

Jutta Künzel
Hanna Dauber
Sara Specht
Larissa Schwarzkopf

Suchthilfestatistik 2018
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical report 2018 on the treatment of substance use disorders
Report on the current situation and the activities
of treatment centres in Thuringia

IFT Institut für Therapieforschung, München

Jutta Künzel
Hanna Dauber
Sara Specht
Barbara Braun

Suchthilfestatistik 2018
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical report 2018 on the treatment of substance use disorders
Report on the current situation and the activities
of treatment centres in Thuringia

München, 2019

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.....	14
4.3	Soziodemografische Daten	17
5	Ergebnisse zur Betreuung	30
6	Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose	41
7	Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2017	55
8	Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens	62
9	Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten	66
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=47).....	11
Tabelle 2: Anzahl Betreuungen 2017.....	13
Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2017	14
Tabelle 4: Betreuungsgrund (alle Typen).....	14
Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patienten mit eigener Symptomatik.....	16
Tabelle 6: Hauptmaßnahmen (Patienten mit eigener Symptomatik	17
Tabelle 7: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp	19
Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp).....	24
Tabelle 9: Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1)	24
Tabelle 10: Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose).....	25
Tabelle 11: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1).....	27
Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp	29
Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen	32
Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten Hauptdiagnosen (Typ 1)	32
Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)	34
Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)	34
Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen und Einrichtungstyp	35
Tabelle 18: Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Typ 1).....	35
Tabelle 19: Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1)	36
Tabelle 20: Art der Beendigung (Einrichtungstyp).....	36
Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose	37
Tabelle 22: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Behandlungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)	39
Tabelle 23: Veränderung der Konsummenge/Spiel-/Nutzungsdauer (Behandlungsanfang - Behandlungsende; Hauptsubstanzen/-spielform/-tätigkeit, Typ 1)	40
Tabelle 24: HD/HS Cannabinoide: Geschlechterverteilung.....	41
Tabelle 25: HD Cannabinoide: Partnerschaft.....	42
Tabelle 26: HD Cannabinoide: Lebenssituation	43
Tabelle 27: HD Cannabinoide: Wohnsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn.....	44
Tabelle 28: HD Cannabinoide: Problematische Schulden.....	46
Tabelle 29: HD Cannabinoide (F12): weitere Suchtdiagnosen.....	47
Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabinoide: Alter bei Erstkonsum.....	48
Tabelle 31: HD Cannabinoide: Problembereiche bei Behandlungsbeginn	49
Tabelle 32: Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region.....	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen in den Einrichtungen	12
Abbildung 2: Hauptdiagnosen und Einrichtungstypen	15
Abbildung 3: Altersverteilung (Behandlungsbeginn; Hauptdiagnose, Typ 1)	18
Abbildung 4: Altersverteilung bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1).....	19
Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)	20
Abbildung 6: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform / Haupttätigkeit Mediennutzung)	21
Abbildung 7: Durchschnittsalter bei Störungsbeginn (Einzeldiagnosen).....	21
Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen).....	22
Abbildung 9: Lebenssituation: zusammenlebend ja	23
Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, alle Typen).....	26
Abbildung 11: Berufliche Integration (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)	28
Abbildung 12: Auflagen bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)	30
Abbildung 13: Anteil der Erstbehandelten bei den häufigsten Hauptdiagnosen	33
Abbildung 14: Problematik zu Behandlungsbeginn (alle Typen)	38
Abbildung 15: Problematik am Behandlungsende „gebessert“ (alle Typen)	39
Abbildung 16: HD Cannabinoide: Alter bei Betreuungsbeginn	42
Abbildung 17: HD Cannabinoide: Anzahl Kinder.....	43
Abbildung 18: HD Cannabinoide: Höchster Schulabschluss	45
Abbildung 19: HD Cannabinoide: Berufsausbildung	45
Abbildung 20: HD Cannabinoide: Erwerbssituation	46
Abbildung 21: HD Cannabinoide: Dauer vom Erstkonsum bis zum aktuellen Behandlungsbeginn	48
Abbildung 22: HD Cannabinoide: Problembereiche bei Behandlungsbeginn	49
Abbildung 23: HD Cannabinoide: Vermittlung in die Betreuung	51
Abbildung 24: HD Cannabinoide: Weitervermittlung/Verlegung	52
Abbildung 25: HD Cannabinoide: Dauer der Behandlung	52
Abbildung 26: HD Cannabinoide: Anteile Planmäßige Beendigungen	53
Abbildung 27: HD Cannabinoide: Problematik am Betreuungsende gebessert.....	54
Abbildung 28: HD Cannabinoide: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Behandlung	54
Abbildung 29: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)	55
Abbildung 30: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)	56
Abbildung 31: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund bei der Gesamtgruppe der Patienten mit einer Hauptdiagnose (alle Einrichtungstypen)	57
Abbildung 32: Anzahl der Kontakte pro beendeter Betreuung (ambulant).....	58
Abbildung 33: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen).....	59
Abbildung 34: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen).....	60
Abbildung 35: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patienten (alle Einrichtungstypen).....	61
Abbildung 36: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)	63
Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)	63
Abbildung 38: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren).....	64
Abbildung 39: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren).....	65

Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen	66
Abbildung 41: Durchschnittsalter (in Jahren)	67

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet eine Übersicht über die Auswertung der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik 2018 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patienten. In Thüringen wird bereits seit über 20 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Über die 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 fast 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 Gelegenheitsstichprobe aller Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der zentralen Auswertung für die Deutsche Suchthilfestatistik beteiligt haben (Dauber, Specht, Künzel, Pfeiffer-Gerschel & Braun, 2019). In die Erhebung von 2018 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 46 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 2018 (aktuellste Auswertung: Braun, Dauber, Künzel & Specht, 2019). Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann der Publikation von Bauer, Sonntag, Hildebrand, Bühringer und Kraus (2009) 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, 2019) 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 Patienten mit einer ICD-Diagnose F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F63.0 (Pathologisches Glücksspielen) oder mit Einführung des neuen KDS 3.0 auch F63.8/F68.8 (Exzessive Mediennutzung;

erstmalig ab 2017)¹. Ebenfalls miteinbezogen werden Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik eines Angehörigen aufsuchten. Hauptdiagnosen² werden nur für Patienten mit einer eigenen Problematik vergeben und zwar mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 für den schädlichen Gebrauch der Substanz oder F1x.2 für Abhängigkeit (Dilling et al., 2016). Viele Patienten weisen mehrere der genannten Störungen auf, die alle als Einzeldiagnosen kodiert werden. Unter den für einen Patienten vergebenen Einzeldiagnosen kann jedoch nur eine als behandlungsleitende Diagnose, d.h. als sogenannte Hauptdiagnose, angegeben werden. Ein Teil der nachfolgenden Darstellungen differenziert nach Hauptdiagnosen. Die Gruppe der substanzbezogenen Hauptdiagnosen (z.B. Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol), umfasst sowohl „schädlichen Gebrauch“ als auch „Abhängigkeit“.

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 „nicht oder nur unzureichend abbildbar sind“ (Braun & Lesehr, 2017). Diejenige Substanz, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht und/oder den Behandlungsgrund darstellt, wird als Hauptsubstanz kodiert. Die Hauptsubstanz geht neben der Hauptdiagnose ebenfalls in die Auswertung mit ein.

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten und sozialtherapeutischen Einrichtungstypen³ (Typ 1 und Typ 5) sowie den Einrichtungen im Strafvollzug (Typ 6) erfolgt die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der „Zugänge“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2018 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 2018 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

¹ Die Diagnose wird 2017 zum ersten Mal 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 Unter Hauptdiagnose wird die behandlungsleitende Diagnose verstanden.

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

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. In allen Tabellen, die nach Einrichtungstyp unterscheiden sowie zum Teil auch im Text, werden zur sprachlichen Vereinfachung nicht die vollständigen Bezeichnungen der Einrichtungstypen verwendet. Stattdessen finden die numerischen Kodierungen entsprechend dem Deutschen Kerndatensatz Verwendung, die der Auflistung im folgenden Abschnitt zu entnehmen sind. Zur besseren Lesbarkeit werden folgende Begriffe genutzt: „Beratungsstellen“ anstelle von „ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen“, „Patient“ sowohl für männliche und weibliche als auch für ambulant sowie stationär behandelte Personen⁴, „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

⁴ Da die Datenbasis fallbezogen ist, kann eine Person mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

3 Ergebnisse zu den Einrichtungen

2018 beteiligten sich insgesamt 46 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik für das Bundesland Thüringen (27 ambulante, 3 stationäre Einrichtungen, 15 soziotherapeutische Einrichtungen und eine Einrichtung im Strafvollzug). Im Vergleich zum Vorjahr, in dem eine Beteiligung von 47 Einrichtungen vorlag, ist die Beteiligung annähernd stabil geblieben.

Die aktuelle Stichprobe setzt sich, wie in den Vorjahren, überwiegend aus ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungen zusammen (Tabelle 1). Die Zuordnung 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 mit dem Programm „Ebis“ sowie in einem Fall mit einem klinikinternen Programm.

Die Verringerung der Anzahl der Einrichtungstypen im neuen KDS 3.0 von bisher 16 auf nunmehr 7 hat seit 2017 eine veränderte Darstellung im vorliegenden Bericht zur Folge. Bisher wurden die Ergebnisse nach folgenden Typen/-kombinationen präsentiert: Typ 2+3+6 (ambulante Beratungsstellen+ niedrigschwellige Einrichtungen + Einrichtungen der externen Beratung im Strafvollzug), Typ 5 (Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens), Typ 9+10 (stationäre Rehabilitationseinrichtungen + Adaptionseinrichtungen) und Typ 11+12 (Teilstationäre und stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie). Da ab dem Datenjahr 2017 Einrichtungstypen zusammengelegt wurden, erfolgt die Darstellung seit dem Datenjahr 2017 in folgender Form:

- Typ 1: entspricht den bisherigen Typen 2 und 3 (+16) ambulante und niedrigschwellige Einrichtungen und stimmt größtenteils mit der bisherigen Darstellung der Typen 2+3+16 (jedoch ohne Typ 16, der aber nur eine Einrichtung umfasst) überein.
- Typ 2: entspricht den bisherigen Typen 9+10 und ist damit vergleichbar mit der bisherigen Darstellung.
- Typ 5: umfasst soziotherapeutische Einrichtungen und Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, d.h. die bisherigen Typen 5 (ambulant betreutes Wohnen), 11 (teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante Einrichtung der Sozialtherapie) und 12 (stationäre Einrichtung der Sozialtherapie), die bisher getrennt dargestellt wurden (Typ 5 und Typ 11+12). Somit ist die Vergleichbarkeit zu den Vorjahren eingeschränkt.
- Da aber im Gegenzug zur Reduzierung der Einrichtungstypen im KDS 3.0 die Angebote und Maßnahmen der Einrichtungen stärker ausdifferenziert wurden und die Standardauswertungen auch eine Analyse nach Hauptmaßnahmen umfassen, kann z.B. der frühere Typ 5 (ambulant betreutes Wohnen) in Teilen durch die Auswertung der Hauptmaßnahme ABW (ambulant betreutes Wohnen) dargestellt werden. Der vorliegende Bericht wird zu einigen Themenbereichen auch eine zusätzliche Darstellung nach folgenden ausgewählten Hauptmaßnahmen liefern: ABW (ambulant betreutes Wohnen), NIH (Niedrigschwellige Hilfen), SOZ (stationäres sozialtherapeutisches Wohnen) und NAS (Reha-Nachsorge).

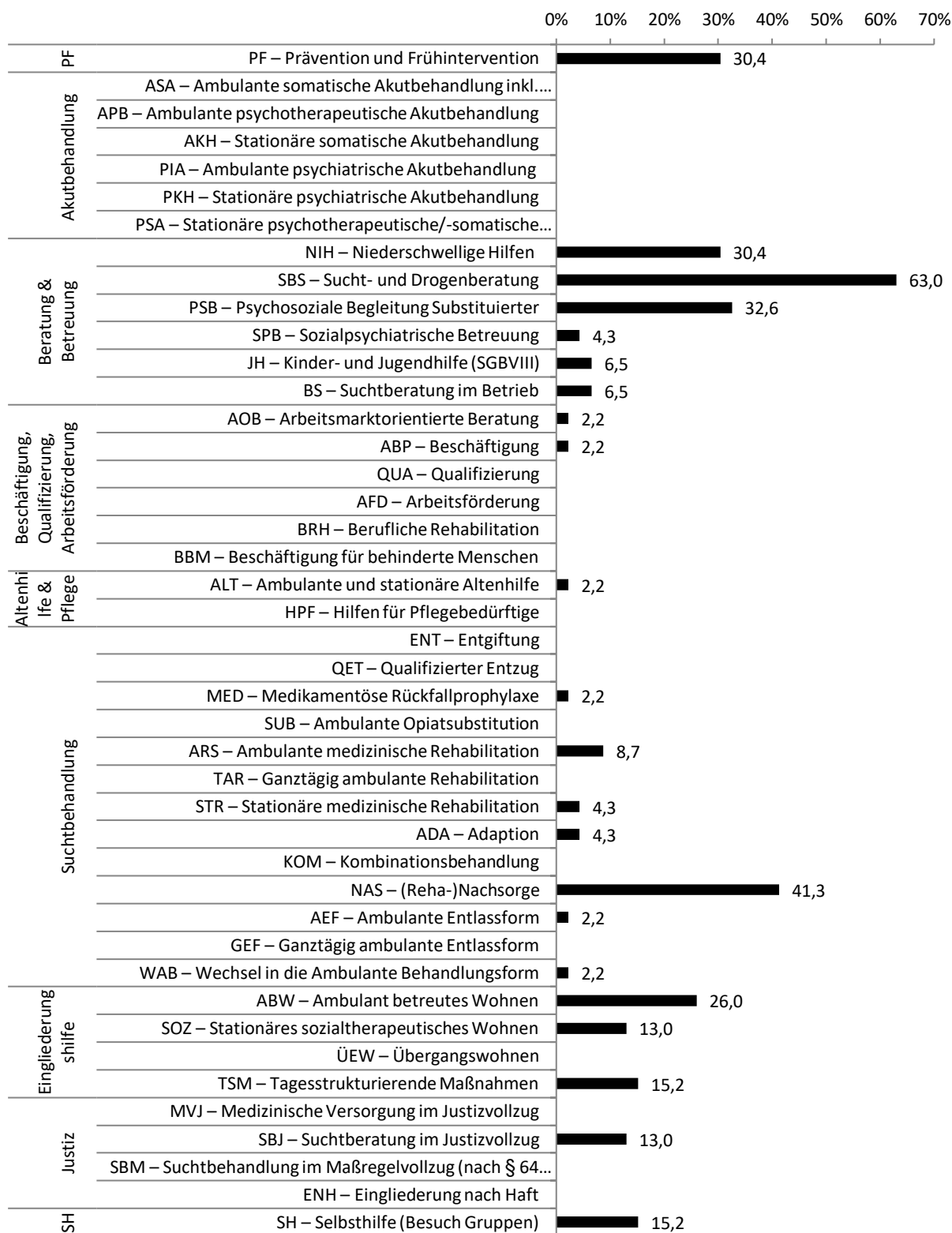
Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=46)

Einrichtungstyp*	Typen- nummer	Software/System		Gesamt 2018	Gesamt 2017
		Ebis	Sonst.		
Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	1	27	-	27	27
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + Adaptionseinrichtungen (Typ 2)	2	2	1	3	4
Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5)	5	15	-	15	15
Einrichtung im Strafvollzug (Typ 6)	6	1		1	1
Gesamt		45	1	46	47

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

In Abbildung 1 sind alle Maßnahmen der teilnehmenden Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen dargestellt, die im Jahr 2018 von mindestens einem Patienten in Anspruch genommen wurden. Angebotene/Geplante Maßnahmen, die nicht genutzt wurden bleiben unberücksichtigt. Hierbei ist die mit Abstand häufigste Maßnahme die Sucht- und Drogenberatung (SBS), gefolgt von Reha-Nachsorge sowie einer ambulanten Nachsorge nach Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Ebenfalls häufig wurden die psychosoziale Begleitung Substituierter, Niedrigschwellige Hilfen (NIH) und Maßnahmen der Prävention und Frühintervention in Anspruch genommen. Auch Angebote des ambulanten Wohnens sowie Selbsthilfeangebote spielen noch eine nennenswerte Rolle im Versorgungsangebot 2018.

Abbildung 1: Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen in den Einrichtungen



N(Gesamt):= 46

4 Ergebnisse zur Klientel

In diesem Kapitel werden die in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen 2018 betreuten Patienten hinsichtlich soziodemografischer und diagnostischer Merkmale beschrieben.

Bei der Datendarstellung werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen, Hauptdiagnosegruppen oder Hauptmaßnahmen. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Patienten dargestellt sowie auch differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Zudem werden die Daten ausgewählter Hauptdiagnosegruppen (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Alkohol, Opioide, Cannabis, Stimulanzien, Pathologisches Glücksspielen und Exzessive Mediennutzung) für einige Merkmale vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Beratungsstellen, da hier die mit Abstand höchsten Fallzahlen vorliegen. Für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose, die in der Thüringer Suchthilfe analog der bundesweiten Situation (Dauber, Specht, Künzel, Pfeiffer-Gerschel & Braun, 2019) den größten Anteil der Betreuten darstellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Diagnosegruppen 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 2018 basiert auf den Daten von insgesamt 11.725 dokumentierten Betreuungsfällen. Die Stichprobengröße hat damit gegenüber dem Vorjahr erneut etwas abgenommen (2017: 12.008), was sich durch die Nicht-Teilnahme einer stationären Einrichtung, die im Vorjahr teilgenommen hatte, erklären lässt.

