

Jutta Künzel
Monika Murawski
Larissa Schwarzkopf
Sara Specht

Suchthilfestatistik 2020
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical report 2020 on the treatment of substance use disorders
Report on the current situation and the activities
of treatment centres in Thuringia

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Methodik	7
2.1	Design und Stichprobe.....	7
2.2	Datenerhebung und Diagnostik	7
2.3	Hinweise zum Verständnis des Berichts	8
3	Ergebnisse zu den Einrichtungen	10
4	Ergebnisse zur Klientel	13
4.1	Überblick zur Klientel	13
4.2	Verteilung der Hauptdiagnosen	15
4.3	Soziodemografische Daten	18
5	Ergebnisse zur Betreuung	31
6	Patient_innen mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose	42
7	Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2019	56
8	Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens	63
9	Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten	66
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	68
11	Quellen	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software.....	10
Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2020	14
Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2020	14
Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2020 (Einrichtungstypen)	14
Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patient_innen mit eigener Symptomatik	17
Tabelle 6: Hauptmaßnahmen (Patient_innen mit eigener Symptomatik; Gesamt)	18
Tabelle 7: Altersdurchschnitt (Einrichtungstyp; Hauptdiagnose)	21
Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*	25
Tabelle 9: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	25
Tabelle 10: Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose).....	26
Tabelle 11: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1).....	28
Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp	30
Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen	33
Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)	33
Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp).....	35
Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)	35
Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp).....	36
Tabelle 18: Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Typ 1).....	37
Tabelle 19: Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1)	37
Tabelle 20: Art der Beendigung (Einrichtungstyp).....	38
Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose	39
Tabelle 22: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)	41
Tabelle 23: Veränderung der Konsummenge/Spiel-/Nutzungsdauer (Betreuungsanfang – Betreuungsende; Hauptsubstanzen/-spielform/-tätigkeit, Typ 1)	41

Tabelle 24: Geschlechterverteilung bei Patient_innen mit cannabinoibezogenen Störungen.....	42
Tabelle 25: Partnerschaft bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	43
Tabelle 26: Lebenssituation von Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen	44
Tabelle 27: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen	45
Tabelle 28: Problematische Schulden bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	47
Tabelle 29: Suchtbezogene Komorbidität bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	48
Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum	49
Tabelle 31: Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der 2020 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen	12
Abbildung 2: Hauptdiagnosen und Einrichtungstypen.....	15
Abbildung 3: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Behandlungsbeginn; Typ 1).....	19
Abbildung 4: Altersverteilung bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)	20
Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; Einrichtungstypen)	21
Abbildung 6: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform / Haupttätigkeit Mediennutzung; alle Einrichtungstypen)	22
Abbildung 7: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen).....	22
Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen).....	23
Abbildung 9: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)	24
Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Einrichtungstypen).....	27
Abbildung 11: Anteil Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)	29
Abbildung 12: Auflagen bei substanz- und nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1).....	31
Abbildung 13: Häufigste Auflagen bei substanz- und nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen	32
Abbildung 14: Anteil der Erstbetreuten bei den häufigsten Hauptdiagnosen.....	34
Abbildung 15: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Einrichtungstypen).....	39
Abbildung 16: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)	40
Abbildung 17: Alter bei Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	43
Abbildung 18: Durchschnittliche Anzahl Kinder (Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	44
Abbildung 19: Höchster Schulabschluss bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	46
Abbildung 20: Berufsausbildung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen	46
Abbildung 21: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen	47

Abbildung 22: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Störungsbeginn – \emptyset Alter bei Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoibezogenen Störungen.....	50
Abbildung 23: Problematik zu Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen	50
Abbildung 24: Vermittlung in die Betreuung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	51
Abbildung 25: Weitervermittlung/Verlegung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	52
Abbildung 26: Dauer der Betreuung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	53
Abbildung 27: Planmäßige Beendigungen bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	53
Abbildung 28: Anteil der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen mit gebesserter Problematik am Betreuungsende	54
Abbildung 29: HD Cannabinoide: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Betreuung.....	55
Abbildung 30: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)	56
Abbildung 31: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)	57
Abbildung 32: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund bei der Gesamtgruppe der Patient_innen mit einer Hauptdiagnose (alle Einrichtungstypen)	58
Abbildung 33: Anzahl der Kontakte pro beendeter Betreuung (ambulant)	59
Abbildung 34: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)	60
Abbildung 35: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen).....	61
Abbildung 36: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patient_innen (alle Einrichtungstypen).....	62
Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)	63
Abbildung 38: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)	64
Abbildung 39: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren).....	65
Abbildung 40: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren).....	65
Abbildung 41: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen.....	66
Abbildung 42: Durchschnittsalter (in Jahren)	67

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet eine Übersicht über die Auswertung der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2020 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patient_innen. In Thüringen wird bereits seit mehr als 20 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Im Laufe der Jahre wurde die Thüringer Standarddokumentation um weitere Einrichtungstypen aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich erweitert.

Um einen Anreiz für eine Beteiligung an der Thüringer Standarddokumentation und die fristgerechte Abgabe von weitgehend vollständigen Daten zu bilden, wurde von der Landesregierung ein Bonussystem eingeführt, das nunmehr ebenfalls bereits seit über 20 Jahren besteht und sich sehr bewährt hat. Die Höhe einer Bonuszahlung richtet sich nach dem Grad der Vollständigkeit (gemessen am durchschnittlichen Anteil fehlender Werte) der durch die Einrichtung zur Verfügung gestellten Daten.

2 Methodik

2.1 Design und Stichprobe

Die der Auswertung zugrunde liegenden Daten stammen von einer großzahligen Gelegenheitsstichprobe aller Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der zentralen Auswertung für die DSHS beteiligt haben (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2021). In die Erhebung von 2020 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 50 ambulanten und stationären Einrichtungen ein. Grundlage des vorliegenden, vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Auftrag gegebenen Berichts sind die Daten der Suchthilfestatistik für Thüringen für die Jahre 2003 bis 2020 (aktuellste Auswertung: Künzel, Murawski, Schwarzkopf & Specht, 2021). Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) entnommen werden.

2.2 Datenerhebung und Diagnostik

Die Datenerhebung wurde in den Einrichtungen mit dem *Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS)* durchgeführt. Die aktuelle Version des KDS, der KDS 3.0, wurde – wie die Vorgängerversion – vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2021) erstellt. Für die Erhebung kompatibler Daten in den Einrichtungen wird jeweils eine zertifizierte Dokumentationssoftware eingesetzt.

Die Diagnosestellung erfolgt nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2016). In die Analyse mit einbezogen werden Personen mit einer ICD-Diagnose F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F63.0 (Pathologisches Spielen) oder mit Einführung des neuen KDS 3.0 auch F63.8/F68.8 (Exzessive Mediennutzung; erst-

malig ab 2017)¹. Ebenfalls (teilweise) miteinbezogen werden Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik eines Angehörigen aufsuchten. Hauptdiagnosen werden nur für Patient_innen mit einer eigenen Problematik vergeben und zwar bei den ICD 10 Diagnosen F10 – F19 mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 für den schädlichen Gebrauch der Substanz(gruppe) bzw. F1x.2 für Abhängigkeit (Dilling et al., 2016). Viele Patient_innen weisen mehrere der genannten Störungen auf, die alle als Einzeldiagnosen kodiert werden. Unter den für eine Person vergebenen Einzeldiagnosen kann jedoch nur eine als behandlungsleitende Diagnose, d.h. als sogenannte Hauptdiagnose, angegeben werden. Ein Großteil der nachfolgenden Darstellungen differenziert nach Hauptdiagnosen.

Neben den Hauptdiagnosen werden mit Einführung des KDS 3.0, d.h. ab dem Datenjahr 2017, auch Konsumdaten erhoben, da es nicht immer möglich ist eine ICD-10-Diagnose zu vergeben und bedeutsame Veränderungen von Konsummengen über den Diagnosecode alleine abzubilden (Braun & Lesehr, 2017). Diejenige Substanz, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht und den Behandlungsgrund darstellt, wird als Haupts substanz kodiert. Die Haupts substanz geht neben der Hauptdiagnose ebenfalls in die Auswertung mit ein.

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungstypen² (Typ 1 und Typ 5) erfolgt die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der „Zugänge“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2020 neu begonnen wurden. Zugänge werden deshalb zur Auswertung herangezogen, damit die Jahresverläufe korrekt abgebildet werden können und Übernahmen aus den Vorjahren nicht erneut gezählt werden. Die Auswertung der behandlungsbezogenen Daten erfolgt über die Bezugsgruppe der „Beender“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2019 beendet wurden. Das gleiche Vorgehen findet für die Gesamtstichprobe aller Einrichtungen (im Text abgekürzt mit „Gesamt“) statt. Für den stationären Einrichtungstyp (Typ 2) erfolgt die Auswertung aller Daten für die „Beender“, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt.

Bei Vergleichen von Ergebnissen einzelner Einrichtungstypen mit der Gesamtheit der Einrichtungen muss also jeweils die Bezugsgruppe beachtet werden, für die die jeweiligen Ergebnisse gelten. Je nach Einrichtungstyp und betrachteter Variable werden unterschiedliche Stichproben (Zugänge vs. Beender) zur Erstellung der Tabellenbände herangezogen. Die Stichprobe der „Beender“ weist häufig geringere Fallzahlen auf als die Stichprobe der Zugänge.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden Prozentwerte in den Tabellen ohne Prozentzeichen dargestellt bzw. im Text gerundete Prozentangaben genutzt. Zudem

¹ Die Diagnose wird erst seit 2017 erhoben (KDS 3.0). Da momentan noch kein eigenständiger ICD-10-Diagnoseschlüssel vorliegt, wird diese Störung im KDS 3.0 als F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ oder F68.8 „Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung“ kodiert. Die ICD-Diagnose F50 Essstörungen wird aufgrund der bisherigen geringen Fallzahlen nicht mehr in die Analyse aufgenommen.

² Die Systematik der Einrichtungstypen hat sich mit Einführung des KDS 3.0 geändert; siehe Kapitel 3. Für einen Überblick siehe auch den Jahresbericht der deutschen Suchthilfe (Dauber et al., 2018).

werden folgende Begriffe genutzt: „Patient_in“ sowohl für ambulant sowie stationär behandelte Personen³, „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

³ Da die Datenbasis fallbezogen ist, kann eine Person mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

3 Ergebnisse zu den Einrichtungen

2020 beteiligten sich insgesamt 50 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik für den Freistaat Thüringen (29 ambulante, 5 stationäre und 16 soziotherapeutische Einrichtungen; Tabelle 1). Im Vergleich zum Vorjahr, in dem eine Beteiligung von 49 Einrichtungen vorlag, hat sich die Beteiligung stabil geblieben.

Die Zuordnung einer Einrichtung zu einem Einrichtungstyp erfolgt durch die Einrichtungsmitarbeiter und -mitarbeiterinnen selbst. Da viele Einrichtungen über unterschiedliche Angebote verfügen, wird häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenden Einrichtungstyp vorgenommen. Die Dokumentation der Daten erfolgt im aktuellen Datenjahr überwiegend mit der Software „Ebis“.

Ab dem Datenjahr 2017 gilt folgende Einteilung der Einrichtungstypen⁴:

- Typ 1: Ambulant; umfasst niedrigschwellige Einrichtungen (z.B. Notschlafstelle, Konsumraum etc.), Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen
- Typ 2: Stationär; umfasst teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowie Adaptionseinrichtungen.
- Typ 5: Soziotherapeutische Einrichtungen und Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten; umfasst ambulant betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante Einrichtungen und stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie.

Zusätzlich zu der Darstellung nach Einrichtungstypen liefert der vorliegende Bericht zu einigen Themenbereichen auch eine zusätzliche Darstellung nach folgenden ausgewählten Hauptmaßnahmen: ABW (ambulant betreutes Wohnen), NIH (Niedrigschwellige Hilfen), SOZ (Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen) und NAS (Reha-Nachsorge).

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software

Einrichtungstyp*	Typennummer	Software/System		Gesamt 2020	Gesamt 2019
		Ebis	Sonstige		
Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	1	28	1	29	29
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + Adaptionseinrichtungen (Typ 2)	2	3	2	5	4
Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5)	5	15	1	16	16
Einrichtung im Strafvollzug (Typ 6)	6	-	-	-	-
Gesamt		46	4	50	49

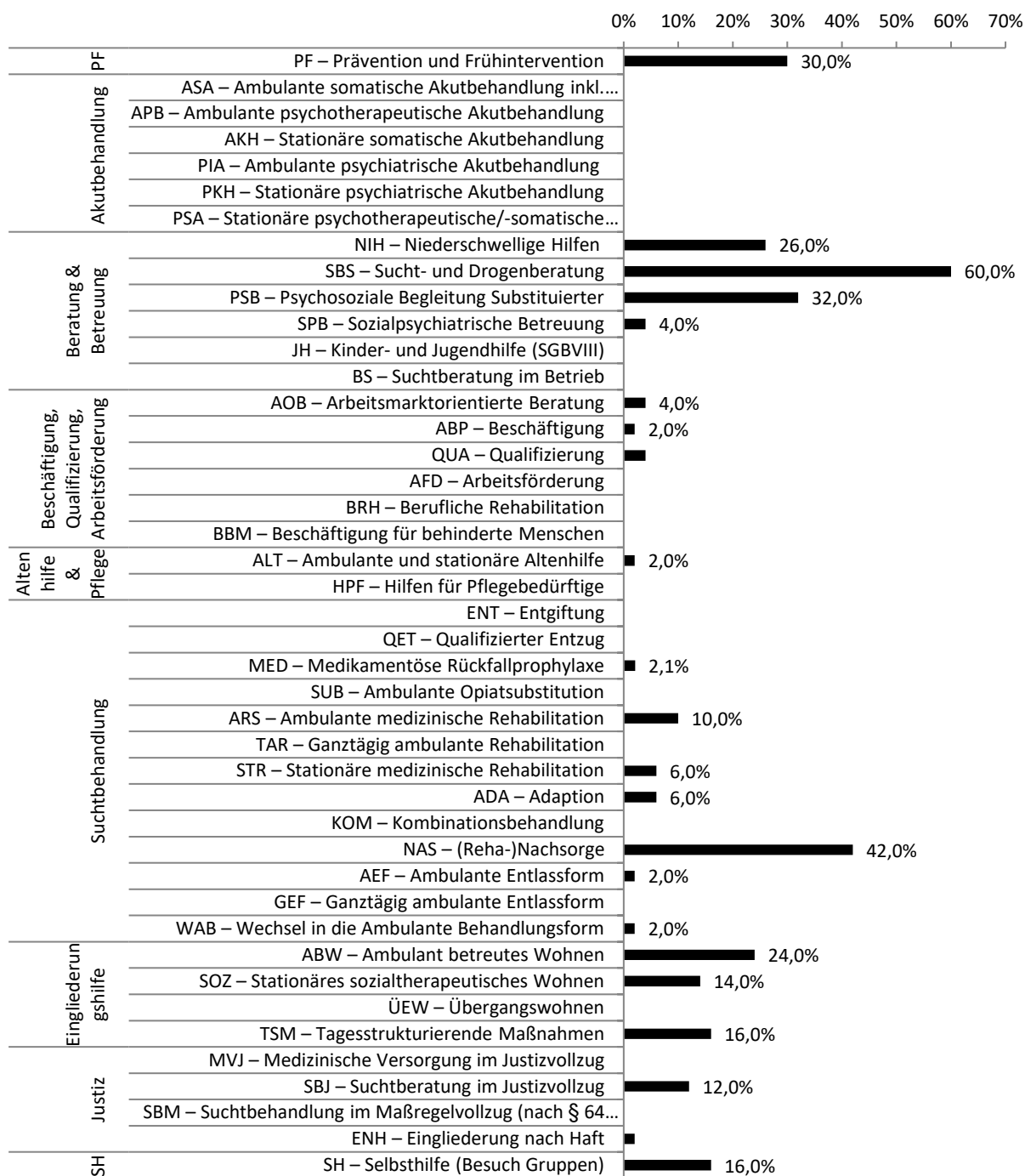
* in den weiteren Tabellen werden die Einrichtungstypen im Sinne einer besseren Lesbarkeit mit den hier angegebenen Ziffern bezeichnet.

⁴ Aufgelistet sind nur im Bericht berücksichtigte Einrichtungstypen.

Abbildung 1 zeigt, in wie vielen der teilnehmenden Einrichtungen bestimmte Angebote/Dienste seitens der Patient_innen in Anspruch genommen wurden. Hierbei werden nur Angebote/Dienste berücksichtigt, die mindestens einmal im Datenjahr 2020 genutzt wurden. Darüberhinaus angebotene/geplante Angebote/Dienste, die nicht genutzt bzw. deren Nutzung nicht dokumentiert wurde, bleiben unberücksichtigt.

In den meisten Einrichtungen wurde 2020 Sucht- und Drogenberatung (SBS; 60%), gefolgt von Reha-Nachsorge (NAS; 42%) sowie psychosozialer Begleitung Substituierter (PSB; 32%) in Anspruch genommen. Ebenfalls häufiger wurden Maßnahmen im Bereich Prävention und Frühintervention (PF; 30%), Niedrigschwellige Hilfen (NIH; 26%) und Angebote des Ambulanten Wohnens (ABW; 24%) genutzt. Auch Tagesstrukturierende Maßnahmen (TAR) sowie Selbsthilfeangebote (SH) wurden in jeweils 16% der Einrichtungen in Anspruch genommen.

Abbildung 1: Verteilung der 2020 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen



N(Gesamt)= 47; Mehrfachnennungen möglich.

4 Ergebnisse zur Klientel

In diesem Kapitel werden die 2020 in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patient_innen hinsichtlich soziodemografischer und diagnostischer Merkmale beschrieben.

Bei der Darstellung der Daten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen, Hauptdiagnosegruppen oder Hauptmaßnahmen. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Personen dargestellt sowie auch differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Zudem werden die Daten ausgewählter Hauptdiagnosegruppen⁵ (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzen, Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung) für einige Merkmale vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1), da hier die mit Abstand höchsten Fallzahlen vorliegen. Für die Gruppe der Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung, die in der Thüringer Suchthilfe analog der bundesweiten Situation (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2021) den größten Anteil der Betreuten darstellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Störungen wird aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungstypen auf diese Darstellung verzichtet. Die Ergebnisse werden teilweise für Männer und Frauen getrennt dargestellt, um geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen.

4.1 Überblick zur Klientel

Die Auswertung des Jahres 2020 basiert auf insgesamt 11.971 dokumentierten Betreuungsfällen. Die Stichprobengröße hat damit gegenüber dem Vorjahr etwas abgenommen (2019: 12.145), obwohl gegenüber dem Vorjahr eine Einrichtung mehr teilgenommen hat.

Die Fallzahlen für Übernahmen, Zugänge und Beender sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Wie in den Vorjahren waren die betreuten Personen überwiegend männlich. (Verhältnis Männer: Frauen = 2:1).

⁵ Soweit nicht anders vermerkt beziehen sich die Aussagen zur Klientel mit einer bestimmten suchtbезogenen Störung (z.B. Patient_innen mit alkoholbezogener Störung) immer auf Personen mit entsprechender Hauptdiagnose.

Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2020⁶

Betreuungen	M	F	G	n
Übernahmen nach 2020	47,0	48,9	47,5	5.688
Zugänge 2020	53,0	51,1	52,5	6.283
Beender 2020	50,9	49,4	50,4	6.039
Übernahmen nach 2021	49,1	50,6	49,6	5.932
	8.527	3.440		11.971*
*Gesamt %	71,2	28,7		-

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. n= 50 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

*enthält 4 Nennungen „Geschlecht: ohne Angabe“.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über den Betreuungsumfang nach ausgewählten Hauptmaßnahmen. Die Betreuungszahlen 2020 weisen dabei eine Spannweite von n=119 für Niedrigschwellige Hilfen (NIH) bis n=276 für Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ) auf.

Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2020

Hauptmaßnahme	N*	Übernahme nach 2020	Zugänge 2020	Beender 2020	Übernahme nach 2021	Betreuungen Gesamt 2020
ABW	9	133	44	40	137	177
NIH	4	68	51	43	76	119
SOZ	8	181	95	95	181	276
NAS	7	88	75	70	93	163

*Anzahl Einrichtungen; ABW: Ambulant betreutes Wohnen; NIH: Niedrigschwellige Hilfen; SOZ: Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen; NAS: Reha-Nachsorge.

Der Grund der Betreuung ist in allen Einrichtungstypen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Regel die eigene Symptomatik (Männer: 98% - 100%; Frauen 82%-100%). Mit Ausnahme der stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 2, Typ 5), die von beiden Geschlechtern nahezu ausschließlich aufgrund einer eigenen Symptomatik aufgesucht werden, suchen Frauen ambulante Einrichtungen auch des Öfteren wegen der Problematik von Angehörigen auf (Typ 1: 18%; Tabelle 4).

Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2020 (Einrichtungstypen)

Betreuungsgrund	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt		n
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Eigene Symptomatik	98,1	82,3	100,0	100,0	98,8	100,0	98,3	83,8	5.921
Familienangehörige	1,9	17,7	0,0	0,0	1,2	0,0	1,7	16,2	362
Gesamt	3.902	1.320	433	118	367	100	4.445	1.473	6283*

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

* enthält 3 Nennungen „Geschlecht: keine Angabe“;

Typ 1: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 2: n=5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 16 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 50 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

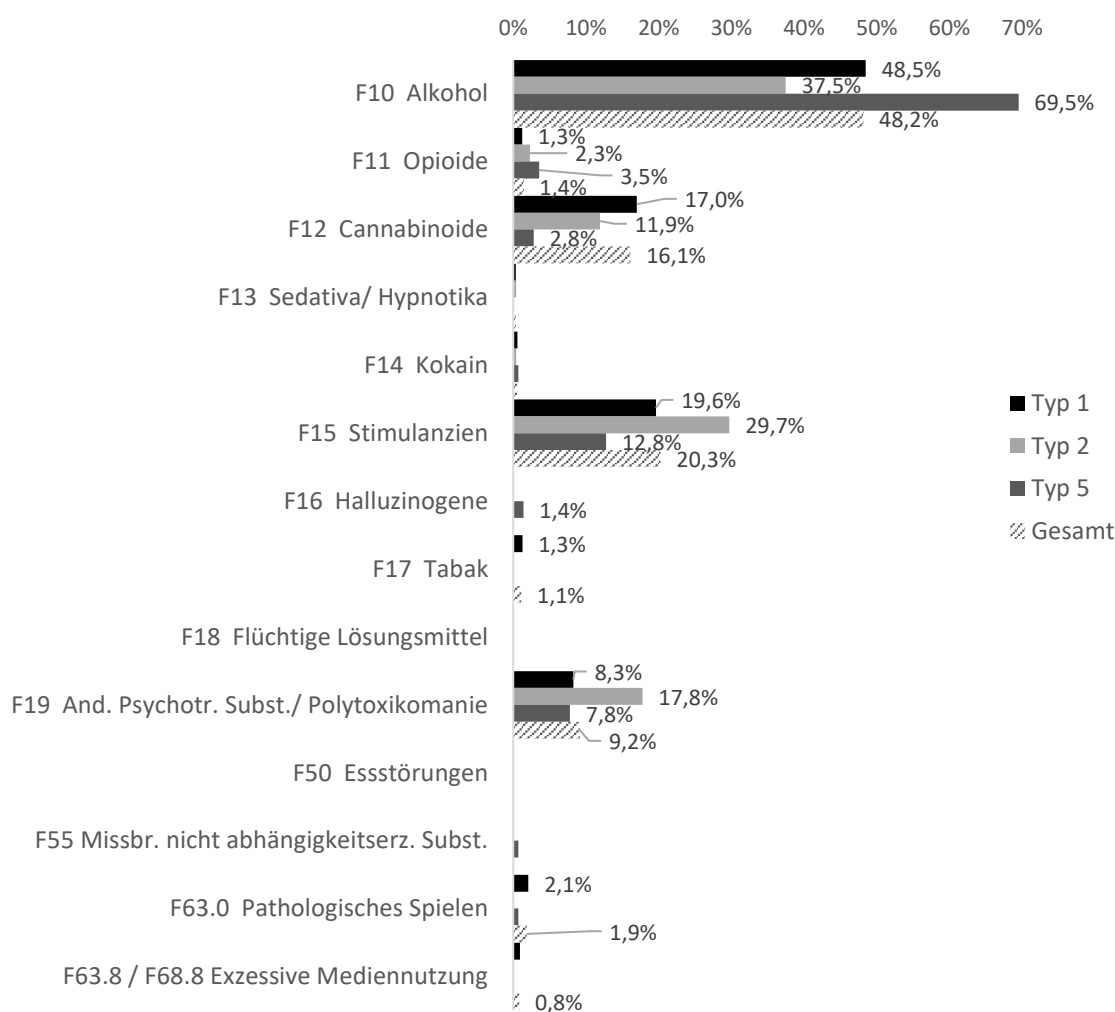
⁶ Nur in den Tabellen 2,3,4, nicht aber in allen darauffolgenden Analysen, sind auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund einer Suchproblematik eines Angehörigen oder anderer Bezugsperson durchgeführt worden sind.

4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde für 5.715 (96%) der 5.921 erfassten Betreuungsfälle eine Hauptdiagnose vergeben. Für 170 (3%) Betreuungsfälle fehlt die Hauptdiagnose, jedoch wurde ein Grund dafür dokumentiert. In insgesamt 36 Fällen wurde weder eine Hauptdiagnose kodiert noch ein Grund für die fehlende Kodierung angegeben (1%).

Abbildung 2 und Tabelle 5 geben einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen differenziert nach den unterschiedlichen beteiligten Einrichtungstypen 1, 2 und 5.

Abbildung 2: Hauptdiagnosen und Einrichtungstypen



Die über alle Einrichtungstypen mit Abstand am häufigsten vergebene Hauptdiagnose ist dabei – wenn auch bei nach wie vor rückläufiger Tendenz – der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol (Anteil gesamt 2020: 48% (2019: 52%; 2018: 54%; 2017: 60%). Der höchste Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen findet sich – wie im Vorjahr – in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 2020: 70%; 2019: 55%), der geringste, ebenfalls wie im Vorjahr, in den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 2020: 38%; 2019: 44%). Der Unter-

schied zwischen Männern und Frauen ist insgesamt mit Anteilen von 48% und 49% nur gering.

Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen bilden – unverändert gegenüber dem Vorjahr – auch 2020 wieder die zweitgrößte Patient_innengruppe (2020; 20%; 2019: 19%). Der höchste Anteil an Patien_innten mit stimulanzenbezogenen Störungen findet sich in den stationären Einrichtungen (Typ 2), wobei sich keine Veränderung im Vergleich zum Vorjahr ergeben hat (2020: 30%; 2019: 30%). Während die Anteilswerte für Frauen im Vergleich zum Vorjahr unverändert sind (2020: 25%; 2019: 25%), ist bei den Männern eine leichte Zunahme zu beobachten (2020: 19%; 2019: 17%).

An dritter Stelle stehen, ebenfalls wie in den beiden Vorjahren, Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen, deren Anteil gegenüber dem Vorjahr mit 16% gleichgeblieben ist (2019: 16%). Der höchste Anteil an Betreuten mit einer cannabinoidbezogenen Störung findet sich in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 17%), der geringste in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 3%). Insgesamt sind häufiger Männer mit cannabinoidbezogenen Störungen in Betreuung als Frauen (17% vs. 13%).

Den vierten Rang nehmen Patient_innen mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch bzw. den Konsum anderer psychotroper Substanzen mit einem Anteil von 9% ein (2019: 7%, 2018: 5%) ein. Der Anteil an Betreuten mit entsprechender Diagnose ist in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 16%) deutlich höher als in ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 1 /Typ 5; je 8%). Insgesamt ist diese Problematik bei Männern häufiger als bei Frauen (9% vs. 7%).

Der Anteil an Betreuten mit opioidbezogenen Störungen ist mit 1% gegenüber den fünf vergangenen Jahren (je 2%) gesunken. Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen werden am häufigsten in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 4%) und am seltensten in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 1%) betreut. Insgesamt liegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vor.

Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik werden mit gleicher Häufigkeit wie in den beiden Vorjahren (2%) betreut. Die Betreuung dieser Patient_innen findet fast ausschließlich in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 2%) statt. Gleiches gilt für die fast ausschließlich männlichen Patienten des, seit 2017 neu erfassten, Diagnosebereichs „Exzessive Mediennutzung“ (1%).

Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patient_innen mit eigener Symptomatik

Hauptdiagnose	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt				N
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	N	
Alkohol	48,2	49,3	48,5	36,9	39,6	37,5	66,4	79,4	69,5	47,8	49,2	48,2	2.752	
Opioid	1,4	0,8	1,3	2,1	3,0	2,3	4,7	0,0	3,5	1,6	1,1	1,4	82	
Cannabinoid	18,1	13,7	17,0	12,8	8,5	11,9	3,7	0,0	2,8	17,2	12,8	16,1	922	
Sedativa/ Hypnotika	0,2	0,9	0,3	0,2	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,9	0,3	19	
Kokain	0,7	0,2	0,6	0,5	0,0	0,4	0,0	2,9	0,7	0,6	0,3	0,5	31	
Stimulanzien	17,9	24,9	19,6	29,2	31,7	29,7	14,0	8,8	12,8	18,7	25,0	20,3	1.158	
Halluzinogene	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,9	1,4	0,0	0,1	0,1	3	
Tabak	1,0	2,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,8	1,1	64	
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	
And. psychotrop. Substanzen/ Polytoxikomanie	9,0	5,9	8,3	13,9	18,3	15,9	9,3	2,9	7,8	9,0	6,8	9,2	523	
Essstörungen	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	5	
Missbr. nicht abhängigkeitsverz. Substanzen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,7	0,0	0,1	0,0	2	
Path. Spielen	2,3	1,3	2,1	0,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,7	2,1	1,2	1,9	106	
Exzess. Mediennutzung	1,1	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,8	47	
Gesamt	3.752	1.314	5.025*	623	164	787	107	34	141	4.291	1.421		5.715	

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

* enthält 2 Nennungen „Geschlecht unbestimmt“. Typ 1: n=29 Einrichtungen (unbekannt: 2,2%). Typ 2: n= 4 Einrichtungen (unbekannt: 0,1%). Typ 5: n=16 Einrichtungen (unbekannt:0,7%). Gesamt: n= 47 Einrichtungen (unbekannt: 2,0%).

In den vier ausgewählten Hauptmaßnahmen (Tabelle 6) sind die Hauptdiagnosen zum Teil sehr unterschiedlich verteilt. Während in allen vier Hauptmaßnahmen Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen mit hohen (NAS: 61% - ABW: 79%) bzw. Patient_innen mit stimulanzienbezogenen Störungen mit mittleren Anteilen (ABW: 5% - NAS: 21%) vertreten sind, finden sich Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen insbesondere in den Niedrigschwelligen Hilfen (NIH: 11%) und Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen im Sozialtherapeutischen Wohnen (SOZ: 5%), dort befinden sich auch am häufigsten Patient_innen mit einer polytoxikomanen Problematik (10).

Tabelle 6: Hauptmaßnahmen (Patient_innen mit eigener Symptomatik; Gesamt)

Hauptdiagnose	ABW	NIH	SOZ	NAS
Alkohol	78,6%	63,8%	63,0%	61,3%
Opioide	0,0%	2,1%	5,4%	0,0%
Cannabinoide	4,8%	10,6%	2,2%	8,0%
Sedativa/Hypnotika	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kokain	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%
Stimulanzien	4,8%	19,1%	18,5%	21,3%
Halluzinogene	2,4%	2,1%	0,0%	0,0%
Tabak	0,0	2,1%	0,0%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
And. Psychotrop. Substanzen/Polytoxikomanie	4,8%	0,0%	9,8%	6,7%
Essstörungen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Missbr. nicht abhängigkeits-erzeugender Substanzen	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Pathologisches Spielen	2,4%	0,0%	0,0%	1,3%
Exzess. Mediennutzung	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Gesamt	42	47	92	75

ABW: Ambulant betreutes Wohnen ; NIH: Niedrigschwellige Hilfen; SOZ: Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen; NAS: Reha-Nachsorge.

4.3 Soziodemografische Daten

Die folgenden Darstellungen differenzieren nach alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulanzenbezogenen Störungen sowie nach Pathologischem Spielen und Exzessiver Mediennutzung. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für Patient_innen mit Exzessiver Mediennutzung (N=47) aufgrund der nach wie vor geringen Fallzahl nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind. Da hier mit einem Bedeutungszuwachs in den kommenden Jahren zu rechnen ist, wurde diese seit 2017 neu im KDS 3.0 aufgenommene Diagnose dennoch in die Berichterstattung integriert, um für künftige Auswertungsjahre frühe Vergleichszahlen verfügbar zu haben.

Geschlecht

Der Großteil der betreuten Patient_innen ist männlich (74%). Von den Patient_innen mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 69% (stimulanzenbezogene Störungen) und 80% (cannabinoid- bzw. opioidbezogene Störungen) Männer. Bei den nicht substanzbezogenen Störungen Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung ist der Männeranteil mit 84% bzw. 85% sogar noch etwas höher.

Alter bei Betreuungsbeginn

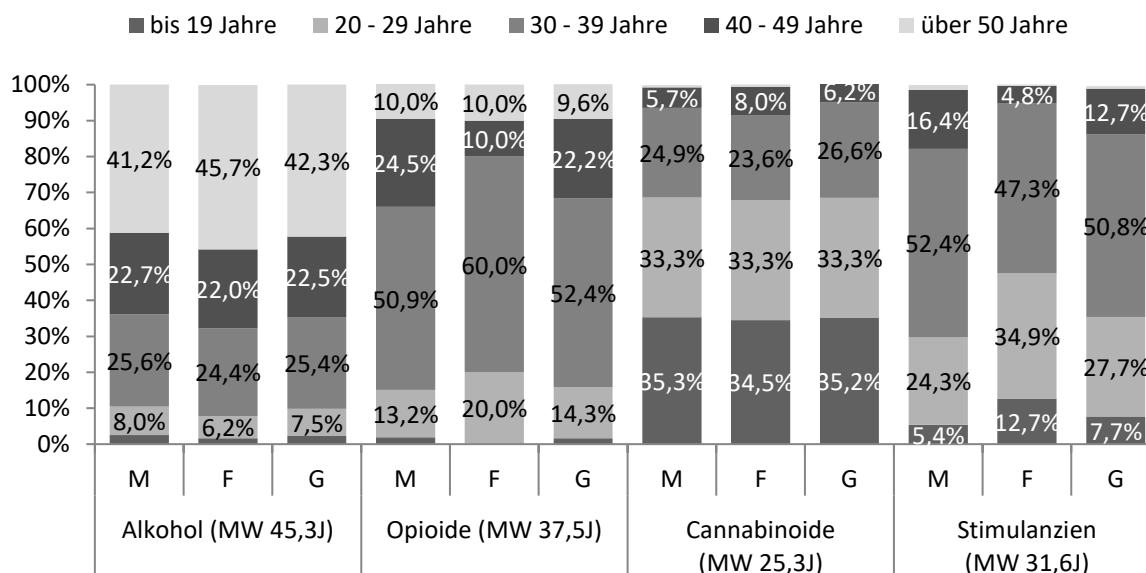
Patient_innen mit alkoholbezogener Störung bilden mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren die älteste Gruppe. Zu Beginn der ambulanten Betreuung (Typ 1) sind 42% von ihnen über 50 Jahre alt. In dieser Altersgruppe finden sich zudem anteilmäßig mehr Frauen als Männer mit alkoholbezogener Störung (46% vs. 41%). Sehr junge Patient_innen mit werden dagegen kaum aufgrund von alkoholbezogenen Störungen (bis 19 Jahre: 2%) betreut.

Personen mit einer opioidbezogenen Störung sind im Durchschnitt deutlich jünger (38 Jahre). Gut jede_r zweite (52%) ist zwischen 30 und 39 Jahren alt. In dieser Altersgruppe befindet sich ein deutlich höherer Anteil an Frauen als an Männern (60% vs. 51%).

Eine noch jüngere Altersstruktur weisen Patient_innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung auf. Im Durchschnitt sind sie 25 Jahre alt und bilden damit die jüngste Patient_innengruppe. Rund ein Drittel der Männer (35%) und Frauen (35%) mit einer entsprechenden Hauptdiagnose fallen in die Altersgruppe der bis 19-Jährigen. Demgegenüber ist nur 1% der Patient_innen älter als 50 Jahre.

Auch die Patient_innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung sind mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren vergleichsweise jung. Hier befindet sich sowohl bei Männern (52%) als auch bei Frauen (47%) etwa die Hälfte in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen und insgesamt 8% der Patient_innen sind bis zu 19 Jahre alt. Über 50jährige finden sich auch hier nur in Einzelfällen (Abbildung 3).

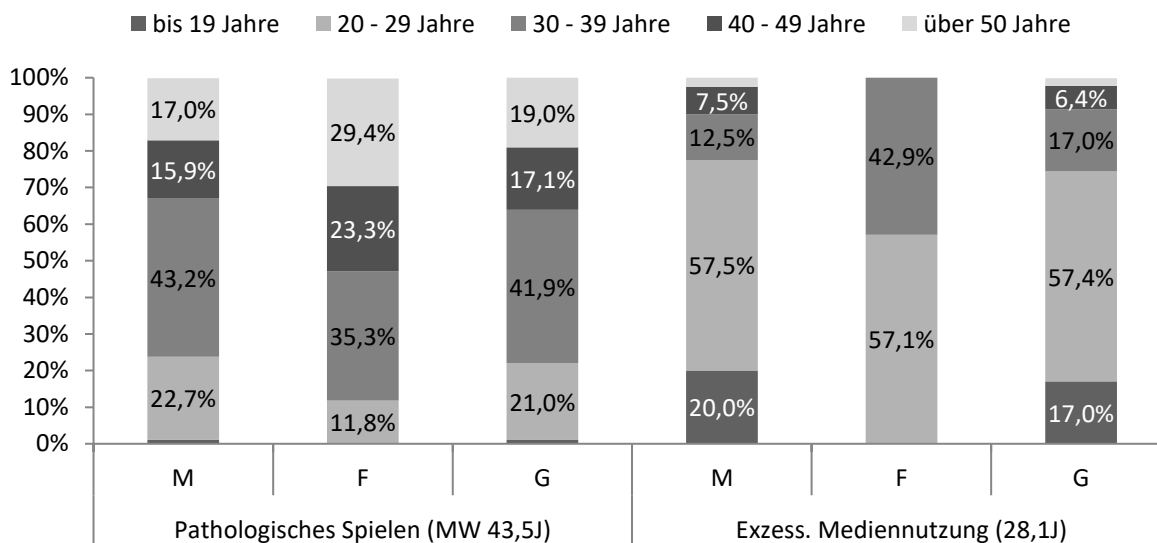
Abbildung 3: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Behandlungsbeginn; Typ 1)



M= Männer, F= Frauen. Männer , G= Gesamt.

Bei Patient_innen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen, die durchschnittlich 44 Jahre alt sind, liegt der Altersschwerpunkt bei 30 bis 39 Jahren (42%). In diesem Altersbereich finden sich 35% der betroffenen Frauen und 43% der betroffenen Männer. Die Alterszusammensetzung der Patient_innen mit einer Problematik im Bereich Exzessiver Mediennutzung unterscheidet sich davon deutlich. Die Patient_innen sind mit einem Durchschnittsalter von 28 Jahren wesentlich jünger als Personen mit Glücksspielproblematik: drei Viertel von von ihnen sind unter 30 Jahren (Abbildung 4).

Abbildung 4: Altersverteilung bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)



M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt.

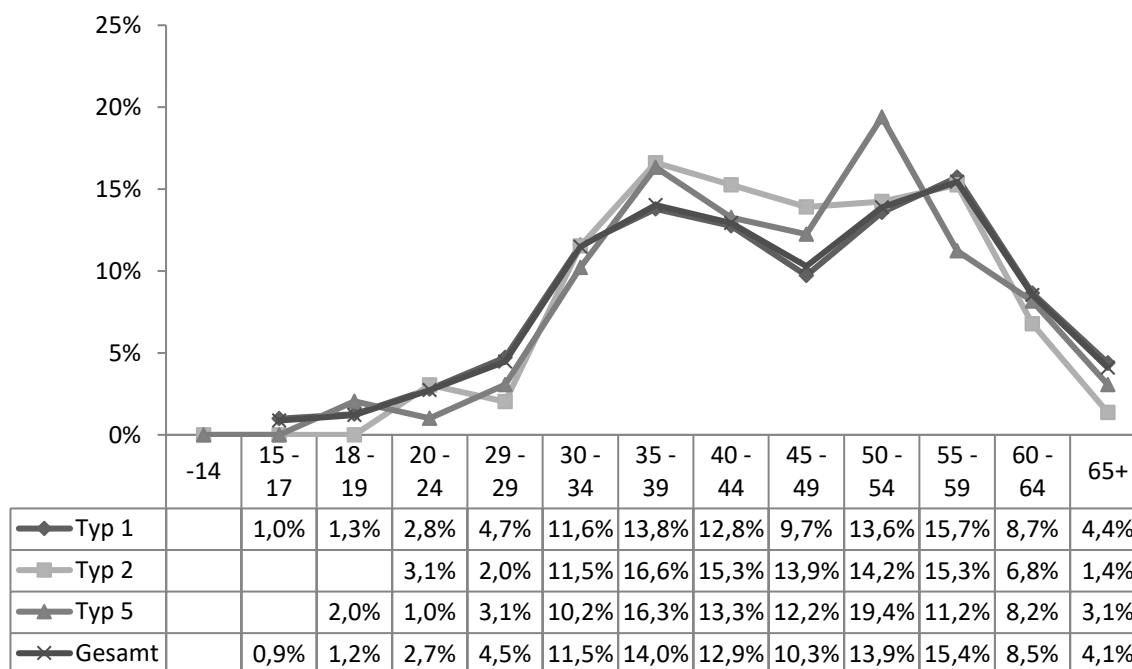
Von den Patient_innen mit einer substanzbezogenen Störung sind in allen Einrichtungstypen diejenigen mit einer Alkoholproblematik im Mittel am ältesten (45 Jahre) und Personen mit einer Cannabinoidproblematik durchschnittlich am jüngsten (26 Jahre). Während Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung in jedem der drei Einrichtungstypen in etwa das gleiche Durchschnittsalter aufweisen, haben Patient_innen mit einer cannabinoidebezogenen Störung in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) ein rund 10 Jahre niedrigeres Durchschnittsalter als in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 25 Jahre vs. 35 Jahre). Die zweitälteste Patient_innengruppe bilden Betreute mit einer opioidbezogenen Störung: ihr Durchschnittsalter liegt bei 37 Jahren, wobei sie in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) im Mittel mit 38 Jahren älter sind als in Typ 5–Einrichtungen mit 35 Jahren. Mit 38 Jahren liegt der Altersdurchschnitt von Personen mit einer Glücksspielproblematik ebenfalls im höheren Bereich. Im Gegensatz dazu zählen Patient_innen, die wegen ihrer exzessiven Mediennutzung betreut werden, mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren zu den jüngsten Patient_innen (Tabelle 7). Beide Patient_innengruppen werden nahezu ausnahmslos in Typ 1-Einrichtungen betreut, so dass ein Altersvergleich über die unterschiedlichen Einrichtungstypen nicht möglich ist (Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersdurchschnitt (Einrichtungstyp; Hauptdiagnose)

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	45,3	2.437	45,1	295	45,8	98	45,4	2.752
Opioide	37,5	63	35,9	18	35,4	5	37,2	82
Cannabinoide	25,3	853	30,6	94	38,5	4	25,7	921
Stimulanzien	31,6	985	32,2	233	30,9	18	31,6	1.256
And. Psychotrop. Subst./ Polytoxiko- manie	30,6	415	33,9	140	31,0	11	31,2	552
Path. Spielen	37,5	105	0,0	0	33,0	1	37,5	106
Exzessive Medien- nutzung	25,9	47	0,0	0	0,0	0	25,9	47

Hinsichtlich der Klientel mit einer Alkoholproblematik verdeutlicht Abbildung 5, dass ältere Patient_innen (ab 50 Jahren) insbesondere in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) betreut werden, wohingegen Patient_innen mittleren Alters (35 – 49 Jahre) vor allem in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) behandelt werden. Jüngere Patient_innen (bis 24 Jahre) finden sich wiederum eher in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1).

Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; Einrichtungstypen)

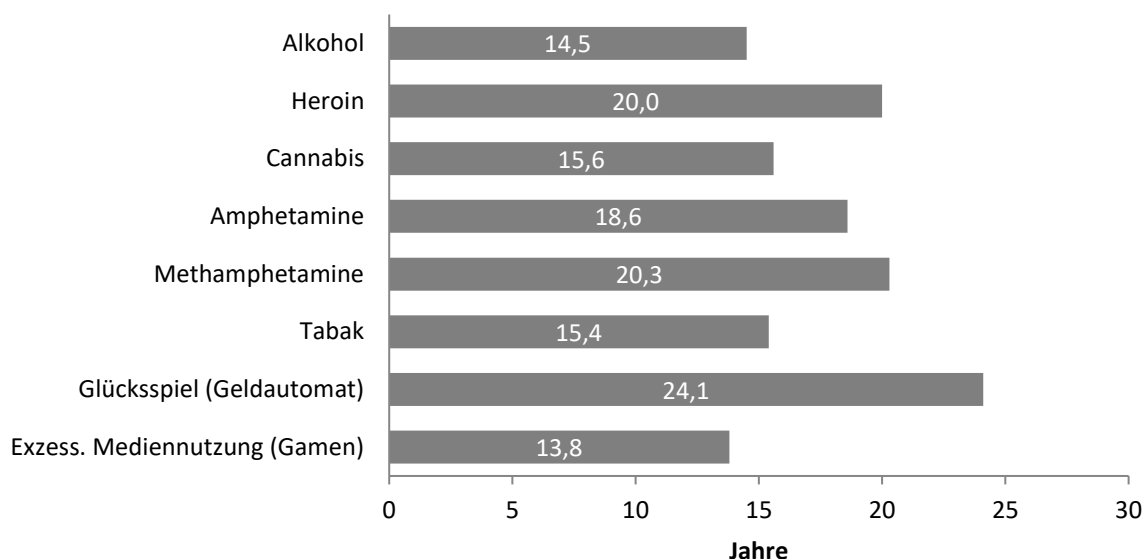


Alter bei Erstkonsum

Zur Ermittlung des Alters bei Erstkonsum wird jeweils die Hauptsubstanz bzw. Hauptglücksspielform bzw. Haupttätigkeit der Mediennutzung herangezogen (Abbildung 6). Für den ersten Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak geben die Patient_innen im Durchschnitt ein Alter von jeweils 15 Jahren an. Von den illegalen Substanzen wird Cannabis mit einem Durchschnittsalter von 16 Jahren am frühesten konsumiert, gefolgt von Amphetaminen mit 19 Jahren. Mit durchschnittlich 14

Jahren – und damit sehr früh – beginnen Patient_innen zu gamen. Am spätesten im Lebenslauf wird mit dem Spielen an Geldautomaten begonnen (24 Jahre).

Abbildung 6: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspiel-form / Haupttätigkeit Mediennutzung; alle Einrichtungstypen)

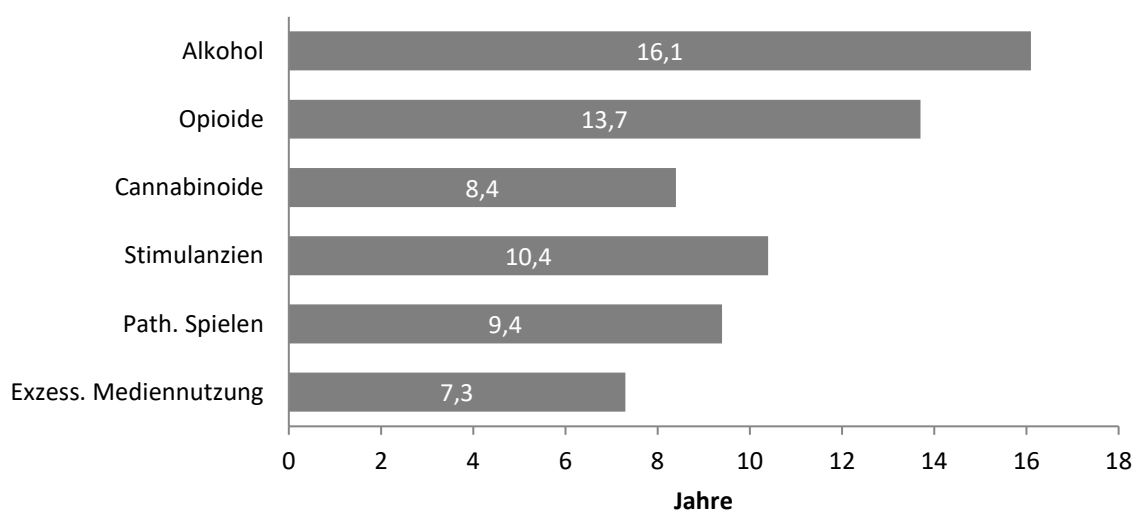


N=46 Einrichtungen

Störungsdauer

Die durchschnittliche Dauer zwischen Auftreten einer Störung und dem Beginn der laufenden Betreuung liegt 2020 bei Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung bei 16 Jahren. Die Störungsdauer ist damit bei ihnen am längsten. Bei Patient_innen mit Exzessiver Mediennutzung (7 Jahre) oder einer cannabinoidbezogenen Problematik (8 Jahre) ist die Zeitspanne zwischen Störungs- und Betreuungsbeginn nur etwa halb so lang und die Störungsdauer somit am kürzesten (Abbildung 7).

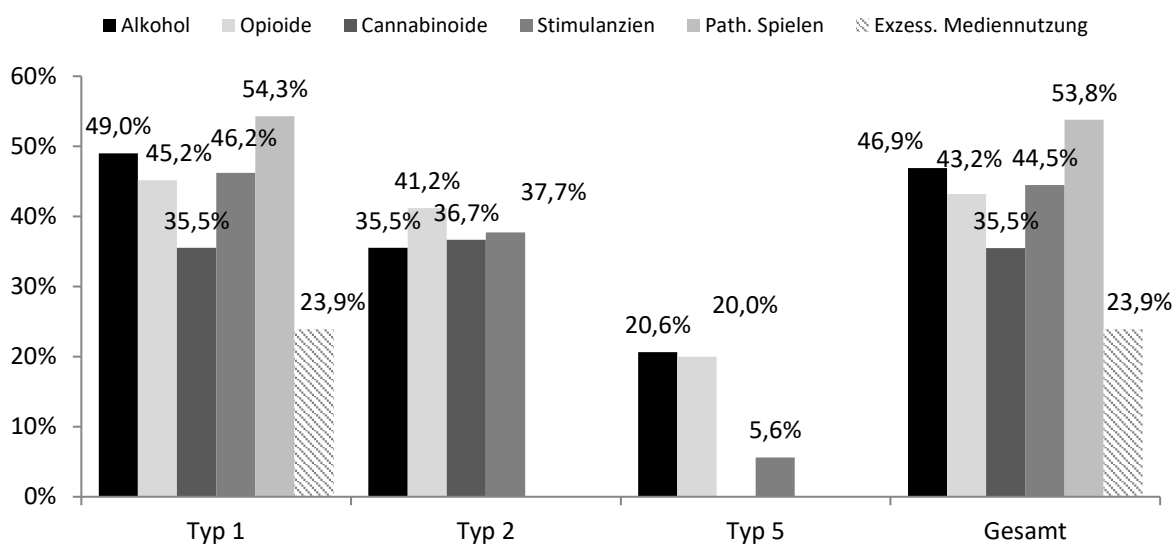
Abbildung 7: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)



Partnerschaft

44% aller Patient_innen, die 2020 in einer ambulanten Einrichtung der Thüringer Suchthilfe betreut werden (Typ 1), leben in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Personen mit einer Glücksspielproblematik zu (54%), am seltensten auf Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung (24%; jedoch kleines N) und cannabinoidbezogener Störung (36%), die allerdings auch die jüngsten Patient_innengruppen bilden. Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass die mit Abstand meisten Patient_innen ohne Partnerschaft in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) betreut werden. Nur 21% der Patient_innen mit einer alkohol- bzw. 20% der Patient_innen mit einer opioidbezogenen Störung befinden sich hier in einer festen Partnerschaft. In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) leben die Patient_innen am häufigsten in einer festen Partnerschaft (Abbildung 8).

