

Ganztägige ambulante Rehabilitation – Eine Betrachtung der Behandelten im Kontext Stationärer Medizinischer Rehabilitation

KURZBERICHT NR.1/2024 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2022¹

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

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

München, April 2024

© 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, Künzel, Murawski & Riemerschmid, 2023), verfügbar auf der [Webseite der Deutschen Suchthilfestatistik](https://www.suchthilfestatistik.de) (<https://www.suchthilfestatistik.de>). Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

Inhalt

| | |
|---|----|
| Abbildungsverzeichnis | II |
| Tabellenverzeichnis | II |
| 1 Hintergrund und Zielsetzung | 1 |
| 2 Methodik | 1 |
| 2.1 Durchführung | 1 |
| 2.2 Stichproben | 2 |
| 3 Ergebnisse | 3 |
| 3.1 Suchtspezifische Situation der Klientel | 3 |
| 3.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel | 8 |
| 3.3 Behandlungsbezogene Merkmale | 19 |
| 3.4 Tabellarische Zusammenfassung | 24 |
| 4 Quellen | 25 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1: | Verteilung der Hauptdiagnosen in TAR und STR | 4 |
| Abbildung 2: | Geschlechterspezifische Verteilung der Hauptdiagnosen | 5 |
| Abbildung 3: | Störungsdauer bis zum Beginn der aktuellen Behandlungsepisode | 6 |
| Abbildung 4: | Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung | 7 |
| Abbildung 5: | Geschlechterverteilung der Behandelten | 8 |
| Abbildung 6: | Altersverteilung der Behandelten | 9 |
| Abbildung 7: | Migrationshintergrund | 10 |
| Abbildung 8: | Anteil in Partnerschaft | 11 |
| Abbildung 9: | Lebenssituation | 12 |
| Abbildung 10: | Schulische Bildung | 13 |
| Abbildung 11: | Beruflicher Ausbildungsabschluss | 14 |
| Abbildung 12: | Erwerbsstatus am Tag vor Behandlungsbeginn | 15 |
| Abbildung 13: | Elternschaft für minderjährige Kinder | 16 |
| Abbildung 14: | Minderjährige Kinder im Haushalt | 17 |
| Abbildung 15: | Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn | 18 |
| Abbildung 16: | Zentrale Vermittlungswege in die Behandlung | 19 |
| Abbildung 17: | Behandlungsdauer | 20 |
| Abbildung 18: | Planmäßige Beendigung der Behandlung | 21 |
| Abbildung 19: | Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten | 22 |
| Abbildung 20: | Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende | 23 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|---|----|
| Tabelle 1: | Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Störungsgruppe | 2 |
| Tabelle 2: | Behandelte Klientel in ganztägiger ambulanter Rehabilitation (TAR) und stationärer medizinischer Rehabilitation (STR) mit Störungen aufgrund legaler / illegaler Substanzen | 24 |

1 Hintergrund und Zielsetzung

Zusätzlich zur Standardauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden für spezifische vertiefte Fragestellungen wechselnde Sonderauswertungen erstellt und in zwei Kurzberichten pro Jahr dargestellt.

Der vorliegende Kurzbericht konzentriert sich auf die spezifische Situation von Personen², die sich 2022 aufgrund von Störungen in Folge des Konsums legaler Substanzen oder in Folge des Konsums illegaler Substanzen einer ganztägig ambulanten Rehabilitation unterzogen haben (TAR). Hierbei werden Behandelte und Behandlungsgeschehen der TAR in Bezug zu Behandelten und Behandlungsgeschehen der stationären medizinischen Rehabilitation (STR) gegenübergestellt.

TAR ist als Form der Rehabilitation etabliert, allerdings beschränkt sich die öffentliche Wahrnehmung häufig auf die beiden Formen ambulante und stationäre Rehabilitation. Daher erscheint ein Schlaglicht auf die TAR und ihre Klientel wichtig, um den Sektor der Suchtrehabilitation vollumfänglich abzubilden. Die TAR wird dabei der STR gegenübergestellt, da sie inhaltlich und strukturell (z.B. Bewilligungsdauern) eine größere Nähe zur stationären als zur ambulanten Reha aufweist. Es wird nach Störungen aufgrund des Konsums legaler und illegaler Substanzen als Behandlungsanlass differenziert, da anbietende Einrichtungen traditionell entweder als Fachkliniken für Alkohol und Medikamente oder als Fachkliniken für "Drogen" angelegt sind. Damit entspricht die gewählte Gliederung dem etablierten Berichtsformat der Katamnese-Berichterstattung (siehe [Katamneseberichte auf der Webseite der DSHS](https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/katamnese-in-der-suchthilfe/ergebnisse-von-katamnesen/fachverband-sucht.html), <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/katamnese-in-der-suchthilfe/ergebnisse-von-katamnesen/fachverband-sucht.html>).

2 Methodik

2.1 Durchführung

Die Daten der DSHS werden jährlich deutschlandweit von Einrichtungen der Suchthilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS; aktuelle Version KDS 3.0) erhoben und in aggregierter Form für die Bundesauswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2023). Bei den datenliefernden Einrichtungen handelt es sich überwiegend um Beratungsstellen, Niedrigschwellige Einrichtungen oder Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) zu entnehmen.

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

2.2 Stichproben

In diesem Bericht werden zwei Teilstichproben der oben beschriebenen Grundgesamtheit dargestellt: 1) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik 2022 **Ganztägige ambulante Rehabilitation (TAR)** als Hauptmaßnahme erhalten haben und 2) Personen, die aufgrund einer eigenen Symptomatik **Stationäre medizinische Rehabilitation (STR)** als Hauptmaßnahme erhalten haben. Die Vergleichsgruppe STR dient dazu, TAR in einen übergeordneten Kontext zu setzen. Hierbei wurden für die Sonderanalyse Daten aus 19 Einrichtungen, die TAR als Hauptmaßnahme angeboten haben, sowie aus 176 Einrichtungen, die STR als Hauptmaßnahme im Angebot haben, ausgewertet.

Die Auswertungen basieren auf der Bezugsgruppe „Alle Betreuungen mit Einmalkontakten“ und beschränken sich nicht auf 2022 begonnene bzw. beendete Behandlungen. Somit werden Zugangsdaten (insbesondere Soziodemographie) auch für 2022 fortgesetzte Behandlungen, die in einem der Vorjahre begonnen wurden, ausgewertet. Daten zu Behandlungsverlauf und -abschluss (insbesondere Kontaktzahlen, Behandlungsergebnis) werden erst bei Behandlungsende erfasst und beziehen sich somit auf die Teilstichprobe der Behandelten, die die TAR bzw. die STR 2022 abgeschlossen haben.

Im Rahmen der Auswertung werden Personen, die eine Rehamaßnahme aufgrund von **Störungen in Folge des Konsum legaler Substanzen** (Alkohol, Sedativa/Hypnotika, Tabak) erhalten haben (**Gruppe 1**), getrennt von Personen, die eine Rehamaßnahme aufgrund von **Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen** (Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, Flüchtige Lösungsmittel, andere psychotrope Substanzen / multipler Substanzgebrauch) erhalten haben (**Gruppe 2**), betrachtet. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Fallzahlen für die beiden betrachteten Hauptmaßnahmen und die zwei Subgruppen von Substanzkonsumstörungen.

Tabelle 1: Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Störungsgruppe

| | Substanzbezogene Störungen insgesamt TAR | Substanzbezogene Störungen insgesamt STR | Störungen durch legale Substanzen (Gruppe 1) TAR | Störungen durch legale Substanzen (Gruppe 1) STR | Störungen durch illegale Substanzen (Gruppe 2) TAR | Störungen durch illegale Substanzen (Gruppe 2) STR |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|
| n Gesamt | 1.122 | 31.274 | 828 | 21.234 | 294 | 10.040 |
| n Männer (Anteil) | 762 (67,9 %) | 23.530 (75,2 %) | 537 (64,9 %) | 15.342 (72,3 %) | 225 (76,5 %) | 8.188 (81,6 %) |
| n Frauen (Anteil) | 360 (32,1 %) | 7.738 (24,8 %) | 291 (35,1 %) | 5.890 (27,7 %) | 69 (23,5 %) | 1.848 (18,4 %) |

TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,6 %); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 1,2 %). Geschlecht unbestimmt: n = 0 Fälle (TAR), n = 6 Fälle (STR).

Da aus datenschutzrechtlichen Gründen für die DSHS keine personenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich Daten, die auf Einrichtungsebene fallbezogen aggregiert wurden, sind inferenzstatistischen Ansätzen für einen Vergleich der Subgruppen enge Grenzen gesetzt. In Ergänzung zum Bericht von Anteils- und Mittelwerten wird auf Basis von statistischen Tests geprüft, ob ein signifikanter Unterschied zum Alphaniveau von 5 % zwischen in TAR bzw. in STR behandelten Personen vorliegt. Ist der Unterschied nicht signifikant, werden Anteile bzw. Mittelwerte als ähnlich eingeordnet. P-Werte werden nur für signifikante Unterschiede berichtet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Gruppen (Störungen durch legale bzw. durch illegale Substanzen in Kombination mit Inanspruchnahme von TAR bzw. STR) bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.

3 Ergebnisse

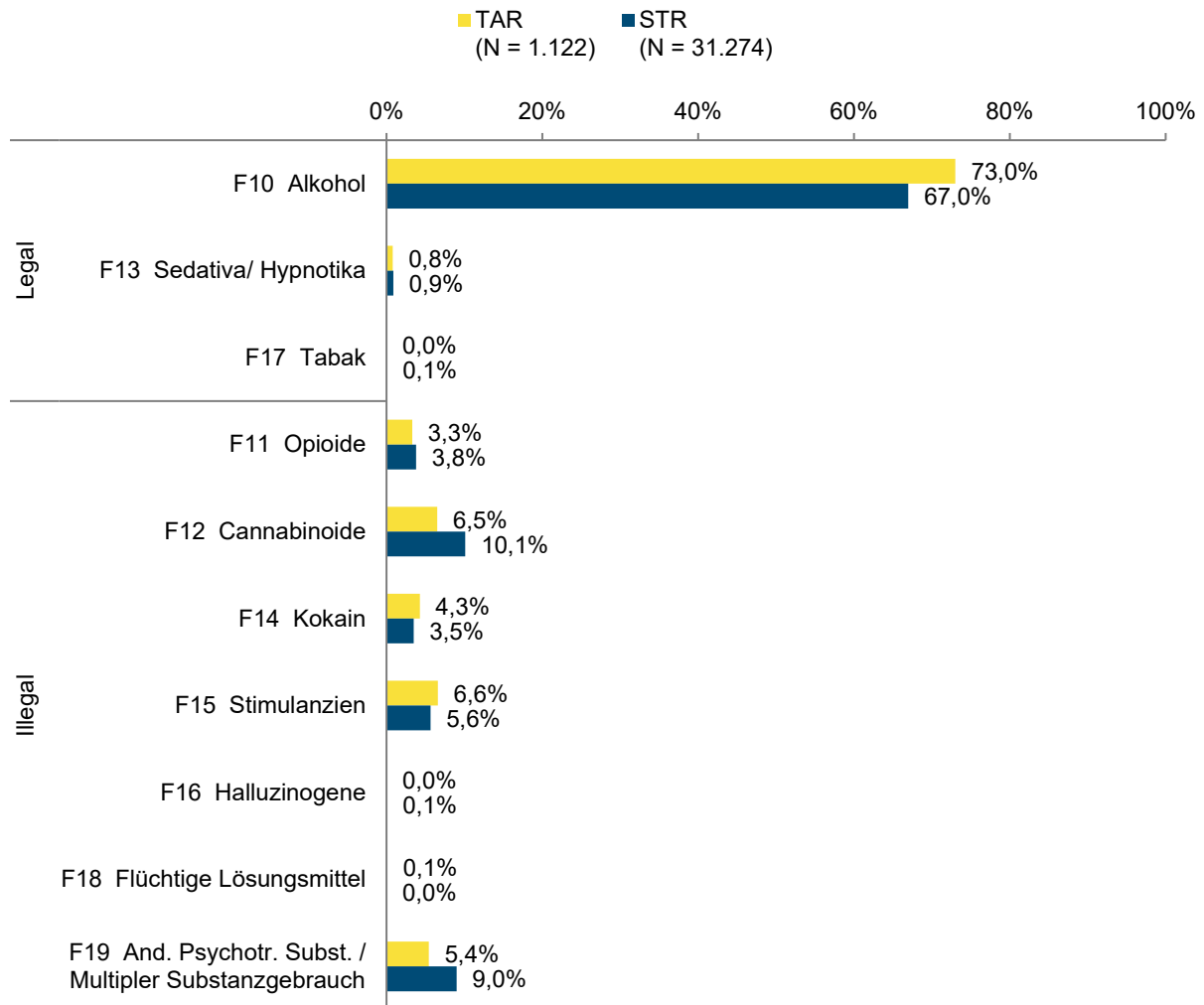
3.1 Suchtspezifische Situation der Klientel

Hauptdiagnosen

TAR wird in 3 von 4 Fällen aufgrund von Alkoholkonsumstörungen als primärer Behandlungsanlass („Hauptdiagnose“) erbracht (siehe Abbildung 1). Für STR gilt dies in 2 von 3 Fällen. Störungen in Folge des Konsums von Sedativa / Hypnotika bzw. Tabak finden sich in TAR und STR jeweils nur selten als Behandlungsanlass.

Den zweit- und dritthäufigsten Anlass für die Inanspruchnahme von **TAR** bilden Stimulanzien bzw. Cannabinoidkonsumstörungen, auf die jeweils etwa eine von 15 Behandlungen entfällt. Von den übrigen Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen spielen insbesondere Multipler Substanzgebrauch (einschließlich Störungen infolge des Konsums nicht separat klassifizierter, anderer psychotroper Substanzen) und Kokainkonsumstörungen, aufgrund derer eine von 20 bzw. eine von 25 TARs erfolgt, eine nennenswerte Rolle.