Die Fallzahlen für Übernahmen, Zugänge und Beender sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Wie in den Vorjahren waren die betreuten Patienten überwiegend männlich (Verhältnis Männer: Frauen = 3:1).

Tabelle 2: Anzahl Betreuungen 2018⁵

Betreuungen	M	F	G	n
Zahl der Übernahmen nach 2018	47,0	41,9	47,4	5.562
Zahl der Zugänge 2018	55,0	58,1	52,6	6.163
Zahl der Beender 2018	52,5	50,2	50,9	5.972
Zahl der Übernahmen nach 2019	47,5	49,8	49,1	5.753
	8415	3308		11.725*
*Gesamt %	71,8	28,2		-

Angaben in Prozent; M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. n= 46 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

*enthält 2 Nennungen „Geschlecht unbekannt“

⁵ Nur den Tabellen 2,3,4 nicht 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.

Tabelle 3 vermittelt ein Bild des Betreuungsumfang nach ausgewählten Hauptmaßnahmen. Die Betreuungszahlen 2018 weisen dabei eine Spannweite von n=136 für die Hauptmaßnahme Reha-Nachsorge (NAS) bis n=197 für die Hauptmaßnahme Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) auf.

Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2018

Hauptmaßnahme	N*	Übernahme nach 2018	Zugänge 2018	Beender 2018	Übernahme nach 2019	Betreuungen Gesamt
ABW	9	132	65	70	127	197
NIH	6	115	64	65	114	179
SOZ	6	87	102	87	102	189
NAS	6	76	60	72	64	136

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

Grund der Betreuung war in der Regel die eigene Symptomatik. Im Gegensatz zu Männern suchen Frauen die ambulanten Einrichtungen auch des Öfteren wegen der Problematik eines Angehörigen auf (Typ 1: 15%; Tabelle 4).

Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2018 (alle Typen)

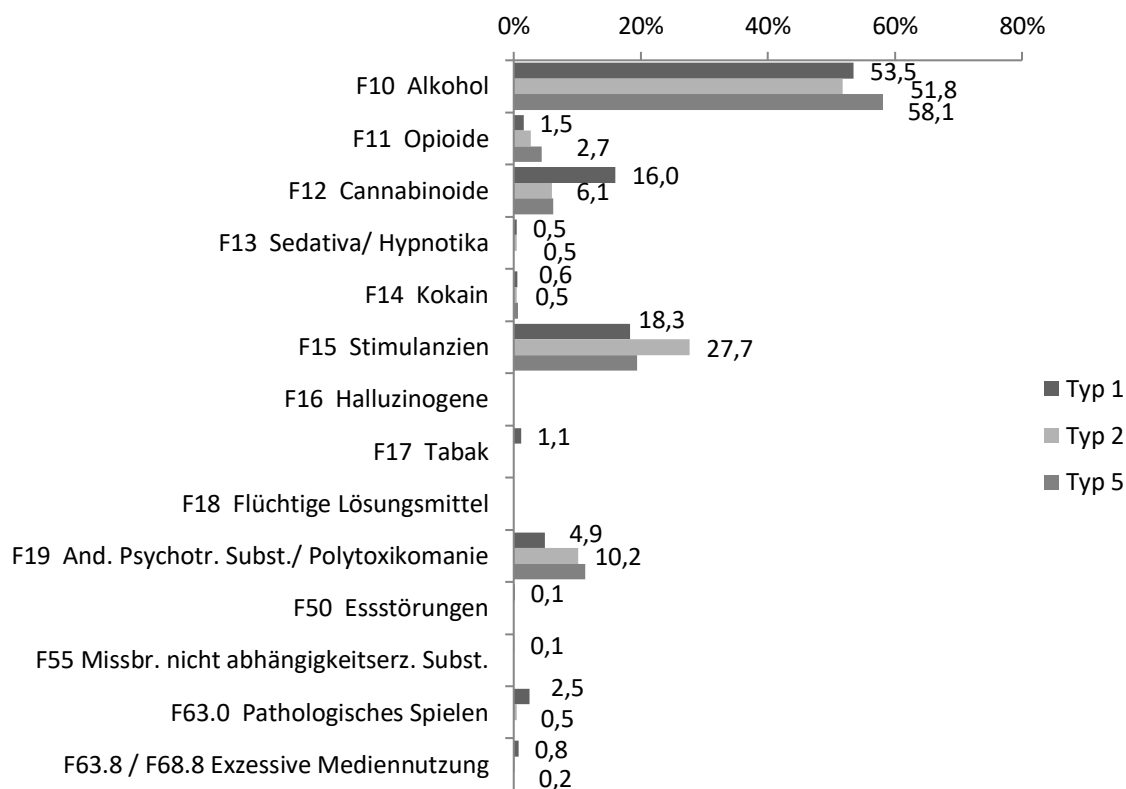
Betreuungsgrund	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt		n
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Eigene Symptomatik	98,2	85,2	100,0	100,0	99,3	100,0	98,4	86,2	5857
Familienangehörige	1,8	14,8	0,0	0,0	0,7	0,0	1,6	13,8	306
Gesamt	3937	1578	387	92	140	27	4464	1607	5972*

Angaben in Prozent; .* enthält eine Nennung „Geschlecht unbekannt“; M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Typ 1: n= 28 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 2: n=3 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 15 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 46 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde für 5.526 (96%) der erfassten Betreuungsfälle eine Hauptdiagnose vergeben. Für 243 (4%) Betreuungsfälle fehlt die Hauptdiagnose, jedoch wurde ein Grund dafür dokumentiert. In insgesamt 88 Fällen wurde weder eine Hauptdiagnose kodiert noch ein Grund dafür angegeben.

Abbildung 2 und Tabelle 5 geben einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen differenziert nach den unterschiedlichen beteiligten Einrichtungstypen. Wie bereits in den Vorjahren war die Bandbreite der vergebenen Hauptdiagnosen in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) etwas größer als in den stationären Einrichtungen (Typ 2) und auch als in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5).

Abbildung 2: Hauptdiagnosen und Einrichtungstypen

Angaben in Prozent

Insgesamt bilden auch 2018 wieder die Patienten mit Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol oder Stimulanzien die zwei größten Hauptdiagnosegruppen. Die mit Abstand – über alle Einrichtungstypen – am häufigsten vergebene Hauptdiagnose ist dabei der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol (Anteil gesamt: 54% (2017: 60%). Den höchsten Anteil von Patienten mit dieser Diagnose weisen – abweichend vom Vorjahr – die sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5, 58%; Vorjahr: Typ 2) gefolgt von den ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Typ 1, 56%) auf. Der geringste Anteil an Patienten mit Hauptdiagnose „Alkoholbezogene Störung“ liegt 2018 in den stationären Einrichtungen vor (Typ 2; 52%).

Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen bilden unverändert gegenüber dem Vorjahr auch im aktuellen Datenjahr wieder die zweitgrößte Diagnosegruppe. Zwischen 2010 und 2015 fand eine Zunahme von Betreuungen aufgrund von stimulanzenbezogenen Störungen in ambulanten Einrichtungen statt, die sich in den letzten drei Jahren nicht in dieser Form fortgesetzt hat: Während 2015 19% der Männer und 26% der Frauen wegen einer Stimulanzenproblematik in ambulanten Einrichtungen betreut wurden, gingen die Anteile 2016 etwas zurück und lagen 2017 mit 15% und 23% noch niedriger. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Wert für die Männer mit ebenfalls 15% gleichgeblieben, allerdings ist bei den Frauen wieder ein Anstieg auf 26% zu verzeichnen. In den stationären Rehabilitations- und Adaptationseinrichtungen steigt die Anzahl der Behandlungen aufgrund einer stimulanzenbezogenen Störung bei Frauen weiter an, so dass 2018 ein neuer Höchststand mit je 28% für beide Geschlechter erreicht wird (2017: Männer:22%; Frauen: 20%).

Den dritten Rang der Hauptdiagnosegruppen bilden, ebenfalls wie in den beiden Vorjahren, Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Hier ist ein Anstieg von 11% in 2017 auf insgesamt 15% zu verzeichnen. Den vierten Rang teilen sich Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und der Konsum anderer psychotroper Substanzen Anteilen von jeweils 5% wie im Vorjahr. Der Anteil dieser Diagnose ist, ebenfalls wie im Vorjahr, am höchsten in den sozialtherapeutischen (11%) und stationären Einrichtungen (10%). Der Anteil der Patienten mit opioidbezogenen Störungen ist mit 2% gegenüber den letzten drei Jahren gleichgeblieben. Der Anteil an Patienten mit entsprechender Hauptdiagnose ist am höchsten im Einrichtungstyp 5 (4%), gefolgt von Typ 2 (3%) und Typ 1 (2%).

Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen werden mit gleicher Häufigkeit wie im Vorjahr (2%) in den Suchthilfeeinrichtungen betreut. Die Betreuung dieser Patienten findet fast ausschließlich in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) 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 Patienten mit eigener Symptomatik

Hauptdiagnose	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt			
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	N
Alkohol	55,1	48,7	55,5	52,8	48,1	51,8	60,0	48,0	58,1	55,4	58,8	53,8	2972
Opioide	1,4	2,0	1,5	2,8	2,3	2,7	3,7	8,0	4,4	1,6	2,2	1,7	95
Cannabinoid- ide	17,2	12,6	16,0	5,1	9,8	6,1	5,9	8,0	6,3	15,7	12,2	14,8	820
Sedativa/ Hypnotika	0,3	123	0,5	0,2	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	1,2	0,5	26
Kokain	0,8	0,1	0,6	0,4	0,8	0,5	0,7	0,0	0,6	0,7	0,1	0,6	18
Stimulanzien	15,6	26,1	18,3	27,7	27,8	27,7	17,8	28,0	19,4	16,7	26,3	19,1	1053
Halluzino- gene	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Tabak	0,8	2,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,0	1,0	56
Flüchtige Lö- sungsmittel	0,0	001	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
And. psychot- rop. Sub- stanzen/ Polytoxiko- manie.	5,1	4,5	4,9	10,2	9,8	10,2	11,9	8,0	11,3	5,6	4,9	5,4	300
Essstörungen	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	7
Missbr. nicht abhängig- keitserz. Substanzen	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
PG	2,8	1,6	2,5	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	2,9	1,5	2,2	123
Exzess. Me- diennutzung	1,0	0,2	0,8	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1	0,7	38
Gesamt	3654	1243	4898*	527	133	660	135	25	160	4166	1359		5526*

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. PG: Pathologisches Glücksspielen Typ1: n=28 Einrichtungen (unbekannt: 1,6%). Typ 2: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 0,3%). Typ5: n=15 Einrichtungen (unbekannt:1,2%). Gesamt: n= 46 Einrichtungen (unbekannt:1,5%); * enthält eine Nennung „Geschlecht unbekannt“

Zwischen den vier dargestellten Hauptmaßnahmen (Tabelle 6) verteilen sich die Hauptdiagnosegruppen zum Teil sehr unterschiedlich. Während in allen vier Hauptmaßnahmen Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol mit ähnlich hohen Anteilen vertreten sind, finden sich Patienten mit einer Stimulanzienproblematik (24%), ebenso wie Patienten mit einer Opioidproblematik (5%) am häufigsten in der Hauptmaßnahme Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ). Patienten mit Cannabinoidproblematik haben den höchsten Anteil in der Maßnahme Niedrigschwellige Hilfen (NIH). Patienten mit einer polytoxikomanen Problematik befinden sich mit Abstand am häufigsten in der Maßnahme Ambulant Betreutes Wohnen (ABW).

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

Hauptdiagnose	ABW	NIH	SOZ	NAS
Alkohol	58,1	59,6	58,6	62,1
Opioide	3,2	0,0	5,1	0,0
Cannabinoiden	3,2	19,2	8,1	6,9
Sedativa/Hypnotika	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokain	0,0	0,0	1,0	0,0
Stimulanzien	9,7	11,5	24,2	22,4
Halluzinogene	0,0	0,0	0,0	0,0
Tabak	0,0	9,6	0,0	0,0
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0
And. Psychotrop. Substanzen/Polytoxikomanie	24,2	0,0	3,0	6,9
Essstörungen	0,0	0,0	0,0	0,0
Missbr. nicht abhängigkeits-erzeugender Substanzen	0,0	0,0	0,0	0,0
Path. Glücksspielen	1,6	0,0	0,0	1,7
Exzess. Mediennutzung	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	62	52	99	58

Angaben in Prozent; ABW: Ambulant betreutes Wohnen N; NIH: Niedrigschwellige Hilfen; SOZ: Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen; NAS: Reha-Nachsorge ABW: N=9 (unbekannt: 3,1%); NIH: N=3 (unbekannt: 4,7%); SOZ: N= 6 (unbekannt: 2,0%); NAS: N=6 (unbekannt: 3,3%)

4.3 Soziodemografische Daten

Die folgenden Darstellungen differenzieren nach den vier folgenden substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen (Alkohol, Opioide, Cannabis, Stimulanzien) sowie den nicht-substanzbezogenen Diagnosegruppen Pathologisches Glücksspielen und Exzessive Mediennutzung. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für Patienten mit einer Hauptdiagnose Exzessive Mediennutzung (N=38) aufgrund der geringen Fallzahl nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind. Diese neu im KDS 3.0 aufgenommene Diagnose wurde jedoch auch in die Berichterstattung integriert, da mit einem Bedeutungszuwachs in den kommenden Jahren zu rechnen ist und somit frühe Vergleichszahlen vorhanden sind.

Geschlecht

Der Großteil der behandelten Patienten ist männlich (75%). Von den Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 66% (Stimulanzien) und 80%

(Cannabinoide) Männer. Lediglich bei der Hauptdiagnose Sedativa/Hypnotika verkehrt sich das Geschlechterverhältnis, hier überwiegen die Frauen mit 62%.

Bei Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen werden mit 84% deutlich mehr Männer als Frauen behandelt. Noch ausgeprägter ist mit 95% der Männeranteil bei Patienten, die eine Problematik im Bereich der exzessiven Mediennutzung haben.

Alter bei Betreuungsbeginn

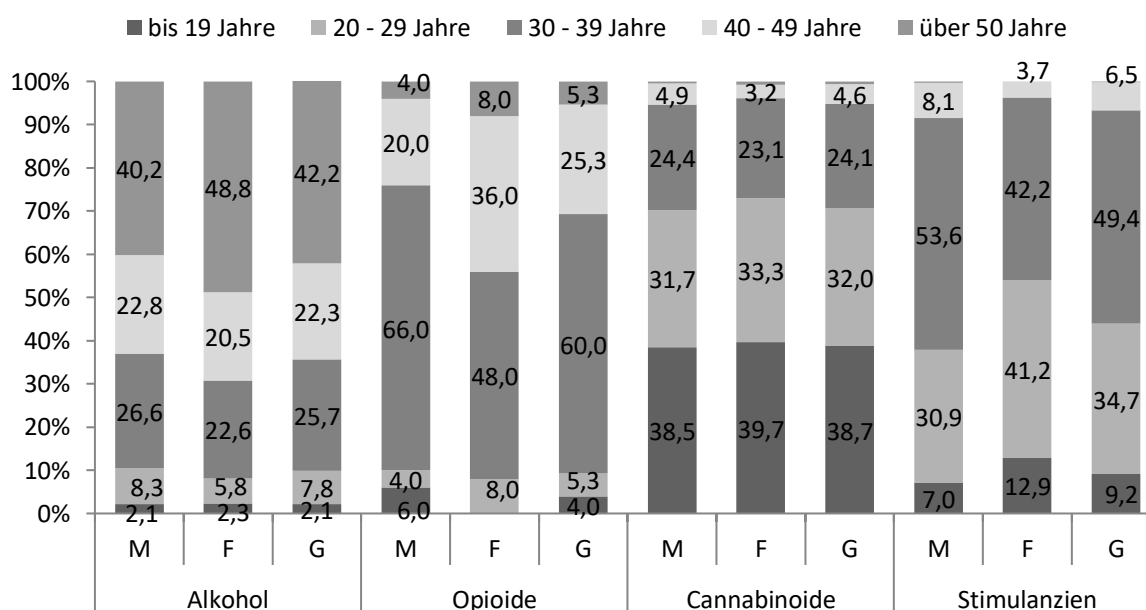
Zu Beginn der ambulanten Betreuung ist fast die Hälfte der Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose (Männer: 40%, Frauen: 49%) über 50 Jahre alt (Abbildung 3). Sehr junge Patienten (bis 19 Jahre: 2%) werden kaum aufgrund einer primären alkoholbezogenen Störung betreut.

Deutlich jünger sind die Patienten mit Opioid-Problematik, 60% von ihnen sind zwischen 30 und 39 Jahre alt. In dieser Altersgruppe befindet sich ein deutlich höherer Anteil an Männern als an Frauen (66% vs. 48%)

Eine noch jüngere Altersstruktur weisen die Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose auf. Mehr als ein Drittel der Männer und Frauen sind in der Altersgruppe der bis 19-Jährigen. Kein Patient in dieser Diagnosegruppe ist älter als 50 Jahre.

Auch die Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose sind jung, wenn auch nicht in dem Maße wie die Patienten mit Cannabisproblematik. Hier befindet sich ca. ein Drittel in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen. Über 50jährige Patienten gibt es auch in dieser Diagnosegruppe nicht.

