 %) oder kokainbezogenen Störungen (17 %) besonders selten zusätzliche Maßnahmen. In STR betrifft dies – auf allerdings deutlich niedrigerem Niveau – insbesondere Patient:innen mit Multiplem

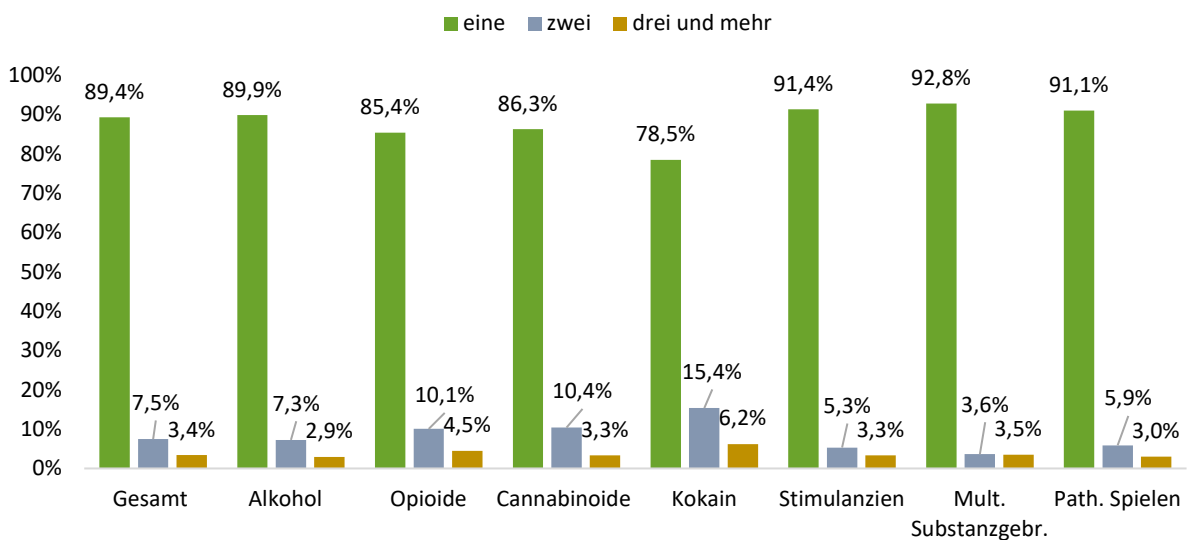
Substanzgebrauch (7 %), stimulanzenbezogenen Störungen oder Glückspielproblematik (jeweils 9 %; Abbildung 27 und 28).

Abbildung 27: Anzahl der Maßnahmen (ARS; Hauptdiagnose)



N = 327 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Abbildung 28: Anzahl der Maßnahmen (STR; Hauptdiagnose)



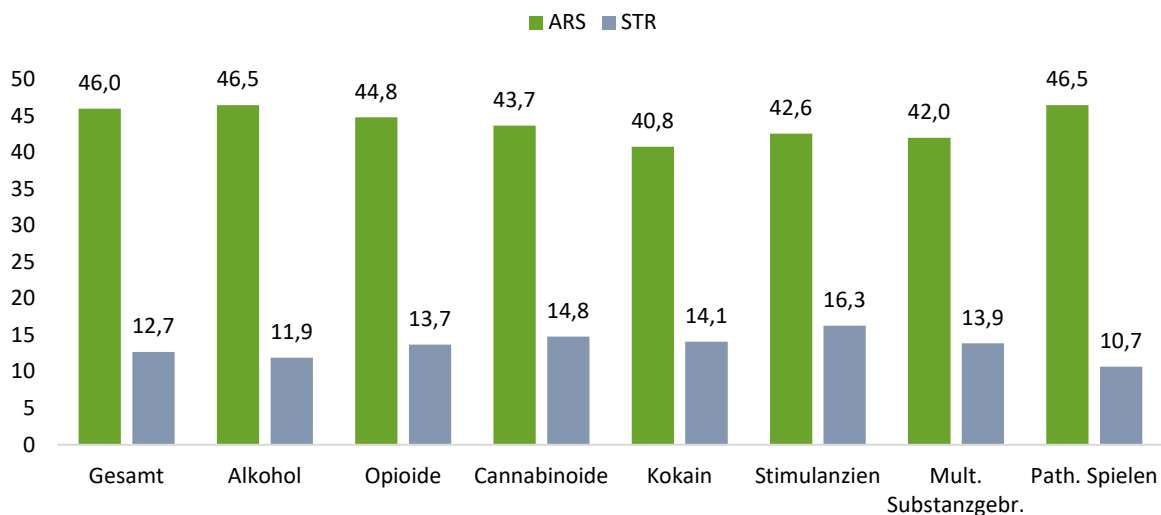
N = 107 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Behandlungsdauer⁸