Unter Behandelten der **STR** zeigt sich eine leicht veränderte Rangreihe: Hier stehen Behandlungen aufgrund von Cannabinoidkonsumstörungen mit einem von 10 Fällen gefolgt von Behandlungen aufgrund von Multiplen Substanzgebrauch (einschließlich Störungen infolge des Konsums nicht separat klassifizierter, anderer psychotroper Substanzen) mit einem von 11 Fällen an zweiter und dritter Stelle. Eine gewisse quantitative Bedeutung haben zudem Stimulanzienkonsumstörungen, auf die eine von 18 STRs entfällt, sowie Opioid- bzw. Kokainkonsumstörungen, die in jeweils einem von 25 Fällen den Anlass der STR bilden.



And. Psychotr. Subst. = Andere Psychotrope Substanzen; TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,6 %); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 1,2 %).

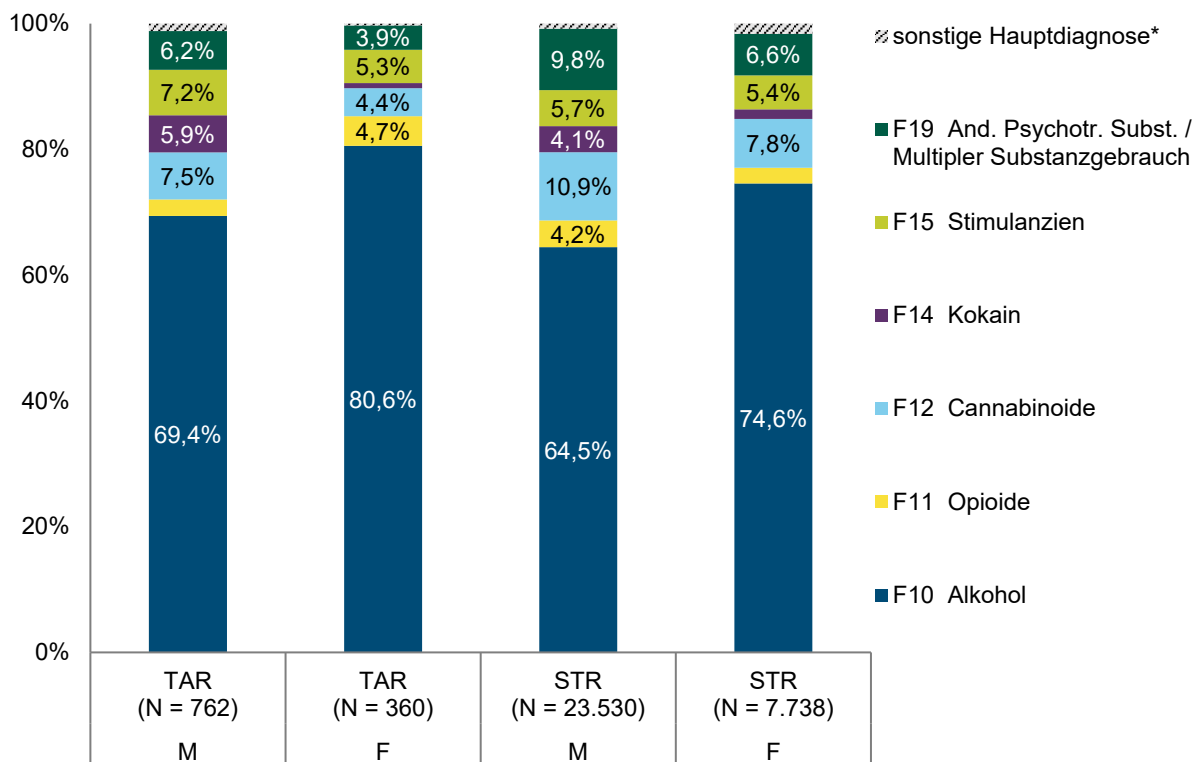
Abbildung 1: Verteilung der Hauptdiagnosen in TAR und STR

Etwa 7 von 10 **Männern**, die **TAR** in Anspruch nehmen, tun dies aufgrund von Alkoholkonsumstörungen (siehe Abbildung 2). An zweiter und dritter Stelle des Häufigkeitsrankings stehen Stimulanzien- und Cannabinoidkonsumstörungen, auf die eine von 13 bzw. eine von 14 Behandlungen entfällt. In jeweils etwa einem von 17 Fällen bilden Multipler Substanzgebrauch oder Kokainkonsumstörungen den Behandlungsanlass. Andere Substanzkonsumstörungen sind bei Männern nur vereinzelt als Grund für eine TAR dokumentiert.

Bei **Frauen** bilden Alkoholkonsumstörungen in 4 von 5 Fällen den Anlass für eine **TAR**. Jeweils etwa eine von 20 Behandlungen erfolgt im Zuge von Stimulanzien- bzw. Opioidkonsumstörungen. In jeweils etwa einem von 25 Fällen sind Cannabinoidkonsumstörungen oder Multipler Substanzgebrauch der Behandlungsanlass. Aufgrund anderer als der genannten Substanzkonsumstörungen nehmen Frauen nur vereinzelt TAR in Anspruch.

STR erfolgt bei **Männern** in etwa 2 von 3 Fällen aufgrund von Alkoholkonsumstörungen. Der zweit- und dritthäufigste Behandlungsanlass sind mit einem von 9 Fällen Cannabinoidkonsumstörungen bzw. mit einem von 10 Fällen Multipler Substanzgebrauch. Etwa eine von 17 Behandlungen erfolgt aufgrund von Stimulanzienkonsumstörungen und jeweils etwa eine von 25 Behandlungen aufgrund von Kokain- bzw. Opioidkonsumstörungen. Aufgrund anderer als der genannten Substanzkonsumstörungen erhalten Männer nur in Einzelfällen eine STR.

Bei **Frauen** erfolgen 3 von 4 **STRs** aufgrund von Alkoholkonsumstörungen. In einem von 13 Fällen bilden Cannabinoidkonsumstörungen den Behandlungsanlass und in einem von 15 Fällen Multipler Substanzgebrauch. Zudem nimmt etwa eine von 20 behandelten Frauen STR aufgrund von Stimulanzienkonsumstörungen in Anspruch. Andere als die genannten Substanzkonsumstörungen werden für Frauen nur in Einzelfällen als Grund für eine STR dokumentiert.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,6 %); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 1,2 %).

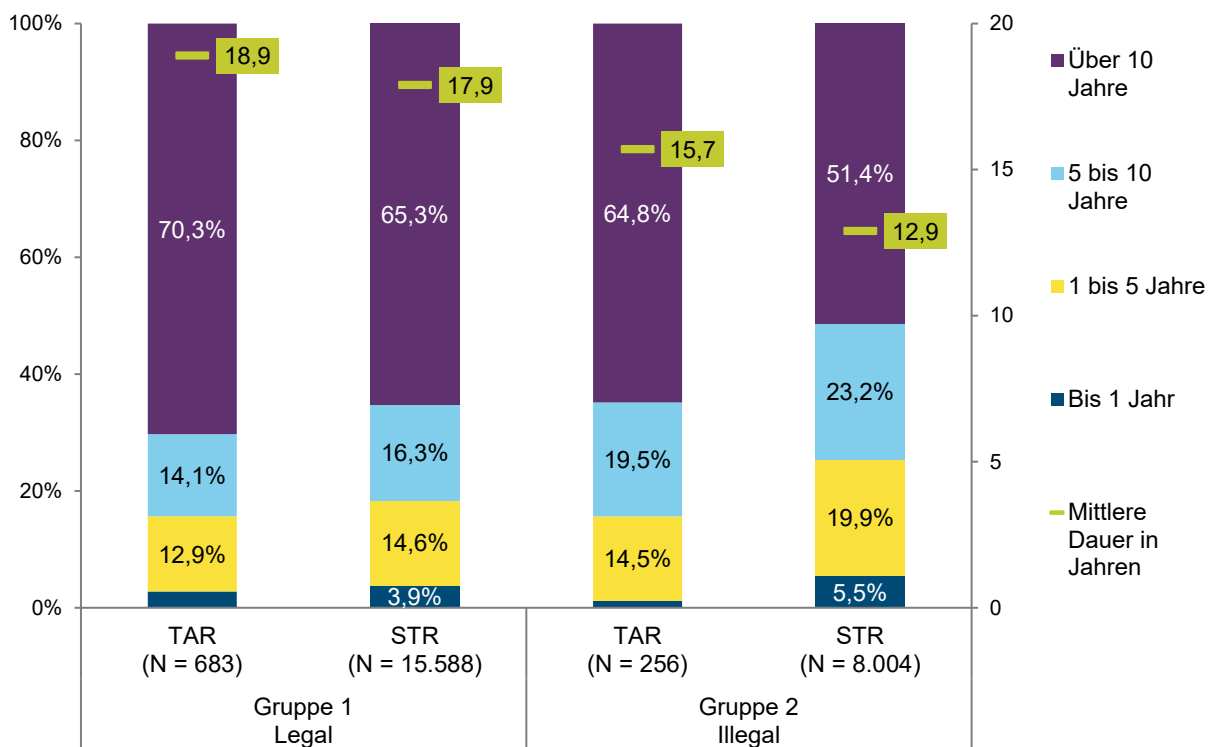
* F13 Sedativa / Hypnotika, F16 Halluzinogene, F17 Tabak, F18 Flüchtige Lösungsmittel.
And. Psychotr. Subst. = Andere Psychotrope Substanzen; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 2: Geschlechterspezifische Verteilung der Hauptdiagnosen

Störungsdauer zu Beginn der aktuellen Behandlung

Zwischen Störungsbeginn und Initiierung der aktuellen **TAR** liegen in **Gruppe 1** durchschnittlich 19 Jahre und in **Gruppe 2** durchschnittlich 16 Jahre (siehe Abbildung 3). Im Falle von **STR** belaufen sich die entsprechenden Werte auf im Mittel 18 Jahre in **Gruppe 1** und auf im Mittel 13 Jahre in **Gruppe 2**.

Im Bereich der **TAR** weisen etwa 14 von 20 Personen aus **Gruppe 1** eine Störungsdauer von über 10 Jahren auf. Bei einem Sechstel beläuft sich die Störungsdauer auf 5 bis 10 Jahre und bei etwa einem Achtel auf 1 bis 5 Jahre. In **TAR** behandelte Personen aus **Gruppe 2** weisen in 13 von 20 Fällen eine Störungsdauer von über 10 Jahren und in 4 von 20 Fällen eine Störungsdauer von 5 bis 10 Jahren auf. Bei etwa einem Siebtel ist eine Störungsdauer von 1 bis 5 Jahren verzeichnet. Störungsdauern von unter einem Jahr spielen für TAR keine Rolle.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: keine Angaben); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 174 Einrichtungen; unbekannt: keine Angaben).

Abbildung 3: Störungsdauer bis zum Beginn der aktuellen Behandlungsepisode

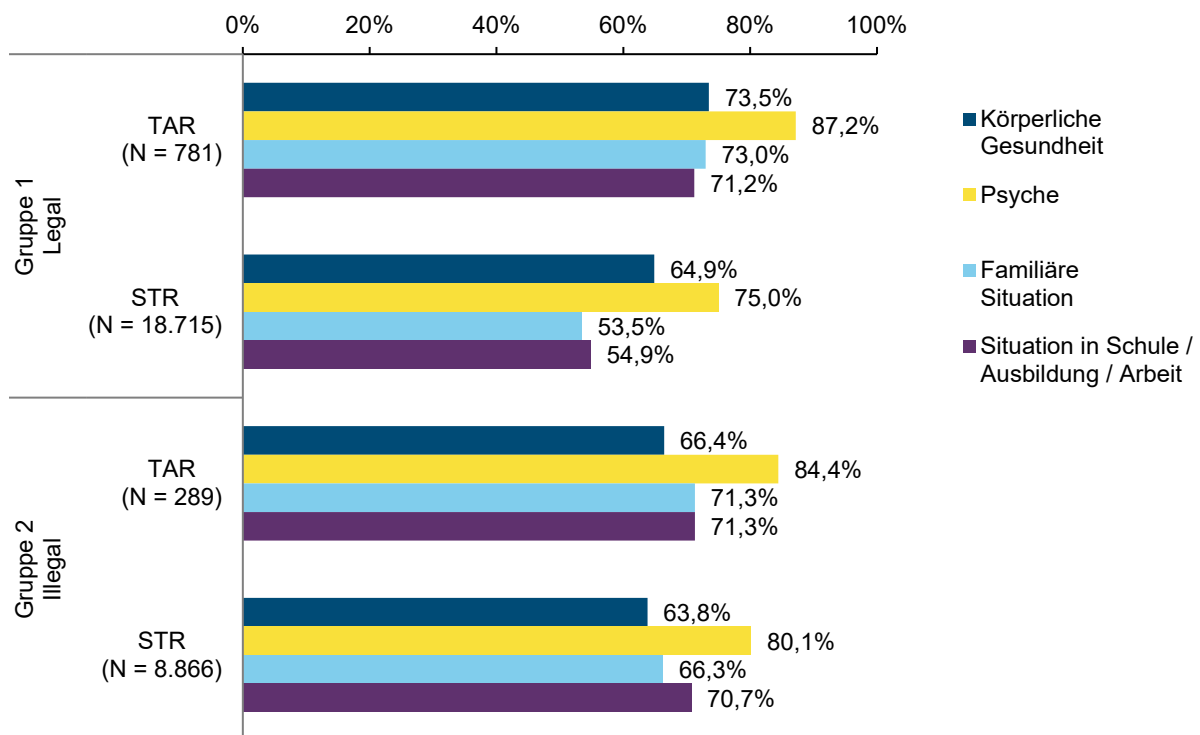
Im Bereich der **STR** ist für 13 von 20 Personen aus **Gruppe 1** eine Störungsdauer von über 10 Jahren dokumentiert. Eine Störungsdauer von 5 bis 10 Jahren findet sich bei einem Sechstel und eine Störungsdauer von 1 bis 5 Jahren bei einem Siebtel der Behandelten. In **STR** behandelte Personen aus **Gruppe 2**, weisen in 10 von 20 Fällen eine Störungsdauer von über 10 Jahren auf. Eine Störungsdauer von 5 bis 10 Jahren findet sich bei 5 von 20 Personen und eine Störungsdauer von 1 bis 5 Jahren bei 4 von 20 Personen.