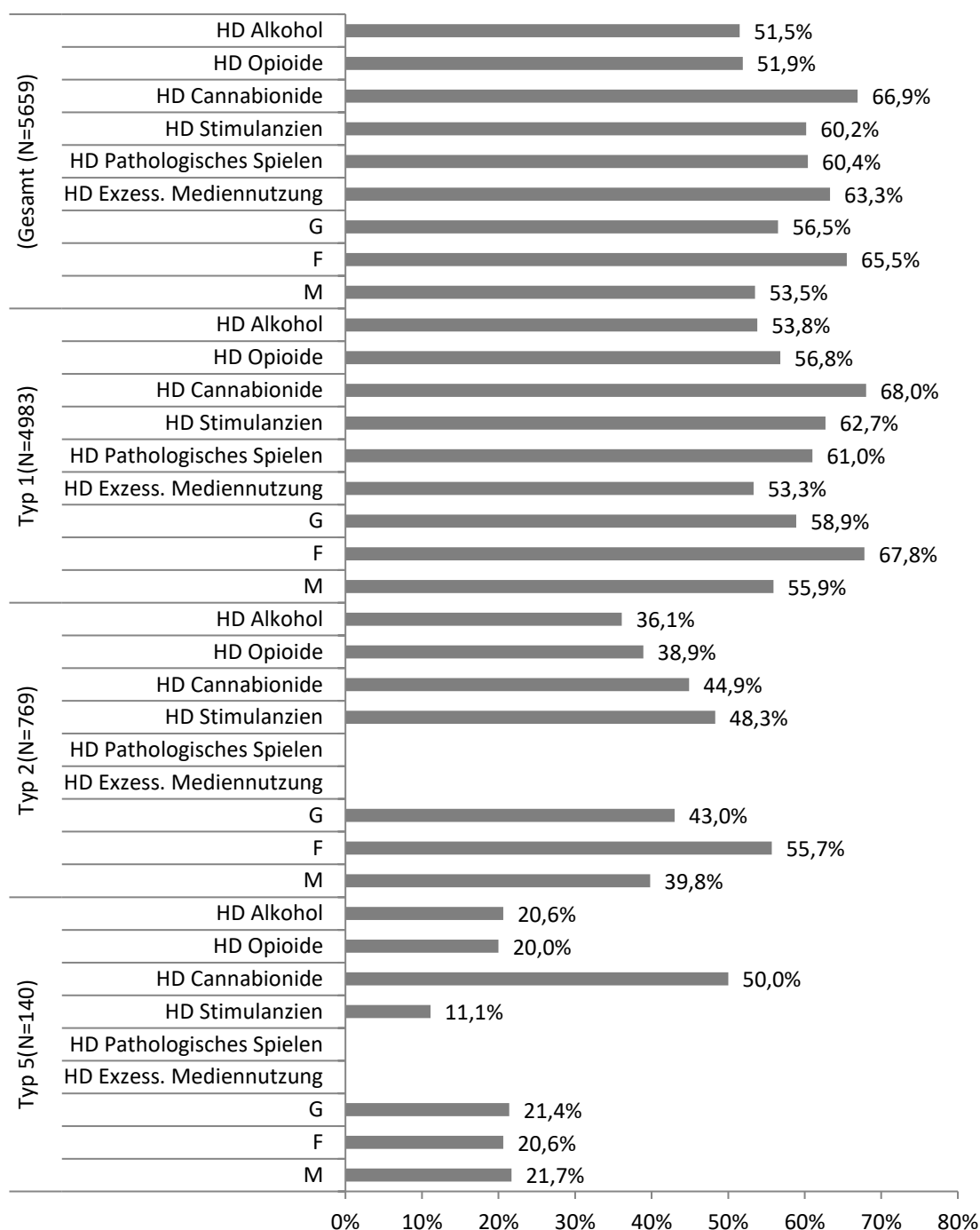
Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)



Lebenssituation

Unabhängig von der Art der suchtbetragenden Störung leben mehr Patient_innen mit anderen Personen zusammen als alleine (57%, Abbildung 9). Insgesamt trifft dies auf Frauen deutlich häufiger zu als auf Männer (66% vs. 54%). Patient_innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung leben am häufigsten mit anderen zusammen (67%). Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung (63%), einer stimulanzenbezogenen Störung (60%) oder einer Glücksspielproblematik (59%) leben ebenfalls mehrheitlich mit anderen zusammen. Deutlich seltener leben Patient_innen mit einer alkohol- oder opioidbezogenen Störung mit anderen Personen zusammen (jeweils 52%).

Patient_innen, die in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) betreut werden, leben am häufigsten alleine, nur 21% von ihnen leben mit anderen Personen zusammen. Dagegen leben mehr als die Hälfte der Patient_innen (59%), die in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen betreut (Typ 1) werden mit anderen Personen zusammen (Abbildung 9).

Abbildung 9: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)


M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt.

Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, mit wem die Patient_innen der einzelnen Einrichtungstypen vor Beginn ihrer Betreuung zusammengelebt haben. Personen, die in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) betreut werden, leben am häufigsten mit Partnern (51%) oder Kindern zusammen (32%). Dies gilt in etwas geringerem Umfang auch für die Patient_innen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 49% bzw 22%). Patient_innen in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) leben dagegen vorrangig mit sonstigen Bezugspersonen/anderen Personen zusammen, wie z.B. Mitbewohnern einer Wohngemeinschaft oder Notunterkunft (68%). Frauen leben deutlich häufiger mit Kindern zusammen als Männer

(Typ 1: 46% vs. 26%; Typ 2: 28% vs. 19%; Typ 5: 29% vs. 0%). Männer leben dagegen häufiger als Frauen noch bei ihren Eltern (Typ 1: 27% vs. 14%; Typ 2: 29% vs. 17%, Typ 5: 13% vs. 0%).

Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Zusammenlebend mit:										
Partner	50,2	53,8	51,3	44,9	63,6	48,9	13,0	42,9	20,0	50,9
Kind(ern)	25,9	45,8	31,7	19,3	28,4	21,8	0,0	28,6	6,7	30,5
Eltern	27,1	14,1	21,6	29,2	17,0	26,0	13,0	0,0	1,0	23,5
Sonstige (Bezugs-) Personen	13,2	12,6	20,8	23,9	12,3	20,3	73,9	42,9	66,7	20,8
Gesamt (Anzahl)	2084	849	2933	243	88	331	23	7	30	3.193

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent; M: Männer, F: Frauen; G= Gesamt; Mehrfachnennungen möglich.

*Die Prozentangaben beziehen sich nur auf diejenigen Patient_innen, die mit jemandem zusammenleben, nicht auf alle Patient_innen.

Wohnsituation

Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik, die in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreut werden, leben am Tag vor Betreuungsbeginn zum großen Teil selbstständig, d.h. sie wohnen zur (Unter-)Miete bzw. in den eigenen vier Wänden (86% bzw. 81%). Patient_innen mit einer cannabinoidbezogenen Störung leben demgegenüber am seltensten selbstständig (54%), dafür aber am häufigsten mit anderen Personen zusammen (37%). Aufgrund des vorwiegend jugendlichen Alters dieser Patient_innen, kann angenommen werden, dass es sich dabei um die Eltern handelt.

Im Justizvollzug befinden sich am häufigsten Patient_innen mit einer opioidbezogenen Störung (23%) sowie Patient_innen mit einer Stimulanzienproblematik (14%). In prekären Wohnverhältnissen, d.h. in Notunterkünften oder obdachlos, leben ebenso insbesondere Personen aus diesen beiden Patient_innengruppen (jeweils 3%; Tabelle 9).

Tabelle 9: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1)

Wohnsituation	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung	Gesamt N
Selbstständiges Wohnen	86,1	54,8	53,7	62,4	81,0	68,9	3.597
Bei anderen Personen	6,1	16,1	36,7	16,8	13,3	28,9	770
Ambulant betreutes Wohnen (Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,0	0,0	0,9	0,5	1,0	0,0	41
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,3	1,6	0,4	1,7	1,0	2,2	59
Wohnheim/Übergangswohnheim	2,0	1,6	3,0	1,3	1,0	0,0	107
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	2,0	22,6	3,2	13,9	2,9	0,0	308
Notunterkunft/ohne Wohnung	1,4	3,2	1,1	2,6	0,0	0,0	84
Gesamt N	2403	62	853	985	105	45	

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patient_innen mit alkoholbezogener Störung am Tag vor Betreuungsbeginn gibt Tabelle 10. Patient_innen der ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) sowie der stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) wohnen zu 86% bzw. 73% selbstständig. In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) trifft dies nur auf 45% zu. Diese Patient_innengruppe lebt vor Antritt ihrer Betreuung häufig in stationären Suchthilfeeinrichtungen (22%) oder (Übergangs-)Wohnheimen (7%). Ein Anteil von 9% lebt vor Beginn der Betreuung in prekären Wohnverhältnissen, d.h in Notunterkünften, Übernachtungsstellen oder ist obdachlos.

Tabelle 10: Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose)

Wohnsituation	Einrichtungstypen			Gesamt
	Typ 1	Typ 2	Typ 5	
Selbständiges Wohnen	86,1	73,4	45,4	83,8
Bei anderen Personen	6,1	7,2	6,2	6,0
Ambulant betreutes Wohnen	1,0	1,4	4,1	1,1
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,3	12,6	21,6	2,9
Wohnheim/Übergangswohnheim	2,0	0,7	7,2	2,1
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	2,0	1,0	4,1	2,0
Notunterkunft/Übernachtungsstelle/ohne Wohnung	1,4	3,4	9,3	1,9
Gesamt N	2.403	293	97	2.715

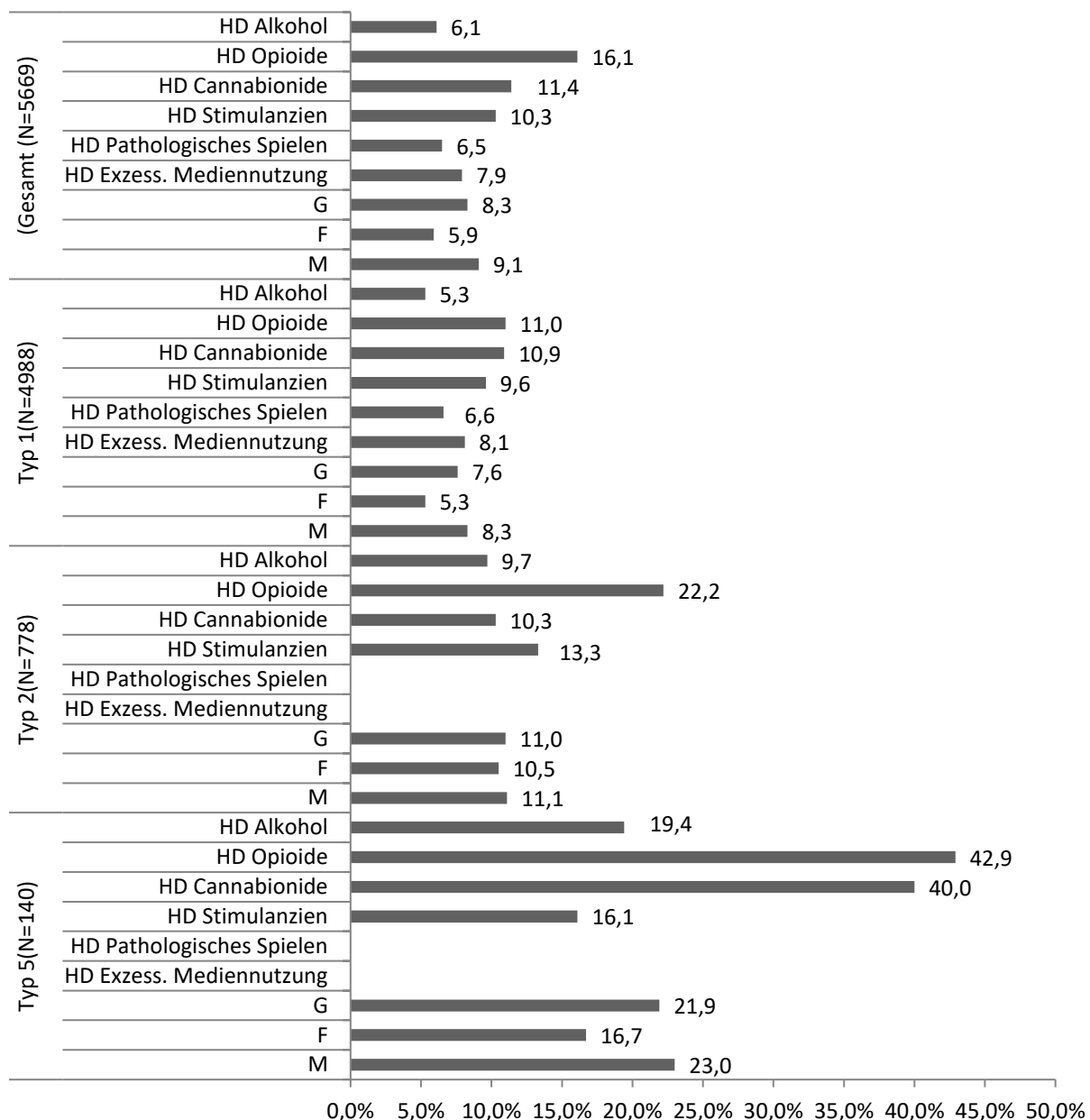
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Schulbildung

Abbildung 10 zeigt die zum Teil recht hohen Anteile an Patient_innen in Suchthilfeeinrichtungen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben. Die höchsten Anteile an Schulabbrechern finden sich insgesamt bei Personen mit opioid- (16%) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (11%). Demgegenüber haben Personen mit einer alkoholbezogenen Störung oder Glücksspielproblematik die Schule am seltensten ohne Abschluss verlassen (6% bzw. 7%). Mit 22% liegt in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) die höchste Quote an Schulabbrechern vor.

In den einzelnen Einrichtungstypen (Ausnahme Typ 2) und auch insgesamt haben Männer häufiger keinen Schulabschluss als Frauen (9% vs. 6%).

Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Einrichtungstypen)



M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt.

Insgesamt haben 88% der Patient_innen in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen einen Schulabschluss. Tabelle 11 zeigt, dass das Gros der Patient_innen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen einen niedrigen oder mittleren Bildungsstand, also einen Haupt- oder Realschulabschluss, hat. Ein höherer Schulabschluss (Abitur / (Fach-)hochschulreife) findet sich vor allem bei Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen (16%) oder einer Glücksspielproblematik (14%). Noch in Schulausbildung befinden sich insbesondere Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (13%).

Tabelle 11: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1)

Schulabschluss	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung	Gesamt N
Derzeit in Schulausbildung	0,8		13,0	2,4	1,0	11,1	181
Ohne	4,9	14,3	10,4	12,4	2,9	0,0	422
Haupt-/Volksschule	24,7	28,6	31,3	40,4	18,1	20,0	1.478
Realschule/Polytechnische Oberschule	55,3	41,3	34,7	39,0	61,9	35,6	2.322
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	13,2	15,9	9,7	5,0	14,3	33,3	541
Anderer Schulabschluss	1,1		0,7	0,8	1,9	0,0	44
Gesamt N	2.406	63	852	985	105	45	4.988

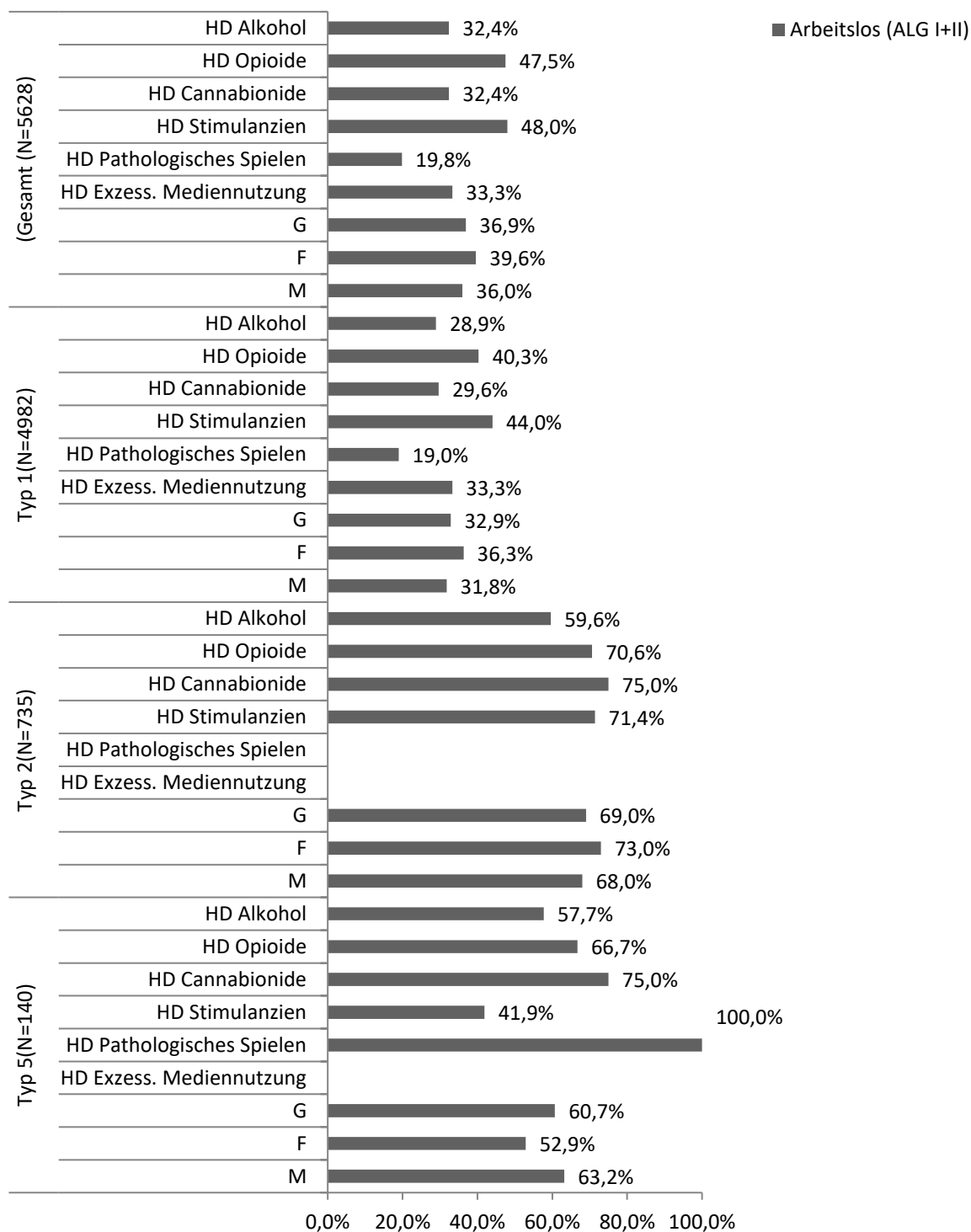
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Erwerbssituation

Auch 2020 ist, wie in den Vorjahren, gut ein Drittel der von den Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen erreichten Patient_innen arbeitslos (37%, ALG I und II). Die Betroffenen beziehen dabei mehrheitlich (30%) Leistungen nach SGB II (ALG II), sind also länger als ein Jahr arbeitslos. Frauen sind etwas häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer (40% vs. 36%). Personen mit einer opioid- oder stimulanzenbezogenen Störung sind insgesamt am häufigsten arbeitslos (je 48%). Mit Abstand am seltensten betrifft Arbeitslosigkeit Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik (20%).

In der Klientel der stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 69%) ist Arbeitslosigkeit deutlich stärker vertreten als bei den Patient_innen der ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 33%) und auch etwas stärker als in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 61%). Dies gilt über alle Diagnosegruppen hinweg und auch sowohl für Männer als auch für Frauen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Anteil Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)



M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Problematische Schulden

Problematische Schulden (im Verhältnis zur finanziellen Situation) betreffen, wie im Vorjahr, ein Drittel der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patient_innen. Am höchsten ist die Schuldenbelastung bei Personen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2): Von ihnen haben insgesamt 71% Schulden, 18% sind mit zwischen 10.000 und 25.000 Euro verschuldet, 11% mit bis zu 50.000 Euro und 6% noch darüber hinaus. Die geringste Schuldenlast liegt bei den Patient_innen der ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) vor: hier sind 71% schuldenfrei, 20% haben bis zu 10.000 Euro Schulden und nur 9% sind noch höher verschuldet. Frauen sind insgesamt seltener und auch weniger stark verschuldet als Männer (Tabelle 12)

Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp

Schulden	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Keine	70,4	74,0	71,3	28,9	31,6	29,4	36,8	55,9	41,4	66,7
Bis 10.000 EUR	19,2	20,5	19,5	32,9	49,7	36,3	45,3	35,3	42,9	21,7
Bis 25.000 EUR	6,3	4,2	5,8	19,9	10,3	17,9	9,4	5,9	8,6	6,9
Bis 50.000 EUR	2,8	0,9	2,3	12,0	5,2	10,6	5,7	2,9	5,0	3,1
Mehr	1,2	0,5	1,0	6,3	3,2	5,7	2,8	0,0	2,1	1,5
Gesamt N	3.687	1.241	4.937	599	155	754	106	34	140	5.603

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; M: Männer, F: Frauen

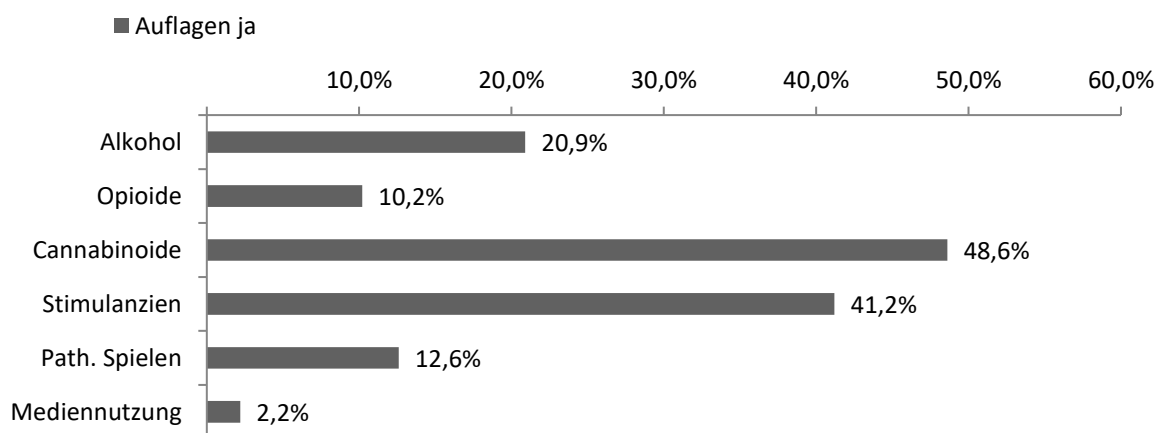
5 Ergebnisse zur Betreuung

Das folgende Kapitel beschreibt Daten zum Zugang zur Betreuung sowie zu deren Art, Abschluss und Ergebnis. Die Art der Datendarstellung – differenziert nach Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der betreuten Patient_innen; differenziert nach sechs ausgewählten Hauptdiagnosen, gesondert für einzelne Aspekte für die Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen sowie gesondert für die Daten der ambulanten Beratungsstellen (Typ 1) Hauptdiagnosen – stimmt mit der in Kapitel 4 überein.