Die mittlere Behandlungsdauer in ARS beträgt 46 Wochen und ist damit rund 3,5-mal so lang wie in STR (13 Wochen). Dieser Unterschied besteht in etwas unterschiedlicher Ausprägung bei allen Hauptdiagnosen.

In ARS werden Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik durchschnittlich am längsten (jeweils 47 Wochen) behandelt. In STR findet sich demgegenüber für diese beiden Patient:innengruppen die jeweils kürzeste mittlere Behandlungsdauer (12 bzw. 11 Wochen). In ARS werden wiederum Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen durchschnittlich am kürzesten behandelt (41 Wochen). Die längste durchschnittliche Behandlungsdauer findet sich in STR bei Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen (16 Wochen; Abbildung 29).

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



ARS: N = 326 Einrichtungen; STR: N=107 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Art der Beendigung

Patient:innen in ARS und STR beenden ihre Behandlung ähnlich häufig planmäßig (je 80 %). Die Häufigkeit planmäßiger Beendigungen schwankt bei Patient:innen in ARS bei den einzelnen dargestellten Hauptdiagnosen zwischen 72 % (Kokain) und 81 % (Alkohol,

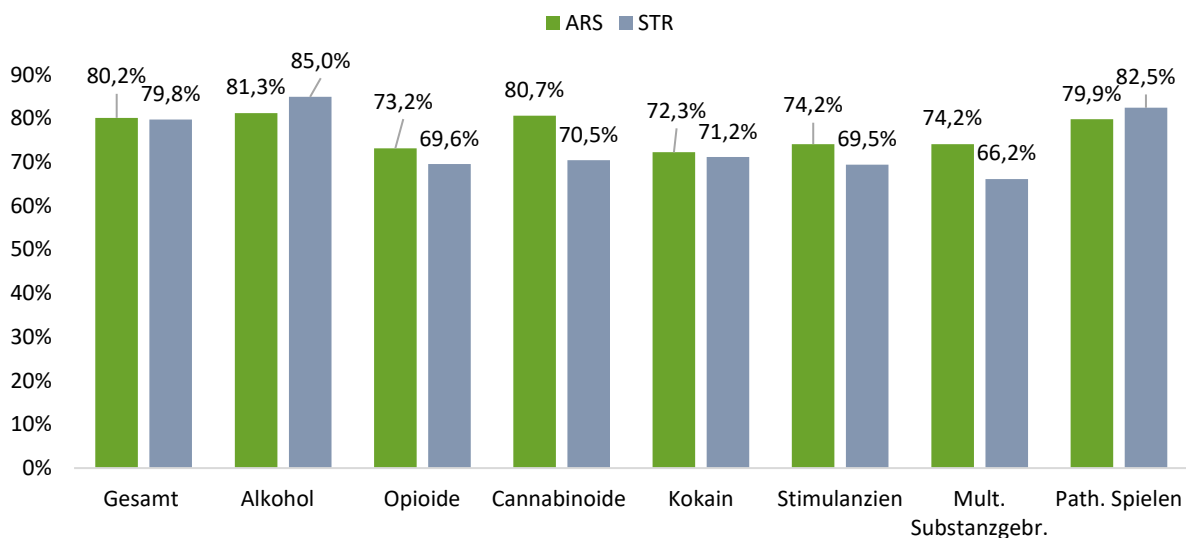
⁸ Da die Kontaktzahl nur im Bereich ARS erhoben wird und damit keine Gegenüberstellung zum Bereich STR möglich ist, ist sie nicht Gegenstand der Darstellung im Bericht. Sie sei aber dennoch hier erwähnt: durchschnittliche Kontaktzahl beträgt bei ARS 52 Kontakte, wobei Patient:innen mit kokainbezogenen Störungen die im Durchschnitt höchste (70 Kontakte) und Patient:innen mit einer Glücksspielproblematik die niedrigste Kontaktzahl (45 Kontakte aufweisen).