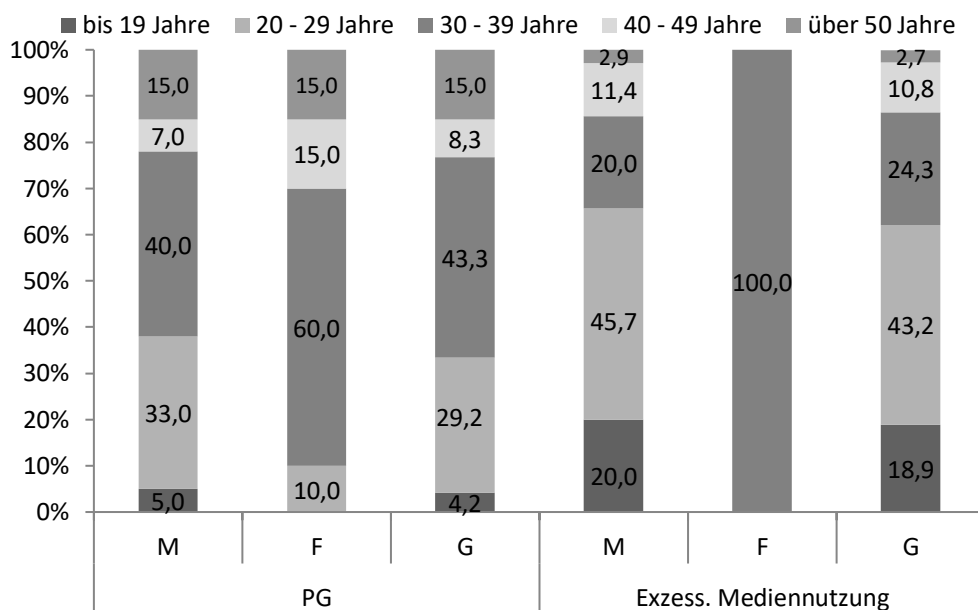
Abbildung 3: Altersverteilung (Behandlungsbeginn; Hauptdiagnose, Typ 1)



Angaben in Prozent. Typ 1 N=28 (unbekannt: 1,7%); M= Männer, F= Frauen. Männer

Bei den Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen liegt der Altersschwerpunkt bei 30 bis 39 Jahren (43%). In diesem Altersbereich finden sich 60% der betroffenen Frauen und 40% der betroffenen Männer. Die Alterszusammensetzung der Patienten mit einer Problematik im Bereich Exzessiver Mediennutzung unterscheidet sich davon deutlich. Die Patienten sind wesentlich jünger als Pathologische Glücksspieler: 43% von ihnen sind zwischen 20 und 29 Jahre alt, 19% sind jünger als 20 Jahre alt (Abbildung 4).

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



PG: Pathologisches Glücksspielen; Typ 1 N=28 (unbekannt: 1,9%);

Die Patientengruppe mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose weist insgesamt den mit Abstand höchsten Altersdurchschnitt auf (\bar{x} 45 Jahre, Tabelle 7). Mit einem Durchschnittsalter von 25 bzw. 30 Jahren stellen die Patienten mit cannabinoidbezogener bzw. stimulanzenbezogener Hauptdiagnose die jüngsten Gruppen. Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen weisen in den verschiedenen Einrichtungstypen jeweils ein ähnlich hohes Durchschnittsalter zwischen 43 und 45 Jahren auf. Mit 35 Jahren liegt der Altersdurchschnitt der Patienten mit einer Glücksspielproblematik ebenfalls im höheren Bereich, im Gegensatz zu den Patienten, die wegen ihrer exzessiven Mediennutzung betreut werden. Sie zählen mit einem Durchschnittsalter von 28 Jahren zu den eher Jüngeren (Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp

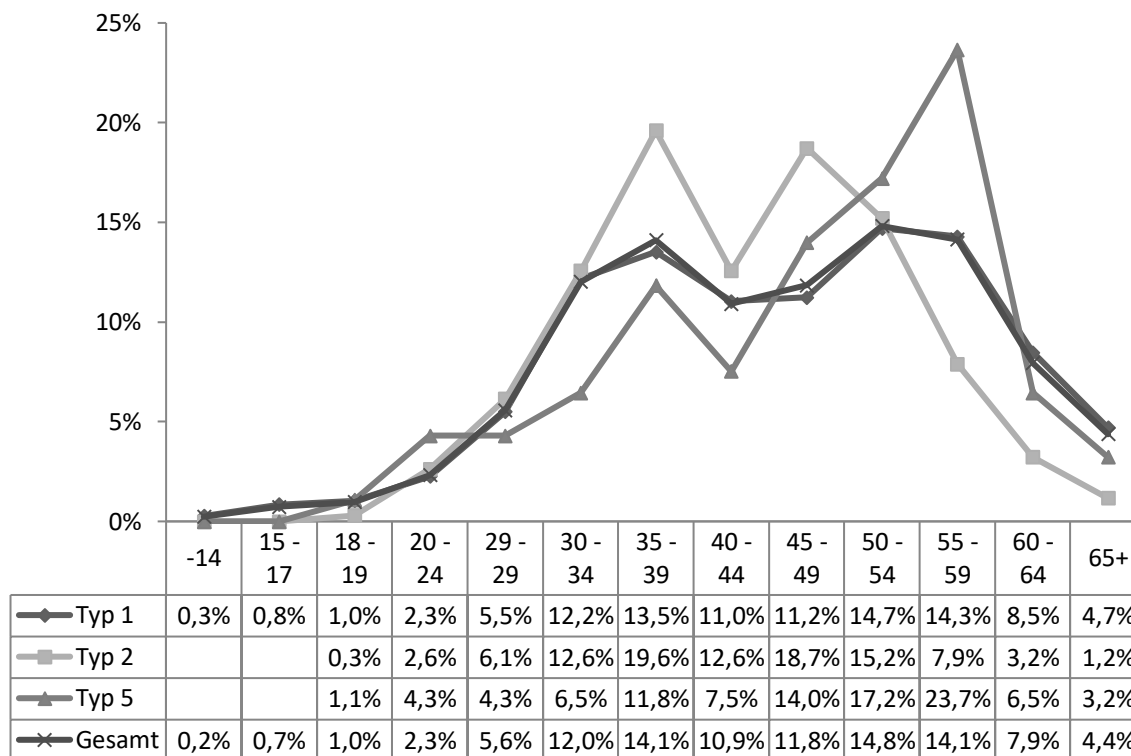
Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	\bar{x}	N	\bar{x}	N	\bar{x}	N	\bar{x}	N
Alkohol	45,4	2619	42,7	342	46,9	93	45,2	2971
Opiode	36,6	75	33,6	18	33,0	7	35,8	95
Cannabinoide	24,4	785	31,2	40	28,0	10	24,8	820
Stimulanzen	30,0	894	32,8	183	32,9	31	30,4	1051
Path. Glücksspielen	35,0	120	37,0	3	0,0	0	35,1	122

Exzessive Medien- nutzung	27,6	37	24,0	1	0,0	0	27,5	38
------------------------------	------	----	------	---	-----	---	------	----

Typ 1 N=28 (unbekannt: 1,7%); Typ 2 N=3 (unbekannt: 0,3%); Typ 5 N=15 (unbekannt: 1,2%); Gesamt N=46 (unbekannt: 1,6%)

Die Altersverteilung der Personen mit einer Alkoholproblematik über die verschiedenen Einrichtungstypen zeigt, dass die ältesten Patienten mit dieser Diagnose in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) behandelt werden (Abbildung 5). Im Altersbereich 35 – 49 Jahre finden sich die meisten Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol in den stationären Einrichtungen (Typ 2; 51%)

Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)

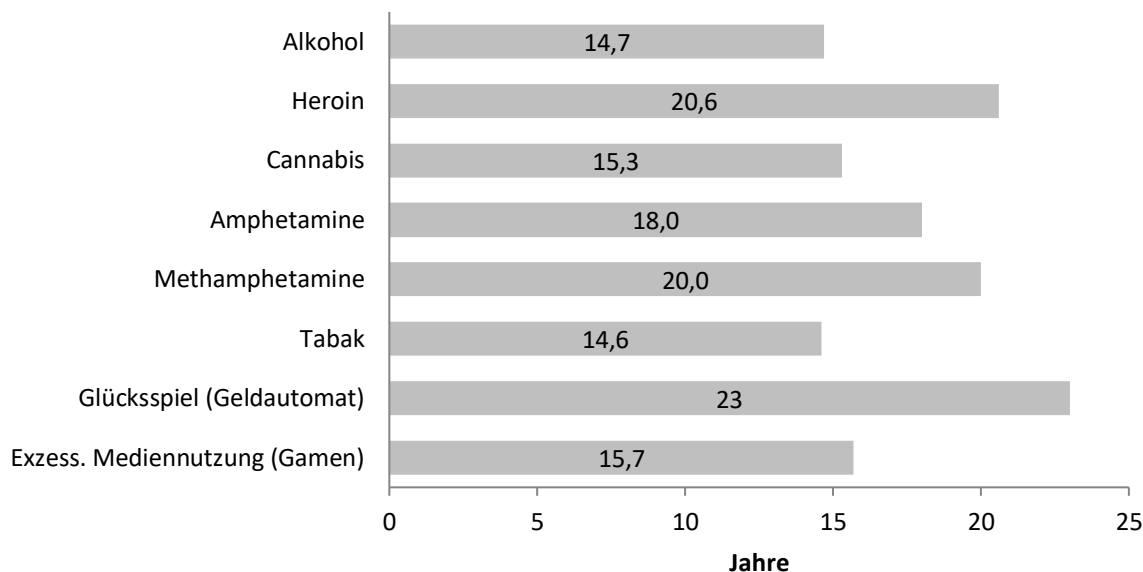


Typ 1 N=28 (unbekannt: 1,7%); Typ 2 N=3 (unbekannt: 0,3%); Typ 5 N=15 (unbekannt: 1,2%); Gesamt N=46 (unbekannt: 1,6%)

Alter bei Erstkonsum

Zur Ermittlung des Alters des Erstkonsums wurde jeweils die Hauptsubstanz bzw. Hauptglücksspielform bzw. Haupttätigkeit der Mediennutzung herangezogen (Abbildung 6). Für den ersten Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak geben die Patienten im Durchschnitt ein Alter von jeweils 15 Jahren an. Von den illegalen Substanzen wird Cannabis mit einem Durchschnittsalter von 15 Jahren am frühesten konsumiert. Am spätesten im Lebenslauf wird mit dem Pathologischen Glücksspielen (an Geldautomaten) begonnen (23 Jahre).

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

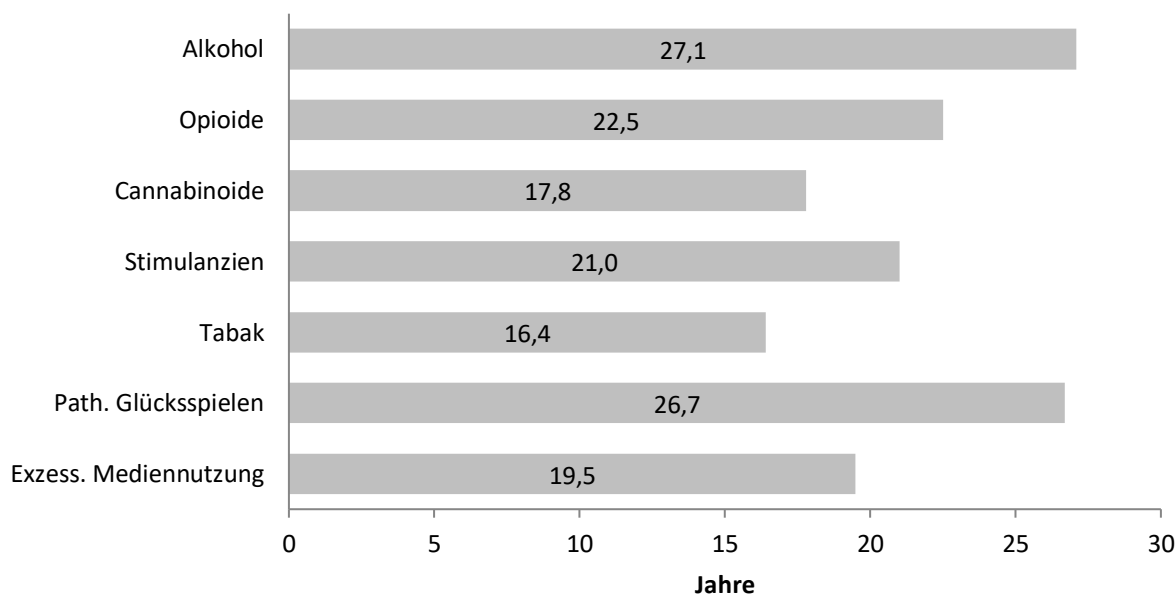


N=46 Einrichtungen

Alter bei Störungsbeginn und Störungsdauer

Trotz des niedrigen Durchschnittsalters bei Erstkonsum, wird für den Beginn alkoholbezogener Störungen von den Patienten ein durchschnittliches Alter von 27 Jahren angegeben (Abbildung 7). Das durchschnittliche Alter bei Beginn eines schädlichen Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit von einer illegalen Substanz liegt deutlich niedriger. Den frühesten Störungsbeginn mit einem Alter von durchschnittlich 18 bzw. 21 Jahren geben Patienten mit cannabis- bzw. stimulanzenbezogenen Einzeldiagnosen an. Eher spät setzt die Problematik mit Opioiden ein (23 Jahre), jedoch liegt hier das Alter bei Erstkonsum auch eher hoch (siehe Abbildung 6).

Abbildung 7: Durchschnittsalter bei Störungsbeginn (Einzeldiagnosen)

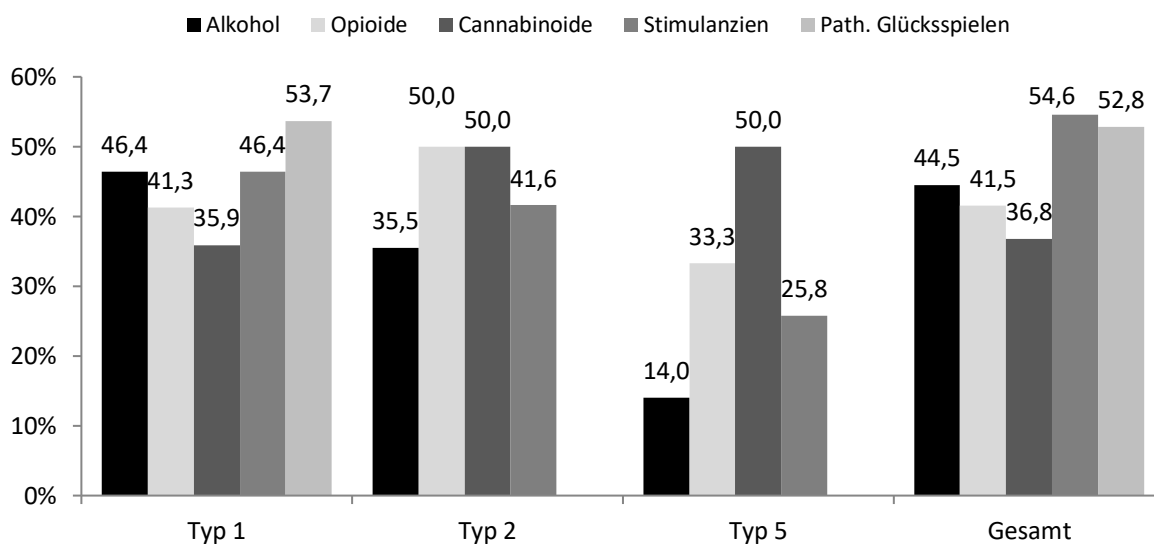


N=46 Einrichtungen

Partnerschaft

43% aller Patienten, die in einer Einrichtung der Thüringer Suchthilfe betreut werden, leben in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Personen mit Hauptdiagnose Stimulanzen (55%) und Pathologisches Glücksspielen (53%) zu, am seltensten auf Patienten mit einer Cannabinoidproblematik (37%), die allerdings auch die jüngste Patientengruppe bilden. Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass die mit Abstand meisten Patienten ohne Partnerschaft in den sozialtherapeutischen Einrichtungen betreut werden. Nur 14% der Patienten mit einer Alkohol- und ein Viertel der Patienten mit einer Stimulanzenproblematik haben hier einen Partner oder Partnerin. In den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) finden sich die höchsten Anteile an Patienten, die in einer Partnerschaft leben (Abbildung 8). Frauen haben störungsübergreifend häufiger eine feste Partnerschaft (51%), wohingegen Männer nur zu 40% in einer Beziehung leben.

Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)

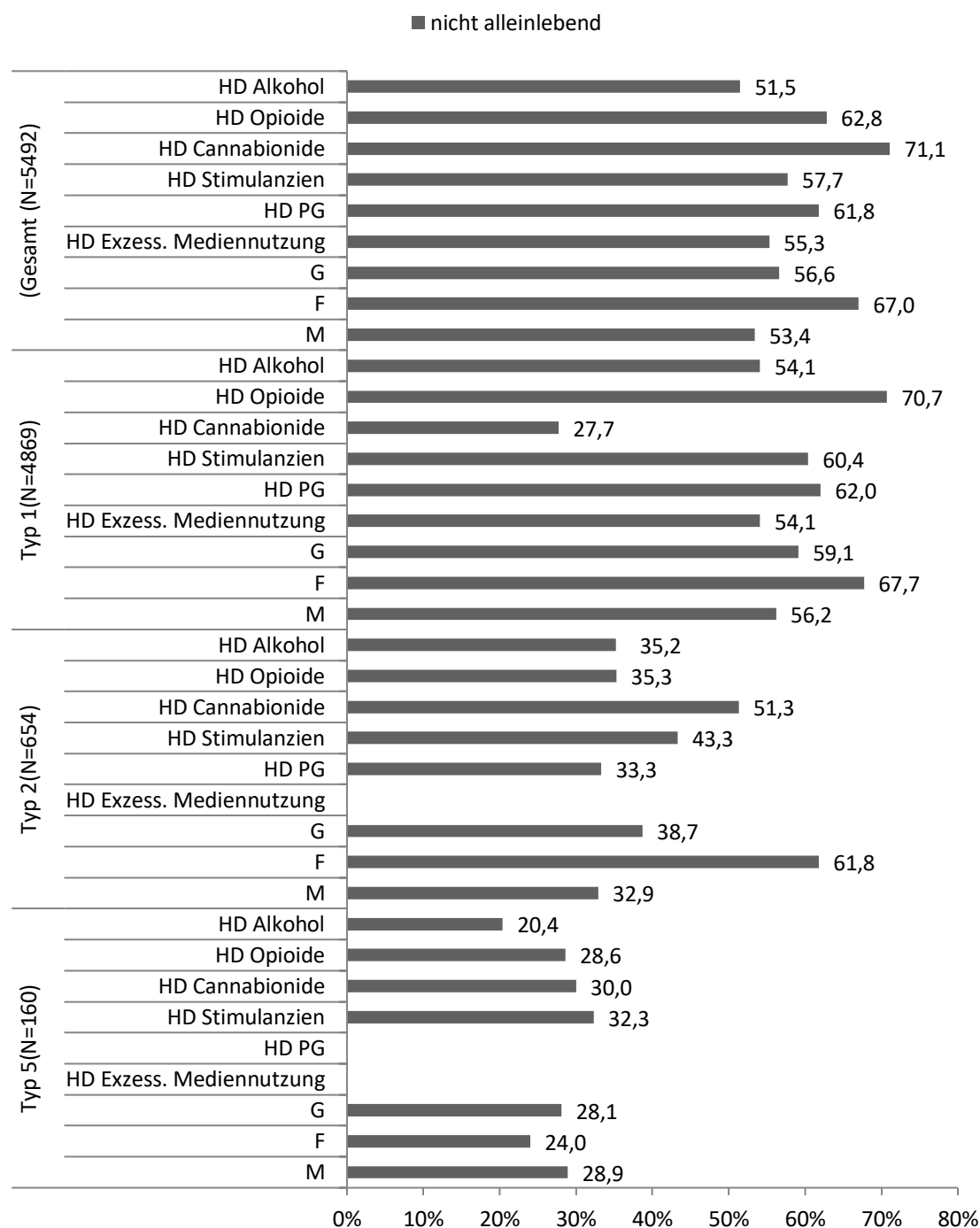


Angaben in Prozent

Lebenssituation

Unabhängig von der Art der substanzbezogenen Störung leben mehr Patienten mit anderen Personen zusammen als alleine (57%, Abbildung 9). Insgesamt trifft dies auf Frauen wesentlich häufiger zu als auf Männer (67% vs. 53%). Patienten mit Cannabisproblematik leben am häufigsten mit anderen zusammen (71%). Da es sich bei ihnen um eine recht junge Patientengruppe handelt, lebt ein großer Teil derjenigen, die mit jemandem zusammenleben, (52%) noch bei den Eltern. Patienten mit einer Alkohol- (52%) oder Glücksspielproblematik (53%) leben ebenfalls mehrheitlich mit anderen zusammen – und zwar meist einem Partner. Aber auch Patienten Stimulanzenproblematik (58%) leben größtenteils in Gemeinschaft, hauptsächlich zusammen mit einem Partner und/oder mit Kindern (47%, 39%) Patienten, die mit jemandem zusammenleben, finden sich am seltensten in Einrichtungen des Typs 5.

Abbildung 9: Lebenssituation: zusammenlebend ja



Angaben in Prozent; HD: Hauptdiagnose; PG: Pathologisches Glücksspielen

Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, mit wem die Patienten der einzelnen Einrichtungstypen zusammenleben. Überwiegend sind das Partner (53%), viele leben auch mit Kindern zusammen (31%) oder noch bei den Eltern (23%). Frauen leben häufiger mit einem Partner und auch häufiger mit Kindern zusammen als Männer. Männer leben dagegen häufiger noch bei ihren Eltern.

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	53,0	54,5	53,4	52,3	60,5	54,9	20,5	16,7	17,8	53,1
Kind(ern)	25,7	45,4	31,4	22,7	53,1	32,4	7,7	0,0	6,7	31,1
Eltern	26,0	15,4	23,0	30,2	8,7	23,3	2,6	0,0	4,4	22,5
Sonstige (Bezugs-) Personen	22,7	12,2	19,7	15,1	4,9	11,9	76,9	83,3	82,2	20,2
Gesamt (Anzahl)	2043	829	2872	172	81	253	39	6	45	3102

Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen; Mehrfachnennungen möglich

Wohnsituation bei Betreuungsbeginn

Analog zur Lebenssituation und dem Zusammenleben mit einem Partner, das bei Patienten mit einer Alkohol- bzw. einer Glücksspielproblematik recht häufig der Fall ist, leben diese Patientengruppen zum großen Teil selbstständig, d.h. sie wohnen zur (Unter-)Miete bzw. in den eigenen vier Wänden (86% bzw. 83%; Tabelle 9). Den geringsten Anteil an Personen, die selbstständig wohnen, weisen Patienten mit Hauptdiagnose Cannabinoide auf.

Im Strafvollzug leben am häufigsten Patienten mit Stimulanzienproblematik (4%), die überdies auch des Öfteren bei anderen Personen (16%) leben. Neben Patienten mit einer Opioidproblematik (7%) leben Patienten mit Stimulanzienproblematik am häufigsten in sehr prekären Wohnverhältnissen, d.h. ihr Zuhause sind Notunterkünfte oder sie haben gar keine Wohnung (3%).

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Männer weniger selbstständig und eher bei anderen Personen wohnen und auch häufiger im Strafvollzug sind.

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

Wohnsituation	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung	Gesamt
Selbstständiges Wohnen	85,4	61,3	55,0	70,8	82,6	59,5	3698
Bei anderen Personen	6,9	24,0	34,5	16,3	14,9	29,7	693
Ambulant betreutes Wohnen	0,9	4,0	0,6	1,1	0,0	2,7	47
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,0	0,0	0,6	2,1	0,0	0,0	55
Wohnheim/Übergangswohnheim	2,0	0,0	0,3	1,8	0,0	8,1	116
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	1,8	1,3	3,1	4,3	0,8	0,0	148
Notunterkunft/ohne Wohnung	1,9	6,7	1,4	3,2	0,8	0,0	104
Gesamt	2610	75	783	890	121	37	

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer

Einen Überblick über die Wohnsituation einen Tag vor Beginn der Betreuung von Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose gibt Tabelle 10. Patienten der ambulanten Einrichtungen (Typ 1) sowie der stationären Einrichtungen (Typ 2) wohnen zu 85%

bzw. 50% selbständig. In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) ist dieser Anteil deutlich niedriger, hier wohnen nur 33% der Patienten selbständig. Diese Patientensubgruppe lebt vor Antritt ihrer Behandlung zudem häufiger in (Übergangs-) Wohnheimen (12%), oder kommt aus dem Strafvollzug in die Betreuung (8%).

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

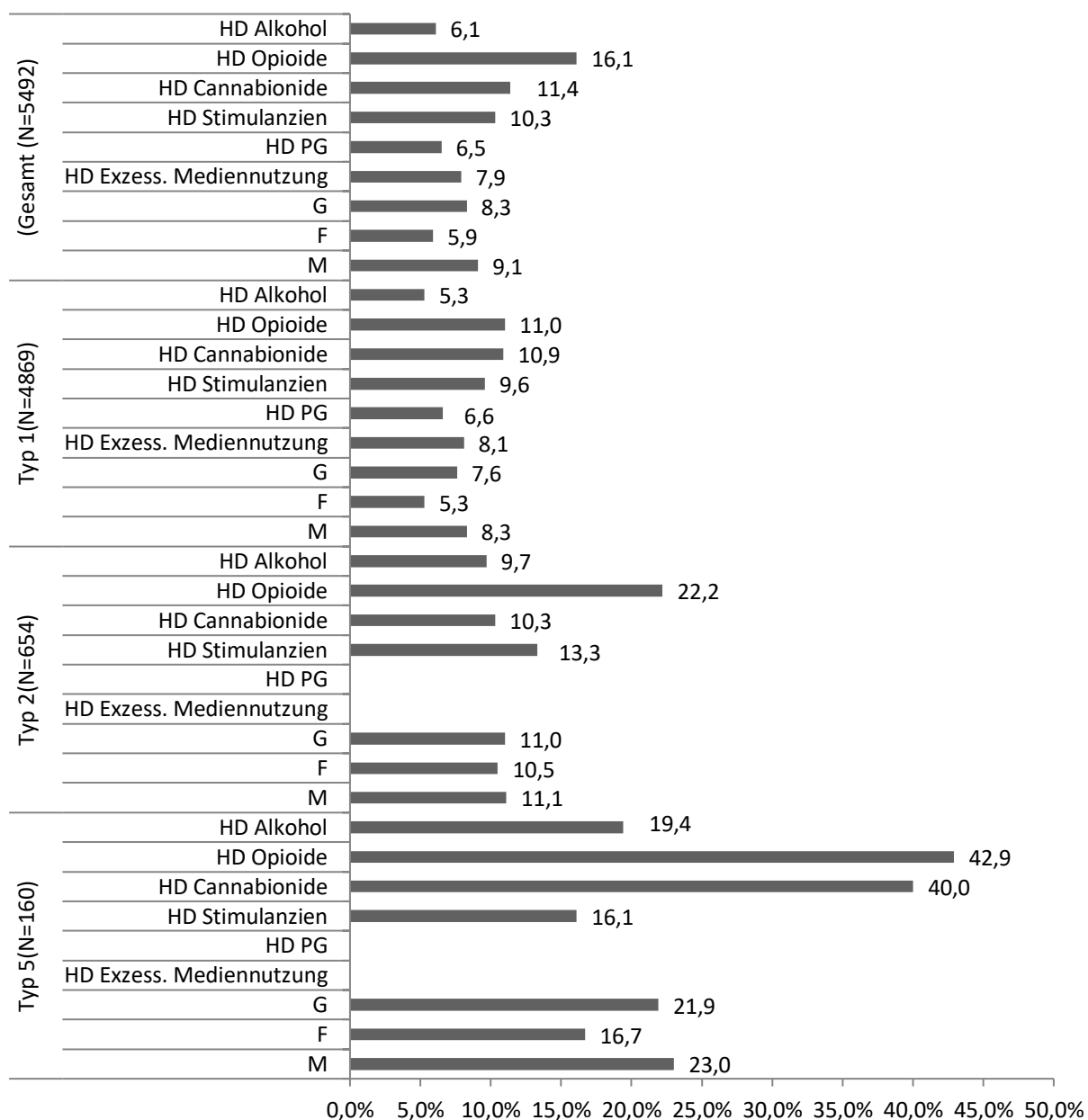
Wohnsituation	Einrichtungstypen			Gesamt
	Typ 1	Typ 2	Typ 5	
Selbständiges Wohnen	85,4	50,0	33,3	82,7
Bei anderen Personen	6,9	11,1	6,5	6,5
Ambulant betreutes Wohnen	0,9	0,0	3,2	0,9
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,0	11,1	31,2	3,2
Wohnheim/Übergangswohnheim	2,0	0,0	11,8	2,2
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	1,8	27,8	7,5	1,9
Notunterkunft/Übernachtungsstelle/Ohne Wohnung	1,9	0,0	5,4	2,2
Gesamt	2610	342	93	2962

Schulausbildung

Abbildung 10 zeigt die zum Teil recht hohen Anteile an Patienten in Suchthilfeeinrichtungen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben. Hier fallen vor allem die Patienten mit Hauptdiagnose opioidbezogene Störung auf, die in fast allen Einrichtungstypen (Gesamt: 16%) den höchsten Anteil an Schulabbrechern aufweisen. Auch in den Hauptdiagnosegruppe cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogene Störung findet sich mit 11% und 10% ein hoher Anteil an Personen ohne Schulabschluss. Am wenigsten häufig haben Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen die Schule ohne Abschluss verlassen (7%).

Über alle Einrichtungstypen gesehen brechen Frauen seltener die Schule ab als Männer (6% vs. 98%), was auch in jedem der einzelnen Einrichtungstypen der Fall ist.

Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, alle Typen)



Angaben in Prozent; HD: Hauptdiagnose; PG: Pathologisches Glücksspielen

Tabelle 11 zeigt, dass über alle Diagnosegruppen hinweg, das Gros der Patienten einen mittleren Bildungsstand mit einem Abschluss an Haupt- oder Realschule hat. Abitur oder Fachhochschulreife finden sich vor allem bei Patienten mit Hauptdiagnose alkoholbezogene Störung (10%) und Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen (16%). Derzeit noch in Schulausbildung sind 18% der Cannabispatienten.

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

Schulabschluss	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	PG	Exzess. Mediennutzung	Gesamt
Derzeit in Schulausbildung	0,8	1,4	17,8	1,9	1,7	13,5	197
Ohne	5,3	11,0	10,9	9,6	6,6	8,1	369
Haupt-/Volksschule	23,0	38,4	31,6	38,7	19,8	13,5	1450
Realschule/Polytechnische Oberschule	55,7	42,5	30,9	43,5	54,5	37,8	2341
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	10,3	6,8	8,1	5,5	15,7	27,0	445
Anderer Schulabschluss	1,9	0,0	0,8	0,8	1,7	0,0	67
Gesamt	2607	73	781	888	121	37	4869

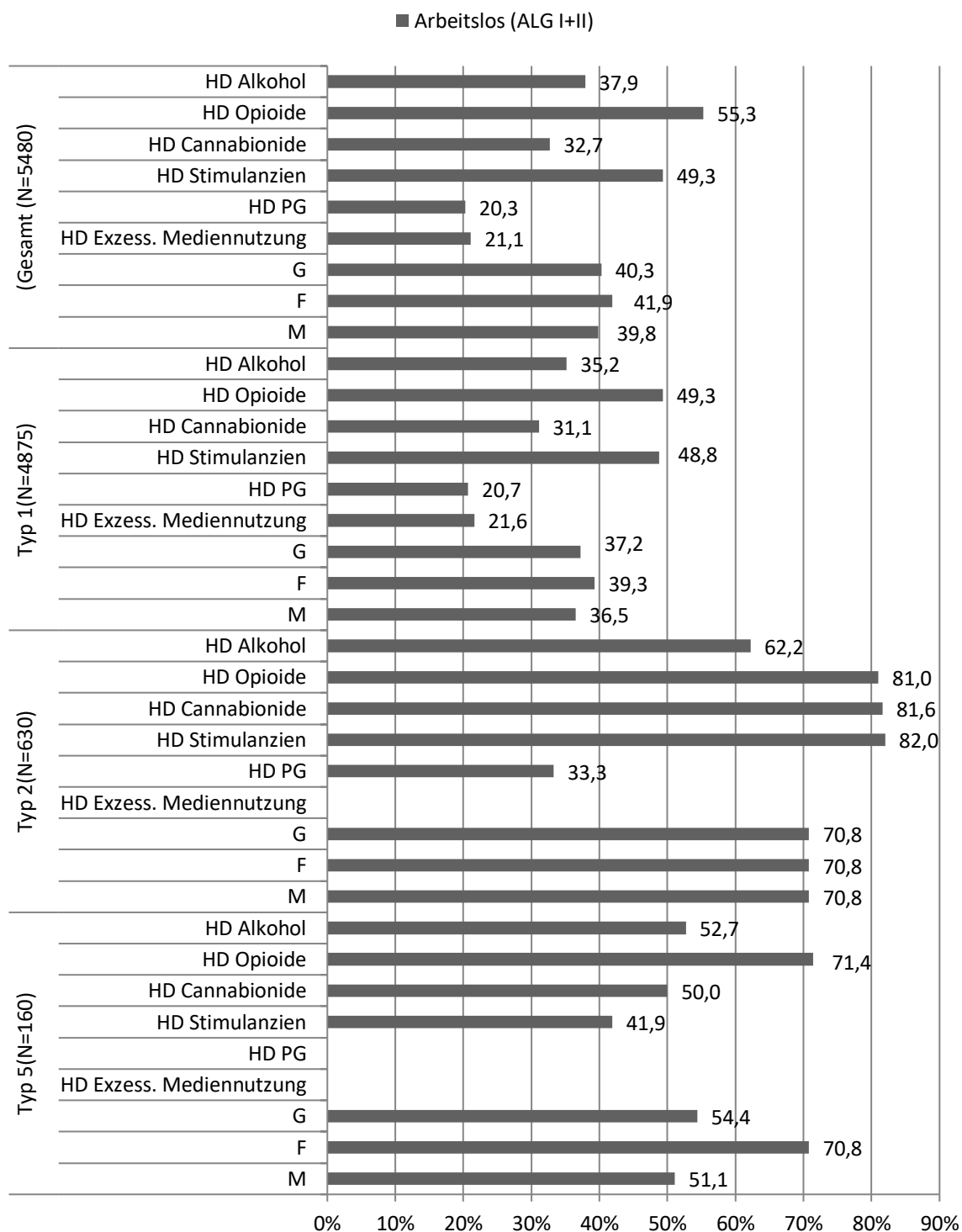
Angaben in Prozent; PG: Pathologisches Glücksspielen

Berufliche Integration

Wie in den Vorjahren, ist auch im aktuellen Berichtsjahr ein großer Anteil der von den Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen erreichten Patienten arbeitslos (40%, ALG I und II), in der Mehrzahl (35%) beziehen sie Leistungen nach SGB II (ALG II). Frauen sind von Arbeitslosigkeit etwas häufiger betroffen als Männer (42% vs. 40%). Patienten mit opioidbezogener Störung weisen insgesamt die höchste Arbeitslosenquote auf (55%), gefolgt von Patienten mit Stimulanzienproblematik mit 49%. Am wenigsten von Arbeitslosigkeit betroffen sind Patienten mit einer Glücksspielproblematik (20%).