Auflagen für die Betreuung⁷

Insgesamt kommen 30% der Patient_innen mit Auflagen in die Betreuung. Bei den Patient_innen, die mit einer Problematik mit legalen Substanzen oder im Bereich Pathologisches Spielen oder exzessiver Mediennutzung in die Betreuung kommen, liegen weitaus seltener Auflagen vor als bei Personen, die aufgrund von Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen Suchthilfe in Anspruch nehmen (Abbildung 12). So haben 91% der Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik, 89% der Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung sowie 80% der Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen keinerlei Auflagen für eine Betreuung. Am häufigsten kommen Personen mit cannabinoid- und stimulanzenbezogenen Störungen mit Auflagen in die Betreuung (49% bzw. 41%; Abbildung 12)

Abbildung 12: Auflagen bei substanz- und nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)

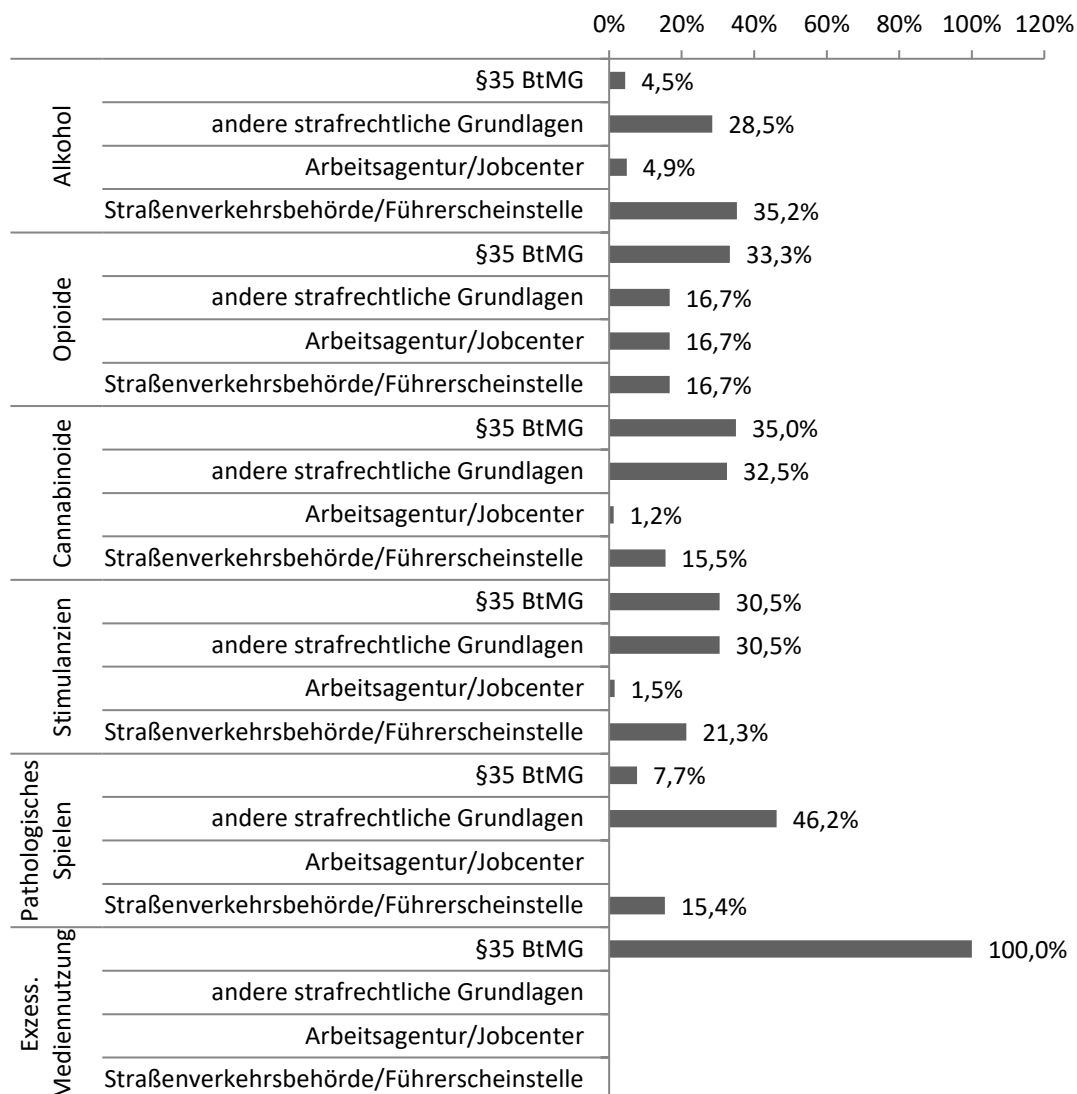


Mit einer Auflage nach §35 BtMG („Therapie statt Strafe“) kommen in erster Linie Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (35%) in die Betreuung, in etwas geringerem Ausmaß auch Personen mit opioid- oder stimulanzenbezogenen Störungen (33% bzw. 31%). Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen liegen vor allem bei Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik vor (46%), ebenfalls häufig bei Patient_innen mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen (35% bzw. 31%). Auflagen der Straßenverkehrsbehörde bzw. Führerscheinstelle

⁷ „Mit Auflagen sind hier Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung/ Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für den/die Klient/in / Patient/in im Handlungsbereich des Aufgabengebers zur Folge haben“ (DHS, 2020).

kommen insbesondere bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen zum Tragen (35%; Abbildung 13).

Abbildung 13: Häufigste Auflagen bei substanz- und nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen



*Die Prozentangaben beziehen sich nur auf diejenigen Patient_innen, die mit einer Auflage in die Betreuung kommen, nicht auf alle Patient_innen.

Vermittlung

Insgesamt kommen 39% der Patient_innen ohne Vermittlung, d.h. auf eigene Initiative als Selbstmelder_innen in die Betreuung. Der Anteil der Selbstmelder_innen liegt bei Patient_innen von ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) mit 44% deutlich höher als bei Patient_innen soziotherapeutischer Einrichtungen (Typ 5; 14%). Bei Patient_innen stationärer Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) kommen – bedingt durch die reglementierten Zugangsvoraussetzungen – Selbstmeldungen praktisch nicht vor. Dort überwiegen Vermittlungen durch psychiatrische Kliniken (41%) oder ambulante Suchthilfeeinrichtungen (12%). Psychiatrische Kliniken spielen auch die wichtigste Rolle bei der Vermittlung in soziotherapeutische Einrich-

tungen (Typ 5; 29%), gefolgt von stationären Suchthilfeeinrichtungen (16%). Vermittlungen durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe erfolgen am häufigsten in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1; 16%).

Frauen kommen etwas häufiger als Männer ohne Vermittlung in die Betreuung (44% vs. 38%). Die zweithäufigste Vermittlungsart ist für Männer die Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (18%), für Frauen die Vermittlung durch psychiatrische Kliniken (10% – mit gleicher Häufigkeit kommen auch Männer über die Psychiatrie in die Betreuung; Tabelle 13).

Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen

Vermittlung durch	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Keine/Selbstmelder	43,5	2,4	14,2	37,5	43,7	39,0	2.204
Soziales Umfeld	8,0	0,9	0,7	7,5	6,3	7,2	405
Psychiatr. Krankenhaus	6,5	41,0	29,1	10,3	9,7	10,2	574
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,3	22,3	5,7	3,4	3,2	3,4	190
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	5,3	11,5	16,3	6,0	7,1	6,2	353
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	15,6	7,8	7,1	17,6	4,1	14,3	805
Gesamt N	4.997	739	141	4.247	1.399		5.649

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Betrachtet man die einzelnen Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich ihrer Vermittlungswege in die Betreuung, so zeigt sich, bei allen Hauptdiagnosen die Selbstmeldung den mit Abstand häufigsten Vermittlungsweg bildet. In den übrigen Vermittlungsarten unterscheiden sich die Gruppen jedoch durchaus. So werden durch Psychiatrische Krankenhäuser am häufigsten Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen (10%) vermittelt, durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe am häufigsten Patient_innen mit stimulanzen- oder cannabinoidbezogenen Störungen (25% bzw. 24%). Das Soziale Umfeld spielt als Vermittlungsinstanz insbesondere für Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung (26%), einer Glücksspielproblematik (11%) oder cannabinoidbezogenen Störungen (10%) eine wichtige Rolle (Tabelle 14).

Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)

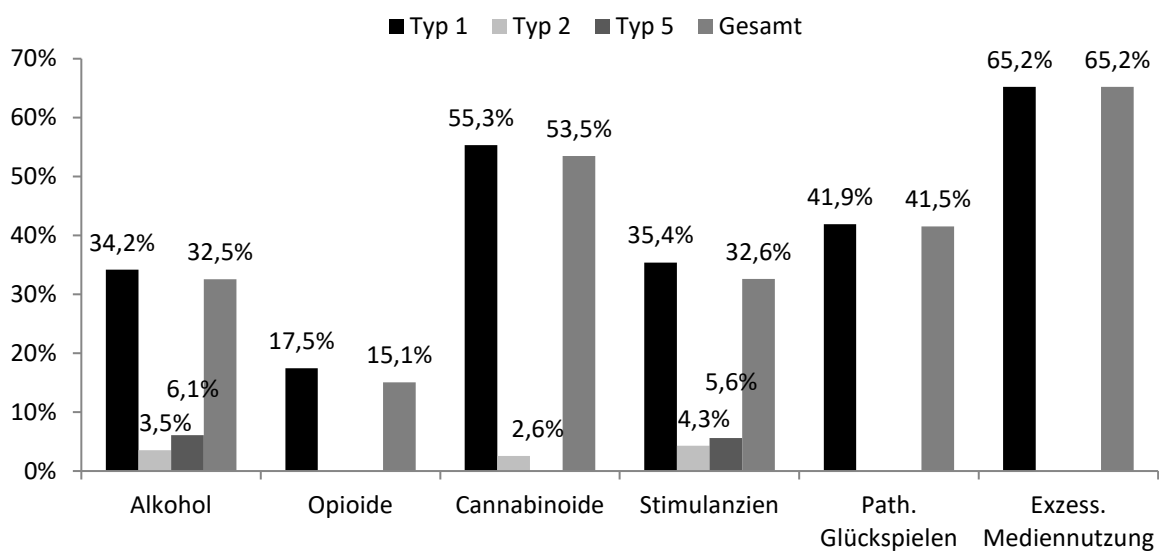
Vermittlung durch	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Path. Spielen	Exzess. Medien- nutzung
Keine/Selbstmelder	46,1	42,9	38,2	43,0	58,1	36,2
Soziales Umfeld	7,5	4,8	10,2	4,3	10,5	25,5
Psychiatr. Krankenhaus	10,3	6,3	1,5	3,6	4,8	0,0
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,6	0,0	1,3	0,8	1,9	0,0
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	7,7	1,6	1,6	3,9	3,8	6,4
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	7,0	22,2	24,2	25,2	5,7	2,1
Gesamt N	2.414	63	853	985	105	47

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Anteil der Erstbetreuten

Erwartungsgemäß befinden sich unter den jüngsten Patient_innengruppen überwiegend Erstbetreute: so werden 65% der Patient_innen mit Exzessiver Mediennutzung (hier ist auch das Störungsbild noch sehr neu) und 54% der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen im Jahr 2020 zum ersten Mal in einer Suchthilfeeinrichtung betreut. Auch Personen mit einer Glückspielproblematik weisen mit 42% einen recht hohen Anteil an Erstbetreuten auf. Hingegen wird nimmt nur jeweils ein Drittel der Patient_innen mit einer alkohol- oder stimulanzenbezogenen Störung erstmalig Leistungen der Suchthilfe in Anspruch. Den geringsten Anteil an Erstbetreuten weisen Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen auf (15%). Am häufigsten finden Erstbetreuungen in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) und am seltensten in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) statt (Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteil der Erstbetreuten bei den häufigsten Hauptdiagnosen



Art der Betreuung

Im neuen KDS 3.0 wurde die Dokumentation der Maßnahmen, die den Patient_innen in den Suchthilfeeinrichtungen angeboten werden, stark ausgeweitet, damit die Betreuung möglichst differenziert erfasst werden kann. Aus den Oberkategorien des Maßnahmenkatalogs werden für die Darstellung im Bericht nur diejenigen Maßnahmenbereiche mit den größten Häufigkeiten dargestellt. Alle Bereiche, die in der Darstellung nicht berücksichtigt werden (Prävention u. Frühintervention, Akutbehandlung, Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII) Suchtberatung im Betrieb, Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung, Altenhilfe und Pflege, Selbsthilfe) hatten entweder keine oder nur geringe Nennungen.

Gesondert betrachtet werden somit die Hauptmaßnahmen „Beratung und Betreuung“, „Suchtbehandlung“, „Eingliederungshilfe“ und „Justiz“ mit den jeweiligen Einzelmaßnahmen. Tabelle 15 stellt die Hauptmaßnahmenbereiche nach Einrichtungstyp dar. Die Verteilung der Häufigkeiten entspricht erwartungsgemäß den Einrichtungstypen. In ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) wird 2020 hauptsächlich (94%) Beratung und Betreuung durchgeführt, zusätzlich

ein geringer Anteil (3%) an Suchtbehandlung und Justiz (3%; hier vor allem Suchtberatung im Justizvollzug). In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) finden fast ausschließlich Suchtbehandlungen – genauer: stationäre medizinische Rehabilitation – statt (98%). In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) ist die häufigste Hauptmaßnahme die Eingliederungshilfe (92%). Diese umfasst insbesondere Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (94%), Ambulant Betreutes Wohnen (60%), Tagesstrukturierende Maßnahmen (58%) und Leben im Übergangwohnheim (8%).

Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)

Hauptmaßnahme	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Beratung und Betreuung	93,9	1,7	8,2	77,0	83,5	78,7	4.348
Suchtbehandlung	2,6	97,7	0,0	16,7	14,4	16,1	890
Eingliederungshilfe	0,3	0,0	91,8	2,7	1,8	2,5	137
Justiz	3,0	0,0	0,0	3,3	0,1	2,5	138
Gesamt N	4.608	787	134	4.150	1.376		5.528

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent. M= Männer, F= Frauen.

Die häufigsten Maßnahmen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind die Beratung und Betreuung mit zwischen 73% (opioidbezogene Störungen) und 96% (Glücksspielproblematik). Eine Suchtbehandlung, darunter auch stationäre Rehabilitation, wird in der Hauptsache bei substanzgebundenen Störungen durchgeführt. Der höchste Anteil beträgt hier 24% bei Patient_innen mit stimulanzenbezogenen Störungen. Eingliederungshilfen spielen vor allem bei Personen mit einer opioid- oder alkoholbezogenen Störung eine Rolle (7% bzw. 3%). Maßnahmen im Bereich der Justiz werden vor allem von Patient_innen mit einer Stimulanzen- oder Glücksspielproblematik in Anspruch genommen zu (5% bzw. 3%; Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)

Hauptmaßnahme	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzen	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung
Beratung und Betreuung	82,7	73,1	84,7	69,3	96,4	0,0
Suchtbehandlung	13,3	19,4	11,1	24,0	0,9	100,0
Eingliederungshilfe	2,9	6,5	1,4	1,7	0,0	0,0
Justiz	0,7	1,1	2,1	5,0	2,7	0,0
Gesamt N	2.758	93	874	1.048	110	42

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Dauer der Betreuung

Die durchschnittlichen Betreuungsdauern im stationären Bereich (Typ 2) sind erwartungsgemäß deutlich kürzer als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1). In der stationären Betreuung liegt die durchschnittliche Dauer zwischen 84 Tagen bei Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen und 117 Tagen bei Patient_innen mit stimulanzenbezogenen Störungen.

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) findet sich die mit Abstand längste mittlere Betreuungsdauer bei Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen (1.031 Tage). An zweiter Stelle stehen Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen (418 Tage). Am durchschnittlich kürzesten werden hier Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut (244 Tage).

In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5), die zum Teil Wohnheimcharakter haben, liegen eher lange Betreuungsdauern vor. Die mit Abstand längste durchschnittliche Betreuungsdauer findet sich mit 807 Tagen bei Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen. Bei den übrigen Hauptdiagnosen reicht die durchschnittliche Dauer hier von 230 (Cannabinoidbezogene Störungen) bis 395 (opioidbezogene Störungen) Tage (Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp)

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	417,5	2388	85,9	295	860,0	77	394,5	2759
Opioide	1030,7	68	84,4	18	495,0	7	807,2	93
Cannabinoide	244,4	769	102,9	94	346,8	11	230,5	874
Stimulanzen	340,9	795	116,7	234	520,5	19	294,1	1048
Path. Glücksspielen	332,7	110	0,0	0	0,0	0	332,7	110
Exzessive Mediennutzung	280,5	42	0,0	0	0,0	0	280,5	42

Die Verteilung der Betreuungsdauer unterscheidet sich für die ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) betreuten Patient_innengruppen je nach ihren Hauptdiagnosen (Tabelle 18). Eine Betreuungsdauer bis maximal sechs Monate liegt am häufigsten bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen oder exzessiver Mediennutzung (jedoch geringes N) vor, für 58% bzw. 57% der Patient_innen endet die Betreuung innerhalb dieses Zeitraumes. Betreuungsdauern von über zwei Jahren findet man bei jeder dritten Person mit opioidbezogenen Störungen (37%), aber auch bei 14% der Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Typ 1)

Betreuungsdauer	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Path. Spielen	Exzess. Medien- nutzung
Bis 3 Monate	27,0	17,6	36,8	27,4	31,8	45,2
Bis 6 Monate	18,8	17,6	20,8	22,0	20,0	11,9
Bis 9 Monate	12,4	11,8	12,7	13,6	13,6	16,7
Bis 12 Monate	9,3	1,5	9,0	9,8	8,2	11,9
Bis 24 Monate	18,6	14,7	15,2	16,4	16,4	7,1
Mehr als 24 Monate	13,8	36,8	5,5	10,8	10,0	7,1
Gesamt N	2.388	68	769	795	110	42

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Anzahl der Kontakte

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) finden bei 46% der Patient_innen zwei bis fünf Kontakte statt; sechs bis zehn Kontakte erfolgen bei 24% der Patientinnen, zu über 30 Kontakten kommt es bei 9% der Patient_innen. Insgesamt finden im Durchschnitt 13 Kontakte im Laufe der Betreuung statt. Männer haben im Durchschnitt 13 Kontakte und damit weniger als Frauen, bei denen es im Laufe der Betreuung zu durchschnittlich 15 Kontakten kommt. In soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) kommt es in 75% der Fälle zu mehr als 30 Kontakten.

Art der Beendigung

Insgesamt beendet in den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) etwas mehr als die Hälfte (51%) der Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung die Betreuung planmäßig. Dies ist die höchste Planmäßigkeitsquote unter den betrachteten Hauptdiagnosen. Den geringsten Anteil an planmäßigen Beender_innen weisen Patient_innen mit einer opioidbezogenen Störung auf (31%). Der Anteil derjenigen, die selbst die Betreuung vorzeitig abbrechen, liegt zwischen 60% bei Personen mit einer opioidbezogenen Störung und 33% bei Personen mit einer alkoholbezogenen Störung. Disziplinarische Entlassungen finden nur in wenigen Einzelfällen statt (Tabelle 19).

Tabelle 19: Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1)

Art der Beendigung	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Path. Spielen	Exzess. Medien- nutzung
Planmäßig	51,2	30,60	50,3	42,3	45,3	40,0
Vorzeitig auf therapeutische Veran- lassung	0,8	0,0	0,6	0,7	0,0	2,5
Vorzeitig mit therapeutischem Ein- verständnis	5,3	1,6	4,4	3,1	2,8	0,0
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	32,8	59,7	36,8	37,0	45,3	50,0
Disziplinarisch	0,1	1,6	0,4	0,4	0,0	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,2	3,2	1,4	3,5	0,9	0,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	7,5	1,6	6,1	12,8	5,7	7,5
Verstorben	1,0	1,6	0,0	0,3	0,0	0,0
Gesamt N)	2201	62	723	743	106	40

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen weisen die ambulanten Einrichtungen (Typ 1) den höchsten Anteil regulärer Betreuungsabschlüsse auf (48%; Tabelle 20). Mit 46% haben stationäre Einrichtungen (Typ 2) einen höheren Anteil an regulären Beendigungen als soziotherapeutische Einrichtungen (Typ 5; 41%). Abbrüche seitens der Patient_innen spielen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) die größte Rolle (36%). Disziplinarische Entlassungen erfolgen vor allem in stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen (je 14%).

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) ist der Anteil an planmäßigen Beendigungen bei Frauen und Männern gleich, in stationären Einrichtungen (Typ 2) beenden Frauen die Betreuung etwas seltener planmäßig als Männer (44% vs. 47%), umgekehrt verhält es sich in den soziotherapeutischen Einrichtungen (46% vs. 40%). In den Einrichtungen des Typs 2 und 5 sind Männer häufiger von Entlassungen aus disziplinarischen Gründen betroffen als Frauen (Typ 2: 14% vs. 12%; Typ 5: 18% vs. 0%; Tabelle 20).

Tabelle 20: Art der Beendigung (Einrichtungstyp)

Art der Beendigung	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Planmäßig	48,4	47,4	48,1	46,7	44,4	46,2	39,6	46,4	41,0%	47,6
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,7	0,9	0,7	6,4	6,2	6,3	3,8	10,7	5,2%	1,7
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,0	5,2	4,3	6,2	12,3	7,5	5,7	7,1	6,0%	4,8
Abbruch	35,8	36,3	36,0	15,7	19,1	16,4	17,0	21,4	17,9	32,6
Disziplinarisch	0,3	0,0	0,3	14,2	11,7	13,7	17,9	0,0	14,2	2,6
Außerplanmäßiger Wechsel	2,1	0,9	1,8	1,1	0,0	0,9	5,7	3,6	5,2	1,8
Planmäßiger Wechsel	8,2	8,6	8,3	9,8	6,2	9,0	6,6	10,7	7,5	8,4
Verstorben	0,5	0,6	0,6				3,8	0,0	3,0	0,5
Gesamt N	3.202	1.095	4.299	613	162	775	106	28	134	5.207

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt.

Für die Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen zeigen sich zwischen den Einrichtungstypen zum Teil deutliche Unterschiede in der Art der Beendigung (Tabelle 21). In den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) schließen 62% der Patient_innen die Betreuung regulär ab. Dieser Anteil ist deutlich höher als in den ambulanten Beratungs- und Betreuungsstellen (Typ 1; 51%) und fast doppelt so hoch wie in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 36%). Die höchste Abbruchquote durch die Patient_innen findet sich bei ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 33%), am häufigsten kommt es in soziotherapeutischen Einrichtungen zu Entlassungen aus disziplinarischen Gründen (Typ 5; 10%; Tabelle 21).

Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

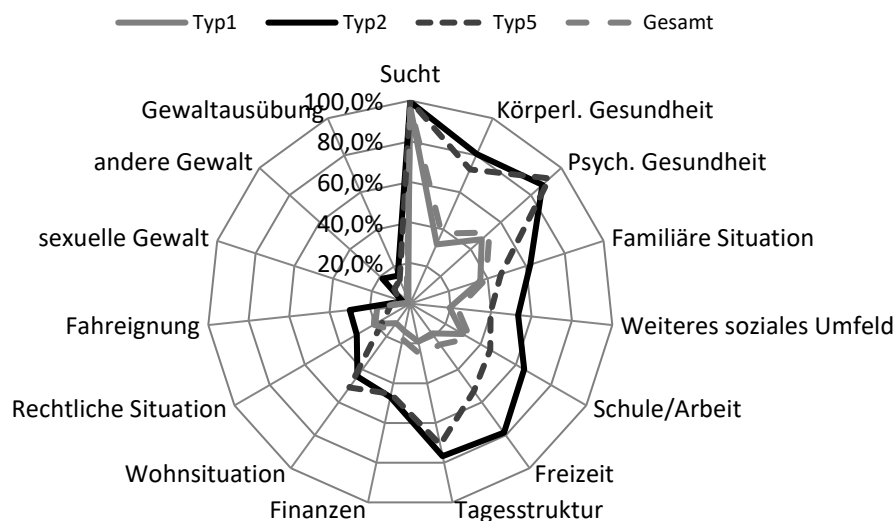
Art der Beendigung	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt
Planmäßig	51,2	62,2	36,4	52,0
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,8	5,8	3,9	1,5
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	5,3	8,9	7,8	5,8
Abbruch	32,8	11,0	16,9	29,9
Disziplinarisch	0,1	6,5	10,4	1,2
Außerplanmäßiger Wechsel	1,2	0,7	7,8	1,4
Planmäßiger Wechsel	7,5	4,8	11,7	7,2
Verstorben	1,0		5,2	1,0
Gesamt N	2.201	291	77	2.568

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Entwicklung der Problematik

Zu Beginn der Betreuung wird für jede_n Patient_in durch die Betreuer_innen eingeschätzt, ob aktuell ein Problem oder eine Belastung in 15 vorgegebenen Problembereichen vorliegt.

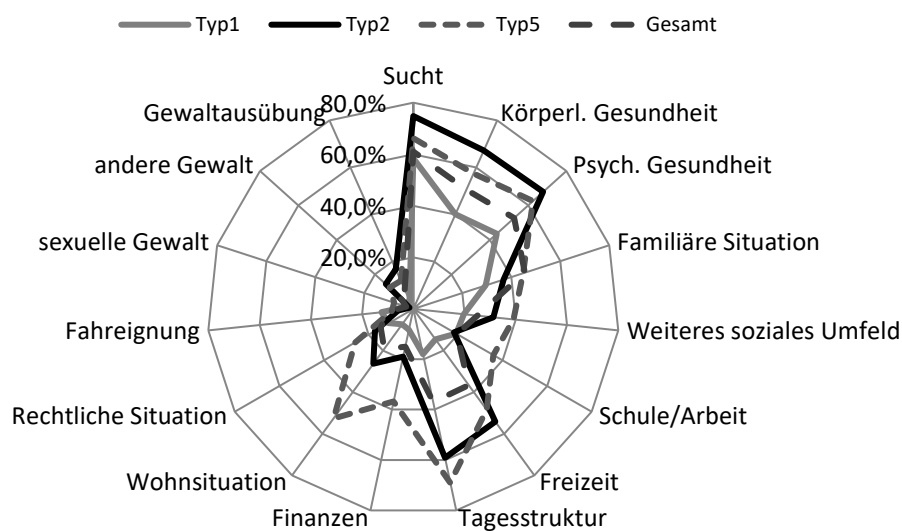
Abbildung 15 zeigt die Problemlage der Patient_innen in den Einrichtungstypen 1, 2 und 5 sowie insgesamt zu Beginn ihrer Betreuung. In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) wird dabei eine wesentlich größere Problembelastung dokumentiert als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1). Die Klientel der beiden erstgenannten Einrichtungstypen hat eine ähnliche Problemlage: neben der starken Suchtproblematik haben die Patient_innen vorrangig Probleme mit ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit, ihrer Tagesstruktur und Freizeit. Der Substanzkonsum, also das Suchtverhalten, ist für alle Patient_innen das vordringlichste Problem. Die verschiedenen Problembereiche im Zusammenhang mit Gewalterfahrung oder -ausübung sind einrichtungstyp-übergreifend kaum dokumentiert. In ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) dominieren ebenfalls die oben genannten Problembereiche, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau.

Abbildung 15: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Einrichtungstypen)

Am Ende der Betreuung werden die Problembereiche erneut durch die Betreuer_innen dahingehend beurteilt, ob sich die Problematik der jeweiligen Patient_innen in den genannten Bereichen „verbessert“ hat, „gleich geblieben“ ist, sich „verschlechtert“ hat oder „neu aufgetreten“ ist.