Cannabinoide), bei Patient:innen in STR ist die Spannweite mit Anteilen zwischen 66 % (Multipler Substanzgebrauch) und 85 % (Alkohol) etwas größer.

Auf Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen beenden Patient:innen in ARS ihre Behandlung tendenziell häufiger planmäßig als Patient:innen in STR, lediglich bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik ist es umgekehrt. Am deutlichsten ist der Unterschied dabei bei Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen ausgeprägt (ARS: 81 %; STR: 71 %). Der geringste Unterschied liegt bei kokainbezogenen Störungen vor (ARS: 72 %; STR: 71 %).

Bei beiden Hauptmaßnahmen beenden Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen (ARS: 81 %; STR: 85 %) oder Glücksspielproblematik (ARS: 80 %; STR: 83 %) ihre Behandlung am häufigsten planmäßig. Besonders selten erfolgt eine planmäßige Beendigung bei in ARS behandelten Patient:innen mit kokain- oder opioidbezogenen Störungen (Kokain: 72 %; Opioid: 73 %). In STR gilt dies für Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch (66 %) bzw. mit stimulanzen- oder opioidbezogenen Störungen (je 70 %; Abbildung 30).

Abbildung 30: Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptdiagnose)



ARS: N = 317 Einrichtungen; STR: N=106 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

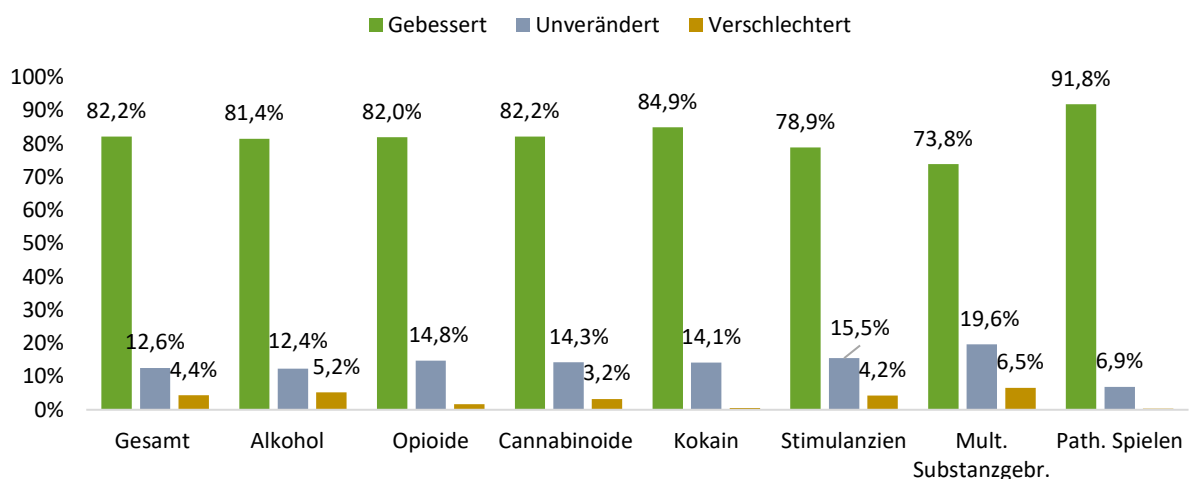
Behandlungsergebnis

Sowohl in ARS als auch in STR hat sich bei vier von fünf Patient:innen der Problembereich Suchtverhalten nach Einschätzung der zuständigen Behandler:innen am Ende der Behandlung verbessert (ARS: 82 %; STR: 83 %). Bei 13 % (ARS) bzw. 16 % (STR) ist die Situation unverändert und nur in ARS ist vereinzelt eine Verschlechterung (4 %) eingetreten.

Sowohl in ARS als auch in STR zeigt sich auch auf Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen ein hoher Anteil an Patient:innen mit verbesserter Suchtproblematik, wobei der entsprechende Anteil in ARS meist höher ist. Lediglich Patient:innen mit alkoholbezogenen Störungen erzielen in STR (88 %) häufiger eine Verbesserung ihrer Suchtproblematik als in ARS (81 %). Bei Patient:innen mit stimulanzenbezogenen Störungen ist der entsprechende Anteilswert in ARS und STR identisch (jeweils 79%).