In den stationären Einrichtungen (Typ 2) sind die Anteile der Arbeitslosen deutlich höher als in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1). Dies gilt über alle Diagnosegruppen und auch sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Berufliche Integration am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)



Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt; HD: Hauptdiagnose; PG: Pathologisches Glücksspielen

Problematische Schulden

Problematische Schulden (im Verhältnis zur finanziellen Situation) betreffen wie im Vorjahr über ein Drittel der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten (Tabelle 12). Am höchsten ist die Schuldenbelastung bei Patienten aus den soziotherapeutischen Einrichtungen. Hier haben insgesamt 70% von ihnen Schulden, 22% zwischen 10.000 und 25.000 Euro und 4% bis 50.000 Euro. Die geringste Schuldenlast liegt bei der Klientel der ambulanten Einrichtungen vor, 69% der dort Behandelten sind nicht verschuldet, 5% haben zwischen 10.000 und 25.000 Euro Schulden. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist nur gering.

Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp

Schulden	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	G
Keine	68,7	70,2	69,1	33,4	31,3	33,0	29,6	29,2	30,0	64,9
Bis 10.000 EUR	22,9	22,4	22,8	35,9	42,2	37,2	40,7	33,3	39,4	24,4
Bis 25.000 EUR	5,0	5,5	5,1	15,8	18,0	16,3	21,5	25,0	21,9	6,5
Bis 50.000 EUR	2,0	1,1	1,8	9,1	7,0	8,7	3,0	8,3	3,8	2,5
Mehr	1,4	0,8	1,2	5,8	1,6	5,05	5,2	4,2	5,0	1,7
Gesamt (Anzahl)	3597	1221	4819	518	128	646	135	24	160	5439

Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen

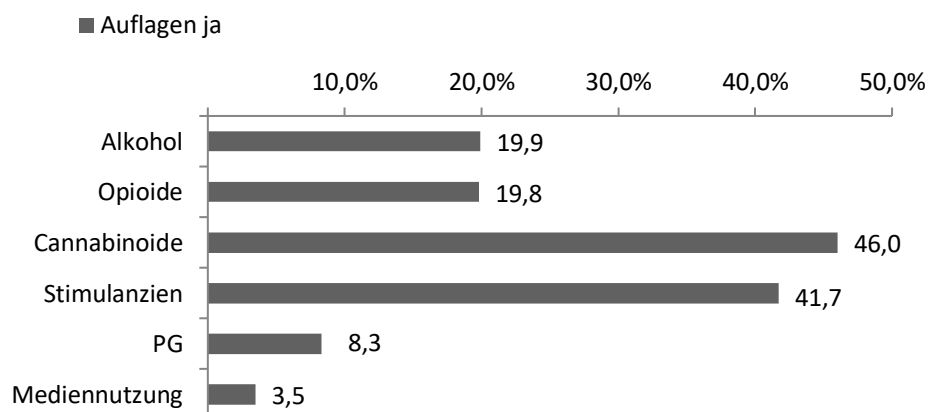
5 Ergebnisse zur Betreuung

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 Patienten; gesondert für einzelne Aspekte für die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen; gesondert für die Daten der ambulanten Beratungsstellen sowie differenziert nach sechs ausgewählten Hauptdiagnosen – stimmt mit Kapitel 4 überein.

Auflagen für die Behandlung⁶

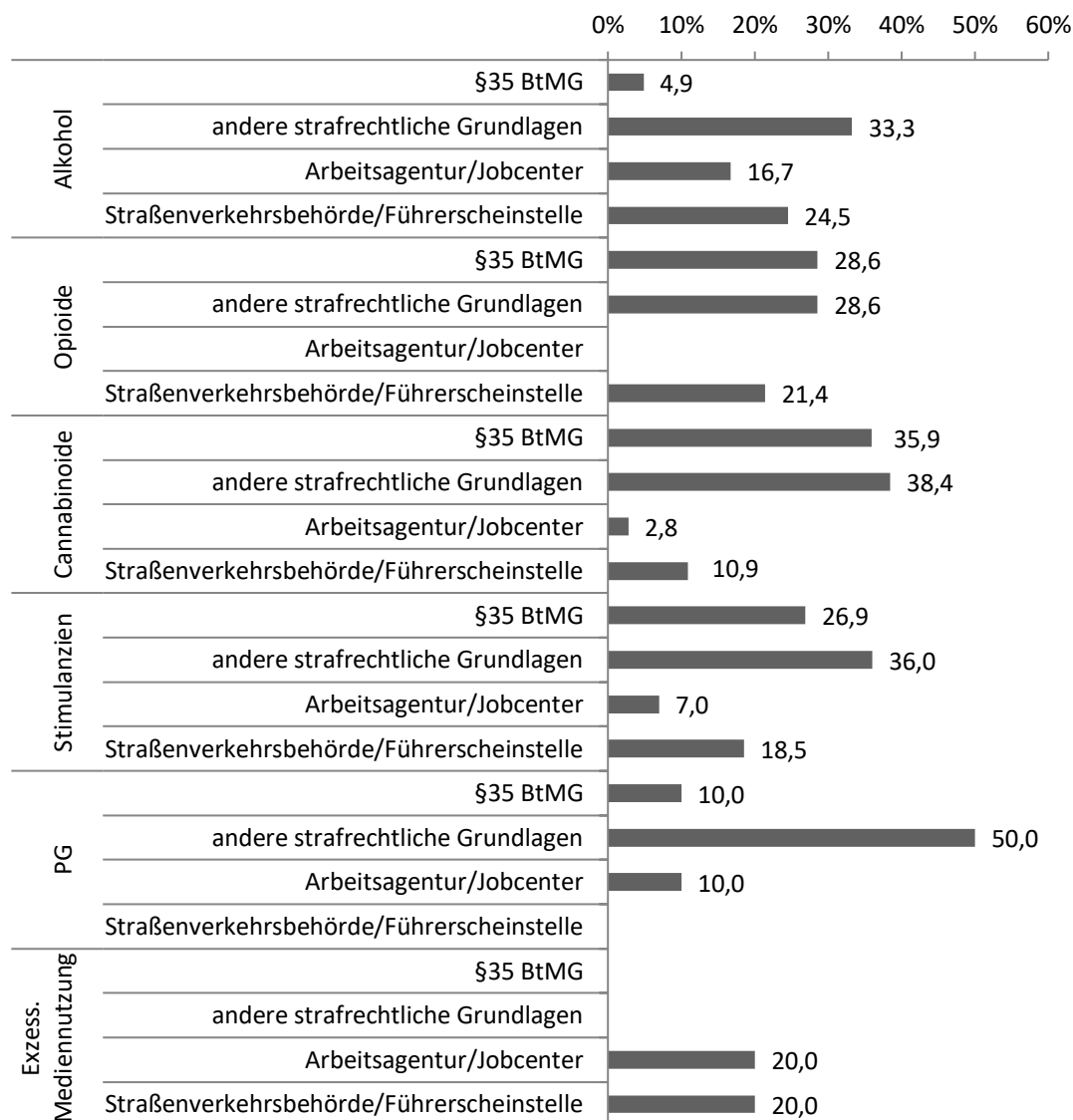
Bei den Patienten, die legale Substanzen konsumieren bzw. Probleme aufgrund von Glücksspielen oder exzessiver Mediennutzung haben, liegen weitaus häufiger keine Auflagen für die Behandlung vor als bei den anderen dargestellten Diagnosegruppen (Abbildung 12). So haben 96% der Patienten mit exzessiver Mediennutzung, 92% der Pathologischen Glücksspieler und 80% der Patienten mit alkoholbezogener Problematik keinerlei Auflagen für eine Behandlung. Bei den ersten beiden Gruppen fällt auf, dass im seltenen Fall von Auflagen diese sehr häufig von der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter stammen (20% Hauptdiagnose Exzess. Mediennutzung, 10% Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen). Der höchste Anteil am Patienten mit Auflagen findet sich bei einer cannabinoidbezogenen Störung (46%). Die Patienten erhalten sie hauptsächlich auf einer strafrechtlichen Grundlage (38%) und nach §35 BtMG (36%) sowie von der Straßenverkehrsbehörde (11%). Ähnlich verhält es sich bei Patienten mit stimulanzenbezogener Störung. Die Auflagen der Straßenverkehrsbehörde spielen bei den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose ebenfalls eine erhebliche Rolle (25%), ebenso die Auflagen von Arbeitsagentur und Jobcenter sowie Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen.

Abbildung 12: Auflagen bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)



⁶ „Mit Auflagen sind hier Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbetragenden 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, 2018)

Häufigste Auflagen:



Angaben in Prozent; PG: Pathologisches Glücksspielen

Vermittlung

Insgesamt kommen 36% der Patienten ohne Vermittlung, d.h. auf eigene Initiative als Selbstmelder in die Betreuung (Tabelle 13). Der Anteil der Selbstmelder liegt bei Patienten von ambulanten Betreuungseinrichtungen (Typ 1) mit 40% deutlich höher als bei Patienten von stationären Einrichtungen (Typ 2) (hier kommen – bedingt durch die reglementierten Zugangsvoraussetzungen – Selbstmeldungen praktisch nicht vor) und Patienten in den soziotherapeutischen Einrichtungen (36%). Frauen kommen etwas häufiger ohne Vermittlung in die Betreuung als Männer (34% vs. 31%). Für Männer steht die Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (14%) an dritter Stelle, wohingegen dieser Zugangsweg bei Frauen keine Rolle spielt. Psychiatrische Krankenhäuser bilden die zentrale Vermittlungsinstanz. Sie vermitteln in alle Einrichtungstypen, am häufigsten in die stationäre Behandlung (30%) und am zweithäufigsten in soziotherapeutische Einrichtungen (23%). Ein ebenfalls wichtiger Vermittler für stationäre Einrichtungen sind ambulante Suchthilfeeinrichtungen (37%), in

der Regel handelt es sich hier um Suchtberatungsstellen. In ambulante und soziotherapeutische Einrichtungen kommt es häufiger zu Vermittlungen durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (z.B. 12% in Typ 1).

Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen

Vermittlung durch	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			N
	G	G	G	F	M	G	
Keine/Selbstmelder	39,5	0,3	18,8	33,7	30,7	35,6	1960
Soziales Umfeld	7,9	1,4	3,8	7,4	6,4	7,3	401
Psychiatr. Krankenhaus	11,3	30,1	23,1	17,1	16,7	13,3	731
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,2	36,7	3,8	6,2	6,3	4,0	222
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	4,8	13,7	21,9	5,3	4,4	6,2	342
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	11,7	8,7	10,6		13,5	11,4	628
Gesamt (Anzahl)	4879	652	160	1536	4708		5503

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

Betrachtet man die einzelnen Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich ihrer Vermittlungswege in die Betreuung, so zeigt sich, dass zwischen 30% und 50% der jeweils betroffenen Patienten ohne Vermittlung in die Betreuung kommen. Sehr häufig werden Patienten mit cannabis- oder stimulanzenbezogener Hauptdiagnose durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe in die Behandlung vermittelt (21% bzw. 18%).

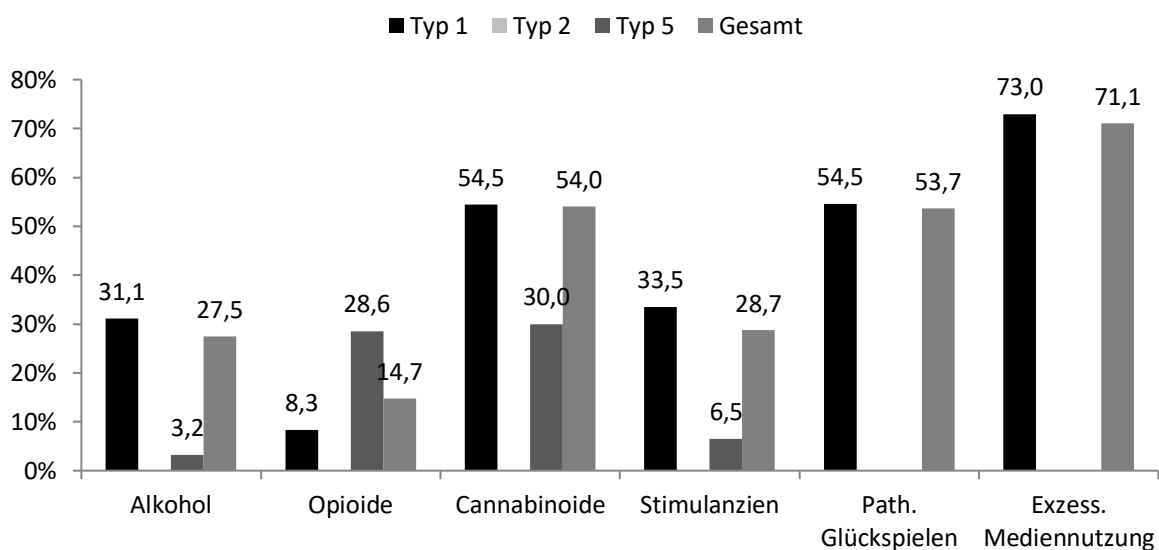
Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten Hauptdiagnosen (Typ 1)

Vermittlung durch	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzen	PG	Exzess. Mediennutzung
Keine/Selbstmelder	40,0	44,6	31,1	43,8	49,6	51,4
Soziales Umfeld	7,1	1,4	9,1	6,4	31,4	10,8
Psychiatr. Krankenhaus	16,6	8,1	4,2	5,7	1,7	2,7
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,4	4,1	0,9	0,8	1,7	0,0
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	5,7	0,0	1,7	6,3	0,8	0,0
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	6,5	8,1	20,2	17,6	5,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	2606	74	784	894	121	37

Angaben in Prozent ; PG: Pathologisches Glücksspielen

Anteil der Erstbehandelten

Während in den letzten Berichtsjahren der Anteil Erstbehandelter bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose sehr hoch war, hat sich das seit dem Vorjahr geändert. Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose weisen nun nach Patienten mit Opioidproblematik (15%) den zweitgeringsten Anteil an Erstbehandelten auf (28%). Eine – teilweise deutliche – Mehrheit erstbehandelter Patienten findet sich bei den Hauptdiagnosen Exzessive Mediennutzung (71%, jedoch geringes N), cannabisbezogene Störung und Pathologisches Glücksspielen (je 54%; Abbildung 13). Die höchsten Anteile erstbehandelter Personen haben die ambulanten Einrichtungen (Typ 1).

Abbildung 13: Anteil der Erstbehandelten bei den häufigsten Hauptdiagnosen

Angaben in Prozent

Art der Betreuung

Im neuen KDS 3.0 wurden die Maßnahmen, die den Klienten in den Einrichtungen angeboten werden, sehr ausgeweitet, damit die Behandlung 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 weggelassen wurden (Prävention u. Frühintervention, Akutbehandlung, Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII) Suchtberatung im Betrieb, Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung, Altenhilfe und Pflege, Selbsthilfe) hatten entweder keine oder zu geringe Nennungen.

Gesondert betrachtet werden somit Beratung und Betreuung, Suchtbehandlung, Eingliederungshilfe und Justiz mit den jeweiligen Einzelmaßnahmen. Tabelle 15 stellt die Maßnahmenbereiche nach Einrichtungstyp dar. Die Verteilung der Häufigkeiten entspricht erwartungsgemäß den Typen. In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) wurde in der Hauptsache (95%) Beratung und Betreuung durchgeführt, zusätzlich ein geringer Anteil an Suchtbehandlung und Justiz; hier vor allem Suchtberatung im Justizvollzug. In stationären Einrichtungen (Typs 2) fanden ausschließlich Suchtbehandlungen – genauer: stationäre medizinische Rehabilitation (STR) – statt (100%). In den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) hat in erster Linie Eingliederungshilfe stattgefunden (89%). Dies umfasst folgende Maßnahmen: 68% Ambulantes Wohnen (ABW), 99% Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ) und 44% Tagesstrukturierende Maßnahmen (TSM).

Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)

Hauptmaßnahme	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	F	M	G	N
Beratung und Betreuung	94,7	0,0	10,5	73,6	66,4	80,9	4433
Suchtbehandlung	2,9	100,0	0,0	15,3	17,2	14,5	797
Eingliederungshilfe	0,3	0,0	88,8	1,8	7,7	2,8	155
Justiz	1,9	0,0	0,0	0,0	14,8	1,9	91
Gesamt (Anzahl)	4671	660	143	1373	3865		5482

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen.