Abbildung 16 zeigt die Häufigkeit des seitens der Therapeut_innen als „verbessert“ eingeschätzten Status der Problembereiche zum Ende der Betreuung. Die höchsten Besserungsquoten liegen bei Patient_innen in stationären (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) vor, bei denen die Problemlast zu Betreuungsbeginn stärker ausgeprägt war als bei in Typ 1 Einrichtungen betreuten Personen. Bei den zu Beginn der Betreuung für diese Patient_innengruppe bedeutsamen Problembereichen „psychische Gesundheit“, „Tagesstruktur“ und „Freizeit“ liegen besonders häufig Verbesserungen vor mit etwas höheren Quoten in den stationären Einrichtungen (Typ 2). Für die Patient_innen aller Einrichtungstypen wurde eine Besserung im Bereich Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten festgestellt, allerdings mit deutlichen Unterschieden je nach Einrichtungstyp. So haben sich bei Patient_innen in den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) am häufigsten Verbesserungen ergeben, bei Patient_innen in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) am seltensten.

Abbildung 16: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)



Nach Einschätzung der Therapeut_innen hat sich am Ende der Betreuung bei jeweils mindestens der Hälfte der Patient_innen der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen eine Besserung im Problembereich Suchtverhalten ergeben. Am häufigsten bei Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik oder einer alkoholbezogenen Störung (72% bzw. 63%). Eine Verschlechterung in Bezug auf das Suchtverhalten liegt bei 5% der Patient_innen mit einer Opioidproblematik und bei 4% bei Patient_innen mit einer alkoholbezogenen Störung vor. Ein unverändertes Suchtverhalten findet sich am häufigsten bei Patient_innen mit einer stimulanzenbezogenen Störung (45%; Tabelle 22).

Tabelle 22: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)

Status zum Betreuungsende	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung	Gesamt N
Gebessert	62,5	53,2	58,3	51,7	71,7	59,0	2.475
Unverändert	33,5	40,3	40,0	44,9	25,5	35,9	1.612
Verschlechtert	3,5	4,8	1,4	2,9	2,8	2,6	134
Neu aufgetreten	0,5	1,6	0,3	0,5	0,0	2,6	20
Gesamt N	2160	62	717	735	106	39	4.241

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Für alle Hauptsubstanzen ist am Ende der Betreuung eine leichte bis deutliche Verringerung der Konsummene zu verzeichnen. Dies ist bei Alkohol am häufigsten (45%), und bei Methaphetamin am seltensten der Fall (27%). Überwiegend wird die Konsummene als gleichgeblieben eingeschätzt, was vor allem auf Heroin (64%) und Methamphetamine (68%) zutrifft. Ein Anstieg des Konsums am Betreuungsende liegt bei 6% der Methamphetaminekonsument_innen vor. Bei substanzunabhängigen Störungen zeigt sich bei 46% der Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik eine Verringerung des Spielens an Geldspielautomaten. Auch Patient_innen, die exzessiv gamen, weisen eine Verringerung ihrer Nutzungsintensität auf (51%; jedoch geringes N; Tabelle 23).

Tabelle 23: Veränderung der Konsummene/Spiel-/Nutzungsdauer (Betreuungsanfang – Betreuungsende; Hauptsubstanzen/-spielform/-tätigkeit, Typ 1)

Konsummene/ Spieldauer/ Nutzungsdauer	Alkohol	Heroin	Cannabis	Methamphetamine	Geldspielautomaten*	Gamen
Deutlich/leicht verringert	45,4	30,8	37,8	26,5	45,5	51,4
Gleich geblieben	49,9	64,1	58,3	67,9	47,0	48,6
Leicht/Stark gesteigert	4,7	5,1	3,8	5,7	3,0	
Gesamt	2080	39	698	619	66	35

*in Spielhallen; Angaben in Prozent

6 Patient_innen mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Patient_innen dargestellt, die 2020 aufgrund der Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ (F12.1; F12.2) in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1 und Typ 2) betreut wurden.

Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht

In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe⁸ (Typ 1) werden 2020, wie im Vorjahr auch, häufiger Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut als in den stationären Einrichtungen (Typ 2; 2020: 17% vs. 12%; 2019: 16% vs. 10%). Der Anteil an Männern ist dabei mit 80% in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) viermal so hoch wie der an Frauen. In den stationären Einrichtungen⁹ (Typ 2) liegt der Anteil der männlichen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit 85% noch etwas höher (Tabelle 24).

Tabelle 24: Geschlechterverteilung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

	Typ 1			n	Typ 2			n
	M	F	G		M	F	G	
Anteil	79,6	20,4	17,0*	793	85,1	14,9	11,9	94

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent.

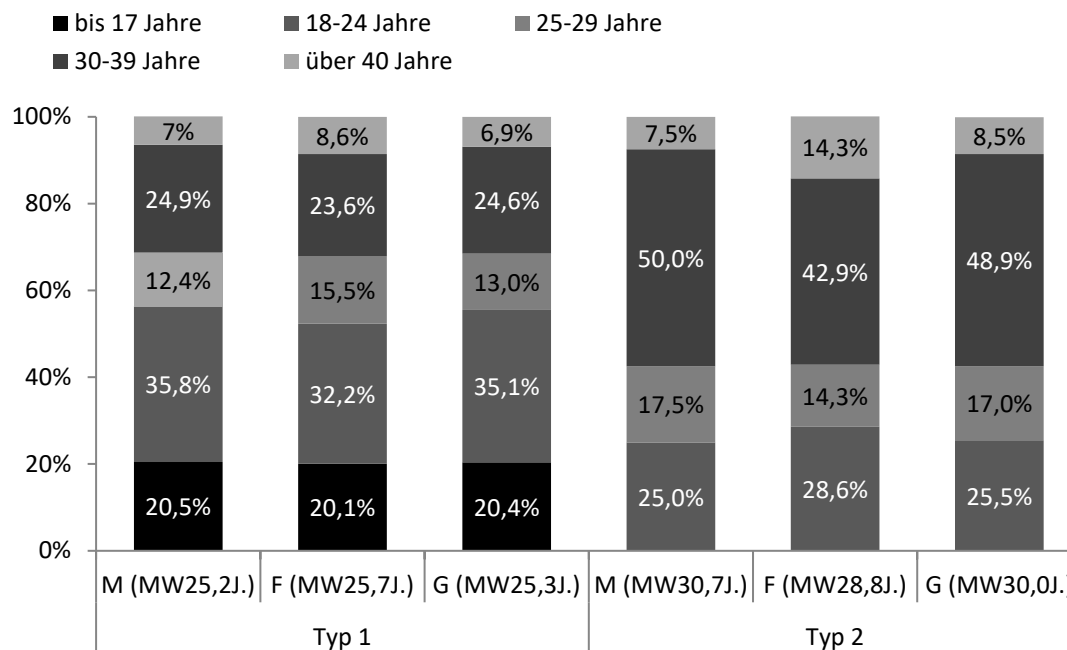
M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. *Enthält n=1 „Geschlecht: unbestimmt“.

Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen stellen mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren in ambulanter (Typ 1) und 31 Jahren in stationärer Betreuung (Typ 2) die insgesamt jüngste Patient_innengruppe in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Thüringen. Von den ambulant Betreuten (Typ 1) sind 20% noch unter 18 Jahre alt. Stationär (Typ 2) betreut werden in dieser Altersgruppe noch keine Personen, jedoch ist hier ein Viertel der Patient_innen zwischen 18 und 24 Jahre alt. In der Altersgruppe der über 40-Jährigen befinden sich ambulant (Typ 1) nur 7% und stationär (Typ 2) nur 9% der Patient_innen. Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) fast gleich alt wie Männer (26 vs. 25 Jahre), in den stationären Einrichtungen sind sie geringfügig jünger (Typ 2; 29 vs. 31 Jahre; Abbildung 16).

⁸ Auf eine vergleichende Darstellung der Patienten aus Einrichtungen des Typ 5 wird verzichtet, da die Gesamtzahl der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen dafür zu gering ist (N=4).

⁹ In stationären Einrichtungen (Typ 2): N (Frauen)= 14. Die Interpretation von Geschlechterunterschieden ist daher nur bedingt möglich.

Abbildung 17: Alter bei Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen



Angaben in Prozent. M=Männer, F=Frauen, G=Gesamt, MW = Mittelwert.

Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund

98% der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Migrationshintergrund liegt ambulant (Typ 1) nur bei 4% und stationär (Typ 2) bei 5% der Betreuten vor.

Partnerschaft

Gut ein Drittel (35%) der ambulant Betreuten (Typ 1) mit einer cannabinoidbezogenen Störung lebt in einer festen Partnerschaft; Frauen etwas häufiger als Männer (45% vs 33%). Im stationären Bereich (Typ 2) ist der Anteil der Patient_innen in fester Partnerschaft mit 37% geringfügig höher. Die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer haben hier eine_n Partner_in (Tabelle 25).

Tabelle 25: Partnerschaft bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

Partnerschaft	Typ 1			Typ 2				
	M	F	G	N	M	F	G	N
ja	33,2	44,5	35,5	873	34,2	50,0	36,6	90

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Lebenssituation

Ein Großteil (68%) der ambulant betreuten Patient_innen (Typ 1) mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt nicht alleine. Die Hälfte der Betroffenen lebt, aufgrund des noch jungen Alters, bei den Eltern, ein Viertel zusammen mit einem_r Partner_in. Der Anteil an Frauen, die nicht alleine leben, ist höher als der an Männern (73% vs. 67%). Im Vergleich zu den Männern leben Frauen seltener noch bei den Eltern (36% vs. 57%), dafür doppelt so häufig mit einem oder mehreren Kindern zusammen (27% vs. 14%).

Etwas weniger als die Hälfte (45%) der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär (Typ 2) behandelt werden, lebt nicht alleine. Von den nicht allein lebenden lebt fast die Hälfte (49%) mit dem/der Partner_in zusammen, 41% leben noch bei den Eltern und fast ein Viertel (23%) lebt zusammen mit einem oder mehreren Kindern. Frauen leben auch hier etwas häufiger als Männer nicht alleine (54% vs. 43%) und leben auch häufiger mit einem_r Partner_in (71% vs. 44%) oder mit Kindern zusammen (43% vs. 19%). Dagegen leben Männer deutlich häufiger bei ihren Eltern als Frauen (47% vs. 14%; Tabelle 26).

Tabelle 26: Lebenssituation von Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

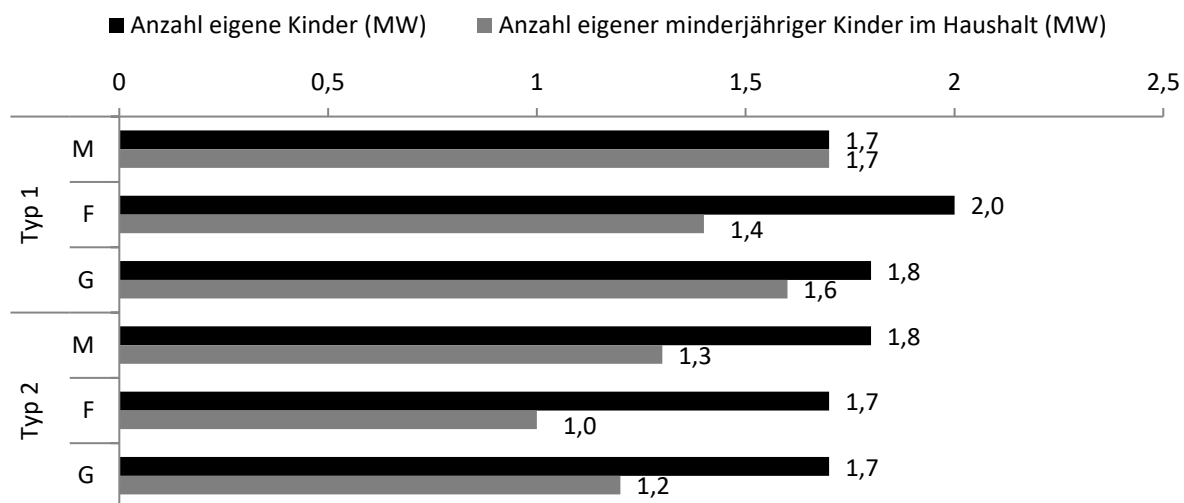
Lebenssituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Nicht alleinlebend	66,6	73,4	68,0	43,4	53,8	44,9
zusammenlebend mit:						
Partner	22,3	34,6	25,0	43,8	71,4	48,7
Kind(ern)	13,5	26,8	18,4	18,8	42,9	23,1
Eltern	56,9	36,2	52,3	46,9	14,3	41,0
Sonstige (Bezugs-) Personen	27,4	23,6	26,6	12,5	14,3	12,8
Gesamt	680	173	853	76	13	89

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt; Mehrfachnennungen möglich.

Die Hälfte der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter (Typ 1) und fast die Hälfte (49%) in stationärer Betreuung (Typ 2) hat eigene Kinder. Patient_innen in ambulanter Betreuung haben im Durchschnitt 1,7 eigene Kinder, Patient_innen in stationärer Betreuung haben im Mittel 1,8 eigene Kinder. Im Haushalt der Patient_innen bei den ambulant Betreuten im Durchschnitt 1,4 eigene minderjährige Kinder, bei den stationären Betreuten mit 1,2 Kindern etwas weniger.

Frauen in ambulanter Betreuung haben deutlich mehr Kinder als ambulant betreute Männer (2,0 vs. 1,7). Frauen in stationärer Betreuung haben durchschnittlich etwas weniger Kinder als Männer in stationärer Betreuung (1,7 vs. 1,8; Abbildung 17).

Abbildung 18: Durchschnittliche Anzahl Kinder (Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen)



M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt

Wohnsituation

Etwas über die Hälfte (54%) der ambulant (Typ 1) und 45% der stationär (Typ 2) betreuten Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen leben vor Beginn der Betreuung selbstständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus). 37% der ambulant Betreuten leben bei anderen Personen, vermutlich den Eltern, da die Klientel ein relativ niedriges Durchschnittsalter hat, bei stationär Betreuten trifft dies nur auf 19% zu. 1% der ambulant und 11% der stationär betreuten Patient_innen leben in prekären Wohnverhältnissen, d.h. sie haben keine Wohnung, leben in Notunterkünften bzw. Übernachtungsstellen oder auf der Straße. Im Justizvollzug befinden sich vor Beginn der Betreuung 7% der stationär und 3% der ambulant betreuten Personen.

Frauen in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) wohnen häufiger selbstständig als Männer (62% vs. 52%), in stationären Einrichtungen (Typ 2) ist das Umgekehrte der Fall (43% vs. 45%). Ein gewisser Anteil der Männer befindet sich vor Beginn der Betreuung im Justizvollzug (am. 4%, stat. 9%), wovon Frauen in beiden Einrichtungstypen nicht betroffen sind (Tabelle 27).

Tabelle 27: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

Wohnsituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Selbstständiges Wohnen	51,6	61,8	53,7	45,0	42,9	44,7
Bei anderen Personen	38,2	30,6	36,7	20,0	14,3	19,1
Ambulant betreutes Wohnen	1,0	0,6	0,9	1,3	0,0	1,1
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,4	0,0	0,4	15,0	28,6	17,0
Wohnheim / Übergangswohnheim	3,1	2,9	3,0	0,0	0,0	0,0
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	4,0	0,0	3,2	8,8	0,0	7,4
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	3,2
Ohne Wohnung	0,9	1,7	1,1	6,3	14,3	7,4
Sonstiges	0,7	2,3	1,1	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	680	173	853	80	14	94

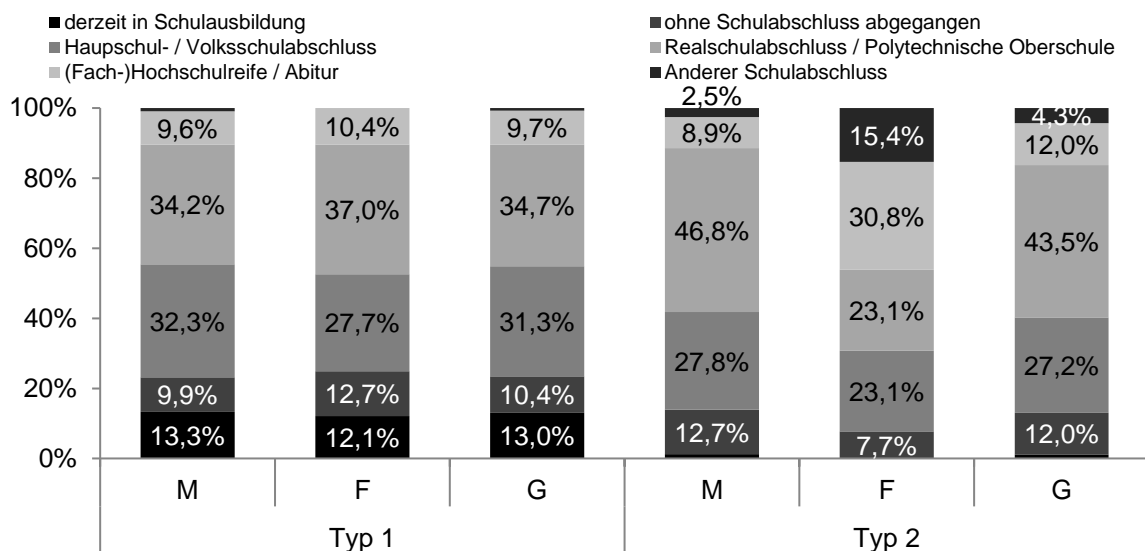
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent; M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt.

Schulbildung

Eine mittlere bis höhere Schulbildung, d.h. einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur haben 44% der ambulant Betreuten (Typ 1) mit einer cannabinoidbezogenen Störung. 10% haben die Schule ohne Abschluss beendet und 13% befinden sich derzeit noch in einer schulischen Ausbildung. Männer haben häufiger einen Hauptschulabschluss als Frauen (32% vs. 28%), sind aber auch seltener ohne Schulabschluss (10% vs. 13%).

Stationär (Typ 2) ist der Anteil an Patient_innen mit einem mittleren oder höheren Schulabschluss mit 56% wesentlich höher als bei der ambulant betreuten Klientel. Der Anteil der Schulabbrecher_innen liegt mit 12% ähnlich hoch, in Schulausbildung befinden sich so gut wie keine Patient_innen. Auch hier haben Männer etwas häufiger einen Hauptschulabschluss als Frauen (28% vs. 23%) und aber anders als im ambulanten Bereich auch häufiger die Schule ohne Abschluss beendet (12% vs. 8%; Abbildung 18).

Abbildung 19: Höchster Schulabschluss bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen



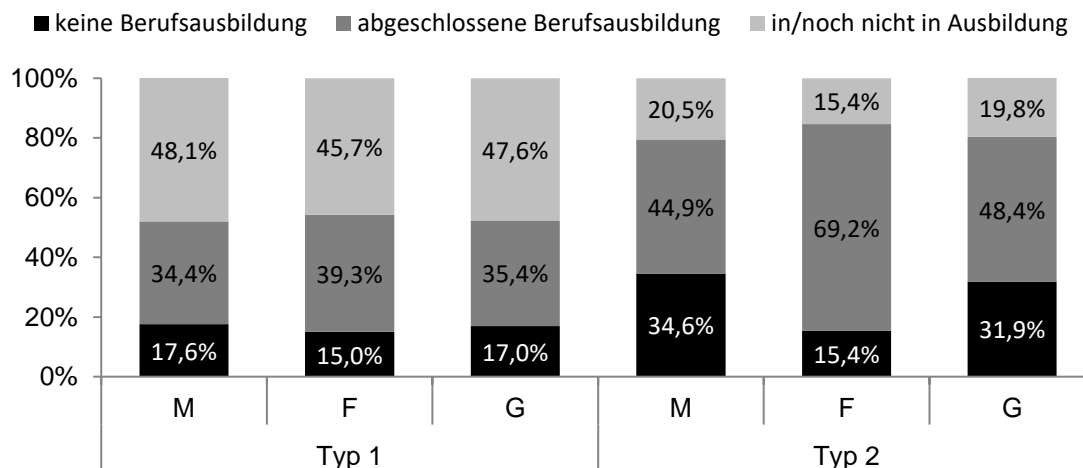
M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Berufsausbildung

48% der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung (Typ 1) befinden sich aktuell in einer Berufsausbildung oder haben noch keine Ausbildung begonnen. 35% können eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen und 17% der Patient_innen sind ohne Berufsausbildung, ein Anteil der im stationären Bereich (Typ 2) mit 32% fast doppelt so hoch ist. Im Vergleich zum ambulanten Bereich sind stationär weniger Patient_innen noch oder noch nicht in Ausbildung (20%), dafür hat ein höherer Anteil seine Ausbildung abgeschlossen (48%), was vermutlich auf das höhere Durchschnittsalter im stationären Bereich zurückzuführen ist.

Frauen haben sowohl ambulant als auch stationär etwas seltener keine abgeschlossene Berufsausbildung als Männer (ambulant: 15% vs. 18%; stationär: 15% vs. 35%; Abbildung 20).

Abbildung 20: Berufsausbildung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

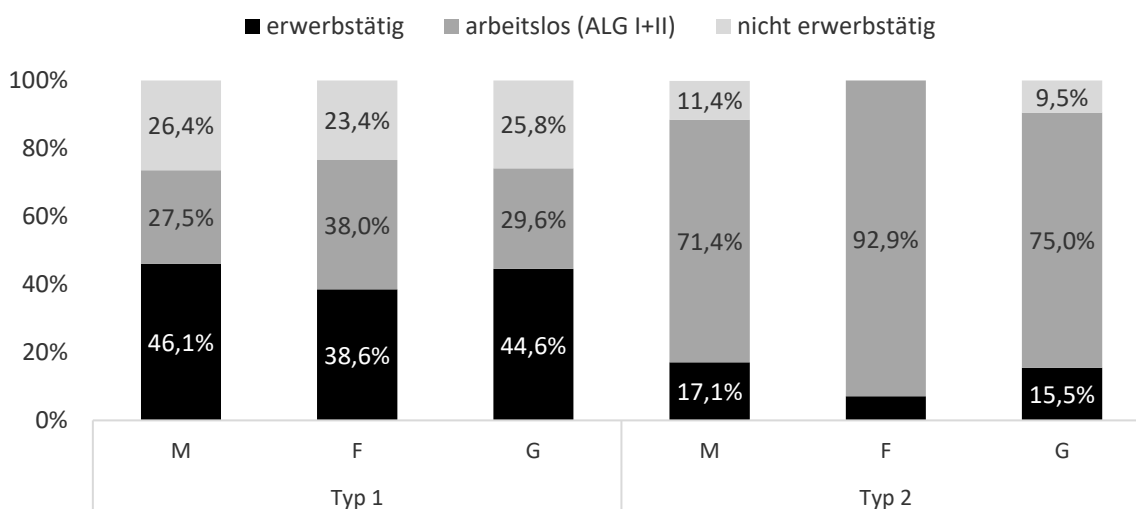


M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Erwerbssituation

Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter und stationärer Betreuung unterscheiden sich erheblich hinsichtlich der Erwerbssituation. Während im ambulanten Bereich (Typ 1) 45% der Patient_innen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist das stationär (Typ 2) nur bei 16% der Patient_innen der Fall. Mit 75% ist hier der größte Teil der Patient_innen arbeitslos (ALG I oder II). Demgegenüber sind nur 30% der ambulant Betreuten von Arbeitslosigkeit betroffen. Sowohl ambulant als auch stationär sind Frauen häufiger arbeitslos als Männer (ambulant: 38% vs. 28%; stationär: 93% vs. 71%; Abbildung 21).

Abbildung 21: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen



M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Schulden

Im Vergleich zu den stationär betreuten Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind ambulant (Typ 1) betreute Patient_innen überwiegend schuldenfrei (77% vs. 24%). Insgesamt liegen die Schulden der Patient_innen vor allem im Bereich bis 10.000 Euro (17%; 45%). Eine Verschuldung in Höhe von 25.000 bis über 50.000 Euro liegt im ambulanten Bereich bei 2%, stationär bei 8% vor. Frauen in ambulanter Betreuung sind etwas häufiger von Schulden betroffen als Männer (25% vs. 22%), stationär (Typ 2) verhält es sich umgekehrt (Männer: 74%; Frauen: 85%). In den stationären Einrichtungen sind Männer häufiger höher (d.h., mit mehr als 10.000 €) verschuldet als Frauen (33% vs. 15%: Tabelle 28).

Tabelle 28: Problematische Schulden bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

Schulden	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Keine	77,9	75,1	77,4	26,0	15,4	24,4
Bis 10.000 EUR	16,2	18,3	16,6	41,1	69,2	45,3
Bis 25.000 EUR	3,9	5,3	4,1	23,3	15,4	22,1
Bis 50.000 EUR	1,6	0,6	1,4	8,2	0,0	7,0
Mehr	0,4	0,6	0,5	1,4	0,0	1,2
Gesamt	674	169	845	73	13	86

Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt.

Störungsbezogene Merkmale

Zusätzliche Suchtdiagnosen

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreute Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen haben zusätzlich vor allem Probleme mit Stimulanzen (29%) und Alkohol (23%) und in geringerem Umfang mit Kokain und Opioiden (je 2%). Die zusätzliche Problematik trifft für alle genannten Substanzen mit Ausnahme von Kokain auf Frauen häufiger zu als auf Männer.

Von der Tendenz ähnlich, aber in der Ausprägung gravierender, stellt sich die Situation im stationären Bereich (Typ 2) dar. Auch hier sind Stimulanzen das häufigste zusätzliche Problem bei den Patient_innen (63%). Die zweithäufigste Zusatzdiagnose bilden mit 59% alkoholbezogene Störungen. Die Patient_innen haben außerdem noch Probleme mit Kokain (15%), Halluzinogenen und Sedativa/Hypnotika (je 3%). Frauen sind auch hier häufiger betroffen als Männer (jedoch kleines N; Tabelle 29).