STR erfolgt in Gruppe 1 in einem von 25 Fällen und in Gruppe 2 in einem von 18 Fällen bei Personen mit einer Störungsdauer von unter einem Jahr.

Damit finden sich sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 in TAR signifikant seltener Personen mit Störungsdauern von 1 bis 5 Jahren bzw. von 5 bis 10 Jahren und signifikant häufiger Personen mit Störungsdauern von über 10 Jahren als in STR (jeweils mit $p < 0,001$).

Häufigste Problembereiche

In allen 4 betrachteten Gruppen ist – neben der Suchtproblematik – die „Psyche“ der am häufigsten genannte Problembereich (siehe Abbildung 4). Im Bereich der **TAR** sind psychische Probleme sowohl in **Gruppe 1** als auch in **Gruppe 2** in jeweils rund 17 von 20 Fällen erfasst im Bereich der **STR** werden für 15 von 20 Personen aus **Gruppe 1** bzw. für 16 von 20 Personen aus **Gruppe 2** psychische Probleme dokumentiert.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 1,5); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 170 Einrichtungen; unbekannt: 3,7). Mehrfachnennungen möglich.

Abbildung 4: Häufigste Problembereiche zu Beginn der Behandlung

Bei Personen aus **Gruppe 1**, die **TAR** in Anspruch nehmen, sind in jeweils 14 bis 15 von 20 Fällen Probleme in den Bereichen „Körperliche Gesundheit“, „Familiäre Situation“ und „Situation in Schule / Ausbildung / Arbeit“ bekannt. Bei Personen aus Gruppe 1, die **STR** in Anspruch nehmen, wird die „Körperliche Gesundheit“ bei gut 13 von 20 Behandelten als problembehaftet eingestuft. Probleme in den Bereichen „Familiäre Situation“ bzw. „Situation in Schule/Ausbildung/Arbeit“ sind hier in jeweils knapp 11 von 20 Fällen erfasst.

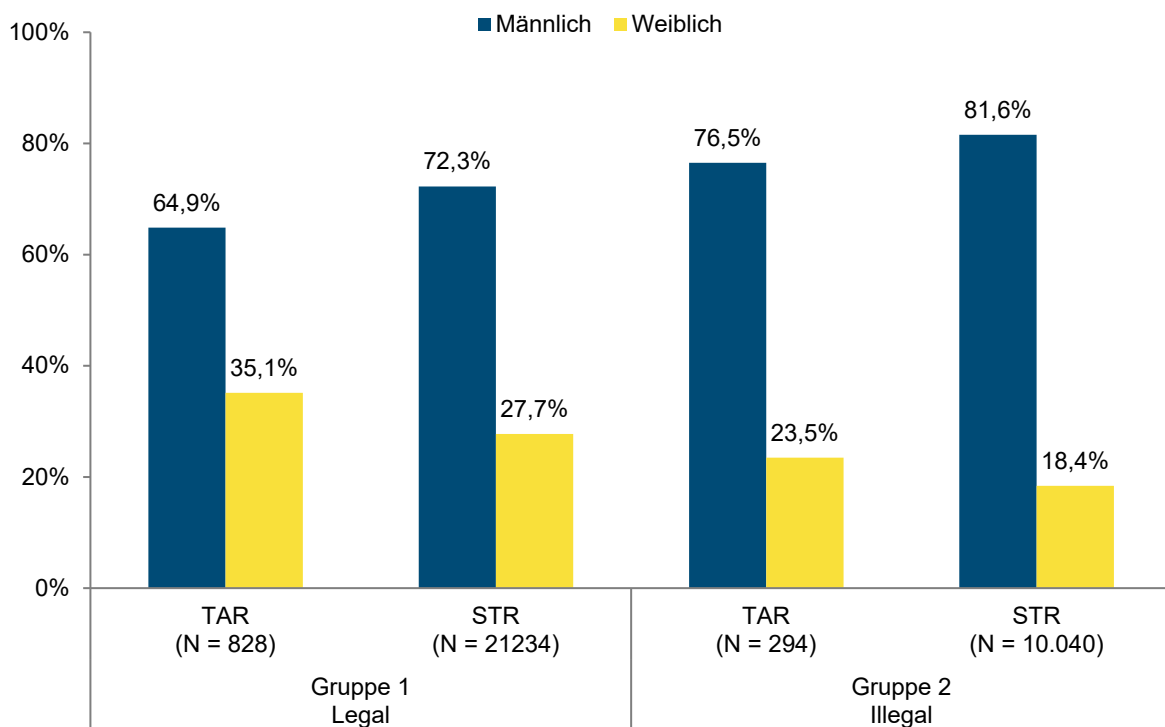
Bei Personen aus **Gruppe 2**, die **TAR** oder **STR** erhalten, sind bei jeweils 14 von 20 Behandelten Probleme hinsichtlich der „Situation in Schule / Ausbildung / Arbeit“ und bei jeweils gut bzw. knapp 13 von 20 Behandelten Probleme im Bereich „Körperliche Gesundheit“ dokumentiert. Die „Familiäre Situation“ wird bei 14 von 20 Personen, die eine TAR erhalten, bzw. bei gut 13 von 20 Personen, die eine STR erhalten, als problematisch eingestuft.

In Gruppe 1 werden damit alle betrachteten Problembereiche in TAR signifikant häufiger dokumentiert als in STR (jeweils mit $p < 0,001$). In Gruppe 2 werden alle genannten Bereiche in TAR und STR jeweils ähnlich häufig als problembehaftet eingestuft.

3.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel

Geschlecht

In TAR und STR werden überwiegend Männer behandelt (siehe Abbildung 5). Im Bereich der **TAR** betreffen 13 von 20 Behandlungen in **Gruppe 1** Männer, in **Gruppe 2** sind es 15 von 20 Behandlungen. Im Bereich der **STR** sind gut 14 von 20 behandelten Personen aus **Gruppe 1** bzw. gut 16 von 20 behandelten Personen aus **Gruppe 2** männlich. In Gruppe 1 ist der Männeranteil in TAR damit signifikant geringer als in STR ($p = 0,006$). In Gruppe 2 werden in TAR und STR anteilmäßig ähnlich viele Männer behandelt.



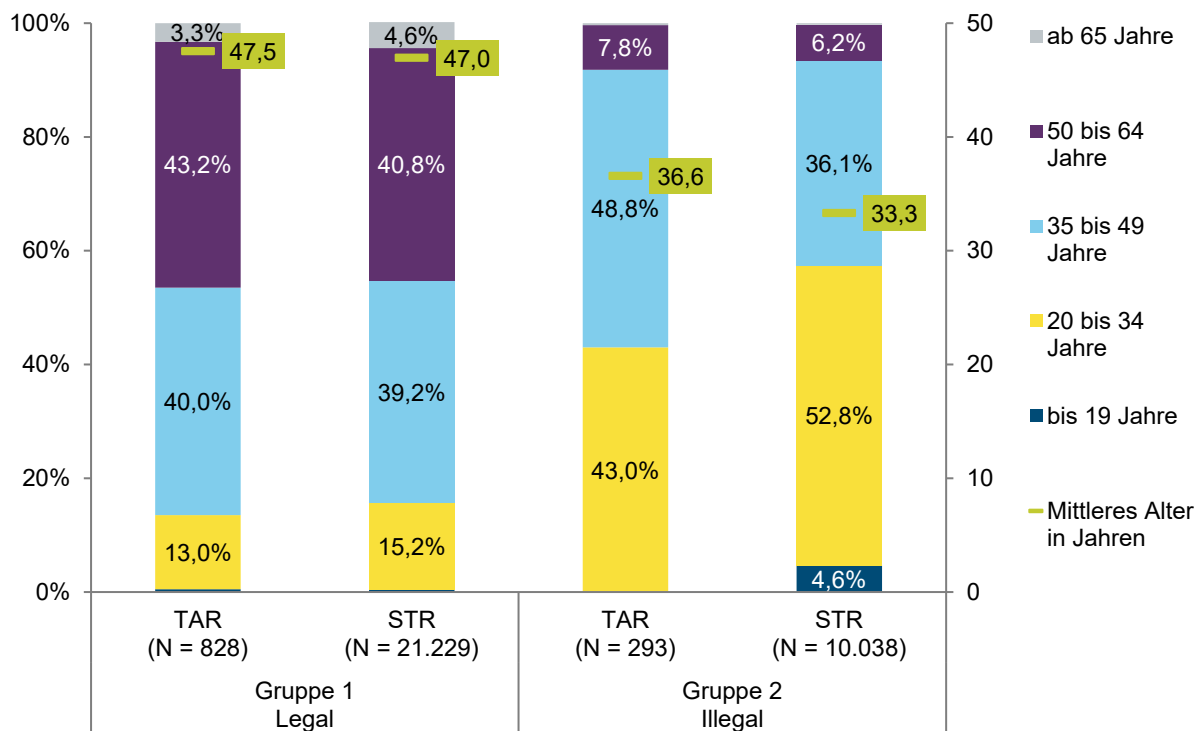
TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,6); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 1,2).

Abbildung 5: Geschlechterverteilung der Behandelten

Alter

Das Durchschnittsalter von Personen aus **Gruppe 1**, die **TAR** oder **STR** in Anspruch nehmen ist mit 47,5 bzw. 47,0 Jahren ähnlich hoch (siehe Abbildung 6). Für Behandelte aus **Gruppe 2** liegt der Altersdurchschnitt in **TAR** mit 36,6 Jahren über drei Jahre höher als in **STR** mit 33,3 Jahren.

Im Bereich der **TAR** betreffen 9 von 20 Behandlungen in **Gruppe 1** Personen aus der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre, 8 von 20 Behandlungen Personen aus der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre und knapp 3 von 20 Behandlungen Personen aus der Altersgruppe 20 bis 34 Jahre. Etwa 3 von 100 Behandelten sind mindestens 65 Jahre alt, Personen unter 20 Jahren finden sich nur vereinzelt. In **Gruppe 2** erfolgt **TAR** in knapp 10 von 20 Fällen bei Personen aus der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre und in knapp 9 von 20 Fällen bei Personen aus der Altersgruppe 20 bis 34 Jahre. Etwa eine von 13 Behandlungen betrifft Personen aus der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre. Behandlungen bei Personen unter 20 und ab 65 Jahre sind nicht dokumentiert.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,7%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 1,2%).

Abbildung 6: Altersverteilung der Behandelten

In **Gruppe 1** entfallen jeweils 8 von 20 **STRs** auf Personen aus der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre bzw. auf Personen aus der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre. Etwa 3 von 20 Behandelten gehören zur Altersgruppe 20 bis 34 Jahre und etwa einer von 20 Behandelten zur Altersgruppe ab 65 Jahren. Personen unter 20 Jahren werden nur vereinzelt behandelt. In **Gruppe 2** erfolgt **STR** in knapp 11 von 20 Fällen bei Personen aus der Altersgruppe 20 bis 34 Jahre. Gut 7 von 20 Behandlungen entfallen auf die

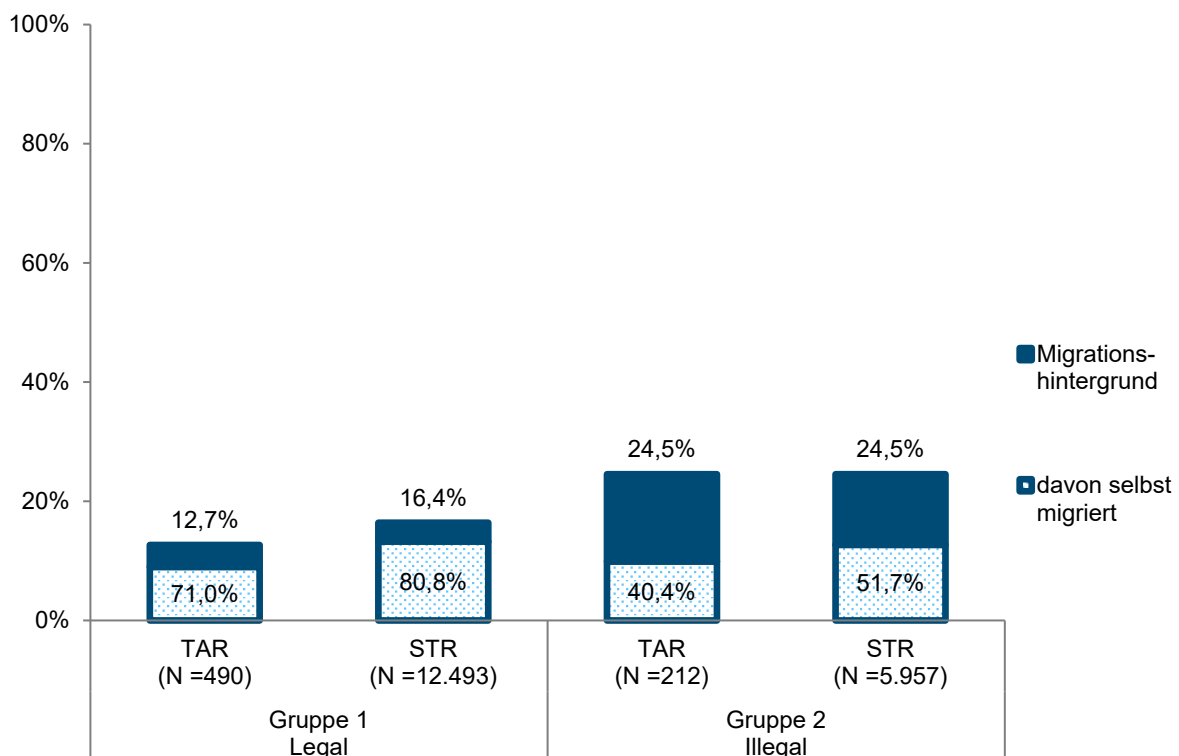
Altersgruppe 35 bis 49 Jahre und etwa eine von 20 Behandlungen auf die Altersgruppe bis 19 Jahre. Etwa eine von 12 behandelten Personen ist mindestens 65 Jahre alt.