Die häufigsten Maßnahmen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind die Beratung und Betreuung mit bis zu 97%, bei Patienten mit Exzessiver Mediennutzung (geringes N) und 92% bei Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen. Die Suchtbehandlung, darunter auch stationäre Rehabilitation, kam in der Hauptsache bei substanzgebundenen Hauptdiagnosen mit Häufigkeiten bis zu 20% (Stimulanzen) vor. Die Eingliederungshilfen und Maßnahmen im Bereich der Justiz wurden vor allem von Patienten mit Problematik in den Bereichen Opiode, Alkohol und Stimulanzen in Anspruch genommen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)

Hauptmaßnahme	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzen	PG	Exzess. Mediennutzung
Beratung und Betreuung	81,4	78,6	90,2	75,7	91,7	97,3
Suchtbehandlung	14,1	15,9	6,7	20,3	5,8	2,7
Eingliederungshilfe	3,3	5,6	1,1	2,3	1,7	0,0
Justiz	0,9	0,0	1,8	1,7	0,8	0,0
Gesamt (Anzahl)	3010	126	704	1075	121	37

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen; PG: Pathologisches Glücksspielen

Dauer der Betreuung

Die durchschnittlichen Betreuungsdauern im stationären Bereich (Typ 2) sind erwartungsgemäß deutlich niedriger als in den ambulanten Einrichtungen. Stationären Behandlungen sind im Durchschnitt maximal 135 Tage lang (Cannabinoidproblematik). Die kürzeste Behandlungsdauer unter den stationär Behandelten haben diejenigen mit einer Alkoholproblematik (87 Tage). Patienten mit opioidbezogener Hauptdiagnose haben mit 67 Tagen eine noch geringere Betreuungsdauer, jedoch liegt hier nur ein sehr geringes N vor.

In den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) finden sich die längsten Betreuungszeiten bei Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Opiode und Alkohol vor (910 bzw. 357 Tage). Mit Abstand am kürzesten werden hier Patienten mit Hauptdiagnose cannabinoidbezogener Störung (201 Tage) und Patienten mit einer exzessiven Mediennutzung (187 Tage; jedoch geringes N) behandelt.

In den sozialtherapeutischen Einrichtungen, die zum Teil Wohnheimcharakter haben, liegen zum Teil sehr lange Betreuungsdauern von 5 bis zu 740 Tagen (Alkoholproblematik) vor.

Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen und Einrichtungstyp

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	356,7	2574	87,8	342	739,0	94	338,1	3010
Opioide	909,5	100	67,4	18	191,9	8	743,7	126
Cannabinoide	201,3	655	135,1	40	348,1	9	199,4	704
Stimulanzien	311,7	840	121,8	183	292,2	22	278,0	1049
Path. Glücksspielen	269,3	116	128,3	3	1093,5	2	278,6	121
Exzessive Medien- nutzung	187,4	36	119,0	1	0,0	0	185,5	37

Die Verteilung der Betreuungsdauer unterscheidet sich für die in ambulanten Beratungsstellen betreuten Patientengruppen je nach ihrer substanzbezogenen Hauptdiagnose (Tabelle 18). Eine Betreuungsdauer bis maximal sechs Monate liegt am häufigsten bei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Cannabis vor, für 63% der Patienten endet ihre Betreuung innerhalb dieses Zeitraumes. Eine ebenfalls kurze Betreuungsdauer weisen die Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen auf. 51% dieser Patienten beenden ebenfalls nach maximal sechs Monaten die Betreuung. Sehr lange Betreuungsdauern bis über zwei Jahren findet man am häufigsten bei Patienten mit einer Opioid- (35%) und Patienten mit einer Stimulanzienproblematik (10%).

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

Betreuungsdauer	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	PG	Exzess. Medien- nutzung
Bis 3 Monate	30,7	16,0	41,7	27,4	34,5	55,6
Bis 6 Monate	19,3	14,0	21,1	20,2	16,4	13,9
Bis 9 Monate	11,3	9,0	12,4	13,2	16,4	5,6
Bis 12 Monate	9,8	8,0	9,6	10,8	8,6	5,6
Bis 24 Monate	18,8	18,0	11,9	18,2	17,2	13,9
Mehr als 24 Monate	9,8	35,0	3,2	10,1	6,9	5,6
Gesamt (Anzahl)	2574	100	655	840	116	36

Angaben in Prozent ; PG: Pathologisches Glücksspielen

Anzahl der Kontakte

In den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) finden in 49% der Fälle zwei bis vier Kontakte statt; sechs bis zehn Kontakte erfolgen bei 23% der Fälle, zu über 30 Kontakten kommt es in 9% der Fälle. Im Durchschnitt finden 12,9 Kontakte im Laufe der Betreuung statt. Männer haben mit einem durchschnittlichen Wert von 12,1 etwas weniger Kontakte als Frauen, deren Mittelwert bei 15,4 Kontakten liegt. In Einrichtungen des Typs 5 kommt es in 73% der Fälle zu mehr als 30 Kontakten.

Art der Beendigung

Insgesamt beendet knapp die Hälfte (49%) aller Patienten die Betreuung regulär. Der geringste Anteil an regulären Beendern liegt bei der Gruppe der Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel vor (28%; Tabelle 19), den höchsten Anteil regulärer Beendigungen weisen Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose auf

(51%). Der Anteil derjenigen, die selbst die Behandlung vorzeitig abbrechen, liegt zwischen 57% (Pathologisches Glücksspielen) und 41% (Cannabinoide).

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

Art der Beendigung	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	PG	Exzess. Mediennutzung
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	51,0	33,7	49,7	39,4	28,4	36,1
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,7	1,0	0,2	0,0	0,0	2,8
Vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	4,3	3,1	1,9	1,2	0,9	2,8
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	32,6	49,0	40,9	44,3	56,9	52,8
Disziplinarisch	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,7	5,1	1,4	3,4	4,3	0,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	8,1	6,1	5,9	11,5	9,5	5,6
Verstorben	1,5	2,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	2533	98	646	828	116	36

Angaben in Prozent ; PG: Pathologisches Glücksspielen, N=28 (unbekannt: 2,6%)

Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen hinsichtlich der Art der Beendigung weisen die stationären Einrichtungen (Typ 2) den höchsten Anteil regulärer Abschlüsse auf (59%; Tabelle 20). Mit 48% haben ambulante Einrichtungen (Typ 1) höhere Anteile an regulären Beendigungen als sozialtherapeutische Einrichtungen (Typ 5; 34%). Abbrüche von Seiten der Patienten spielen vor allem in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) eine Rolle (37%), in etwas geringerem Umfang (29%) auch bei Patienten der sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5). Im Gegensatz zum Vorjahr beenden im aktuellen Berichtsjahr Frauen die Behandlung nicht mehr eher regulär als Männer. Ihre Anteile sind entweder gleich hoch (Typ 2) oder geringer. In den Einrichtungen des Typs 2 und 5 sind die Männer häufiger von Entlassungen aus disziplinarischen Gründen betroffen.

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	
Regulär	48,5	43,9	47,4	59,0	59,4	59,1	35,9	26,1	34,3	48,5
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,5	0,4	0,5	2,1	4,5	2,6	3,1	4,3	3,3	0,8
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	3,1	3,9	3,3	4,0	3,8	3,9	3,9	0,0	3,3	3,3
Abbruch	36,7	38,6	37,1	15,6	16,5	15,8	22,7	60,9	28,5	34,3
Disziplinarisch	0,1	0,1	0,1	12,0	10,5	11,7	16,4	0,0	13,9	1,9
Außerplanmäßiger Wechsel	2,4	1,4	2,2	0,9	2,3	1,2	4,7	4,3	4,6	2,1
Planmäßiger Wechsel	7,6	11,1	8,4	6,3	3,0	5,6	9,4	4,3	8,6	8,1
Verstorben	1,1	0,6	1,0	0,2	0,0	0,2	3,9	0,0	3,3	0,9
Gesamt (Anzahl)	3494	1111	4606	527	133	660	128	23	151	5417

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

Für die Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose zeigen sich zwischen den Einrichtungsarten zum Teil deutliche Unterschiede in der Art der Beendigung (Tabelle 21). In den stationären Einrichtungen schließen 62% der Patienten mit Alkoholproblematik die Betreuung regulär ab. Dieser Anteil ist höher als in den ambulanten Beratungsstellen (51%) und deutlich höher als in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (37%). Die höchste Abbruchquote durch den Patienten haben ambulante Einrichtungen (33%), am häufigsten kommt es in Typ 2-Einrichtungen zu Entlassungen aus disziplinarischen Gründen (8%).

Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt
Regulär	51,0	61,7	37,2	51,8
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,7	1,8	3,2	0,9
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,3	4,7	3,2	4,3
Abbruch	32,6	17,8	26,6	30,7
Disziplinarisch	0,1	7,9	5,3	1,2
Außerplanmäßiger Wechsel	1,7	1,2	7,4	1,8
Planmäßiger Wechsel	8,1	5,0	11,7	7,8
Verstorben	1,5	0,0	5,3	1,5
Gesamt (Anzahl)	2533	331	94	2969

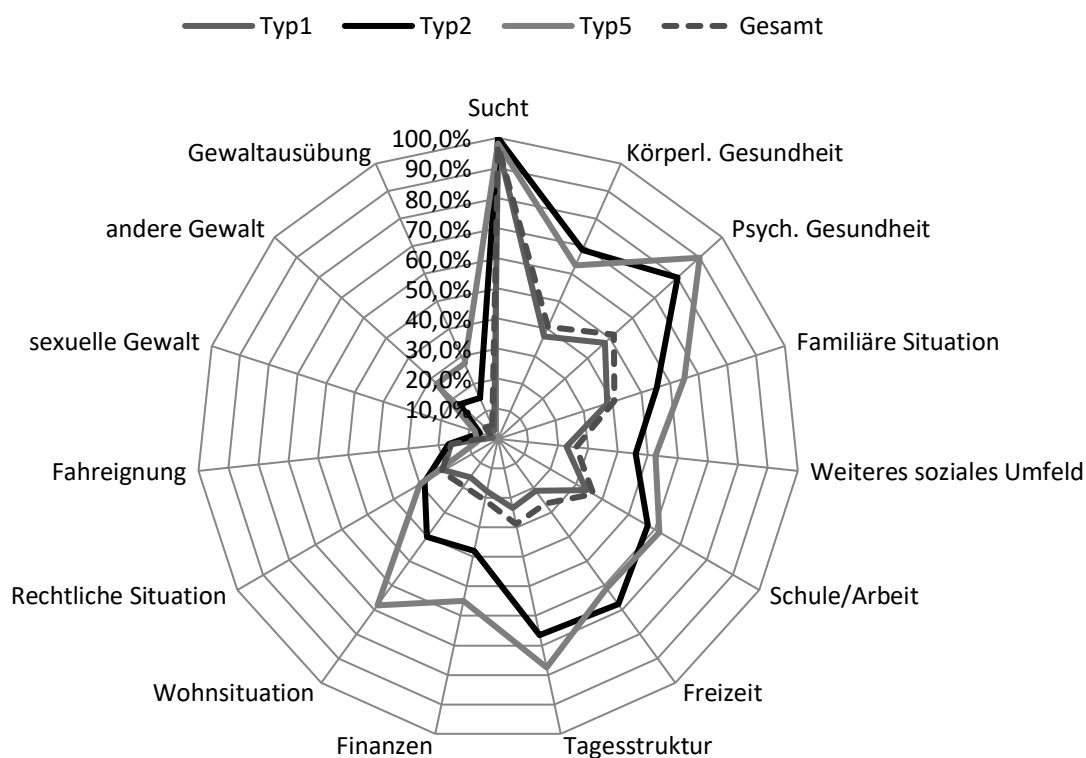
Angaben in Prozent

Entwicklung der Problematik

Zu Beginn der Behandlung wird ab der Einführung des KDS 3.0, d.h. dem Datenjahr 2017, für jeden Patient von Seiten des Behandlers eingeschätzt, ob aktuell ein Problem oder eine Belastung in 15 vorgegebenen Problembereichen vorliegt.

Abbildung 14 zeigt die Problemlage der Patienten der Einrichtungstypen 1, 2 und 5 sowie insgesamt zu Beginn ihrer Behandlung. In stationären Einrichtungen (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) wird dabei eine wesentlich größere Problembelastung dokumentiert. Beide Gruppen haben eine ähnliche Problemlage: neben der starken Suchtproblematik haben die Patienten vorrangig Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit, ihrer Tagesstruktur und Wohnsituation. Der Substanzkonsum, das Suchtverhalten ist für alle Patienten das vordringlichste Problem. Die verschiedenen Problembereiche im Zusammenhang mit Gewalterfahrung oder -ausübung sind einrichtungstyp-übergreifend kaum dokumentiert.

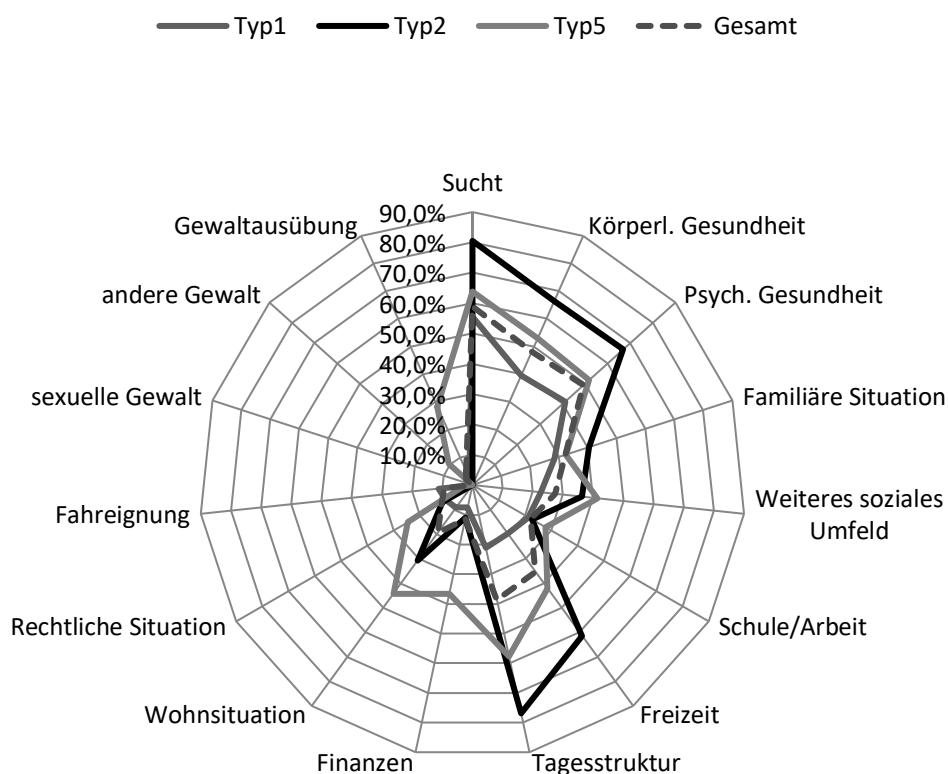
Abbildung 14: Problematik zu Behandlungsbeginn (alle Typen)



Am Ende der Behandlung werden die Problembereiche erneut durch die Behandler daraufhin beurteilt, ob sich die Problematik in den genannten Bereichen „verbessert hat, „gleich geblieben“ ist, sich „verschlechtert“ hat oder „neu aufgetreten“ ist.

Abbildung 15 zeigt den Status „verbessert“ der Problembereiche zum Ende der Behandlung, wie sie von den Behandlern konstatiert wurden. Die höchsten Besserungsquoten liegen bei Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) vor. Bei den zu Beginn der Behandlung für diese Patientengruppe bedeutsamen Problembereichen „psychische Gesundheit“, „Wohnsituation“ und „Tagesstruktur“ zeigen sich unterschiedliche Verbesserungen. Während eine Besserung der psychischen Gesundheit sehr häufig eingetreten ist (90%), ist eine Besserung in den beiden anderen Bereichen deutlich seltener (Tagesstruktur:78%, Wohnsituation: 68%). Für die Patienten in allen Einrichtungstypen wurde eine Besserung im Bereich Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten festgestellt. In den Bereichen Schule/Arbeit, weiteres soziales Umfeld und familiäre Situation fallen die Fortschritte insgesamt geringer aus.

Abbildung 15: Problematik am Behandlungsende „gebessert“ (alle Typen)



Nach Einschätzung der Behandler hat sich am Ende der Behandlung bei jeweils ca. der Hälfte der Patienten der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen eine Besserung im Problembereich Suchtverhalten ergeben (Tabelle 22). Am häufigsten bei den Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose mit 59% sowie cannabinoidbezogener Hauptdiagnose mit 54%. Ein eher verschlechtertes Suchtverhalten liegt bei 9% der Patienten mit opioidbezogener Hauptdiagnose Opioiden und je 3% der Patienten mit den Alkoholproblematik, Stimulanzienproblematik und Exzessive Mediennutzung vor. Ein unverändertes Suchtverhalten findet vor allem bei Patienten mit Hauptdiagnose Stimulanzienproblematik (47%) und Pathologisches Glücksspielen (46%), am seltensten bei den Patienten mit Alkoholproblematik (37%).

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

Status zum Behandlungsende	Alkohol	Opioiden	Cannabinoide	Stimulanzien	PG	Exzess. Mediennutzung	Gesamt
Gebessert	59,4	44,3	54,0	49,2	51,4	53,1	2425
Unverändert	37,2	46,4	44,5	47,0	46,8	43,8	1796
Verschlechtert	3,1	9,3	1,4	3,3	1,8	3,1	134
Neu aufgetreten	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	12
Gesamt (Anzahl)	2369	97	633	794	109	32	43701

Angaben in Prozent; PG: Pathologisches Glücksspielen, N= 27 (unbekannt: 2,9%)

Hinsichtlich der Hauptsubstanzen ist eine deutliche Verringerung der Konsummenge am häufigsten bei Alkohol zu verzeichnen (32%). Cannabis (21%) und Methamphetamine (21%) weisen ebenfalls höhere Anteile für deutlich verringerte Konsummengen zum Ende der Behandlung auf. Mit nur 17% Verringerung bilden hier die Patienten mit einer Heroinproblematik das Schlusslicht. Bei den substanzunabhängigen Problematiken zeigt sich bei 20% der Patienten mit Pathologischem Glücksspielen eine Verringerung des Spielens an Geldspielautomaten. Patienten, die exzessiv gamen, weisen kaum eine Verringerung ihres Spielverhaltens auf (11%; Tabelle 23).