Tabelle 29: Suchtbezogene Komorbidität bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

Zusätzliche Einzeldiagnosen*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
F10 Alkohol	22,4	24,1	22,7	56,3	71,4	58,5
F11 Opioide	1,2	2,3	1,4	1,3	7,1	2,1
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,0	1,7	0,4	1,3	14,3	3,1
F 14 Kokain	3,4	2,3	3,2	15,0	14,3	14,9
F15 Stimulanzen	26,1	37,9	28,5	61,3	71,4	62,8
F16 Halluzinogene	1,5	1,7	1,5	3,8	0,0	3,2
F17 Tabak	26,0	31,0	26,9	83,5	100,0	85,1
F63.0 Path. Spielen	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	3,2
F63.8/F68.8 Exz. Mediennutzung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	678	174	854	80	14	94

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent; *Mehrfachnennungen möglich. M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt.

Alter bei Erstkonsum

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Cannabis liegt bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen ambulant (Typ 1) bei 16 Jahren und stationär (Typ 2) bei 15 Jahren. Bereits sehr früh, im Alter von bis zu 14 Jahren, haben 41% der ambulant und über die Hälfte (54%) der stationär betreuten Patient_innen zum ersten Mal Cannabis konsumiert. Auf Frauen in ambulanter Betreuung trifft das häufiger zu als auf Männer (53% vs 39%). Bei den Patient_innen der stationären Rehabilitationseinrichtungen ist das Verhältnis umgekehrt (33% vs. 55%; Tabelle 30).

Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum

Alter bei Erstkonsum (Jahre)*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
bis 14	38,5	52,5	41,4	54,7	33,3	54,1
15 - 19	53,0	40,2	50,3	37,7	58,3	37,7
20 - 24	5,2	5,0	5,2	5,7	0,0	6,6
25 - 29	1,6	0,6	1,4	0,0	8,3	0,0
über 30	1,7	1,7	1,7	1,9	0,0	1,6
∅	15,8	15,3	15,7	15,1	15,7	14,9
Gesamt (Anzahl)	693	179	872	53	12	61

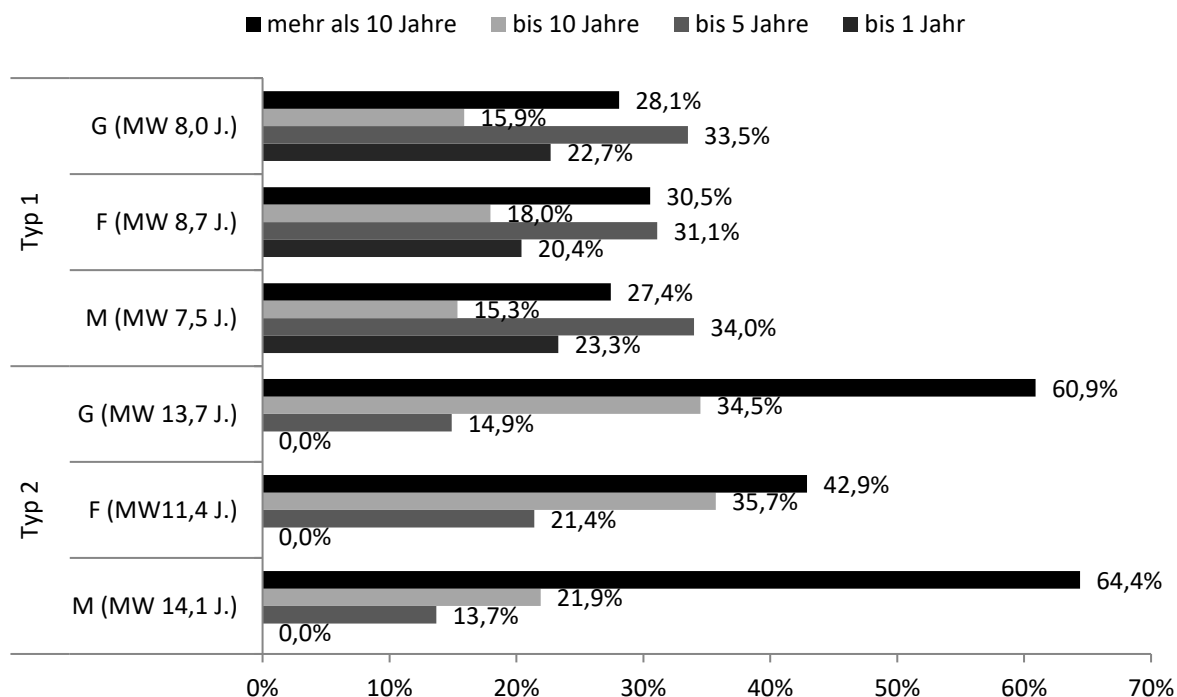
Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt.

Störungsdauer

Die Dauer der cannabinoidbezogenen Störung der Patient_innen ist in den beiden Betreuungsbereichen sehr unterschiedlich. Während bei Patient_innen in ambulanter Betreuung (Typ 1) im Durchschnitt ein Zeitraum von 8 Jahren zwischen Störungsbeginn und aktueller Betreuung liegt, umfasst dieser Zeitraum bei stationär behandelten (Typ 2) Patient_innen im Durchschnitt 14 Jahre. Zu bedenken ist hier, dass die Patient_innen in stationärer Betreuung auch deutlich älter sind als ambulant betreute Personen. In ambulanter Betreuung liegt bei 23% der Patient_innen mit cannabinoidbezogener Störung der Störungsbeginn erst maximal ein Jahr zurück, wohingegen dies bei keinem der stationär betreuten Patient_innen der Fall ist.

Ambulant weisen Frauen eine geringfügig längere Zeitspanne zwischen Störungsbeginn und aktueller Betreuung auf als Männer (9 Jahre vs. 8 Jahre). Bei der Klientel der stationären Rehabilitationseinrichtungen fällt der Geschlechterunterschied etwas deutlicher aus: hier liegt der Störungsbeginn bei Männern im Durchschnitt 14 Jahre und bei Frauen 11 Jahre zurück (Abbildung 22).

Abbildung 22: Störungsdauer (\bar{x} Alter bei Störungsbeginn – \bar{x} Alter bei Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoibezogenen Störungen

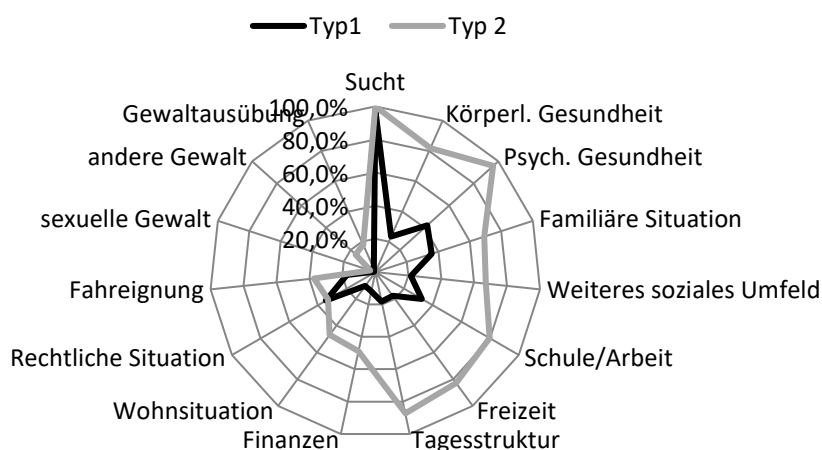


MW = Mittelwert, J.=Jahre

Problembereiche vor Betreuungsbeginn

Abbildung 23 zeigt, dass Patient_innen mit cannabinoibezogenen Störungen, die in stationärer Betreuung (Typ 2) sind, stärker problembelastet sind, als Patient_innen in ambulanter Betreuung (Typ 1). Werte in vergleichbarer Höhe für beide Patient_innengruppen gibt es nur im Bereich des Suchtverhaltens, in allen anderen dokumentierten Problembereichen weisen die stationär Betreuten erheblich höhere Anteile auf. Die einzige Ausnahme in die Gegenrichtung bildet die rechtliche Situation, die geringfügig häufiger ein Problem der ambulant Betreuten darstellt (35% vs. 33%).

Abbildung 23: Problematik zu Betreuungsbeginn bei Patient_innen mit cannabinoibezogenen Störungen



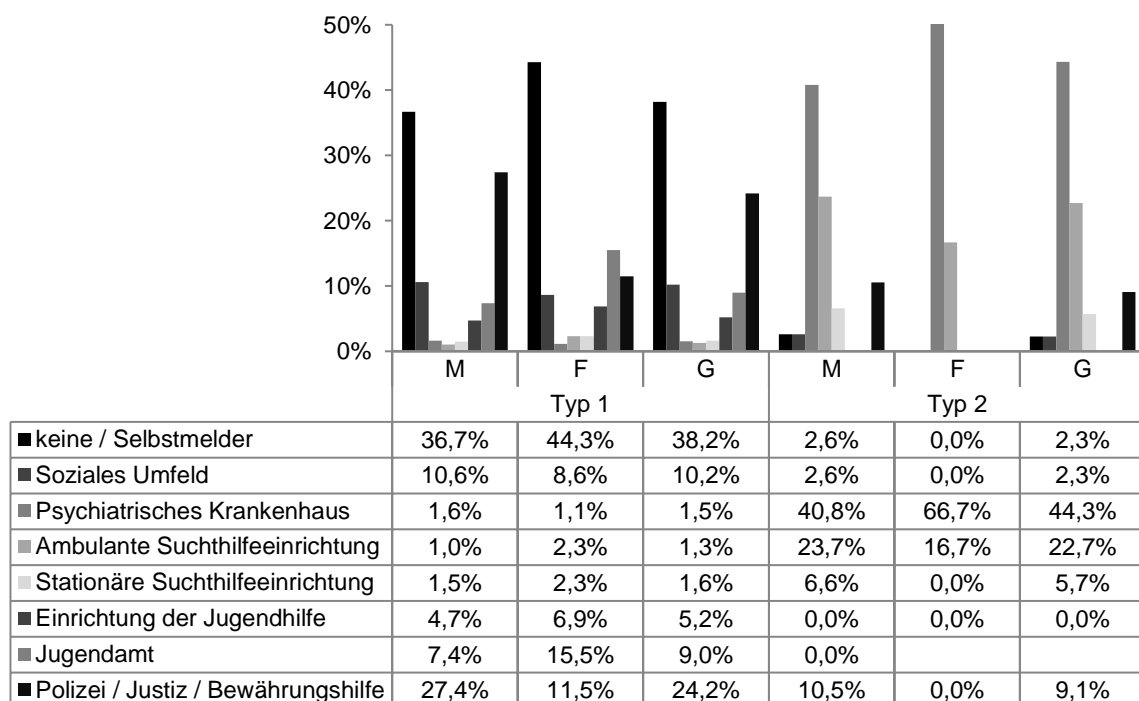
Betreuungsdaten

Vermittlungswege

Abbildung 24 zeigt die sehr unterschiedlichen Vermittlungswege für ambulant und stationär betreute Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Ambulant betreute (Typ 1) Personen kommen zu gut einem Drittel (38%) von selbst, d.h. ohne Vermittlung, in die Einrichtung, in der stationären Betreuung (Typ 2) spielt dieser Zugangsweg keine Rolle. Hier liegt der Vermittlungsschwerpunkt auf den psychiatrischen Krankenhäusern (44%) und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (23%). Neben den Selbstmeldungen kommen ambulant betreute Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen auch häufig durch das Jugendamt oder Einrichtungen der Jugendhilfe (14%), aber auch sehr häufig durch Polizei/Justiz oder Bewährungshilfe in die Betreuung (24%).

Frauen kommen rund zweimal so häufig über Jugendhilfe oder Jugenamt in die ambulante Betreuung wie Männer (22% vs. 12%%). Für Männer spielt demgegenüber die Justiz eine mehr als doppelt so große Rolle wie für Frauen (27% vs. 12%; Abbildung 23).

Abbildung 24: Vermittlung in die Betreuung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen



M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

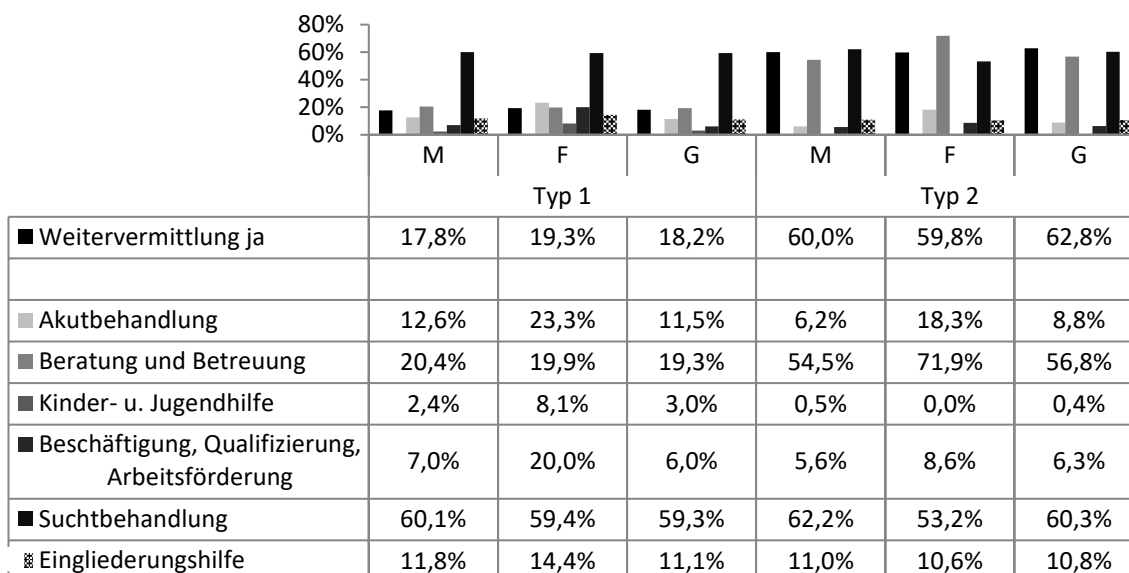
Weitervermittlung

Nach Beendigung der Betreuung werden im stationären Bereich (Typ 2) 63% der Patient_innen mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose an eine weitere Maßnahme weitervermittelt. Bei ambulanten Patient_innen (Typ 1) trifft dies für einen weitaus geringeren Teil (18%) zu. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen bei der Weitervermittlungsquote nicht vor.

Patient_innen aus stationären Einrichtungen werden in der Hauptsache in die Beratung oder Betreuung (57%) oder in die Suchtbehandlung (60%) vermittelt; Patient_innen aus ambulanten Einrichtungen vor allem in die Suchtbehandlung (59%) oder ebenfalls in die Beratung und Betreuung (19%; Abbildung 25).

Sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich werden Frauen häufiger in die Akutbehandlung weitervermittelt als Männer (ambulant: 23% vs. 13%; stationär: 18% vs. 6%; Abbildung 25).

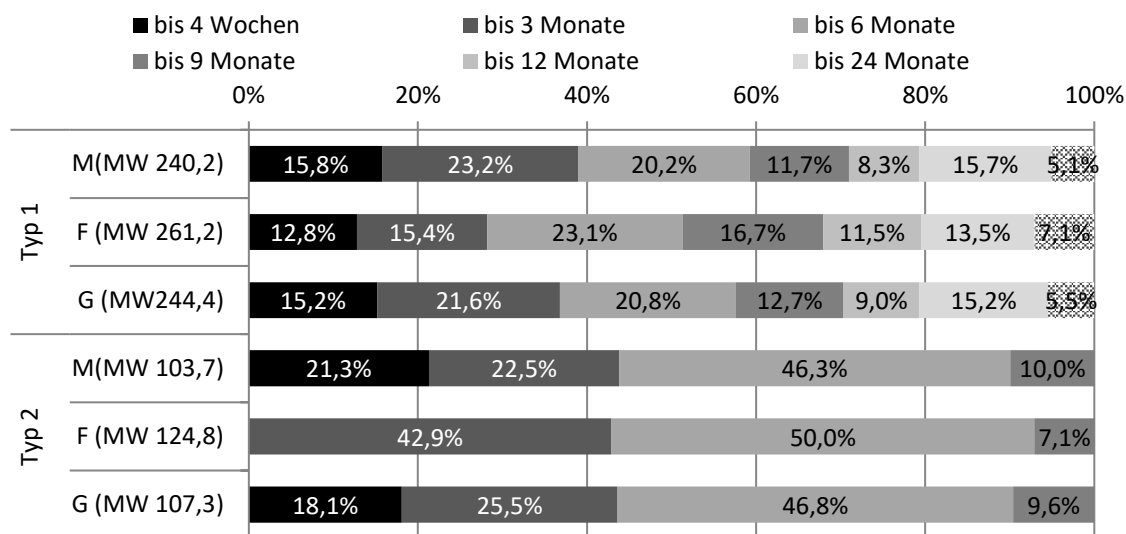
Abbildung 25: Weitervermittlung/Verlegung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen



M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Betreuungsdauer

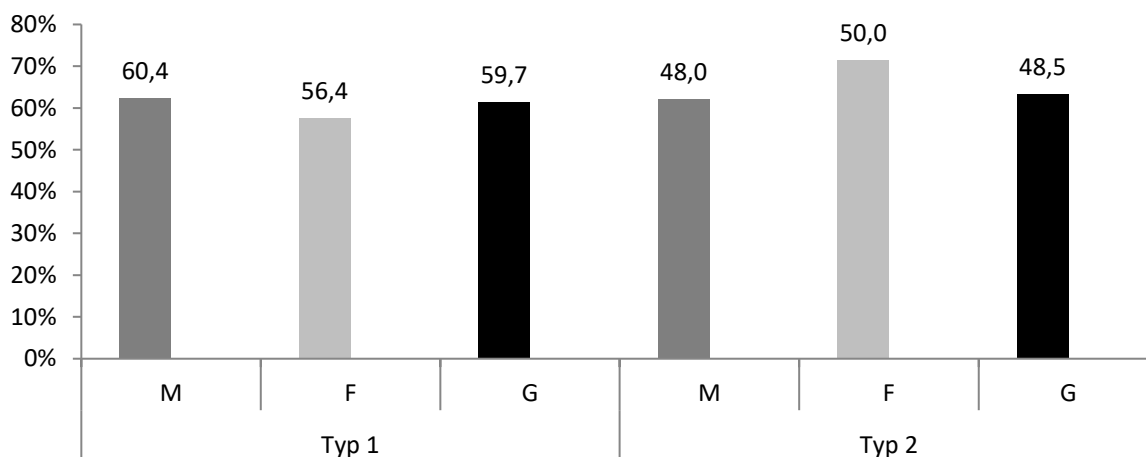
Die durchschnittliche Betreuungsdauer für Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen ist in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) mehr als doppelt so lang wie in den stationären Einrichtungen (Typ 2; 240 vs. 104 Tage). Insgesamt dauern 42% der ambulanten Betreuungen zwischen einem und sechs Monaten, im stationären Bereich liegt bei der Hälfte der Patient_innen die Betreuungsdauer zwischen drei und sechs Monaten. Die Betreuung in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen ist bei Frauen im Durchschnitt etwas länger als bei Männern (ambulant: 261 Tage vs. 244 Tage; stationär: 124 Tage vs. 104 Tage; Abbildung 26).

Abbildung 26: Dauer der Betreuung bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

M: Männer; F: Frauen; G: Gesamt; MW: Mittelwert (in Tagen).

Beendigung der Betreuung

Der Anteil der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, der die Betreuung planmäßig beendet (d.h. regulär oder auf therapeutische Veranlassung bzw. mit therapeutischem Einverständnis vorzeitig beendet oder planmäßig in eine andere Einrichtung wechselt), ist in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) deutlich höher als in stationären (Typ 2; 60% vs. 49%). Männer beenden die ambulante Betreuung etwas häufiger planmäßig als Frauen (60% vs 57%), stationär verhält es sich umgekehrt (48% vs. 50%; jedoch geringes N bei Frauen; Abbildung 27).

Abbildung 27: Planmäßige Beendigungen bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen

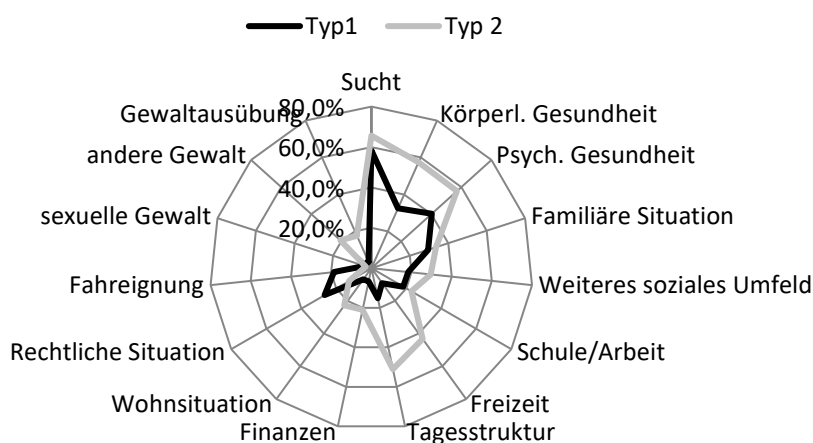
M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Entwicklung der Problematik zum Betreuungsende

Am Ende der Betreuung wird der Betreuungserfolg in den einzelnen Problembereichen durch die Betreuenden beurteilt. Abbildung 28 gibt einen Überblick über den Anteil an Betreuten mit Verbesserungen in den einzelnen Problembereichen. Die Verbesserungen bei den Patient_innen im stationären Bereich (Typ 2) müssen vor dem Hintergrund der höheren Problembelastung zu Beginn der Betreuung betrachtet werden.

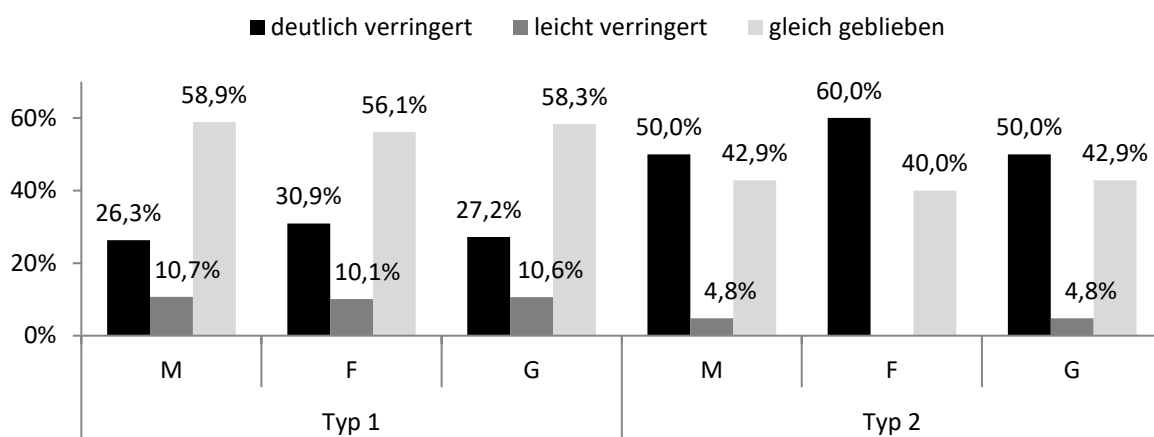
Sowohl ambulant als auch stationär ist es häufig zu einer Verbesserung im Bereich des Suchtverhaltens gekommen, wobei die Verbesserungen ambulant seltener auftreten (58%) als stationär (66%). Für die übrigen Problembereiche kommt es ambulant am häufigsten im Bereich der psychischen Gesundheit zu einer Besserung (40%). Stationär finden häufig Verbesserungen in den Problembereichen körperliche (58%) und psychische Gesundheit (57%), Tagesstruktur (51%) und Freizeit (43%; Abbildung 28).

Abbildung 28: Anteil der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen mit gebesserter Problematik am Betreuungsende



Die Konsummene der Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen zum Ende der Betreuung hat sich ambulant (Typ 1) bei mehr als einem Viertel (27%) der Patient_innen deutlich verringert. In den meisten Fällen ist die Konsummene am Ende der Betreuung gleich geblieben (58%). Bei den stationär Betreuten (Typ 2) zeigt sich eine deutliche Verringerung der Konsummene bei der Hälfte der Patient_innen, gleichgeblieben ist Konsummene am Ende der Betreuung bei 43%.

Bei Frauen kommt es sowohl ambulant als auch stationär häufiger zu einer deutlichen Verringerung der Konsummene auf als bei Männern (ambulant: 31% vs. 26%; stationär: 60% vs. 50%; Abbildung 29). Hinsichtlich einer stabilen Konsummene ergeben sich keine Geschlechterunterschiede.

Abbildung 29: HD Cannabinoide: Veränderung der Konsummene zum Ende der Betreuung

M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2019

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patient_innen- und Betreuungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2020 dargestellt. Stationäre und ambulante Einrichtungen werden in der Darstellung zusammengefasst.