In Gruppe 1 ähnelt sich die Altersverteilung der in TAR bzw. STR behandelten Personen stark. Lediglich die Altersgruppe ab 65 Jahren ist in TAR signifikant schwächer vertreten als in STR ($p = 0,038$), weitere Unterschiede bestehen nicht. In Gruppe 2 bestehen signifikante Unterschiede dahingehend, dass in TAR signifikant seltener Personen aus der Altersgruppe 20 bis 34 Jahre ($p = 0,001$) und signifikant häufiger Personen aus der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre ($p < 0,001$) behandelt werden als in STR. Zudem finden nur in STR in nennenswertem Umfang Behandlungen in der Altersgruppe bis 19 Jahre statt.

Migrationshintergrund

Im Bereich der **TAR** hat ein Achtel der Personen aus **Gruppe 1** bzw. ein Viertel der Personen aus **Gruppe 2** einen Migrationshintergrund (siehe Abbildung 7). Im Bereich der **STR** ist der entsprechende Anteil in **Gruppe 1** mit einem Sechstel höher als im Bereich der TAR ($p < 0,001$), in **Gruppe 2** ist er mit ebenfalls einem Viertel ähnlich hoch.

Personen mit Migrationshintergrund aus **Gruppe 1**, die eine **TAR** erhalten, verfügen in 7 von 10 Fällen über eine eigene Migrationserfahrung und Personen mit Migrationshintergrund aus **Gruppe 2** in 4 von 10 Fällen. Personen mit Migrationshintergrund, aus **Gruppe 1**, die eine **STR** in Anspruch nehmen, sind in 8 von 10 Fällen selbst migriert, Personen aus **Gruppe 2** in 5 von 10 Fällen.



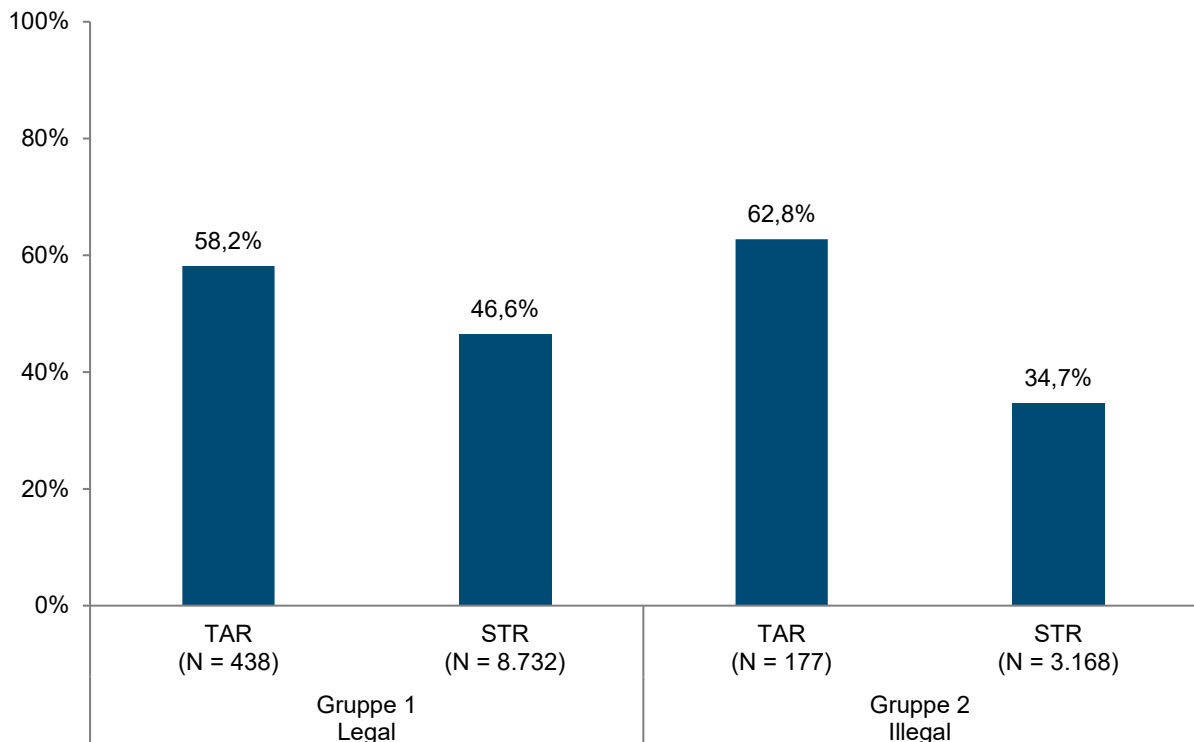
TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 14 Einrichtungen; unbekannt: 11,7%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 133 Einrichtungen; unbekannt: 8,4%).

Abbildung 7: Migrationshintergrund

Damit finden sich unter in TAR behandelten Personen mit Migrationshintergrund sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 signifikant seltener selbst migrierte Personen als unter in STR behandelten Personen mit Migrationshintergrund (jeweils mit $p < 0,001$).

Partnerschaft

Im Bereich der **TAR** leben jeweils etwa 12 von 20 Personen aus **Gruppe 1** bzw. **Gruppe 2** in einer Partnerschaft (siehe Abbildung 8). Im Bereich der **STR** gilt dies für 9 von 20 aus **Gruppe 1** bzw. für 7 von 20 Behandelten aus **Gruppe 2**. Damit leben Personen aus Gruppe 1 und Gruppe 2, die in TAR behandelt werden, jeweils signifikant häufiger in einer Partnerschaft als ihre in STR behandelten Pendanten (jeweils mit $p < 0,001$).



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 4,7%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 168 Einrichtungen; unbekannt: 7,6%).

Abbildung 8: Anteil in Partnerschaft

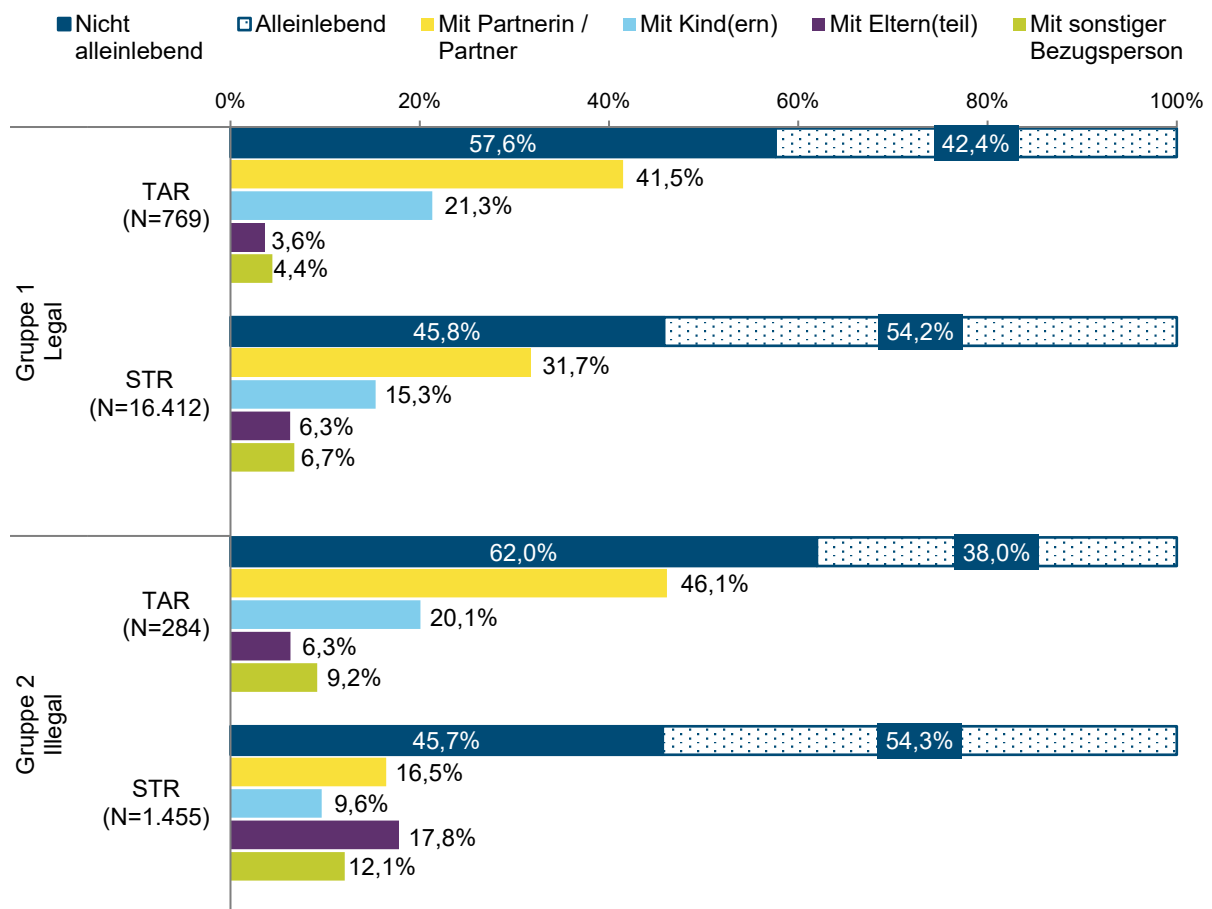
Lebenssituation

Gut bzw. knapp 8 von 20 Personen aus **Gruppe 1** bzw. **Gruppe 2**, die eine **TAR** erhalten, leben allein (siehe Abbildung 9). Im Bereich der **STR** gilt dies für jeweils etwa 11 von 20 Behandelten aus **Gruppe 1** bzw. **Gruppe 2**. Damit ist sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 das Alleinleben unter Personen mit TAR seltener als unter Personen mit STR (jeweils mit $p < 0,001$).

In **Gruppe 1** leben etwa 8 von 20 Personen, die **TAR** in Anspruch nehmen, mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen und etwa 4 von 20 mit mindestens einem Kind. Jeweils etwa einer von 25 Fällen betrifft Personen, die bei den Eltern bzw. bei sonstigen Bezugspersonen leben. Personen aus **Gruppe 2**, die in **TAR** behandelt werden, leben in 9 von 20 Fällen mit

ihrem Partner oder ihrer Partnerin und in 4 von 20 Fällen mit mindestens einem Kind zusammen. Knapp 2 von 20 Fällen betreffen Personen, die bei sonstigen Bezugspersonen leben, und etwa einer von 15 Fällen Personen, die bei den Eltern leben.

Im Bereich der **STR** leben in **Gruppe 1** etwa 6 von 20 Personen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen und etwa 3 von 20 Personen mit mindestens einem Kind. Jeweils etwa einer von 15 Fällen betrifft Personen, die bei den eigenen Eltern bzw. bei sonstigen Bezugspersonen leben. In **Gruppe 2** entfällt jeweils etwa ein Sechstel der **STRs** auf Personen, die mit dem Partner oder der Partnerin bzw. mit den Eltern zusammenleben. Etwa eine von 8 behandelten Personen lebt bei sonstigen Bezugspersonen und etwa eine von 10 behandelten Personen lebt mit mindestens einem Kind zusammen.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 8,0%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 159 Einrichtungen; unbekannt: 22,7%). Mehrfachnennungen für nicht alleinlebende möglich.

Abbildung 9: Lebenssituation

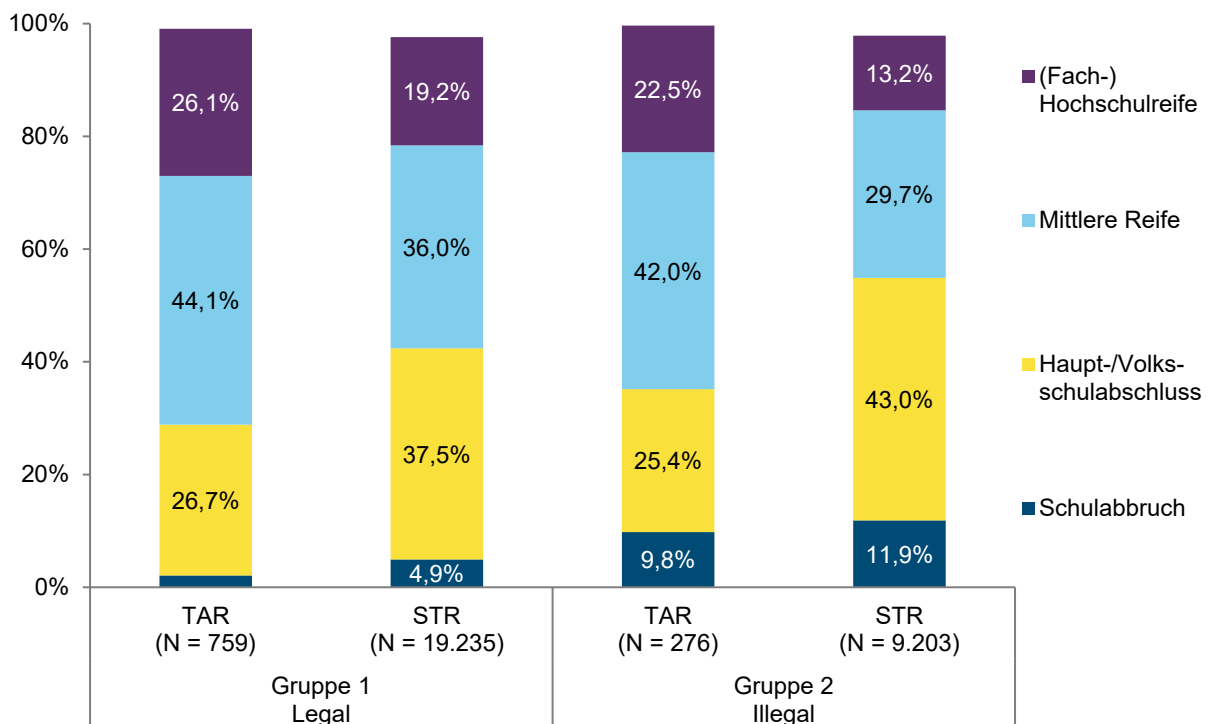
Damit ist in Gruppe 1 ein Zusammenleben mit dem Partner oder der Partnerin bzw. mit Kindern in TAR signifikant häufiger als in STR (jeweils mit $p < 0,001$), umgekehrt findet sich ein Wohnen bei den Eltern signifikant seltener ($p = 0,024$). In Gruppe 2 unterscheidet sich die Lebenssituation nur im Hinblick auf das Zusammenleben mit einem Partner bzw. einer Partnerin. Diese Konstellation ist in TAR signifikant häufiger als in STR ($p < 0,001$).