Tabelle 23: Veränderung der Konsummenge/Spiel-/Nutzungsdauer (Behandlungsanfang – Behandlungsende; Hauptsubstanzen/-spielform/-tätigkeit, Typ 1)

Konsummenge/ Spieldauer/ Nutzungsdauer	Alkohol	Heroin	Cannabis	Metham- phetamine	Geld- spielauto- maten*	Gamen
Deutlich verringert	31,8	17,3	21,3	20,6	20,0	10,6
Gleich geblieben	50,9	77,5	66,4	67,1	71,7	78,0
Gesamt	3107	173	1593	1100	180	

*in Spielhallen; Angaben in Prozent

6 Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Patienten beschrieben, die aufgrund der Diagnose schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabinoiden (F12.1; F12.2) im Jahr 2018 in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ1 und Typ 2) behandelt wurden.

Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht

Im Jahr 2018 werden Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose deutlich häufiger in den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe⁷ betreut als in den stationären Einrichtungen (16% vs. 5%). Der Anteil der Männer ist dabei mit 80% viermal so hoch wie der der Frauen (Tabelle 24). In den stationären Einrichtungen liegt der Anteil der männlichen Patienten mit Cannabinoidproblematik mit 74% geringfügig niedriger.

Tabelle 24: HD/HS⁸ Cannabinoide: Geschlechterverteilung

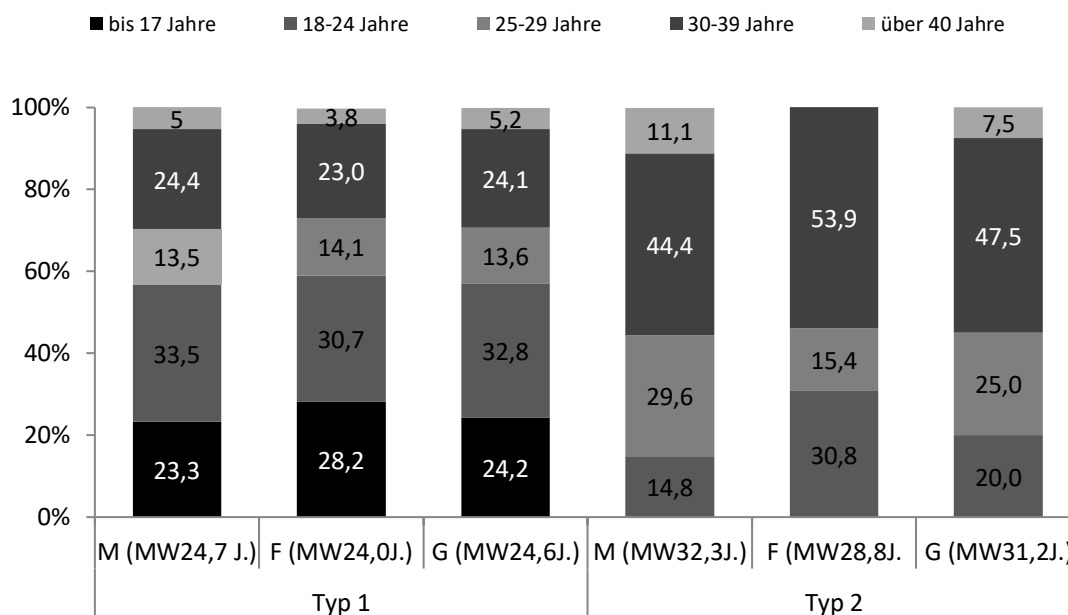
	Typ 1				Typ 2			
	M	F	G	n	M	F	G	n
HD	80,0	19,9	16,0*	785	73,5	26,5	5,4	34

Angaben in Prozent. HD: Hauptdiagnose; HS: Hauptsubstanz; M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Enthält n=1 „Geschlecht: unbestimmt“

Patienten mit der Hauptdiagnose Cannabinoide sind eher jung. Mit einem Durchschnittsalter von 24,3 Jahren in ambulanter und 31,2 Jahren in stationärer Behandlung stellen sie die insgesamt jüngste Patientengruppe in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Ca. ein Viertel der ambulant betreuten Patienten mit einer Cannabinoidproblematik ist noch unter 18 Jahre alt. Stationär betreut werden in dieser Altersgruppe noch keine Patienten, jedoch sind hier bereits 20% der Klienten zwischen 18 und 24 Jahre alt. In der Altersgruppe der über 40-Jährigen sind ambulant 5%, stationär 7,5% in Behandlung. Frauen mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose sind in beiden Behandlungsbereichen im Durchschnitt jünger als Männer (Abbildung 16).

⁷ Auf eine vergleichende Darstellung der Patienten aus Einrichtungen des Typ 5 wird verzichtet, da die Gesamtzahl der Patienten mit HD Cannabinoide dafür zu gering ist (N=10).

⁸ HS: Hauptsubstanz: Substanz, die am meisten psychosoziale Probleme verursacht und/oder die den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt.

Abbildung 16: HD Cannabinoide: Alter bei Betreuungsbeginn

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

Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund

96% der Klientel mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose in ambulanten und 100% der Klientel in stationären Einrichtungen hat die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Migrationshintergrund liegt ambulant nur bei 5% und stationär bei 2,5% der Behandelten vor.

Partnerschaft

Etwas mehr als ein Drittel der ambulant Behandelten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose lebt in einer festen Partnerschaft; Frauen deutlich häufiger als Männer. Im stationären Bereich ist der Anteil der Patienten mit fester Partnerschaft mit 50% noch höher. Auch der Geschlechterunterschied fällt hier noch deutlicher aus: Während ca. drei Viertel der Frauen in einer festen Partnerschaft leben, trifft dies nur auf ca. ein Drittel der Männer zu (Tabelle 25).

Tabelle 25: HD Cannabinoide: Partnerschaft

Partnerschaft	Typ 1				Typ 2			
	M	F	G	n	M	F	G	n
ja	33,1	47,7	35,9	782	37,0	76,9	50,0	40

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

Lebenssituation

Ein Großteil der ambulant betreuten Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose lebt nicht alleine. Über die Hälfte lebt, aufgrund des noch jungen Alters, bei den Eltern, etwa 25% mit einem Partner zusammen. Der Anteil der Frauen, die nicht alleine leben ist höher als der der Männer. Sie leben häufiger nicht mehr bei den Eltern, dafür deutlich öfter mit einem oder mehreren Kindern zusammen (38% vs. 14%). Rund die Hälfte der Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose, die stationär behandelt werden, lebt in Gemeinschaft mit anderen. Bei den Eltern leben von diesen Patienten nur noch 20%, mehr als die Hälfte leben mit einem Partner und 32% mit einem oder mehreren Kindern zusammen (Tabelle 26).

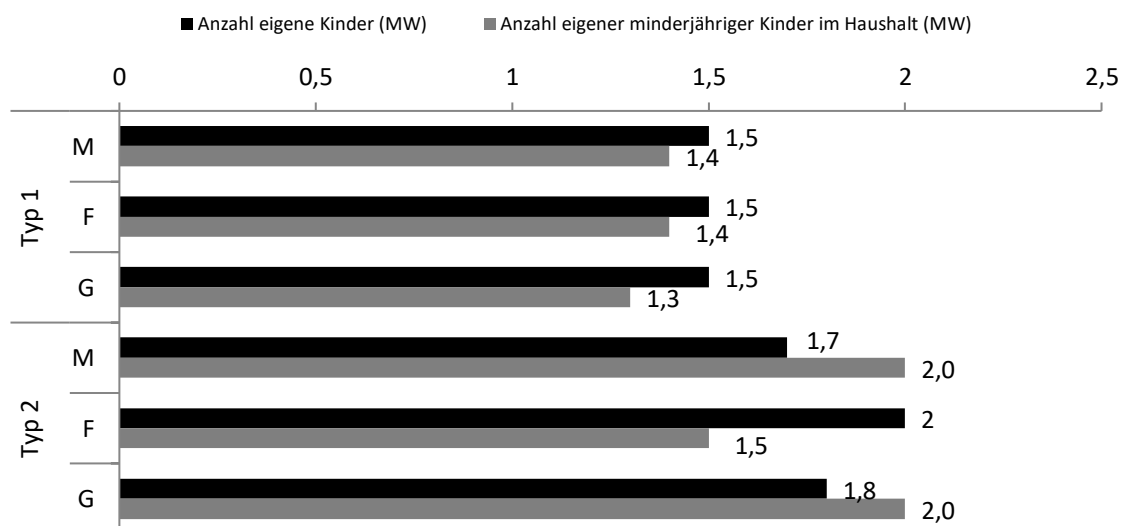
Tabelle 26: HD Cannabinoide: Lebenssituation

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Nicht alleinlebend	70,6	79,4	72,3	50,0	53,8	51,3
zusammenlebend mit:						
Partner	23,8	29,3	25,0	50,0	100,0	52,6
Kind(ern)	14,3	38,2	19,5	25,0	100,0	31,6
Eltern	56,8	38,2	52,7	33,0	0,0	21,1
Sonstige (Bezugs-) Personen	25,1	19,5	23,9	16,7	0,0	15,8
Gesamt	442	155	782	26	13	39

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

Die Hälfte aller Behandelten hat eigene Kinder. Der Anteil eigener Kinder ist bei Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose in stationärer Behandlung mit 1,8 vs. 1,5 etwas höher als bei ambulant Behandelten. Eigene minderjährige Kinder leben zu einem deutlich höheren Teil bei ihnen im Haushalt als bei ambulant Betreuten (2,0 vs. 1,3 Kinder; Abbildung 17).

Abbildung 17: HD Cannabinoide: Anzahl Kinder



Wohnsituation

Rund die Hälfte der ambulant und 70% der stationär behandelten Patienten mit einer Cannabinoidproblematik lebt vor Beginn der Betreuung selbstständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus); Frauen insgesamt wesentlich häufiger als Männer. Ein mit 1% bzw. 3% sehr geringer Anteil der ambulanten und auch der stationären Patienten lebt in prekären Wohnverhältnissen, (d.h. hat keine Wohnung, lebt in Notunterkünften bzw. Übernachtungsstellen oder auf der Straße). In Justizvollzugsanstalt/Maßregelvollzug/Sicherungsverwahrung befinden sich vor Beginn der Betreuung 11% der stationär und 3% der ambulant versorgten Personen (Tabelle 27).

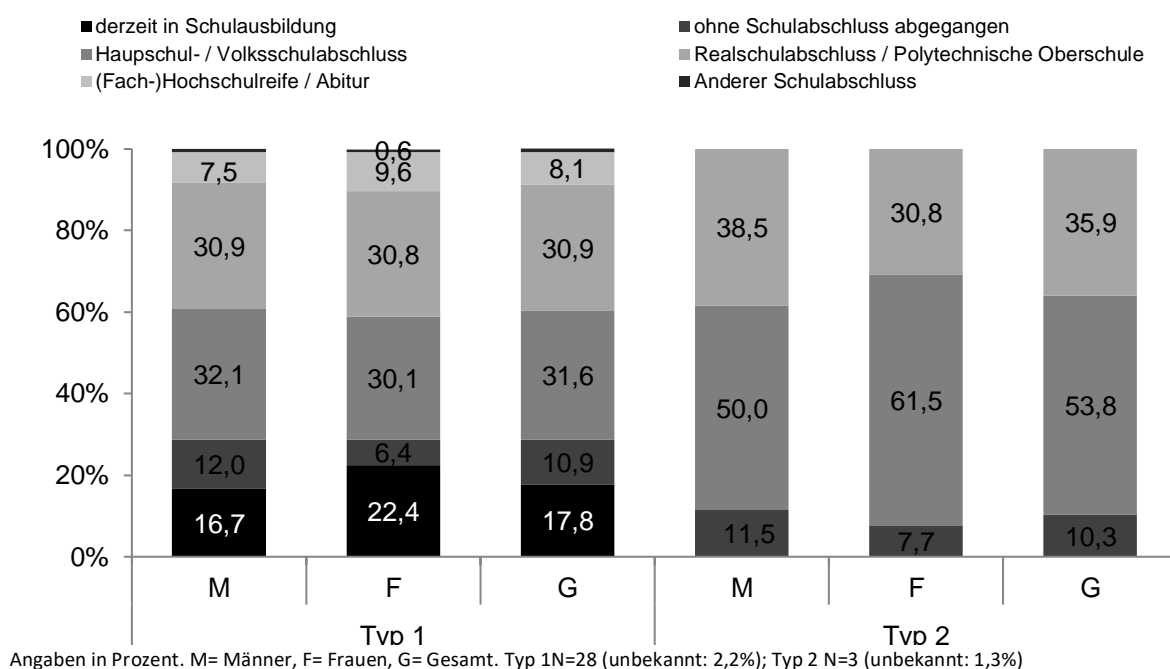
Tabelle 27: HD Cannabinoide: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Wohnsituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Selbstständiges Wohnen	53,0	62,8	55,0	63,0	84,6	70,0
Bei anderen Personen	36,6	26,3	34,5	14,8	0,0	10,0
Ambulant betreutes Wohnen	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,6	0,6	0,6	7,4	7,7	7,5
Wohnheim / Übergangswohnheim	3,5	7,7	4,3	0,0	0,0	0,0
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	3,7	0,6	3,1	11,1	7,7	10,0
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	0,5	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Ohne Wohnung	1,0	0,6	0,9	3,7	0,0	2,5
Sonstiges	0,5	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	626	156	783	27	13	40

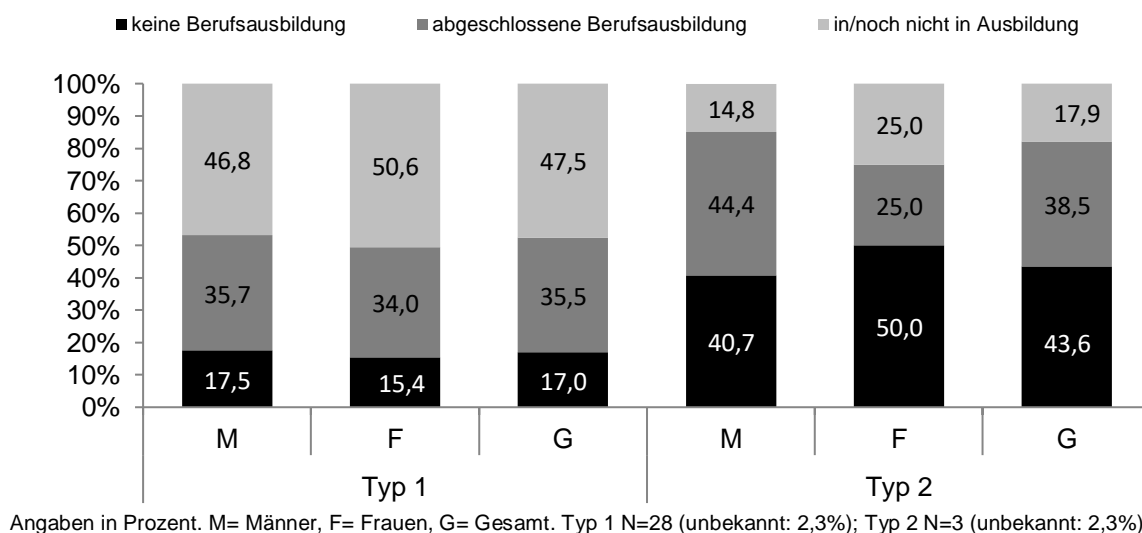
Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen; Typ 1 N= 28 (unbekannt: 2,0%); Typ 2 N= 3 (unbekannt: 0,4%)

Schulbildung

Mehr als ein Drittel der Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose hat eine höhere Schulbildung, d.h. hat einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur (Abbildung 18). Der Anteil der Frauen mit einer höheren Schulbildung unterscheidet sich ambulant nur geringfügig von dem der Männer (40% vs. 38%). Stationär weist ein höherer Anteil der Männer eine höhere Schulbildung auf als dies bei Frauen der Fall ist (39% vs. 31%). Die Zahl derjenigen, die keinen Schulabschluss erworben haben (und sich aktuell nicht in Schulausbildung befinden), ist mit 11% bzw. 10% (amb./stat.) eher hoch. Von den ambulant Behandelten befindet sich ein Sechstel aktuell noch in der Schulausbildung, stationär trifft das auf keinen der Patienten zu.

Abbildung 18: HD Cannabinoide: Höchster Schulabschluss**Berufsausbildung**

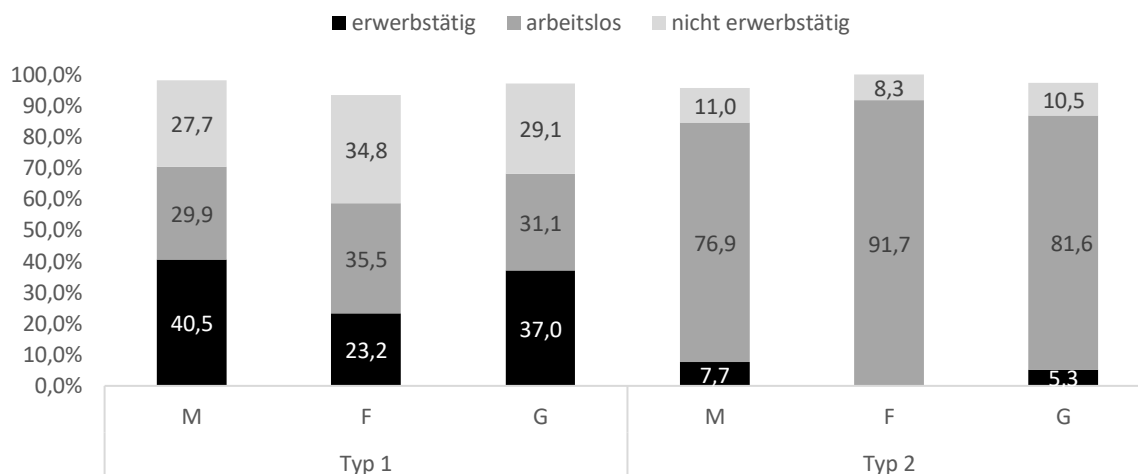
Der überwiegende Anteil der Patienten cannabinoidbezogener Hauptdiagnose in ambulanter Behandlung befindet sich aktuell in einer Berufsausbildung oder hat noch keine Ausbildung begonnen (48%). 36% haben bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung, wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur gering ausfällt (Männer: 36%; Frauen: 34%). Im stationären Bereich ist der Anteil der Patienten ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit 44% mehr als doppelt so hoch. Frauen sind hiervon häufiger betroffen als Männer (50% vs. 41%). Im Vergleich zum ambulanten Bereich sind hier deutlich weniger Patienten noch oder noch nicht in Ausbildung, was mit dem höheren Durchschnittsalter im stationären Bereich zusammenhängen dürfte (Abbildung 19).