Sowohl in ARS als auch in STR wird bei Patient:innen mit Glücksspielproblematik am häufigsten eine Verbesserung des Suchtverhaltens dokumentiert (ARS: 92 %; STR: 88 %). An zweiter Stelle der Rangreihen stehen in ARS Personen mit kokainbezogenen Störungen (ARS: 85 %; STR: 82 % Rang 3), und in STR Personen mit alkoholbezogenen Störungen (STR: 88 %; ARS: 81 % Rang 5). Patient:innen mit Multiplem Substanzgebrauch erfahren in beiden Hauptmaßnahmen am seltensten eine Verbesserung der Suchtproblematik (ARS: 74 %; STR: 70 %)⁹. Bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch wird bei ARS am häufigsten ein unverändertes Suchtverhalten dokumentiert (20 %), bei STR trifft dies auf Patient:innen mit opioidbezogenen Störungen zu (29 %). Besonders selten ist eine unveränderte Suchtproblematik demgegenüber bei Patient:innen mit Glücksspielproblematik (ARS: 7 %; STR: 11 %), sowie in STR auch bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (11 %). Eine Verschlechterung im Problembereich Suchtverhalten weisen in ARS vor allem Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (7 %) sowie mit alkoholbezogenen Störungen auf (5 %; Abbildung 31 und 32).

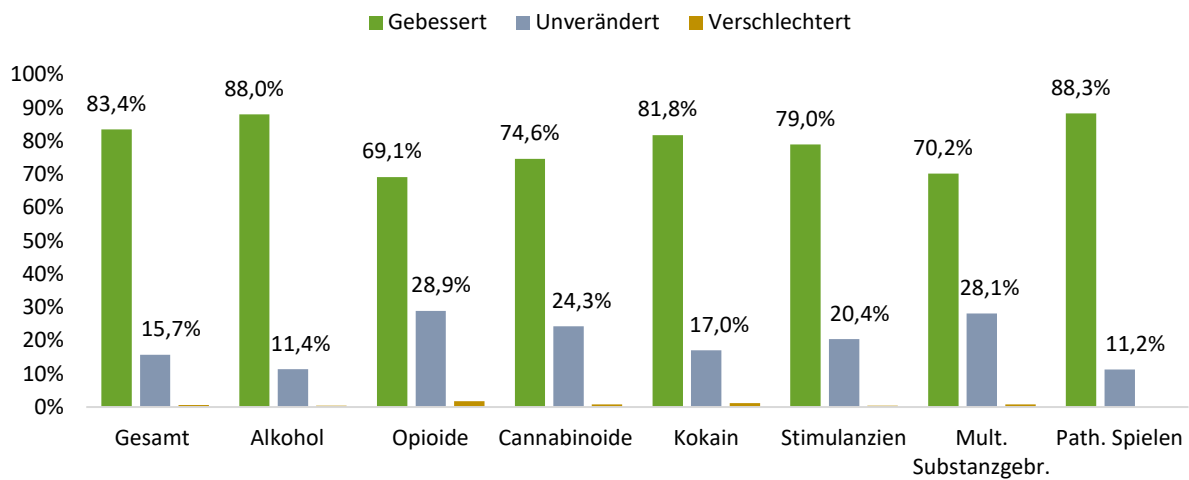
Abbildung 31: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten zum Behandlungsende (ARS; Hauptdiagnose)



N = 286 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

⁹ Bei Patient:innen in ARS mit opioidbezogenen Störungen liegt eine Besserungsquote von 82% vor, jedoch geringe Fallzahl

Abbildung 32: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten zum Behandlungsende (STR; Hauptdiagnose)