Schulische Bildung

In **TAR** bilden Personen mit Mittlerer Reife die jeweils größte Gruppe (siehe Abbildung 10). Einen entsprechenden Schulabschluss haben knapp 9 von 20 Behandelten aus Gruppe 1 bzw. gut 8 von 20 Behandelten aus Gruppe 2. In **Gruppe 1** haben darüber hinaus jeweils gut 5 von 20 Behandelten einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss oder die (Fach-)Hochschulreife erworben. Schulabbrüche gibt es nur vereinzelt. In **Gruppe 2** verfügen 5 von 20 Personen über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und gut 4 von 20 Personen über die (Fach-)Hochschulreife. Zugleich haben 2 von 20 Behandelten die Schule ohne Abschluss verlassen.

In der **STR** überwiegt mit gut 7 von 20 Fällen in Gruppe 1 bzw. mit 9 von 20 Fällen in Gruppe 2 ein Haupt- bzw. Volksschulabschluss. In **Gruppe 1** erfolgen zudem gut 7 von 20 Behandlungen bei Personen mit Mittlerer Reife und knapp 4 von 20 Behandlungen bei Personen mit (Fach-)Hochschulreife. Etwa eine von 20 behandelten Personen hat die Schule ohne Abschluss verlassen. In **Gruppe 2** haben 6 von 20 behandelten Personen die Mittlere Reife und knapp 3 von 20 behandelten Personen die (Fach-)Hochschulreife erworben. Ein Schulabbruch ist bei gut 2 von 20 Behandelten dokumentiert.

In allen 4 Gruppen finden sich nur vereinzelt Personen, die aktuell die Schule besuchen bzw. einen Sonstigen Schulabschluss erworben haben.



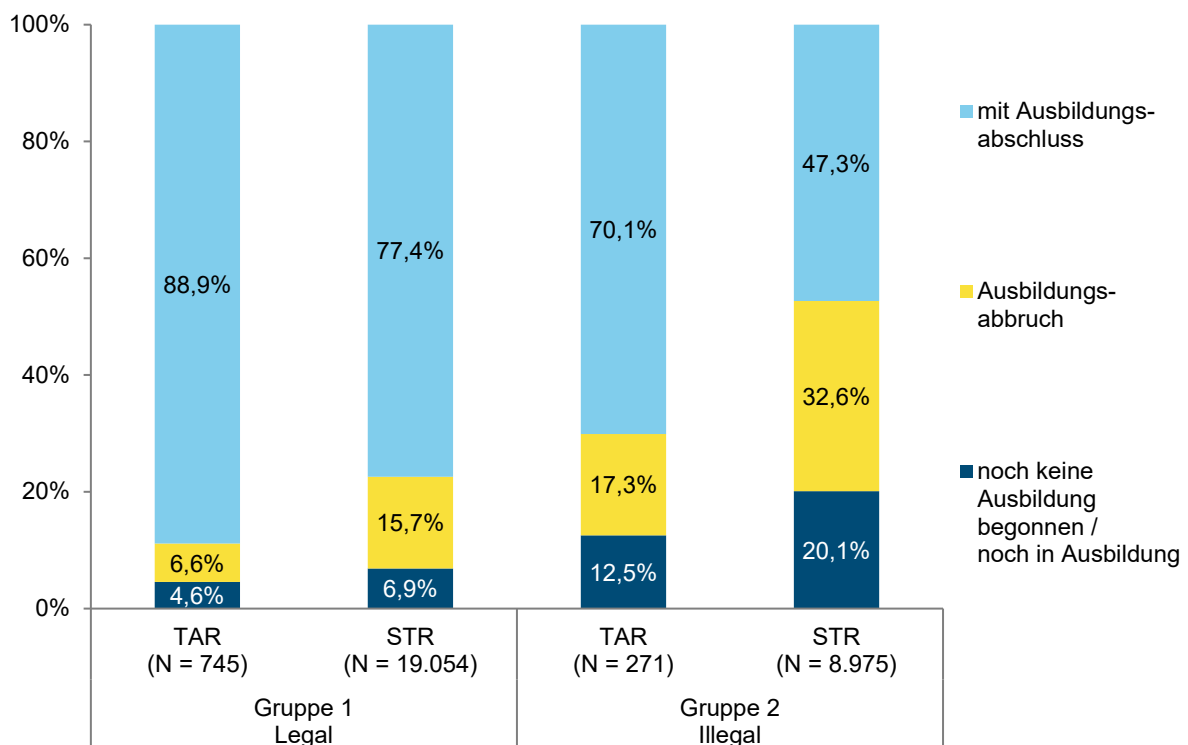
TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 4,8%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 170 Einrichtungen; unbekannt: 6,1%).

Abbildung 10: Schulische Bildung

Damit erfolgt TAR sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 signifikant häufiger bei Personen mit Mittlerer Reife bzw. mit (Fach-)Hochschulreife und signifikant seltener bei Personen mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss als STR (jeweils mit $p < 0,001$). Ein Schulabbruch ist bei TAR nur in Gruppe 1 signifikant seltener als in STR ($p < 0,001$), in Gruppe 2 aber ähnlich häufig.

Beruflicher Ausbildungsabschluss

In **TAR** behandelte Personen verfügen mehrheitlich über einen beruflichen oder akademischen Ausbildungsabschluss: Dies gilt in **Gruppe 1** für 18 von 20 Behandelten und in **Gruppe 2** für 14 von 20 Behandelten (siehe Abbildung 11). Zudem hat eine von 15 Personen aus Gruppe 1 bzw. eine von 6 Personen aus Gruppe 2 eine bereits begonnene berufliche oder akademische Ausbildung abgebrochen. Aus anderen Gründen ohne beruflichen bzw. akademischen Ausbildungsabschluss (laufende Ausbildung, kein Ausbildungsverhältnis begonnen) ist eine von 20 Personen aus Gruppe 1 bzw. eine von 8 Personen aus Gruppe 2.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 6,6%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 169 Einrichtungen; unbekannt: 7,1%).

Abbildung 11: Beruflicher Ausbildungsabschluss

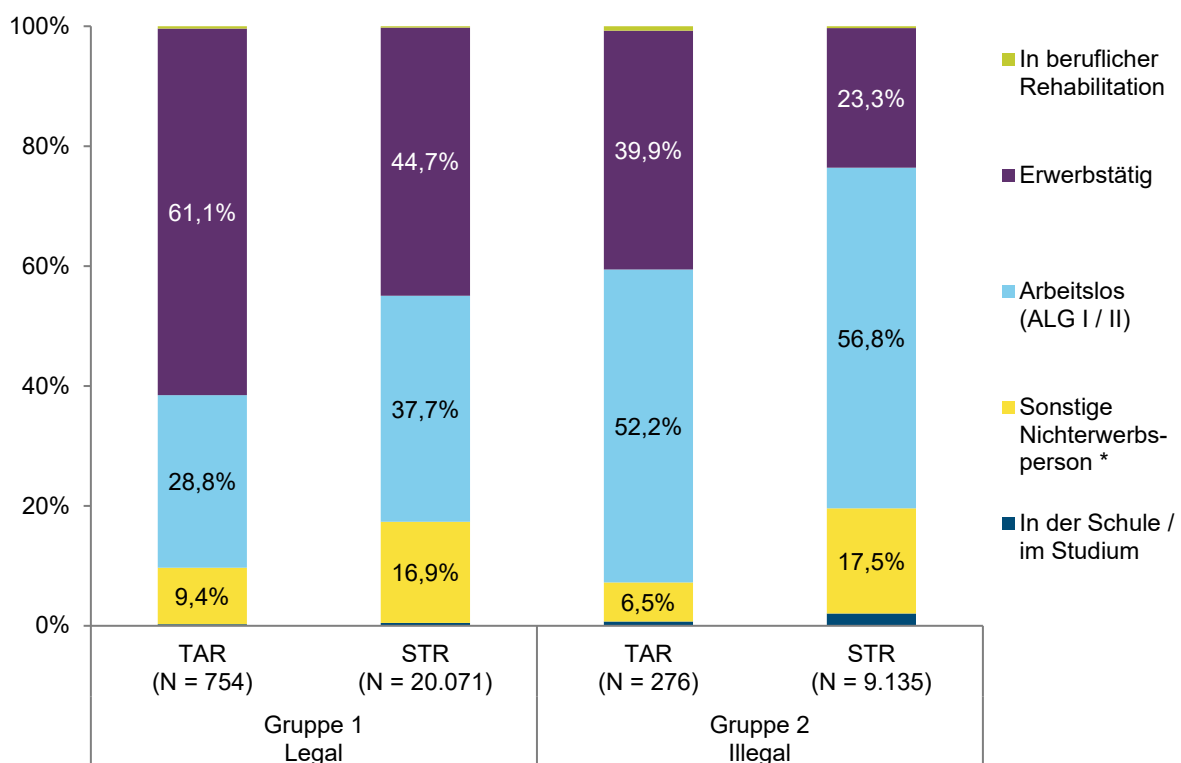
Personen aus **Gruppe 1**, die eine **STR** durchlaufen, haben in 15 von 20 Fällen eine abgeschlossene berufliche oder akademische Ausbildung und in einem von 6 Fällen wurde eine bereits begonnene berufliche oder akademische Ausbildung nicht beendet. In **Gruppe 2** haben gut 9 von 20 Behandelten eine abgeschlossene berufliche oder akademische Ausbildung und gut 6 von 20 Behandelten haben eine bereits begonnene berufliche oder

akademische Ausbildung abgebrochen. Aus anderen Gründen ohne beruflichen oder akademischen Ausbildungsabschluss (laufende Ausbildung, kein Ausbildungsverhältnis angetreten) ist eine von 15 Personen aus Gruppe 1. In Gruppe 2 gilt dies für 4 von 20 Behandelten.

Damit ist der Anteil an Behandelten mit Ausbildungsabschluss in TAR sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 signifikant höher als in STR, zeitgleich ist der Anteil an Behandelten mit abgebrochener Ausbildung signifikant geringer (jeweils $p < 0,001$). Sowohl in Gruppe 1 ($p = 0,014$) als auch in Gruppe 2 ($p = 0,002$) ist der Anteil an Personen, die noch keine Ausbildung begonnen haben bzw. sich in einer laufenden Ausbildung befinden, in TAR geringer als in STR.

Erwerbsstatus

Personen aus **Gruppe 1**, die **TAR** in Anspruch nehmen, sind in 12 von 20 Fällen erwerbstätig und in 6 von 20 Fällen arbeitslos gemeldet (siehe Abbildung 12). Weitere knapp 2 von 20 Behandlungen betreffen Nicht-Erwerbspersonen (exklusive Personen in laufender schulischer oder akademischer Ausbildung). In **Gruppe 2** erfolgten knapp 8 von 20 Behandlungen bei erwerbstätigen Personen und gut 10 von 20 Behandlungen bei arbeitslosen Personen. Eine von 15 behandelten Personen gehört der Gruppe der Nichterwerbspersonen (exklusive Personen in laufender schulischer oder akademischer Ausbildung) an.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 5,3%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 169 Einrichtungen; unbekannt: 5,2%).

*Alle Nicht Erwerbspersonen, die sich nicht in einer laufenden schulischen oder akademischen Ausbildung befinden.