Ausgehend von einer Beteiligung von 48 Einrichtungen im Jahr 2003, ist die Teilnehmerzahl zwischen 2004 bis 2006 auf 53 Einrichtungen angestiegen. Im Jahr 2007 kam es zu einem Rückgang der Zahl der teilnehmenden Einrichtungen auf den Wert von 2004 (46 Einrichtungen), was auf Anpassungsprobleme im Zusammenhang mit der Umstellung auf das neue Erhebungsinstrument, den „neuen“ KDS zurückzuführen ist. Ab 2008 ist die Anzahl der beteiligten Einrichtungen wieder stark angestiegen bis zu einem Beteiligungshöchststand von 67 Einrichtungen im Jahr 2012. Zwischen 2013 und 2016 schwankte die Anzahl teilnehmender Einrichtungen zwischen 63 und 65. 2017 ist die Teilnehmerzahl mit 47 Einrichtungen deutlich niedriger als in den vorausgegangenen Jahren. Dieser Umstand ist erneut auf die zu Beginn des Jahres 2017 stattgefundenene Umstellung auf den KDS 3.0 und die damit verbundenen teilweisen Anpassungsprobleme bei den Dokumentationssystemen zurückzuführen. Hinzu kommt, dass die mit der Einführung des KDS 3.0 einhergehende Änderung der Einrichtungssystematik ebenfalls zur Reduzierung der Teilnehmerzahl beigetragen hat. So haben einige Einrichtungen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Teilstellen und Angebote für die Dokumentation zusammenzulegen und unter einem einzigen Einrichtungscodex zu dokumentieren. Nach einem weiteren leichten Rückgang der Teilnehmerzahl im Jahr 2018, ist die Teilnehmerzahl sowohl im Vorjahr als auch im aktuellen Berichtsjahr wieder auf insgesamt 50 Einrichtungen angestiegen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)

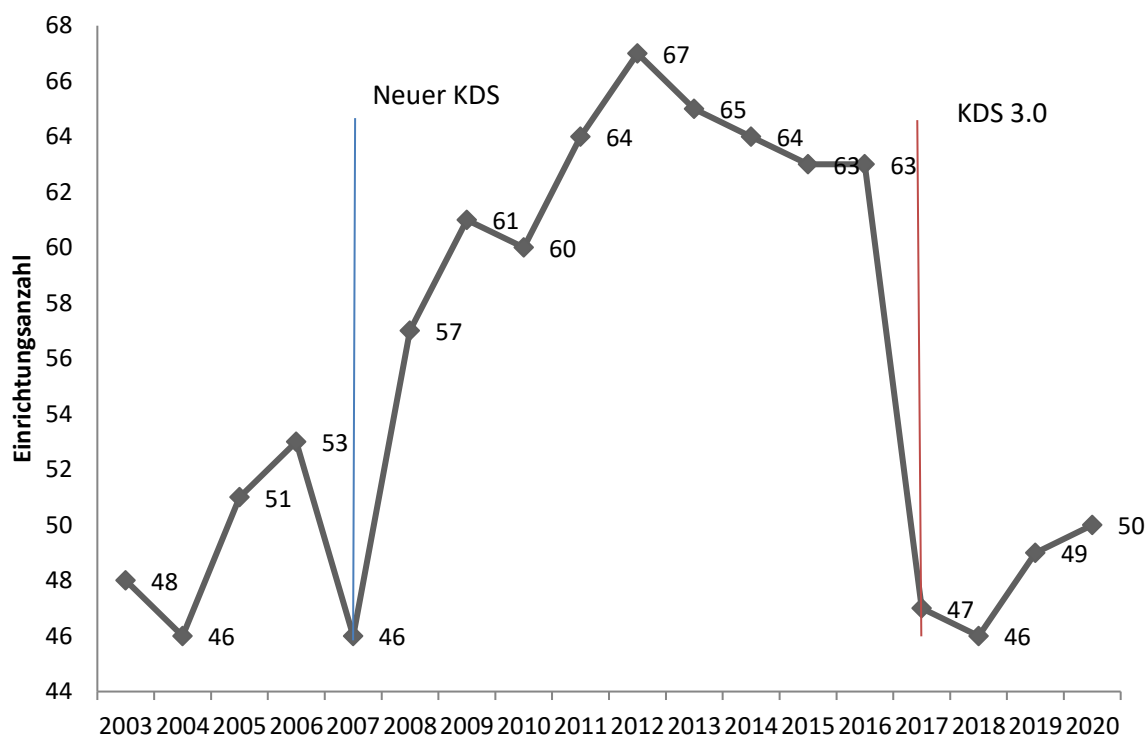
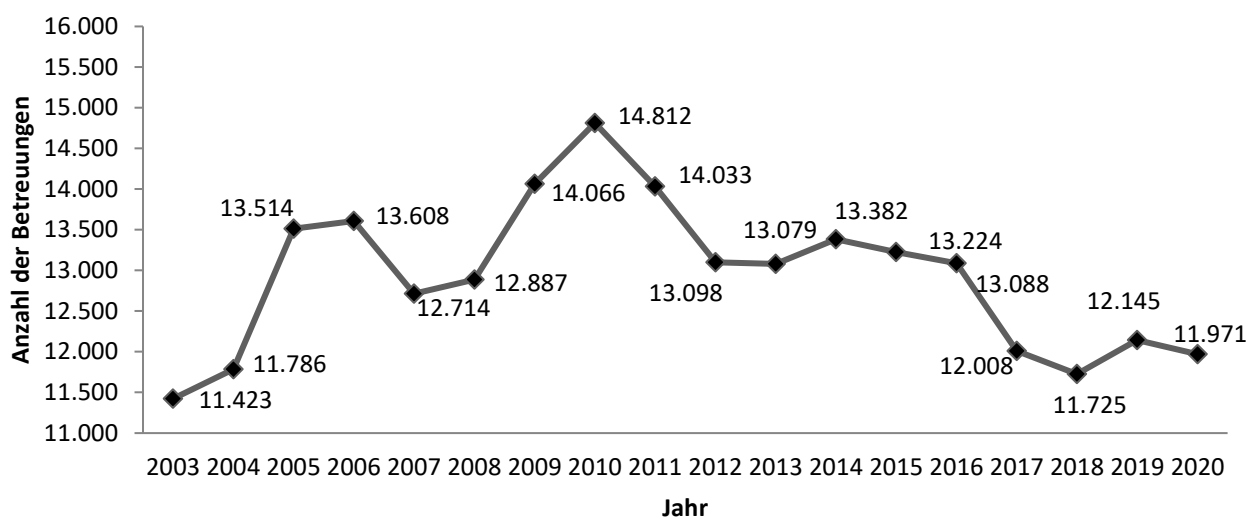


Abbildung 31: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

Die Anzahl der insgesamt im Rahmen der Thüringer Suchthilfestatistik dokumentierten Betreuungsfälle stieg von 2003 bis 2006 kontinuierlich. Im Jahr 2007 war ein Rückgang der Betreuungsfälle zu verzeichnen (bedingt durch die deutlich verringerte Einrichtungsbeteiligung in diesem Jahr). Ab 2008 setzte sich der Anstieg der Betreuungen zunächst leicht, dann deutlich fort bis auf einen Höchststand von 14.812 Betreuungsfällen 2010. Danach gingen die Betreuungsfälle bis 2012 zurück und stagnierten anschließend bis 2016 bei etwa 13.200 Fällen, ehe es wieder zu einem Rückgang der Fallzahlen mit Tiefststand 2018 (11.725 Fälle kam). 2019 ist die Fallzahl wieder merklich angestiegen, im aktuellen Berichtsjahr (2020) ist sie trotz einer zusätzlichen teilnehmenden Einrichtung wieder etwas abgesunken auf 11.971 Betreuungsfälle (Abbildung 31).

Abbildung 32: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund bei der Gesamtgruppe der Patient_innen mit einer Hauptdiagnose (alle Einrichtungstypen)

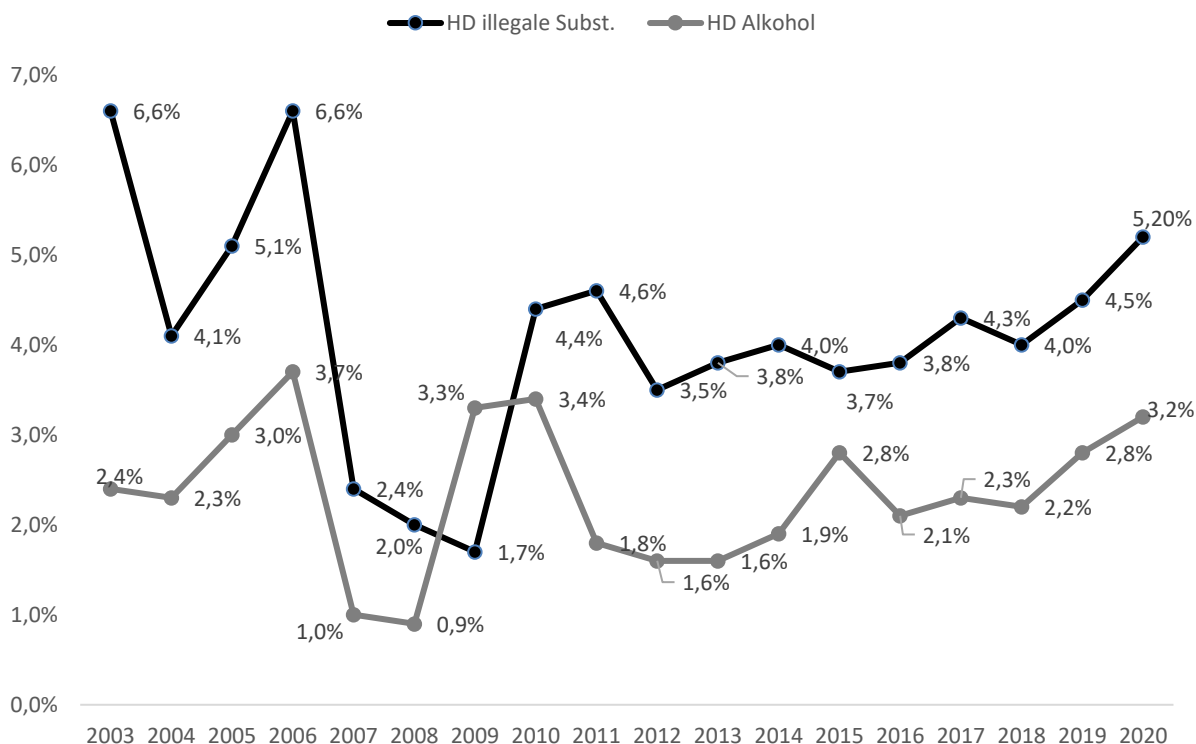


Abbildung 32 veranschaulicht die Verteilung der Anteile an Patient_innen mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen in den letzten 18 Jahren. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Patient_innen mit Migrationshintergrund betreut. Bei Patient_innen mit Störungen in Bezug auf illegale Substanzen (Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien) liegt jedoch im Vergleich zu Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen über alle betrachteten Jahre etwa doppelt so häufig ein Migrationshintergrund vor. Beide Kurven nehmen, jede auf ihrem Niveau, einen annähernd gleichen Verlauf. Nach größeren Schwankungen in den Jahren 2003 bis 2012, gibt es seitdem nur noch geringfügige Abweichungen nach oben oder unten. Seit 2018 ist die Kurve wieder bei beiden Patient_inngruppen angestiegen, ein Trend, der sich auch 2020 fortgesetzt hat.

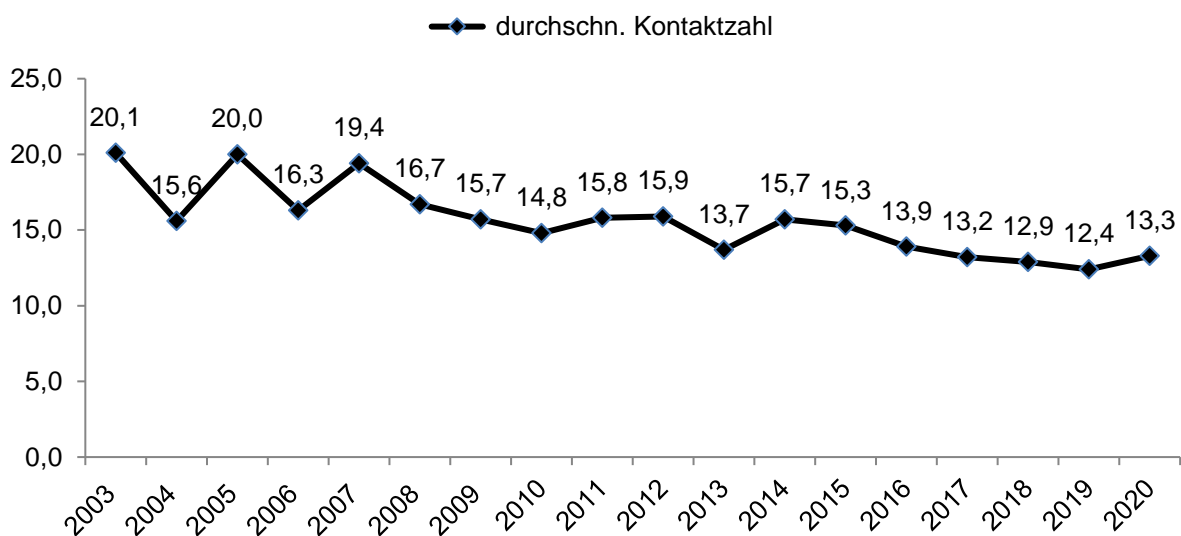
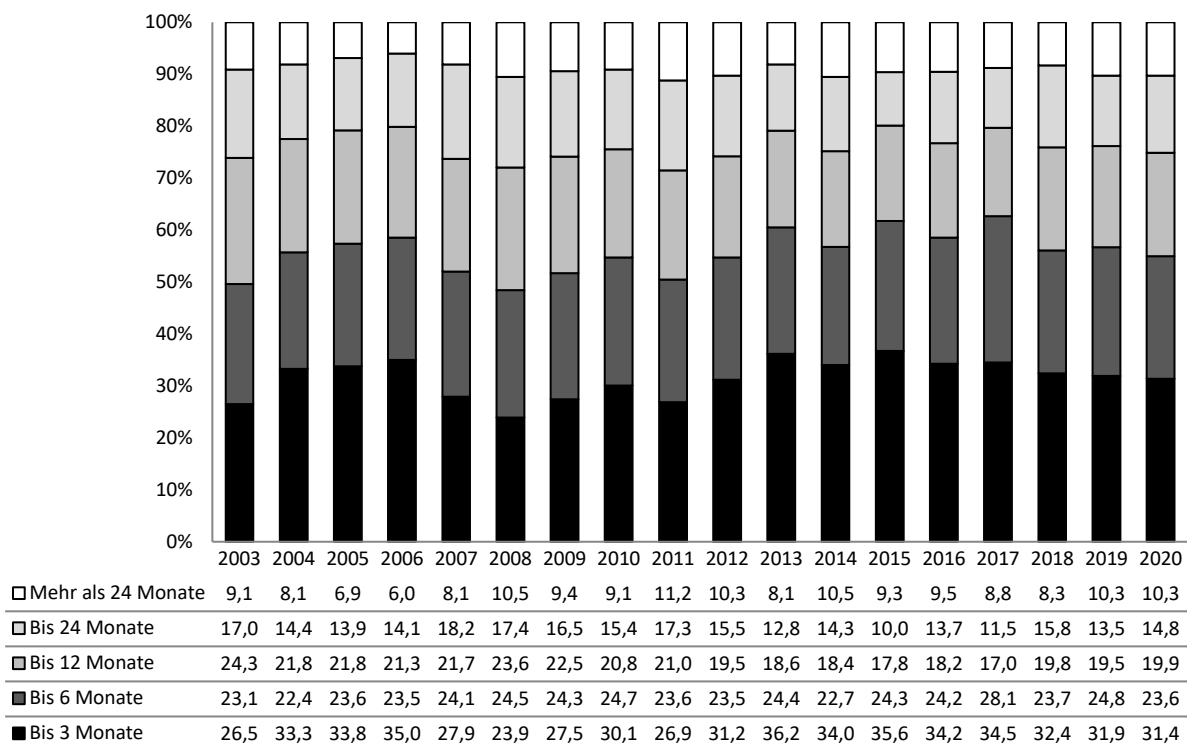
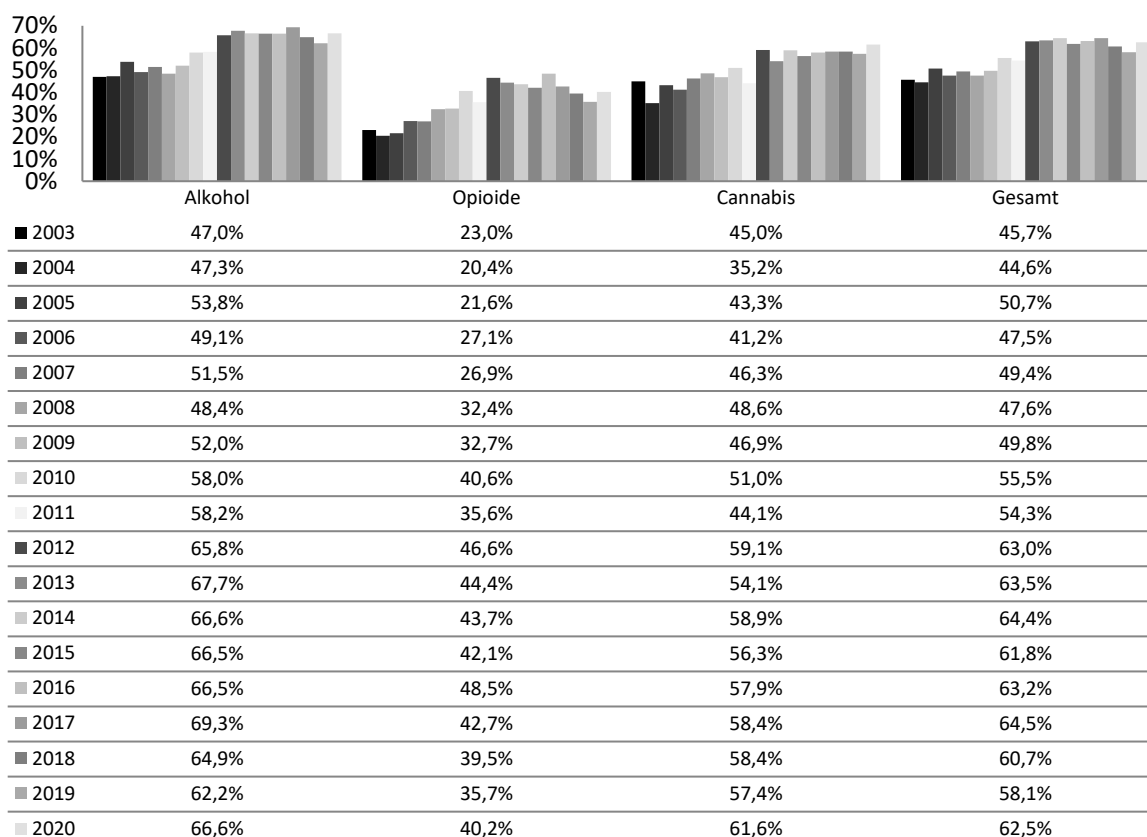
Abbildung 33: Anzahl der Kontakte pro beendeter Betreuung (ambulant)

Abbildung 33 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahlen der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten 17 Jahren. In den Jahren 2003 bis 2007 gab es jährlich ein größeres Auf und Ab in der Kurve, seit 2007 waren die Kontaktzahlen dagegen nur kleinen Schwankungen unterworfen. Seit 2014 geht die Zahl der Kontakte Jahr für Jahr kontinuierlich zurück: von durchschnittlich 15,7 Kontakten pro Betreuung bis aktuell auf 12,4 Kontakte. Im aktuellen Berichtsjahr ist jedoch wieder ein leichter Anstieg auf 13,3 Kontakte zu verzeichnen.

Abbildung 34: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)



Die Betreuungsdauer zeigt etwa ab dem Jahr 2012 eine Tendenz zu kürzeren Betreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten. Allerdings ist der Anteil an derartigen Kurzzeitbetreuungen seit 2018 wieder leicht rückläufig. Der Anteil an Betreuungen mit einer Dauer von bis zu 6 Monaten blieb über alle Jahre mit geringfügigen Schwankungen nahezu konstant bei etwa 24%, so auch im aktuellen Berichtsjahr. Längere Betreuungen von bis zu einem Jahr sind zurückgegangen und beliefen sich in den letzten drei Jahren stabil auf 20%. Betreuungen von bis zu zwei Jahren schwankten im Verlauf der Jahre zwischen 10% und 18%, aktuell beträgt der Anteil 15%. Sehr lange Betreuungen mit einer Dauer von über zwei Jahren schwankten ebenfalls, hier zwischen 6% und 11%. Aktuell liegt ihr Anteil wieder, wie im Vorjahr, im höheren Bereich bei 10% (Abbildung 34).

Abbildung 35: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen)

Betrachtet man die Entwicklung des Anteils planmäßiger Beendigungen insgesamt über die Jahre (Abbildung 34), so wird auch hier deutlich, dass die Haltequote im Verlauf der letzten 18 Jahre einigen Schwankungen unterworfen war. Tendenziell haben ist der Anteil an planmäßigen Beendigungen aber beständig gestiegen, von 46% auf einen Höchststand von 65% im Jahr 2017. Aktuell liegt die Quote der planmäßigen Beendigungen bei 63%, was einen deutlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (58%) bedeutet.

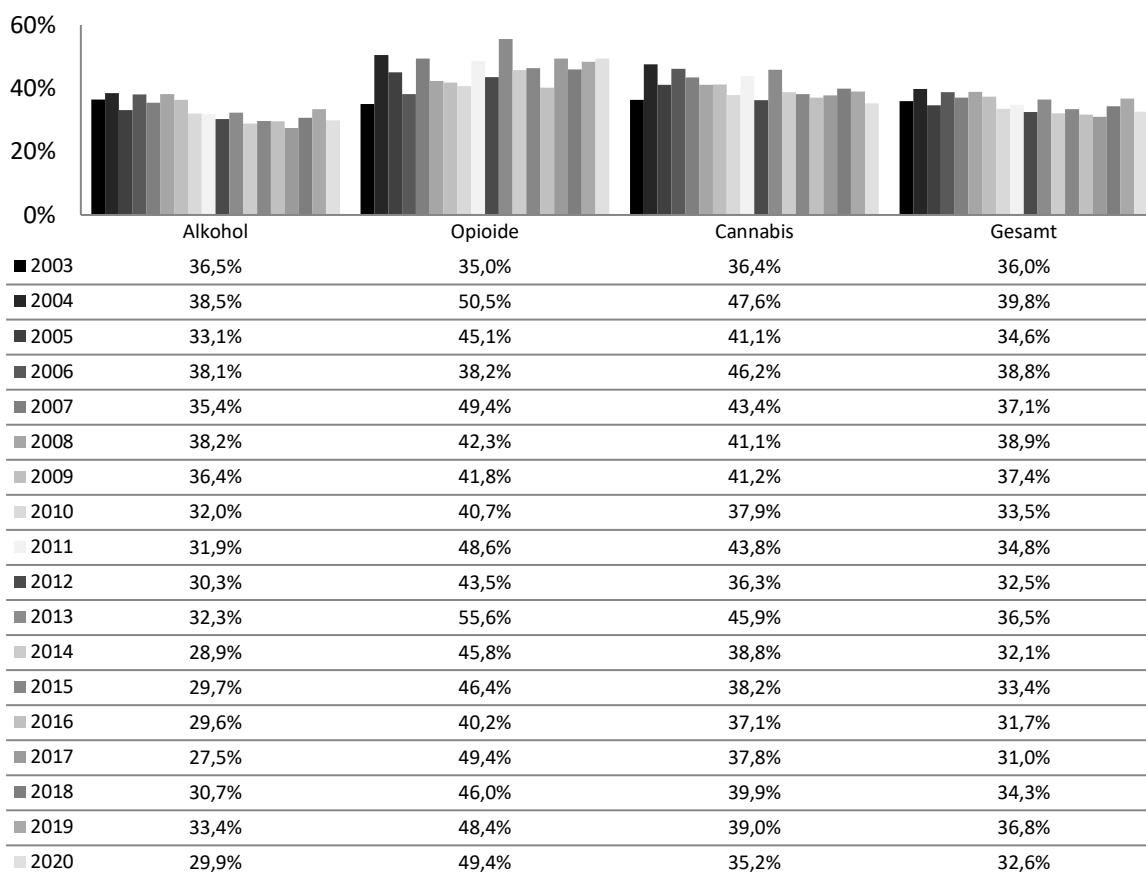
Der Aufwärtstrend über die Jahre bei den Anteilen der planmäßigen Beendigungen ist in allen Hauptdiagnosegruppen zu sehen. Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen, die von Anfang an den höchsten Anteil an planmäßigen Beendigungen hatten (2003: 47%), sind die Werte mit leichten Schwankungen bis 2017 auf den Höchststand von 69% angestiegen. Während in den beiden Vorjahren ein niedrigerer Wert zu verzeichnen war, ist aktuell wieder ein deutlicher Anstieg von 62% im Vorjahr auf 67% im aktuellen Berichtsjahr zu beobachten.

Nur 23% der Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen konnten im Jahr 2003 ihre Betreuung planmäßig beenden. Auch hier ist ein deutlicher Zuwachs erfolgt, allerdings auf niedrigerem Niveau als bei den anderen Hauptdiagnosen. 2016 war mit 49% der bisher höchste Wert erreicht, seither gehen die Zahlen deutlich zurück. Im aktuellen Jahr ist jedoch wieder ein deutlicher Anstieg von 36% im Vorjahr auf 40% zu beobachten.

Ähnlich stellt sich die Lage bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen dar. Jedoch ist hier die Zunahme der planmäßigen Beendigungen insgesamt am ge-

ringsten. Nach dem Ausgangswert von 45% planmäßigen Beendigungen im Jahr 2003, gab es einen Anstieg bis zum Höchstwert von 59% im Jahr 2012. Seither liegen die Werte, mit leichten Schwankungen, kontinuierlich bei über 50%. Im aktuellen Berichtsjahr ist erstmalig ein Anstieg auf über 60% zu verzeichnen.

Abbildung 36: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patient_innen (alle Einrichtungstypen)



Der Anteil der Betreuungsabbrüche von Seiten der Patient_innen hat sich insgesamt im Verlauf der betrachteten Jahre nur wenig verändert: 2003 endeten 36% der Betreuungen mit einem Abbruch seitens der Betreuten, 2019 waren es mit Schwankungen im Zeitverlauf 37%. Im aktuellen Jahr war dann ein deutlicher Rückgang auf 33% zu verzeichnen. Diese Entwicklung bildet sich allerdings nicht in allen Hauptdiagnosegruppen ab. Während bei Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen im Laufe der Jahre eine annähernd kontinuierliche Abnahme von 37% auf aktuell 30% zu verzeichnen ist, ist bei Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen ein gegenläufiger Trend zu beobachten (2005: 35%; 2020: 49%). Insgesamt sind die Anteile der Abbrüche von Seiten der Patient_innen in dieser Gruppe den stärksten Schwankungen unterworfen und liegen seit dem Jahr 2014 stabil über 40%, so auch aktuell mit 49%. Bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt eine ähnliche Entwicklung wie bei Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen vor: Auch hier reduziert sich der Anteil der Abbrecher_innen im Laufe der Jahre (2004: 48%; 2020: 35%), jedoch nicht kontinuierlich sondern mit deutlichen Schwankungen. Aktuell ist die Abbruchquote deutlich niedriger als im Vorjahr (35% vs. 39%; Abbildung 36).