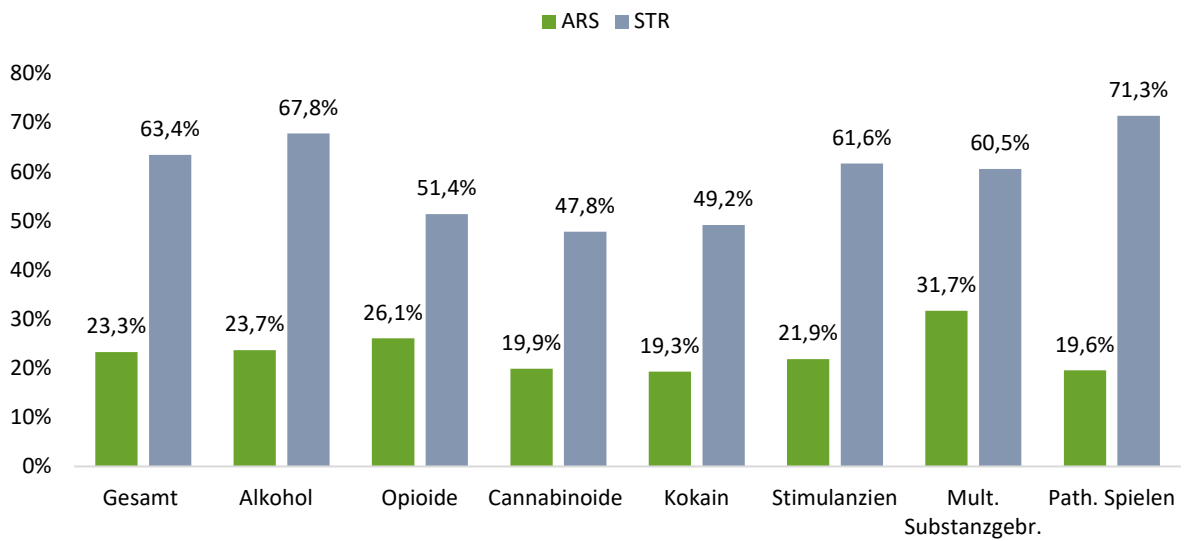
N = 90 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

Weitervermittlung nach Behandlungsende

In ARS behandelte Personen werden am Behandlungsende deutlich seltener weitervermittelt als in STR behandelte Personen (ARS: 23 %; STR: 63 %). Dies gilt ausnahmslos auch für alle betrachteten Hauptdiagnosen, wobei der Unterschied bei Personen mit Glücksspielproblematik (ARS: 20 %; STR: 71 %) oder alkoholbezogenen Störungen (ARS: 24 %; STR: 68 %) besonders ausgeprägt und bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen besonders gering ist (ARS: 20 %; STR: 48 %).

In ARS werden Patient:innen mit Multiplern Substanzgebrauch am häufigsten weitervermittelt (32 %), in STR gilt dies für Patient:innen mit Glücksspielproblematik (71 %). Am seltensten sind Weitervermittlungen in ARS bei Personen mit kokainbezogenen Störungen (19 %) und in STR bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (48 %) der Fall (Abbildung 33).

Abbildung 33: Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptdiagnosen)



ARS: N = 276 Einrichtungen; STR: N=83 Einrichtungen; Mult. Substanzgebr. = Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen = Pathologisches Spielen

3.3 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 2: Zusammenfassung (Gesamt)

	ARS	STR
N (Zugänge / Beender:innen)	126.302 / 115.390	49.307 / 46.764
Geschlechterverteilung	Männer: 68 % Frauen: 32 %	Männer: 75 % Frauen: 25%
Suchtproblematik		
Häufigste Hauptdiagnosen	69 % Alkohol 9 % Cannabinoide	65 % Alkohol 10 % Cannabinoide
Niedrigstes Alter bei Erstkonsum	15 Jahre (Alkohol)	15 Jahre (Alkohol)
Niedrigstes Alter bei Störungsbeginn	19 Jahre (Cannabis)	18 Jahre (Cannabis)
Häufigste Problembereiche bei Behandlungsbeginn	99 % Sucht 70 % psychische Gesundheit 57 % Familie	99 % Sucht 77 % psychische Gesundheit 65 % körperliche Gesundheit
Soziodemographie		
Ø Alter	45 Jahre	42 Jahre
Migrationshintergrund	15 %	20 %
Partnerschaft ja	60 %	43 %
Zusammenlebend ja	61 %	44 %
Zusammenlebend mit: (häufigste Nennungen)	75 % Partner(in) 41 % Kind(er)	57 % Partner(in) 29 % Kind(er)
Mit Schulabschluss	97 %	92 %
Mittlerer/höherer Schulabschluss	66 %	51 %
Mit Berufs-/Hochschulabschluss	83 %	68 %
Erwerbssituation (häufigste Nennung)	68 % erwerbstätig	45 % arbeitslos
Schulden vorhanden	26 %	40 %
Behandlung		
Vermittlung in die Behandlung (Häufigste Nennungen)	42 % ohne Vermittlung 27 % ambulante Suchthilfeeinrichtung	59 % ambulante Suchthilfeeinrichtung 18 % Psychiatrische Klinik
Anteil Erstbehandelte	13 %	11 %
Anteil zusätzliche Maßnahmen	23 %	11 %
Ø Behandlungsdauer	46 Wochen	13 Wochen
Planmäßige Beendigung	80 %	80 %
Problembereich Sucht „gebessert“	82 %	83 %
Weitervermittlung	23 %	63 %