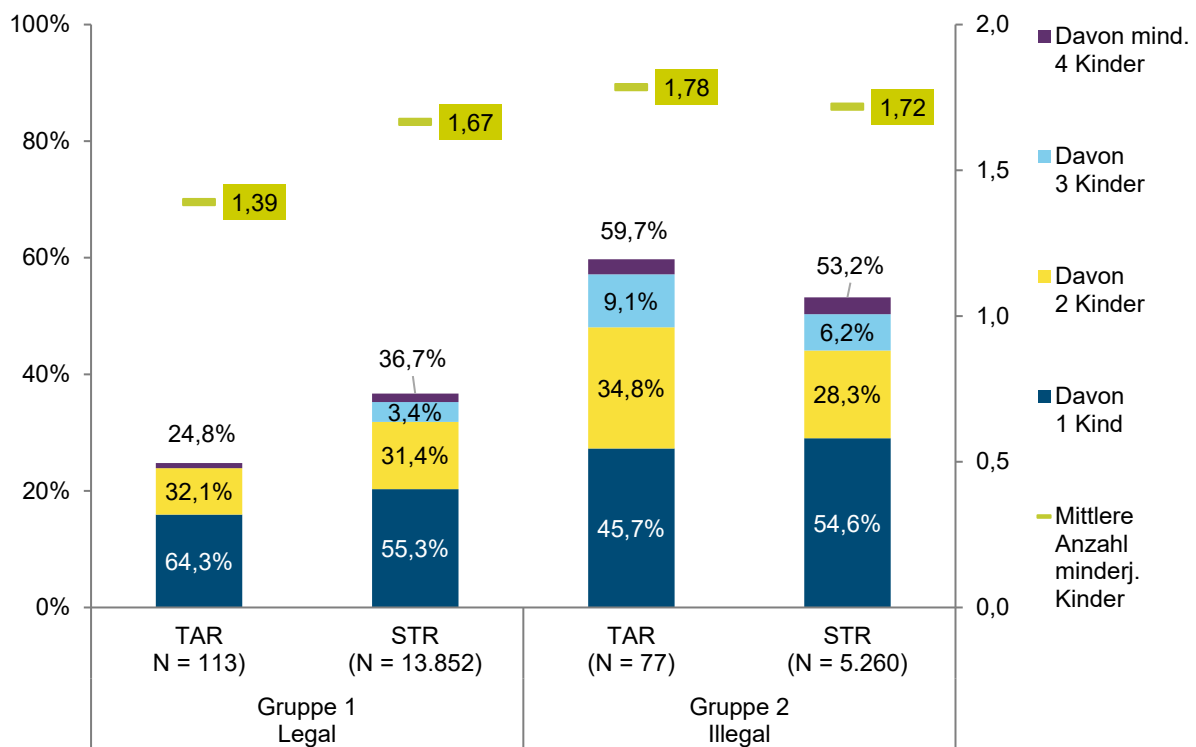
Abbildung 12: Erwerbsstatus am Tag vor Behandlungsbeginn

Im Bereich der **STR** sind 9 von 20 Personen aus **Gruppe 1** erwerbstätig. Knapp 8 von 20 Behandelten sind arbeitslos gemeldet und etwa ein Sechstel zählt zur Gruppe der Nicht-Erwerbspersonen (exklusive Personen in laufender schulischer oder akademischer Ausbildung). Behandelte aus **Gruppe 2** sind in 11 von 20 Fällen arbeitslos gemeldet und in knapp 5 von 20 Fällen erwerbstätig. Hier gehört gut ein Sechstel zur Gruppe der Nicht-Erwerbspersonen (exklusive Personen in laufender schulischer oder akademischer Ausbildung).

Behandelte, die sich zu Beginn der Maßnahme in einer laufenden schulischen bzw. akademischen Ausbildung oder in der beruflichen Rehabilitation befinden, sind in allen vier Gruppen die Ausnahme.

Insgesamt finden sich damit in TAR sowohl in Gruppe 1 als auch in Gruppe 2 seltener Arbeitslose und Nicht-Erwerbspersonen (exkl. Personen in schulischer oder akademischer Ausbildung) und häufiger Erwerbstätige als in STR (jeweils mit $p < 0,001$).

Elternschaft



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 4 Einrichtungen; unbekannt: 13,9%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 39,7%).

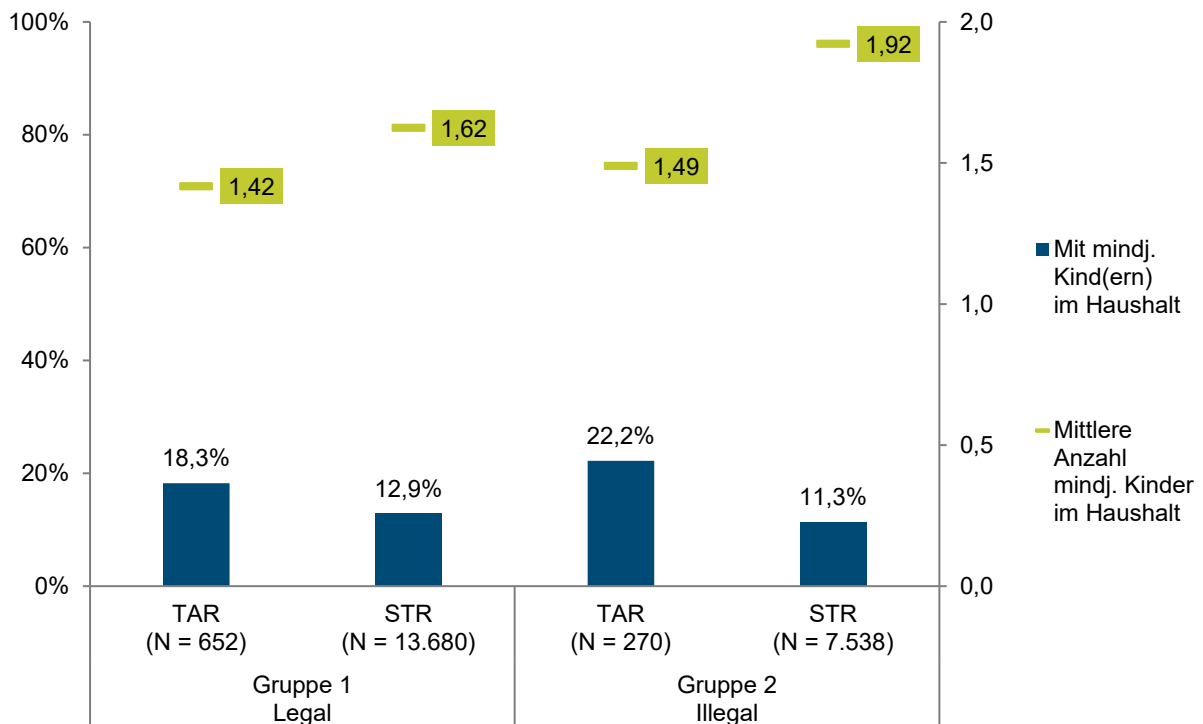
Abbildung 13: Elternschaft für minderjährige Kinder

Im Bereich der **TAR** (Achtung: geringe Anzahl an Einrichtungen für diesen Parameter) haben 5 von 20 Personen aus Gruppe 1 bzw. 12 von 20 Personen aus Gruppe 2 minderjährige Kinder (siehe Abbildung 13). Hierbei haben Eltern aus Gruppe 1 im Mittel 1,39 minderjährige Kinder und Eltern aus Gruppe 2 im Mittel 1,78 minderjährige Kinder. Etwa 13 von 20 Eltern minderjähriger Kinder aus **Gruppe 1** haben nur ein minderjähriges Kind, und etwa 7 von 20

Eltern haben 2 minderjährige Kinder. Eine Elternschaft für drei und mehr minderjährige Kinder ist nur vereinzelt dokumentiert. In **Gruppe 2** haben 9 von 20 Eltern ein minderjähriges Kind, etwa 7 von 20 Eltern 2 minderjährige Kinder und gut 2 von 20 Eltern mindestens 3 minderjährige Kinder.

Im Bereich der **STR** haben gut 7 von 20 behandelten Personen aus **Gruppe 1** und knapp 11 von 20 Personen aus **Gruppe 2** minderjährige Kinder. Eltern aus Gruppe 1 haben dabei im Mittel 1,67 minderjährige Kinder und Eltern aus Gruppe 2 im Mittel 1,72 minderjährige Kinder. Eltern aus Gruppe 1 haben ebenso wie Eltern aus Gruppe 2 in 11 von 20 Fällen ein minderjähriges Kind. In Gruppe 1 haben zudem 7 von 20 Eltern 2 minderjährige Kinder, in Gruppe 2 gilt dies für 6 von 20 Eltern. Mindestens 3 minderjährige Kinder finden sich einmal unter 20 Eltern der Gruppe 1 und knapp zweimal bei 20 Eltern aus Gruppe 2.

In TAR werden in Gruppe 1 anteilmäßig weniger Eltern minderjähriger Kinder behandelt als in STR ($p < 0,001$), in Gruppe 2 ist Elternschaft unter in TAR bzw. in STR behandelten Personen ähnlich häufig. Die Verteilung der Kinderzahl unter den in TAR bzw. STR behandelten Eltern minderjähriger Kinder unterscheidet sich nicht.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 17 Einrichtungen; unbekannt: 7,2%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 151 Einrichtungen; unbekannt: 10,0%).

Abbildung 14: Minderjährige Kinder im Haushalt

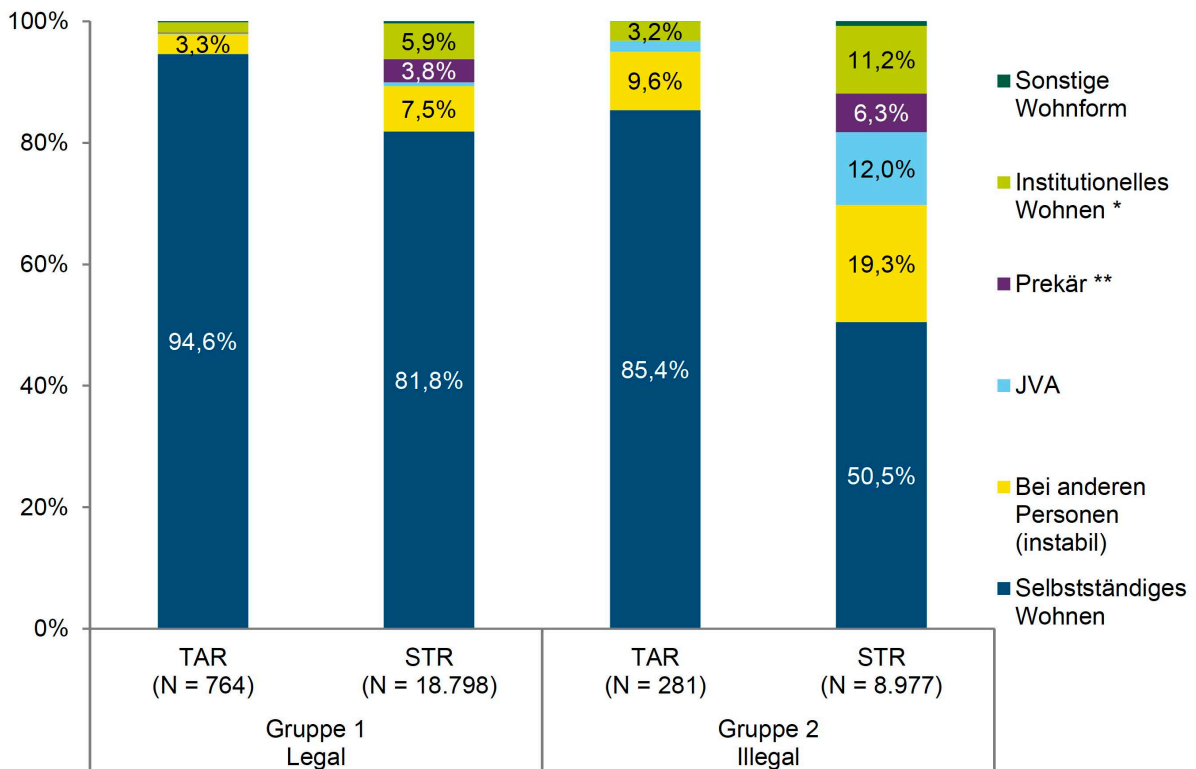
Mit minderjährigen (eigenen oder nicht-eigenen) Kindern in einem gemeinsamen Haushalt leben im Bereich der **TAR** jeweils knapp bzw. gut 4 von 20 Personen aus **Gruppe 1** und Gruppe 2 (siehe Abbildung 14). Im Bereich der **STR** gilt dies für jeweils etwa ein Achtel der Behandelten aus **Gruppe 1** und **Gruppe 2**. Damit leben in TAR behandelte Personen aus

Gruppe 1 und Gruppe 2 jeweils signifikant häufiger mit minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt als ihre in STR behandelten Pendanten ($p < 0,001$).

Falls in den Haushalten der Personen mit **TAR** minderjährige Kinder leben, sind es in **Gruppe 1** im Mittel 1,42 minderjährige Kinder und in **Gruppe 2** im Mittel 1,49 minderjährige Kinder. Bei Behandelten mit **STR** liegt dieser Wert in **Gruppe 1** bei 1,62 minderjährigen Kindern und in **Gruppe 2** bei 1,92 minderjährigen Kindern.

Wohnsituation

19 von 20 Personen aus **Gruppe 1**, die eine **TAR** erhalten, leben bei Behandlungsbeginn selbstständig (siehe Abbildung 15). Als weitere Wohnform spielt hier nur noch das (instabile) Wohnen bei anderen Personen eine erwähnenswerte Rolle. In **Gruppe 2** leben 17 von 20 in **TAR** behandelten Personen selbstständig und weitere 2 von 20 Personen instabil bei anderen Personen. Darüber sind hier auch institutionelle Wohnformen (Ambulant Betreutes Wohnen, (Fach-)Klinik bzw. Rehabilitationseinrichtung (Übergangs-)Wohnheim) noch von gewisser Relevanz.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 18 Einrichtungen; unbekannt: 3,9%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 108 Einrichtungen; unbekannt: 5,4%). JVA = Justizvollzugsanstalt.