8 Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens

Gemäß der Einteilung der thüringischen Suchthilfeeinrichtungen in den „Strukturdaten der Suchtkrankenhilfe in Thüringen“, die seit 2004 vorliegt, werden in diesem Kapitel sowohl die ambulanten als auch die stationären Einrichtungen gesondert nach den vier Regionen Nord-, Mittel-, Ost-, und Süd- Westthüringen dargestellt. Wie bereits im Vorjahr, ist es auch in diesem Jahr möglich für alle vier Regionen eine ambulante (Typ 1) und eine stationäre (Typ 2 + Typ 5) Auswertung zu erstellen.

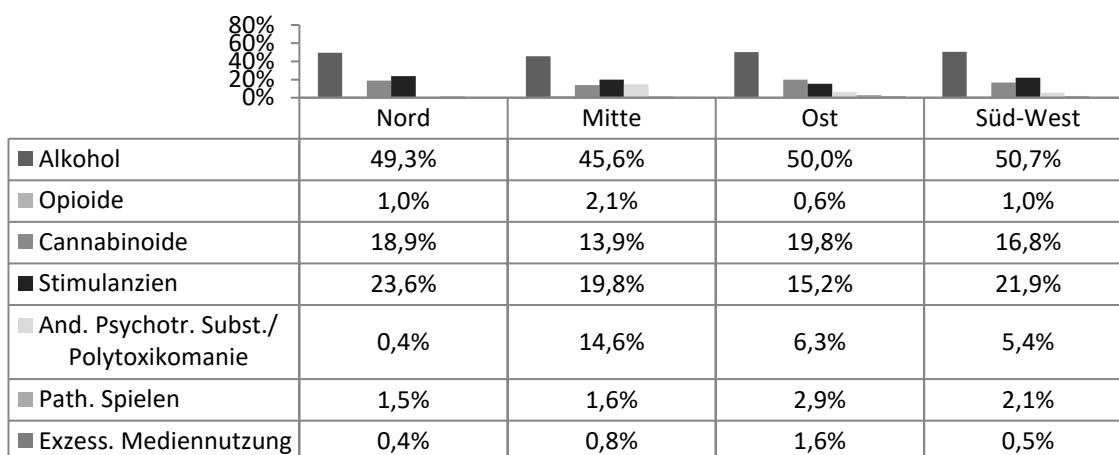
Wie aus Tabelle 31 ersichtlich befindet sich die Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen in Mittel- und Ostthüringen und die geringste Anzahl in Nordthüringen. Die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen aus dem stationären Betreuungsbereich ist in allen Regionen deutlich geringer als die der Teilnehmer aus dem ambulanten Bereich.

Tabelle 31: Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd- Westthüringen	Gesamt
Ambulant (Typ1)	3	11	7	8	29
Stationär (Typ 2)	1	1	1	2	5
Soziotherapeutisch (Typ 5)	2	7	5	2	16
Gesamt	6	19	13	12	50

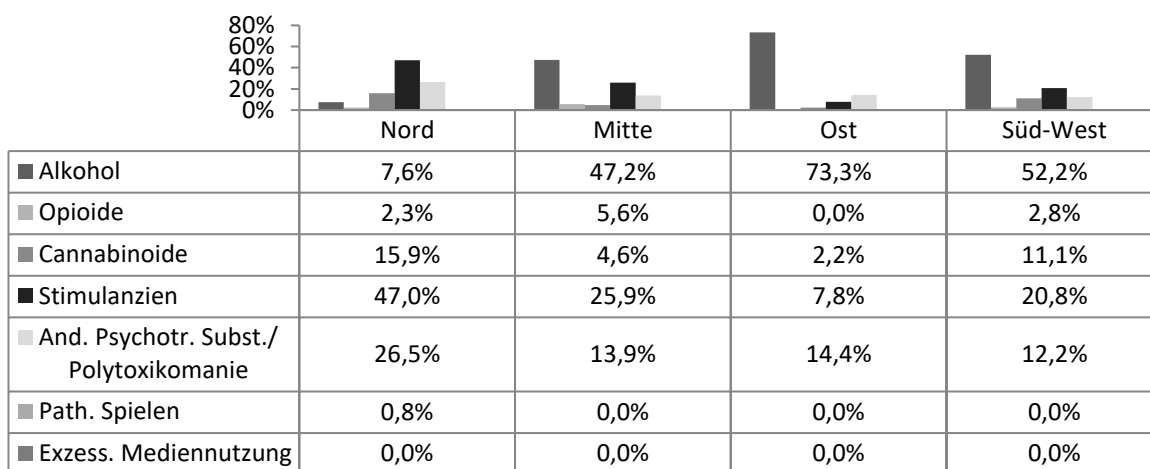
Auch 2020 überwiegen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der vier Teilregionen Thüringens Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen mit jeweils ca. der Hälfte bzw. knapp der Hälfte der Betreuten. Der höchste Anteil findet sich in der Region Süd-Westthüringen (51%), der niedrigste (46%) in Mittelthüringen. In den ambulanten Einrichtungen Nordthüringens liegt die höchste Quote an Patient_innen mit stimulanzenbezogenen Störungen (24%) vor, gefolgt von Süd-Westthüringen mit 22%. Ost- und Nordthüringen haben mit 19% und 18% die höchsten Anteile an Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen sind in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen am häufigsten in Mittelthüringen zu finden (2%, Abbildung 37).

Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

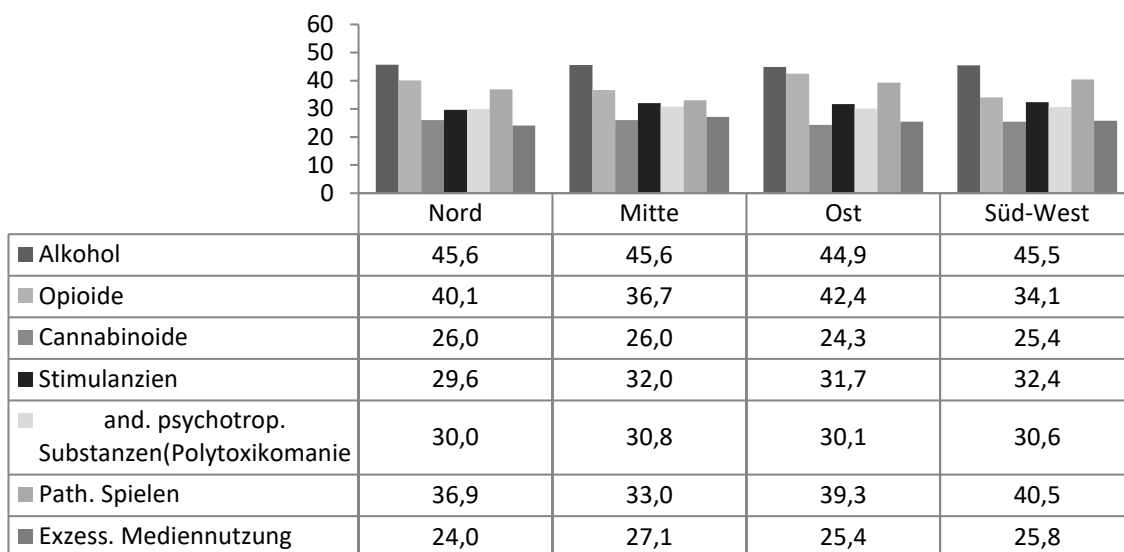


Im stationären Bereich fällt auch in diesem Jahr der niedrige Anteil an Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen in Nordthüringen auf (8%; 2019: 11%). Dagegen finden sich dort am häufigsten Personen mit stimulanzen- (47%) oder cannabinoidbezogenen Störungen (16%). In Ostthüringen werden vor allem Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen betreut (73%). In den stationären Einrichtungen Süd-West-Thüringens werden ebenfalls in großem Umfang Patient_innen (52%) mit alkoholbezogenen Störungen betreut sowie ein ebenfalls großer Anteil an Patient_innen mit einer Stimulanzenproblematik (21%). In Mittelthüringen liegen die stationären höchsten Betreuungsquoten von Personen mit opioidbezogenen Störungen vor (6%; Abbildung 38).

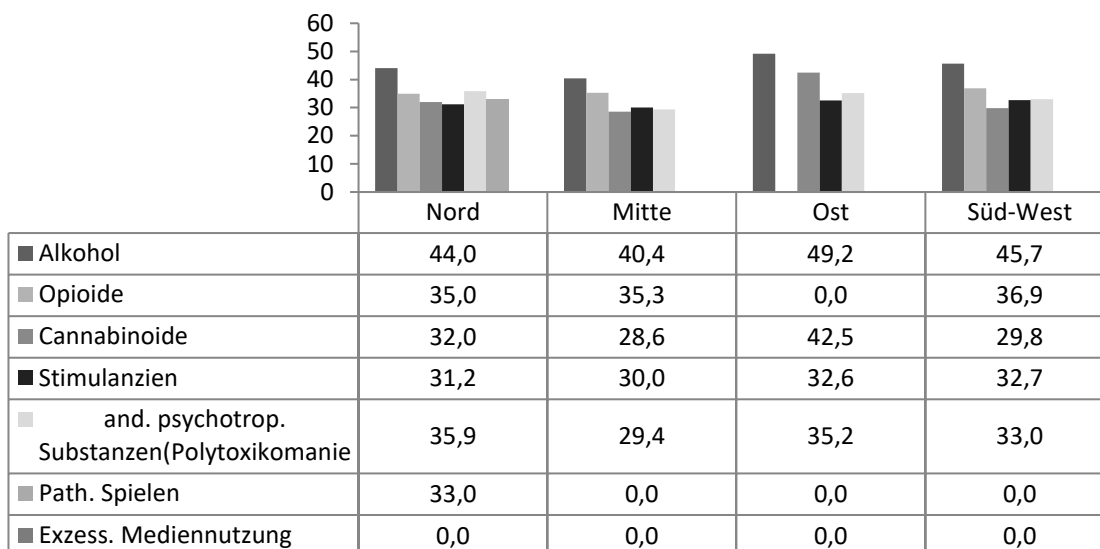
Abbildung 38: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



Das Durchschnittsalter der Patient_innen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen unterscheidet sich meist nur unwesentlich in den vier Regionen. Die Personen mit alkoholbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren (Ostthüringen) bis 47 Jahren (Nord- und Mittelthüringen) jeweils mit Abstand die ältesten. Die jüngsten Patient_innen sind mit einem mittleren Alter von 24 Jahren (Ostthüringen) bis 26 Jahren (Nord- und Mittelthüringen) diejenigen mit cannabinoidbezogenen Störungen bzw. mit 24 Jahren (Nordthüringen) und 27 Jahren (Mittelthüringen) Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung. Die Patient_innen mit stimulanzenbezogenen Störungen sind außer in Nordthüringen (30 Jahre) in allen Regionen im Durchschnitt 32 Jahre alt. Personen mit opioidbezogenen Störungen sind in Süd-Westthüringen mit durchschnittlich 34 Jahren am jüngsten und in Ostthüringen mit 42 Jahren am ältesten. Das Durchschnittsalter der Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik liegt zwischen 41 Jahren (Süd-Westthüringen) und 33 Jahren (Mittelthüringen; Abbildung 38).

Abbildung 39: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)

Auch im stationären Behandlungsbereich sind Personen mit alkoholbezogenen Störungen in allen vier Teilregionen die ältesten Patient_innen. Die Altersspanne reicht von 40 Jahren in Mittelthüringen bis 49 Jahren in Ostthüringen. Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind auch im stationären Bereich die jüngsten (Ausnahme: Ostthüringen, 43 Jahre; jedoch sehr kleines N) mit einer Altersspanne von 29 Jahren (Mittelthüringen) und 32 Jahren in Nordthüringen. Patient_innen mit stimulanzienbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren (Mittelthüringen) bis 33 Jahren (Süd-Westthüringen) in allen Regionen (Ausnahme: Ostthüringen) am zweitjüngsten (Abbildung 39).

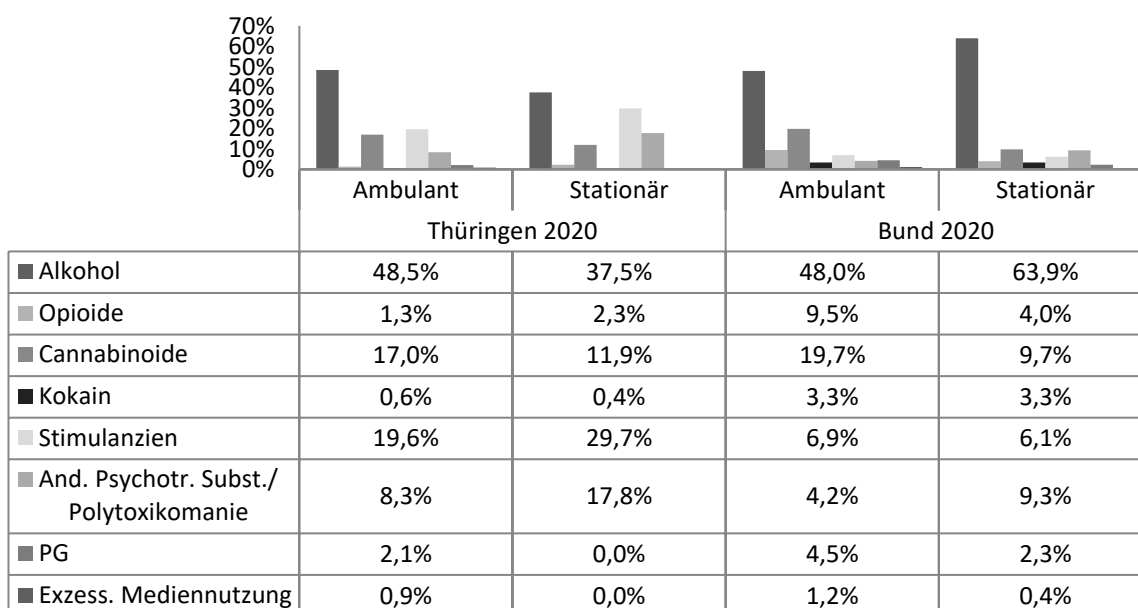
Abbildung 40: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)

9 Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten

Verglichen mit den Bundesdaten zeigt sich in Thüringen 2020, wie in den Vorjahren, im ambulanten Bereich ein i nur geringfügig höherer Anteil an Patient_innen, die wegen alkoholbezogenen Störungen in Betreuung sind (49% vs. 48%). Bereits in den Vorjahren hat sich dieser Unterschied von Jahr zu Jahr verringert (2019: 53% vs. 49%; 2018: 54% vs. 49%; 2017: 58% vs. 48%). Auch im stationären Suchthilfebereich liegt, wie bereits in den Vorjahren, der Anteil an Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen niedriger als im Bund, jedoch fällt der Unterschied in diesem Jahr mit 38% vs. 64% sehr deutlich aus (2019: 33% vs. 66%; 2018: 52% vs 64%). Unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt auch der Anteil an Betreuungen von Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen. Während in Thüringen diesbezüglich ambulant 1% und stationär 2% der Patient_innen betreut werden (2019: 1% vs. 2%; 2018: 2% vs. 3%), liegen die entsprechenden Quoten bundesweit bei 10% bzw. 4% (2019: 10% bzw. 4%; 2018: 12% bzw. 5%). Sowohl in Thüringen als auch im Bund sind die Anteile an Betreuten mit opioidbezogenen Störungen gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert geblieben.

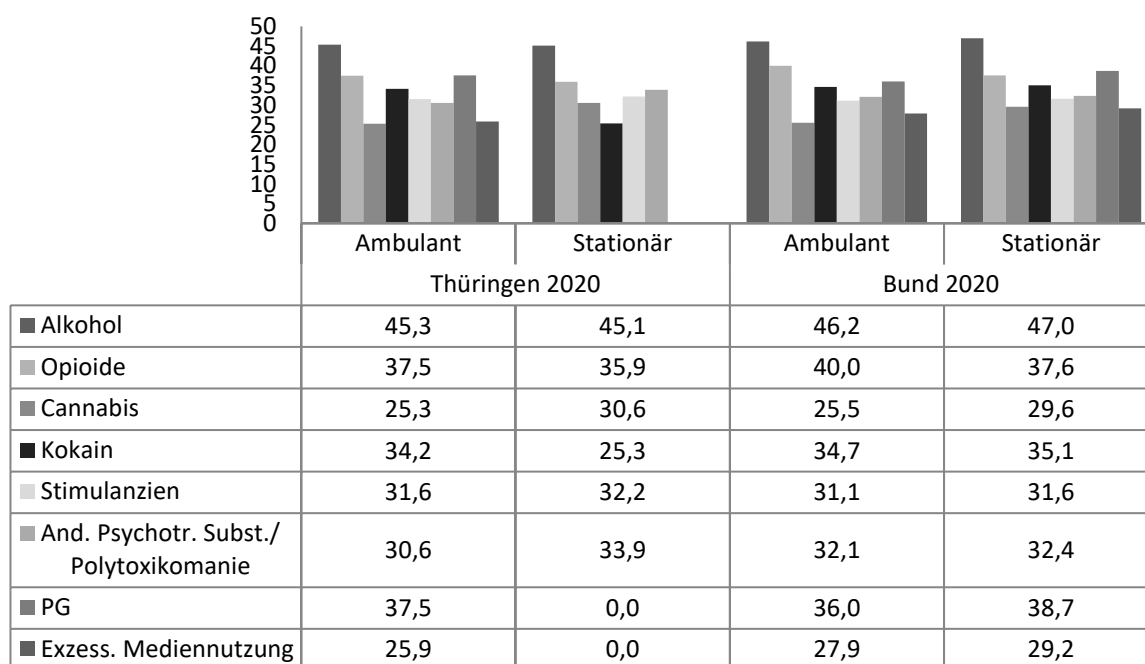
Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen werden in ambulanten Einrichtungen in Thüringen zu geringeren Anteilen betreut als bundesweit (17% vs. 20%), in stationären Einrichtungen ist ihr Anteil in Thüringen größer (12% vs. 10%). Nach wie vor liegen der Anteil an Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen in Thüringen wesentlich höher als im Bund. Ambulant sind die Werte fast dreimal (20% vs. 7%), stationär sogar fünfmal so hoch (30% vs. 6%). Ebenfalls nach wie vor befinden sich in Thüringen so gut wie keine Patient_innen mit Glücksspielproblematik in stationärer Betreuung und auch in ambulanter Betreuung liegt der Anteil mit 2% unter dem bundesweiten Wert von 5%. Patient_innen mit einer Exzessiven Mediennutzung spielen in der Thüringischen Suchthilfe und auch bundesweit so gut wie keine Rolle, der Anteil liegt ambulant jeweils bei 1%, stationär tritt diese Patient_innengruppe praktisch nicht in Erscheinung (Abbildung 41).

Abbildung 41: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen



Auch in Bezug auf das durchschnittliche Alter der Patient_innen liegen Unterschiede vor. Insgesamt sind die stationär behandelten Patient_innen in Thüringen deutlich jünger als auf Bundesebene (37 Jahre vs. 42 Jahre), wohingegen sich für die ambulant Betreuten relativ ähnliche Werte ergeben (38 Jahre vs. 39 Jahre). Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen sind in Thüringen sowohl ambulant als auch stationär jünger als im Bund (ambulant: 45 vs. 46 Jahre; stationär 45 vs. 47 Jahre). Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen sind ebenfalls jeweils jünger als im Bundesdurchschnitt (ambulant: 38 vs. 40 Jahre; stationär: 36 vs. 38 Jahre). Bei Patient_innen mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen ist das Durchschnittsalter in Thüringen fast identisch mit den bundesweiten Werten. Patient_innen mit einer Glücksspielproblematik weisen in Thüringen ambulant ein höheres Durchschnittsalter auf als bundesweit (38 vs. 36 Jahre; stationär spielt diese Diagnosegruppe in Thüringen keine Rolle). Bei Patient_innen mit exzessiver Mediennutzung ist das Durchschnittsalter in Thüringen ambulant etwas niedriger als im Bund (26 vs. 28 Jahre), stationär spielt diese Diagnose ebenfalls keine Rolle (Abbildung 42).

Abbildung 42: Durchschnittsalter (in Jahren)



10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- 2020 haben 50 Einrichtungen Daten für die Suchthilfestatistik geliefert. Gegenüber dem Vorjahr (N = 49) hat eine Einrichtung mehr teilgenommen.
- Trotz der etwas höheren Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen ist die Anzahl der Betreuungsfälle mit 11.971 Fällen etwas niedriger als im Vorjahr (12.154).
- 74% der Patient_innen sind Männer, 26% Frauen.
- Die am häufigsten vergebenen substanzbezogenen Hauptdiagnosen sind schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (1) Alkohol: 48%, (2) Stimulanzien: 20%, (3) Cannabinoiden: 16%.
- Die häufigste nicht-substanzbezogene Hauptdiagnose ist Pathologisches Spielen (2%).
- Patient_innen mit einer cannabinoid- bzw. stimulanzienbezogenen Hauptdiagnose sind im Durchschnitt am jüngsten (\emptyset Alter: 25 bzw. 32 Jahre). Patient_innen mit Hauptdiagnose Alkohol haben insgesamt das höchste Durchschnittsalter (45 Jahre).
- Das Alter bei Erstkonsum liegt für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak bei 15 Jahren. Für illegale Substanzen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei Erstkonsum bei 16 Jahren für Cannabis. Amphetamine werden im Durchschnitt mit 19 Jahren erstmalig konsumiert und Heroin mit 20 Jahren.
- Die durchschnittliche Dauer von Beginn der Störung bis zum Beginn der aktuellen Betreuung ist bei Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen am längsten (16 Jahre), bei Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen am kürzesten (8 Jahre).
- Über die Hälfte (57%) der Patient_innen aller Störungsgruppen lebt nicht alleine, sondern zumeist entweder mit einem Partner oder noch mit den Eltern zusammen.
- 84% aller Betreuten leben am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig (zur Miete oder in Wohneigentum), 6% leben bei anderen Personen, 3% in (Fach-) Kliniken oder stationären Rehabilitationseinrichtungen und 4% leben prekär, d.h. in Notunterkünften bzw. sind obdachlos.
- 88% der Patient_innen haben einen Schulabschluss (am häufigsten Real- und Hauptschule). 8% haben die Schule ohne Abschluss verlassen.
- 37% der Patient_innen sind bei Betreuungsbeginn arbeitslos (überwiegend nach SGB II). Am häufigsten ist Arbeitslosigkeit bei Patient_innen mit opioid- oder stimulanzienbezogener Störungen (je 48%).
- 33% der Patient_innen haben bei Betreuungsbeginn Schulden, der Großteil davon im Bereich von bis 10.000 Euro.
- 39% der Patient_innen kommen als Selbstmelder_innen ohne Vermittlung in die Suchthilfeeinrichtungen.
- 30% der Betreuungen werden aufgrund von Auflagen (Vorgaben durch Dritte) begonnen. Gerichtliche Auflagen haben vor allem Patient_innen mit cannabinoid- und stimulanzienbezogenen Störungen.

-
- Die höchsten Anteile an Personen, die zum ersten Mal in Betreuung sind, liegen bei Patientinnen mit einer exzessiven Mediennutzung (65%), mit cannabinoidbezogenen Störungen (54%) oder einer Glücksspielproblematik (42%) vor. Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen haben mit 33% die geringste Erstbetreuungsquote.
 - Die mittlere Betreuungsdauer im Bereich der substanzbezogenen Hauptdiagnosen ist am längsten bei Patient_innen mit einer Opioidproblematik (807) Tage, die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer findet sich bei cannabinoidbezogenen Störungen (232 Tage).
 - Knapp die Hälfte (48%) der Patient_innen beendet ihre Betreuung planmäßig, bei 33% kommt es zu einem Abbruch durch die Patient_innen. Die Abbruchquote ist bei Patient_innen mit einer Opioid- und Glücksspielproblematik am höchsten (66% bzw. 45%).
 - Am Ende der Betreuung kommt es nach Einschätzung der Betreuer_innen gegenüber dem Zustand bei Betreuungsbeginn bei mindestens der Hälfte der Patient_innen zu einer Verbesserung im Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten.
 - In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe wird auch 2019 ein höherer Anteil an Patient_innen mit alkoholbezogenen Störungen betreut als bundesweit. (49% vs. 48%). Das gleiche gilt, wie im Vorjahr, für Patient_innen mit einer Stimulanzienproblematik, deren Anteile sowohl ambulant als auch stationär deutlich über den bundesweiten liegen (amb.: 20% vs. 7%; stat.: 30% vs. 6%). Zu niedrigeren Anteilen im Vergleich zum Bund sind in Thüringen Patient_innen mit cannabinoidbezogenen Störungen (amb.: 14% vs. 20%) und deutlich niedriger Patient_innen mit opioidbezogenen Störungen (amb.: 1% vs. 10%; stat.: 3% vs. 4%) in Betreuung.

11 Quellen

Braun, B. & Lesehr, K. (2017). Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. *Konturen*, 1.

Verfügbar unter <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2019). Suchthilfe in Deutschland 2018. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2020). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. DHS: Hamm. Verfügbar unter: www.suchthilfestatistik.de

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.).(2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 9. überarbeitete Auflage Bern: Verlag Hans Huber.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019.. Bundesland Thüringen. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Wohnheime/Eingliederungshilfen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Nord-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Süd-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Ost-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Mitte-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Ost. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Süd. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Mitte. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Nord. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte.* München: Institut für Therapieforschung.

Künzel, J., Murawski, M., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2021). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Schwarzkopf, L., Braun, B., Specht, S., Dauber, H., Strobl, M., Künzel, J., Klapper, J., Kraus, L. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Die Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS. Eine Einführung in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertungen. *Konturen online*. Verfügbar unter:
<https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2021). Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.