4 Quellen

DHS (2023). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand 01.01.2022. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022): *Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Hauptmaßnahme ARS. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022): *Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Alle Bundesländer. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Hauptmaßnahme STR. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte* [unveröffentlichter Tabellenband]. IFT Institut für Therapieforschung.

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 Behandlungsfälle mit eigener Symptomatik.....	3
Tabelle 2:	Zusammenfassung (Gesamt).....	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Häufigste Hauptdiagnosen.....	4
Abbildung 2:	Häufigste Hauptdiagnosen nach Geschlecht.....	5
Abbildung 3:	Substanzbezogene Komorbiditäten (ARS; Hauptdiagnosen)	7
Abbildung 4:	Substanzbezogene Komorbiditäten (STR; Hauptdiagnosen).....	8
Abbildung 5:	Alter bei Erstkonsum (Ø Jahre; Hauptsubstanz).....	9
Abbildung 6:	Alter bei Störungsbeginn (Ø Jahre; Einzeldiagnose).....	9
Abbildung 7:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung (ARS; Hauptdiagnose).....	11
Abbildung 8:	Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung (STR; Hauptdiagnose).....	12
Abbildung 9:	Alter (ARS; Hauptdiagnose; in Jahren).....	13
Abbildung 10:	Alter (STR; Hauptdiagnose; in Jahren).....	14
Abbildung 11:	Migrationshintergrund (Hauptdiagnose)	15
Abbildung 12:	Partnerschaft Ja (Hauptdiagnose).....	15
Abbildung 13:	Lebenssituation (zusammenlebend; Hauptdiagnose).....	16
Abbildung 14:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; ARS; Hauptdiagnose)	18
Abbildung 15:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; STR; Hauptdiagnose)	18
Abbildung 16:	Schulabschluss vorhanden (Hauptdiagnose)	19
Abbildung 17:	Höchster Schulabschluss (ARS; Hauptdiagnose).....	20
Abbildung 18:	Höchster Schulabschluss (STR; Hauptdiagnose).....	20
Abbildung 19:	Ausbildung (ARS, STR; Hauptdiagnose).....	21
Abbildung 20:	Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (ARS; Hauptdiagnose)	22
Abbildung 21:	Erwerbssituation am Tag vor Behandlungsbeginn (STR; Hauptdiagnose)	23
Abbildung 22:	Schuldensituation am Tag vor Behandlungsbeginn (ARS; Hauptdiagnose).....	24
Abbildung 23:	Schuldensituation am Tag vor Behandlungsbeginn (STR; Hauptdiagnose).....	24
Abbildung 24:	Vermittlung in die ARS (Hauptdiagnose; häufigste Nennungen).....	26
Abbildung 25:	Vermittlung in die STR (Hauptdiagnose; häufigste Nennungen).....	27

Abbildung 26:	Erstbehandelte Fälle (Hauptdiagnose)	28
Abbildung 27:	Anzahl der Maßnahmen (ARS; Hauptdiagnose).....	29
Abbildung 28:	Anzahl der Maßnahmen (STR; Hauptdiagnose).....	29
Abbildung 29:	Dauer der Behandlung in Wochen (∅; Hauptdiagnose).....	30
Abbildung 30:	Planmäßige Beendigung der Behandlung (Hauptdiagnose)	31
Abbildung 31:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten zum Behandlungsende (ARS; Hauptdiagnose).....	32
Abbildung 32:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten zum Behandlungsende (STR; Hauptdiagnose).....	33
Abbildung 33:	Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende (Hauptdiagnosen)	34