* Ambulant betreutes Wohnen, (Übergangs-)Wohnheim, (Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung

** Notunterkunft / Übernachtungsstelle

Abbildung 15: Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn

Personen aus Gruppe 1, die **STR** erhalten, leben in 16 von 20 Fällen selbstständig, in Gruppe 2 gilt dies für 10 von 20 Behandelten. In **Gruppe 1** wohnt zudem eine von 13 behandelten Personen instabil bei anderen Personen, etwa eine von 17 Personen ist

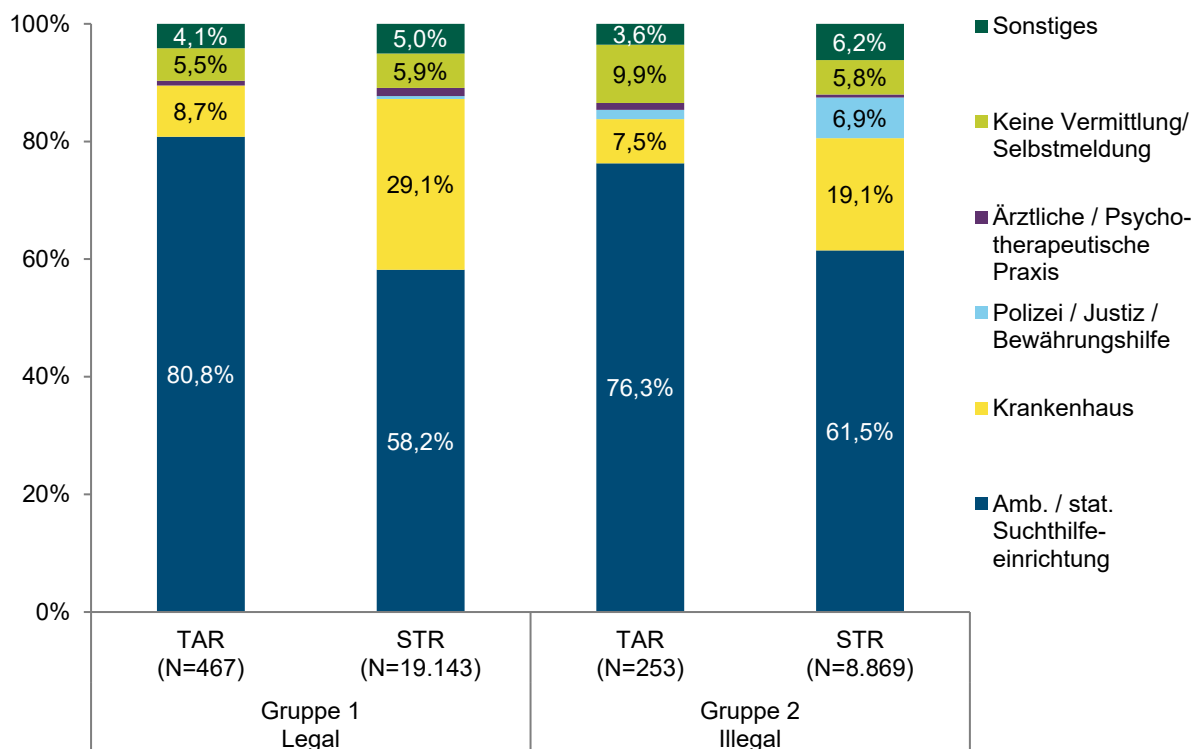
institutionell untergebracht und etwa eine von 25 Personen lebt bei Behandlungsbeginn in prekären Verhältnissen (Obdachlosigkeit, Notunterkünfte). In **Gruppe 2** leben bei Beginn der **STR** 4 von 20 Behandelten instabil bei anderen Personen und 2 von 20 Behandelten in institutionellen Wohnformen. Gut 2 von 20 Behandelten haben das letzte halbe Jahr vor Maßnahmenbeginn überwiegend im Justizvollzug verbracht und etwa eine von 15 behandelten Personen kommt aus prekären Wohnverhältnissen in die STR.

Somit leben Personen aus Gruppe 1 und Gruppe 2, die TAR erhalten, signifikant häufiger selbstständig und signifikant seltener instabil bei anderen Personen als Personen, die STR erhalten (jeweils mit $p < 0,001$). Das Auftreten anderer Wohnformen ist in TAR und STR ähnlich häufig.

3.3 Behandlungsbezogene Merkmale

Vermittlungsweg in die Behandlung

Die Vermittlung in **TAR** erfolgt für **Gruppe 1** in 16 von 20 Fällen bzw. für **Gruppe 2** in 15 von 20 Fällen über Einrichtungen der Suchthilfe (siehe Abbildung 16). Krankenhäuser vermitteln etwa eine von 12 Personen aus Gruppe 1 und etwa eine von 14 Personen aus Gruppe 2 in TAR. Über Selbstmeldung kommt jeweils etwa eine von 18 Personen aus Gruppe 1 und Gruppe 2 in die Behandlung. Weitere Zugangswege sind jeweils nur vereinzelt dokumentiert.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 17 Einrichtungen; unbekannt: 8,5%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 165 Einrichtungen; unbekannt: 4,9%).

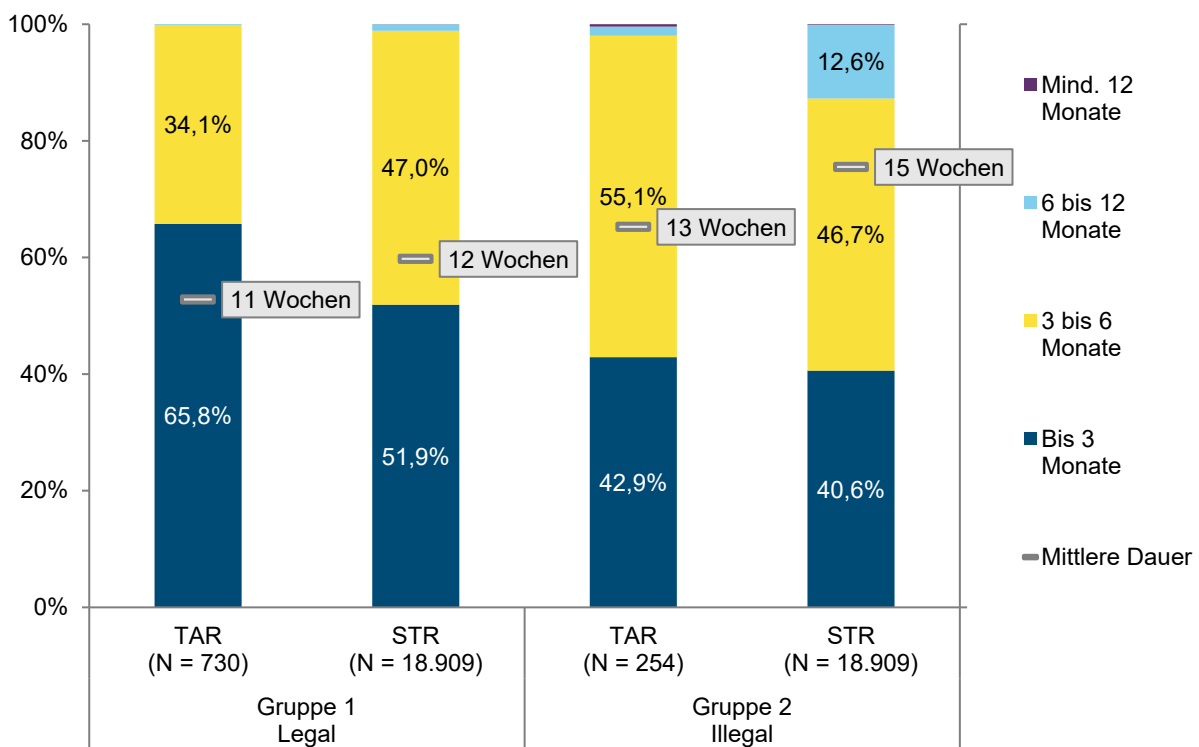
Abbildung 16: Zentrale Vermittlungswege in die Behandlung

Die Vermittlung in **STR** erfolgt in **Gruppe 1** wie auch in **Gruppe 2** in jeweils 12 von 20 Fällen über Einrichtungen der Suchthilfe. Vermittlungen über Krankenhäuser greifen bei 6 von 20 Behandelten aus Gruppe 1 bzw. bei 4 von 20 Behandelten aus Gruppe 2. Jeweils etwa eine von 18 behandelten Personen aus Gruppe 1 und Gruppe 2 kommt über Selbstmeldungen in die STR. Für Gruppe 2 spielt zudem die Vermittlung über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe, auf die eine von 14 Behandlungen zurückzuführen ist, eine gewisse quantitative Rolle.

Für Personen aus Gruppe 1 erfolgt die Vermittlung in TAR signifikant häufiger durch Suchthilfeeinrichtungen und signifikant seltener durch Krankenhäuser als die Vermittlung in STR ($p < 0,001$). Für Personen aus Gruppe 2 erfolgt der Zugang zur TAR signifikant häufiger über Suchthilfeeinrichtungen ($p < 0,001$) oder Selbstmeldungen ($p = 0,007$) als der Zugang zur STR. Demgegenüber kommt es in Gruppe 2 bei TAR seltener zur Vermittlung durch Krankenhäuser als bei STR ($p < 0,001$).

Behandlungsdauer

Die **TAR** dauert in **Gruppe 1** durchschnittlich 11 Wochen und in **Gruppe 2** durchschnittlich 13 Wochen (siehe Abbildung 17). Im Bereich der **STR** belaufen sich die entsprechenden Durchschnittsdauern auf 12 Wochen in **Gruppe 1** bzw. auf 15 Wochen in **Gruppe 2**.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,0 %); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 176 Einrichtungen; unbekannt: 0,1 %).

Abbildung 17: Behandlungsdauer

Eine **TAR** dauert in **Gruppe 1** in 13 von 20 Fällen bis zu 3 Monate und in 7 von 20 Fällen 3 bis 6 Monate. In **Gruppe 2** dauert die TAR bei gut 8 von 20 Personen bis zu 3 Monate und

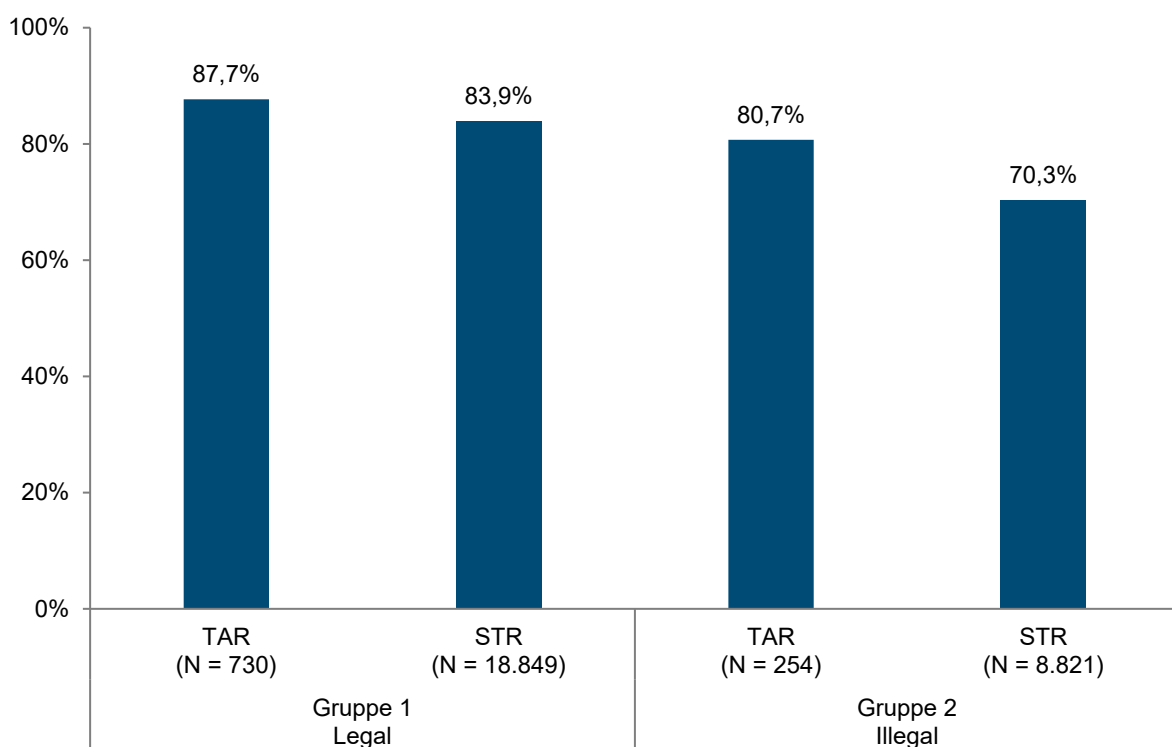
bei 11 von 20 Personen zwischen 3 und 6 Monaten. Längere Behandlungsdauern finden sich jeweils nur in Einzelfällen.

STR dauert in **Gruppe 1** in gut 10 von 20 Fällen bis zu 3 Monate und in gut 9 von 20 Fällen zwischen 3 und 6 Monaten. Längere Behandlungsdauern sind nur vereinzelt dokumentiert. In **Gruppe 2** dauern 8 von 20 Behandlungen bis zu 3 Monate und in gut 9 von 20 Behandlungen zwischen 3 und 6 Monaten. Jede achte STR dauert zwischen 6 und 12 Monaten, Behandlungsdauern mit einer Länge von über 12 Monaten gibt es kaum.

Damit dauert TAR in Gruppe 1 signifikant häufiger bis zu 3 Monate und signifikant seltener 3 bis 6 Monate als STR (jeweils $p < 0,001$). In Gruppe 2 besteht nur dahingehend ein signifikanter Unterschied, dass sich in TAR häufiger Behandlungen von 3 bis 6 Monaten Dauer finden als in STR ($p < 0,001$).

Art der Beendigung

TAR und STR werden überwiegend planmäßig³ beendet (siehe Abbildung 18). In **Gruppe 1** endet **TAR** in fast 18 von 20 und **STR** in knapp 17 von 20 Fällen planmäßig. In **Gruppe 2** liegt diese sogenannte Haltequote in **TAR** bei 16 von 20 und in **STR** bei 14 von 20 Fällen.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 0,0%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 173 Einrichtungen; unbekannt: 0,4%).

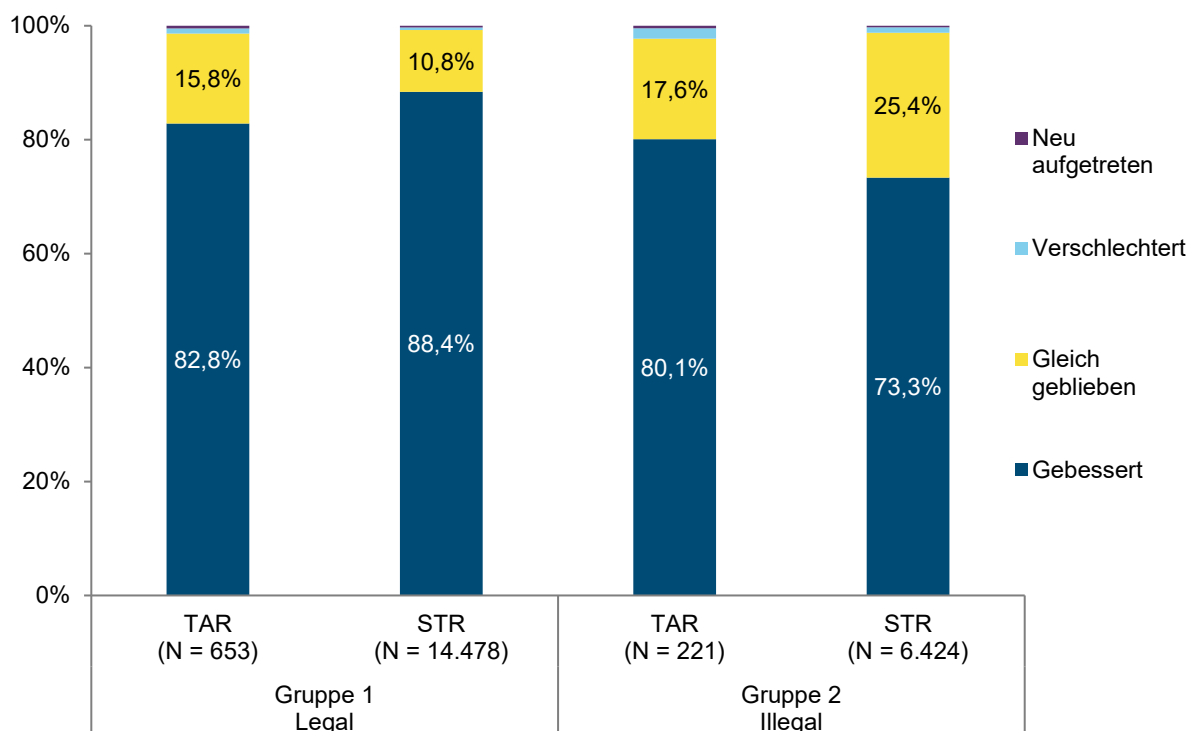
Abbildung 18: Planmäßige Beendigung der Behandlung

³ Eine Behandlung endet planmäßig entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung, 2) vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen. Eine Behandlung endet unplanmäßig entweder 1) durch Abbruch seitens der betreuten Person, 2) disziplinarisch, 3) als außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen oder 4) durch Tod der behandelten Person.

Ein planmäßiges Behandlungsende ist somit in TAR sowohl für Gruppe 1 ($p = 0,007$) als auch für Gruppe 2 ($p < 0,001$) wahrscheinlicher als in STR.

Behandlungsergebnis

Im Bereich der **TAR** hat sich sowohl in **Gruppe 1** als auch in **Gruppe 2** in etwa 16 von 20 Fällen die Suchtproblematik bei Behandlungsende verbessert, bei jeweils einem Sechstel ist diese Problematik stabil geblieben (siehe Abbildung 19). Im Bereich der **STR** wird bei Behandlungsende bei 18 von 20 Behandlungen in **Gruppe 1** bzw. bei 15 von 20 Behandlungen in **Gruppe 2** eine Verbesserung der Suchtproblematik erzielt. In Gruppe 1 bleibt die Suchtproblematik bei 2 von 20 Behandelten unverändert, in Gruppe 2 bei 5 von 20 Behandelten. In allen vier Gruppen kommt es nur vereinzelt zu einer Verschlechterung oder einem Neuauftreten von Suchtproblemen.



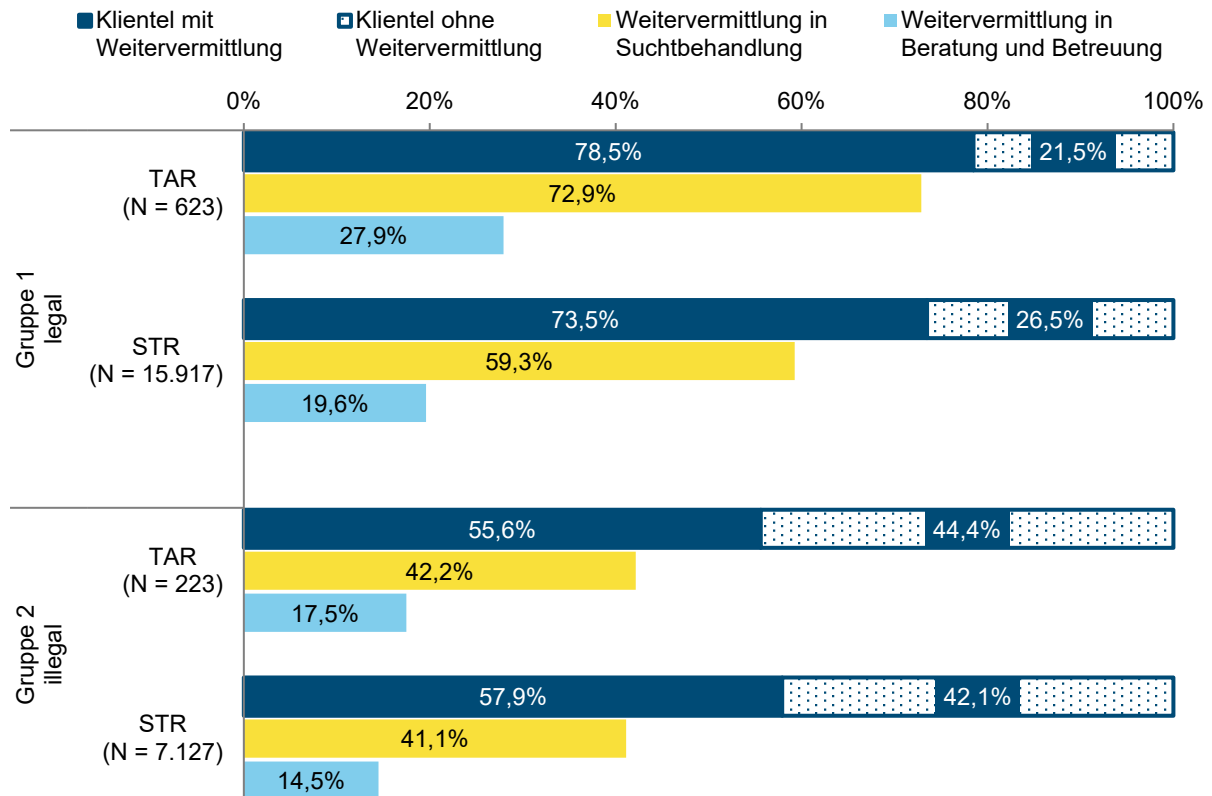
TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 17 Einrichtungen; unbekannt: 6,2%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 156 Einrichtungen; unbekannt: 8,6%).

Abbildung 19: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Damit endet TAR in Gruppe 1 seltener ($p < 0,001$) und in Gruppe 2 ($p = 0,025$) häufiger mit einer Verbesserung der Suchtproblematik als STR. Zugleich bleibt die Suchtproblematik bei Personen, die TAR erhalten, in Gruppe 1 häufiger ($p < 0,001$) und in Gruppe 2 ($p = 0,009$) signifikant seltener unverändert als bei ihren in STR behandelten Pendanten.

Weitervermittlung nach Behandlungsende

Aus der **TAR** werden knapp 16 von 20 Personen aus **Gruppe 1** und 11 von 20 Personen aus **Gruppe 2** weitervermittelt (siehe Abbildung 20). Im Bereich der **STR** werden knapp 15 von 20 Personen aus **Gruppe 1** bzw. knapp 12 von 20 Personen aus **Gruppe 2** weitervermittelt.



TAR = Ganztägige ambulante Rehabilitation (N = 19 Einrichtungen; unbekannt: 13,9%); STR = Stationäre medizinische Rehabilitation (N = 175 Einrichtungen; unbekannt: 16,9%). Mehrfachnennung für Weitervermittelte möglich.

Abbildung 20: Anteil Weitervermittlung nach Behandlungsende

Aus **Gruppe 1** werden im Bereich der **TAR** 14 von 20 Personen in die Suchtbehandlung weitervermittelt, aus **Gruppe 2** sind es 8 von 20 Personen. Eine entsprechende Vermittlung in die Beratung und Betreuung erfolgt bei Gruppe 1 in 6 von 20 Fällen und bei Gruppe 2 bei gut einem Sechstel der Behandelten. Aus der **STR** werden etwa 12 von 20 Personen aus **Gruppe 1** und gut 8 von 20 Personen aus **Gruppe 2** in die Suchtbehandlung weitervermittelt. Eine entsprechende Weitervermittlung in die Beratung und Betreuung erfolgt für 4 von 20 Behandelten aus Gruppe 1 bzw. für 3 von 20 Behandelten aus Gruppe 2.

Grundsätzlich wird in Gruppe 1 signifikant häufiger aus TAR weitervermittelt als aus STR ($p = 0,006$) und auch die spezifische Weitervermittlung Suchtbehandlung bzw. Beratung und Betreuung erfolgt jeweils signifikant häufiger (jeweils $p < 0,001$). In Gruppe 2 lässt sich für TAR und STR kein Unterschied hinsichtlich Weitervermittlung feststellen.

3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Tabelle 2: Behandelte Klientel in ganztägiger ambulanter Rehabilitation (TAR) und stationärer medizinischer Rehabilitation (STR) mit Störungen aufgrund legaler / illegaler Substanzen

| Parameter | Legal (Gruppe 1) TAR | Legal (Gruppe 1) STR | Illegal (Gruppe 2) TAR | Illegal (Gruppe 2) STR |
|---|---|---|--|--|
| Anzahl an Einrichtungen | 19 | 176 | 19 | 176 |
| Betreuungsvolumen | 828 Fälle | 21.234 Fälle | 294 Fälle | 10.040 Fälle |
| Hauptdiagnosen (häufigste Nennungen) | 73 % Alkohol 1 % Sedativa / Hypnotika | 67 % Alkohol 1 % Sedativa / Hypnotika | 7 % Stimulanzien 7 % Cannabinoide | 10 % Cannabinoide 9 % Multipler Substanzgebrauch |
| Störungsdauer bei Beginn der aktuellen Behandlung (Durchschnitt) | 19 Jahre | 18 Jahre | 16 Jahre | 13 Jahre |
| Problembereiche bei Beginn der aktuellen Behandlung (häufigste Nennungen) | 87 % psychische Gesundheit 74 % körperliche Gesundheit | 75 % psychische Gesundheit 65 % körperliche Gesundheit | 84 % psychische Gesundheit 71 % Familie bzw. Beruf | 80 % psychische Gesundheit 71 % Beruf |
| Geschlechterverteilung | Männer: 65 % Frauen: 35 % | Männer: 72 % Frauen: 28 % | Männer: 77 % Frauen: 23 % | Männer: 82 % Frauen: 18 % |
| Alter (Durchschnitt) | 48 Jahre | 47 Jahre | 37 Jahre | 33 Jahre |
| Migrationshintergrund ja | 13 % | 16 % | 25 % | 25 % |
| Partnerschaft ja | 58 % | 47 % | 63 % | 35 % |
| Alleinlebend | 42 % | 54 % | 38 % | 54 % |
| Zusammenlebend mit (häufigste Nennungen) | 42 % Partner(in) 21 % Kind(er) | 32 % Partner(in) 15 % Kind(er) | 46 % Partner(in) 20 % Kind(er) | 18 % Eltern(teil) 17 % Partner(in) |
| Schulabschluss ja | 98 % | 95 % | 90 % | 88 % |
| Berufs-/Hochschulabschluss ja | 89 % | 77 % | 70 % | 47 % |
| Erwerbsstatus (häufigste Nennung) | 61 % erwerbstätig | 45 % erwerbstätig | 52 % arbeitslos | 57 % arbeitslos |
| Elternschaft minderjähriger Kinder ja | 25 % | 37 % | 60 % | 53 % |
| Wohnsituation (häufigste Nennungen) | 95 % selbstständig 3 % instabil bei anderen | 82 % selbstständig 8 % instabil bei anderen | 85 % selbstständig 10 % instabil bei anderen | 51 % selbstständig 19 % instabil bei anderen |
| Vermittlung in die aktuelle Behandlung (häufigste Nennungen) | 81 % Suchthilfeein- richtung 9 % Krankenhaus | 58 % Suchthilfeein- richtung 29 % Krankenhaus | 76 % Suchthilfeein- richtung 10 % keine Vermittlung | 62 % Suchthilfeein- richtung 19 % Krankenhaus |
| Behandlungsdauer (Durchschnitt) | 2,4 Monate | 2,7 Monate | 3,0 Monate | 3,5 Monate |
| Beendigung „planmäßig“ | 88 % | 84 % | 81 % | 70 % |
| Problembereich Sucht „gebessert“ | 83 % | 88 % | 80 % | 73 % |
| Weitervermittlung ja | 79 % | 74 % | 56 % | 58 % |

Parameterspezifische Fallzahlen sind den Abbildungen des Berichts zu entnehmen.

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. www.suchthilfestatistik.de

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023): *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. 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 (2023): *Deutsche Suchthilfestatistik 2022. 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 online.

<https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2023). *Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*.

www.suchthilfestatistik.de