Abbildung 19: HD Cannabinoide: Berufsausbildung

Erwerbssituation

Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose in ambulanter und stationärer Betreuung unterscheiden sich erheblich hinsichtlich der Erwerbssituation. Während im ambulanten Bereich über ein Drittel der Patienten einer Erwerbstätigkeit nachgeht, trifft dies stationär nur auf 5% der Patienten zu. Mit 82% ist hier der größte Teil der Patienten arbeitslos (ALG I oder II), wohingegen nur 31% der ambulant Behandelten von Arbeitslosigkeit betroffen sind. In beiden Settings sind Frauen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer (Abbildung 20).

Abbildung 20: HD Cannabinoide: Erwerbssituation (ALG I+II) am Tag vor Betreuungsbeginn



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

Schulden

Im Vergleich zu den stationär betreuten Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose haben ambulant betreute Patienten wesentlich seltener Schulden (77% vs. 15%; Tabelle 28). Die betroffenen Patienten beider Gruppen haben meist Schulden in Höhe von max. 10.000 Euro, stationär sind davon allerdings deutlich mehr Patienten betroffen (51% vs. 19%). Während höhere Verschuldungssummen bei ambulant Betreuten kaum vorkommen, sind 23% der stationär Behandelten sind mit zwischen 10.000 und 25.000 Euro verschuldet und 10% mit zwischen 25.000 und 50.000 Euro. Frauen haben ähnlich häufig Schulden wie Männer, tendenziell ist die Summe ihrer Schulden jedoch etwas höher.

Tabelle 28: HD Cannabinoide: Problematische Schulden

Schulden	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Keine	76,5	77,9	76,7	15,4	15,4	15,2
Bis 10.000 EUR	19,6	16,2	19,0	53,8	46,2	51,3
Bis 25.000 EUR	2,7	5,2	3,2	19,2	30,8	23,1
Bis 50.000 EUR	1,0	0,6	0,9	11,5	7,7	10,3
Mehr	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Gesamt	622	154	777	26	13	39

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

Störungsbezogene Merkmale

Zusätzliche Suchtdiagnosen

In ambulanten Einrichtungen betreute Patienten mit HD Cannabinoide haben zusätzlich vor allem Probleme mit Stimulanzien (28%) und Alkohol (23%) und in geringerem Umfang mit Kokain (5%; Tabelle 29). Die zusätzliche Stimulanzienproblematik trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer (33% vs. 27%), während Männer etwas häufiger noch eine weitere Diagnose Alkohol haben (24% vs. 20%). Von der Tendenz ähnlich, aber in der Ausprägung gravierender, stellt sich die Situation im stationären Bereich dar. Auch hier sind Stimulanzien das häufigste zusätzliche Problem bei den Behandelten, jedoch in deutlich höherem Ausmaß als im ambulanten Bereich (70%). Alkohol ist auch stationär die zweithäufigste Zusatzdiagnose, auch hier in deutlich höherer Häufigkeit als ambulant (48% vs. 23%). Kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht bei der zusätzlichen Stimulanzienproblematik, die zusätzliche Einzeldiagnose Alkohol liegt häufiger aber bei Männern häufiger als bei Frauen vor (56% vs. 31%).

Tabelle 29: HD Cannabinoide (F12): weitere Suchtdiagnosen

Zusätzliche Einzel-diagnosen*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
F10 Alkohol	24,1	19,9	23,3	55,6	30,8	47,5
F11 Opiode	1,1	1,3	1,1	11,1	7,7	10,0
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,2	2,6	0,6	0,0	15,4	5,0
F 14 Kokain	5,9	1,9	5,1	18,5	7,7	15,0
F15 Stimulanzien	26,8	32,7	27,9	70,4	69,2	70,0
F16 Halluzinogene	0,8	0,6	0,8	0,0	7,7	2,5
F17 Tabak	29,7	30,1	29,7	92,6	92,3	92,5
F63.0 Path. Glücksspielen	0,3	0,0	0,3	0,0	15,4	5,0
F63.8/F68.8 Exz. Medienutzung	0,3	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	626	156	785	27	13	40

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

Alter bei Erstkonsum

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Patienten der Hauptsubstanz Cannabinoide liegt bei 15 Jahren (amb. u. stat.). Bereits 40% (amb.) bzw. 53% (stat.) haben Cannabinoide in einem Alter von unter 14 Jahren zum ersten Mal konsumiert. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur geringfügig (Tabelle 30).

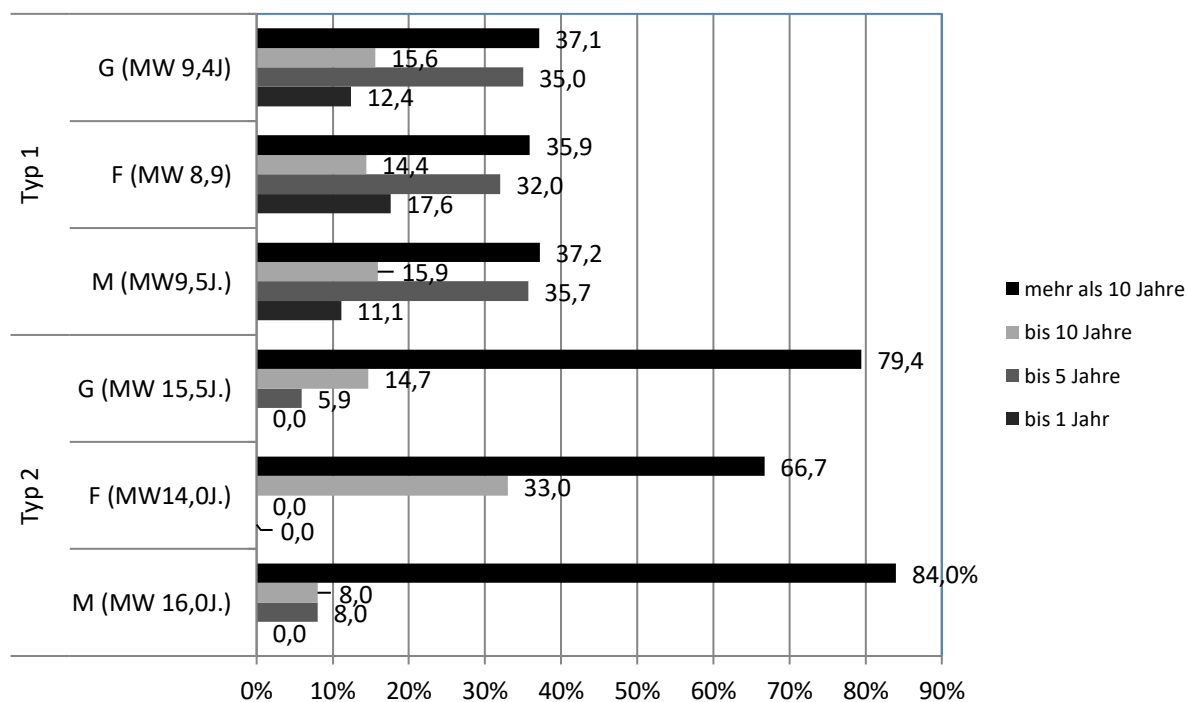
Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabinoide: Alter bei Erstkonsum

Alter bei Erstkonsum (Jahre)*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
bis 14	40,4	40,3	40,3	56,0	44,4	52,9
15 - 19	52,5	50,6	52,3	40,0	44,4	41,2
20 - 24	4,9	7,8	5,5	0,0	11,1	2,9
25 - 29	1,4	1,3	1,4	0,0	0,0	0,0
über 30	0,8	0,0	0,6	4,0	0,0	2,9
∅	15,3	15,4	15,4	14,9	15,2	15,0
Gesamt (Anzahl)	649	154	804	25	9	34

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

Die Dauer der Cannabinoidproblematik der Patienten ist in den beiden Behandlungsbereichen sehr unterschiedlich. Während für die Patienten in ambulanter Betreuung im Durchschnitt ein Zeitraum von neun Jahren zwischen Erstkonsum und aktueller Behandlung liegt, betrifft umfasst dieser Zeitraum bei stationären Patienten etwa 16 Jahre. Zu bedenken ist hier, dass die Patienten in stationärer Behandlung im Durchschnitt auch deutlich älter sind ambulant Betreute. In stationärer Behandlung sind keine Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose, deren Erstkonsum erst maximal ein Jahr zurückliegt, wohingegen dieser Anteil bei den ambulanten Patienten bei 12% liegt. Sowohl stationär als auch ambulant weisen Frauen eine eher kürzere Zeitspanne zwischen Erstkonsum und aktueller Behandlung auf, d.h. Frauen begeben sich früher als Männer in Behandlung (Abbildung 21).

Abbildung 21: HD Cannabinoide: Dauer vom Erstkonsum bis zum aktuellen Behandlungsbeginn

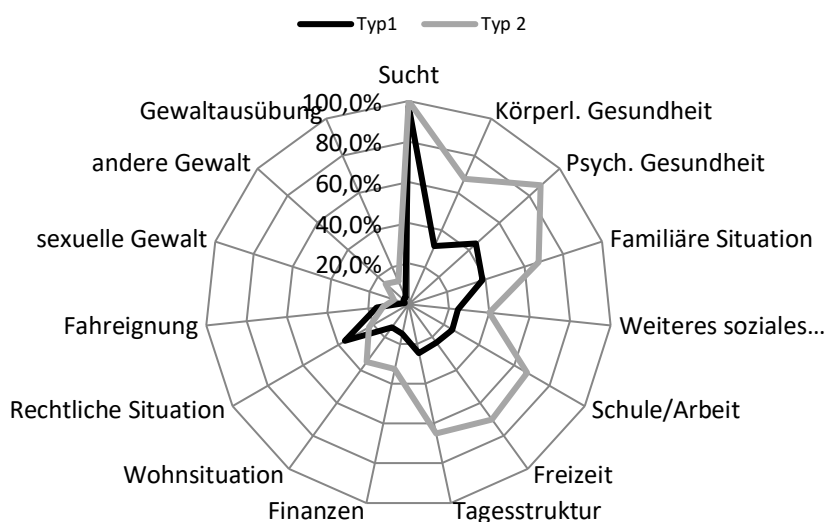


Angaben in Prozent, MW = Mittelwert, J=Jahre

Problembereiche nach Behandlungsbeginn

Abbildung 22 zeigt deutlich, dass Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose, die in stationärer Behandlung sind, deutlich stärker problembelastet sind, als Patienten in ambulanter Betreuung. Vergleichbare Werte für beide Patientengruppen gibt es nur im Bereich des Suchtverhaltens, in allen anderen dokumentierten Problembereichen weisen die stationär Behandelten erhebliche Anteile auf. Die einzige Ausnahme in die Gegenrichtung bildet die rechtliche Situation, die eher ein Problem der ambulant Betreuten darstellt (36% vs. 23%).

Abbildung 22: HD Cannabinoide: Problembereiche bei Behandlungsbeginn



Auffallend ist, dass in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen bei der Klientel mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose der Frauenanteil in vielen Problembereichen (außer „finanzielle Situation, Wohn- und rechtliche Situation“ sowie „Fahreignung und Gewaltausübung“) höher ist als der Männeranteil. Im stationären Behandlungsbereich gilt dies für noch mehr Problembereiche, hier weisen die Männer nur in den Bereichen „finanzielle Situation, Fahreignung und Gewaltausübung“ einen höheren Anteil mit Problembelastung auf (Tabelle 31; jedoch sind die Daten nur eingeschränkt interpretierbar, da die Stichprobengröße für Typ 2 deutlich kleiner ist für Typ 1).

Tabelle 31: HD Cannabinoide: Problembereiche bei Behandlungsbeginn

Problembereiche*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Sucht	97,1	99,4	97,6	100,0	100,0	100,0
Körperliche Gesundheit	29,3	39,1	31,3	66,7	69,2	67,5
Psych. Gesundheit	41,9	56,4	44,8	85,2	92,3	87,5
Familiäre Situation	35,5	49,4	38,3	63,0	76,9	67,5
Weiteres soziales Umfeld	23,2	29,5	24,6	33,3	53,8	40,0
Schule/Ausbildung/Arbeit	34,6	36,5	35,0	63,0	76,9	67,5
Freizeit	22,9	23,7	23,2	63,0	84,6	70,0
Tagesstruktur	24,2	25,6	24,6	59,3	76,9	65,0
Finanzielle Situation	15,4	12,8	15,0	33,3	30,8	32,5

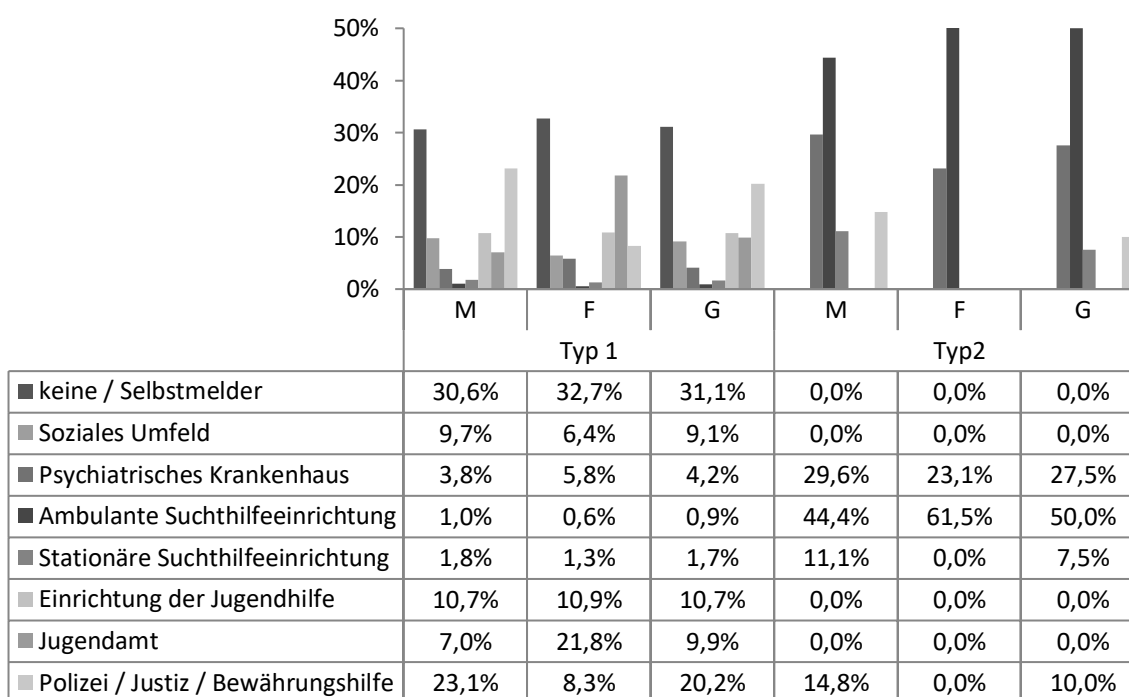
Problembereiche*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Wohnsituation	14,3	12,2	14,0	25,9	53,8	35,0
Rechtliche Situation	38,5	25,6	36,1	22,2	23,1	22,5
Fahreignung	17,2	9,0	15,7	18,5	0,0	12,5
Sexuelle Gewalterfahrungen	1,8	2,6	1,9	3,7	15,4	7,5
Andere Gewalterfahrungen	2,7	5,8	3,3	3,7	38,5	15,0
Gewaltausübung	3,7	3,2	3,6	18,5	0,0	12,5
Gesamt (Anzahl)	628	156	785	27	13	40

Behandlungsdaten

Vermittlungswege

Abbildung 23 zeigt deutlich die sehr unterschiedlichen Vermittlungswege für ambulante und stationäre Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose. Während ambulant Betreute zu knapp einem Drittel von selbst, d.h. ohne Vermittlung, in die Einrichtung kommen, ist dies in der stationären Behandlung keine Zugangsform. Hier liegt der Vermittlungsschwerpunkt auf den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (50%) und psychiatrischen Krankenhäusern (28%). Neben den Selbstmeldungen werden ambulant Betreute auch häufig durch die Polizei/Justiz oder Bewährungshilfe in die Betreuung gebracht (20%). Auch Einrichtungen der Jugendhilfe, das Jugendamt oder das soziale Umfeld spielen bei der Vermittlung eine Rolle, ganz im Gegenteil zum stationären Setting (Abbildung 23).

Abbildung 23: HD Cannabinoide: Vermittlung in die Betreuung



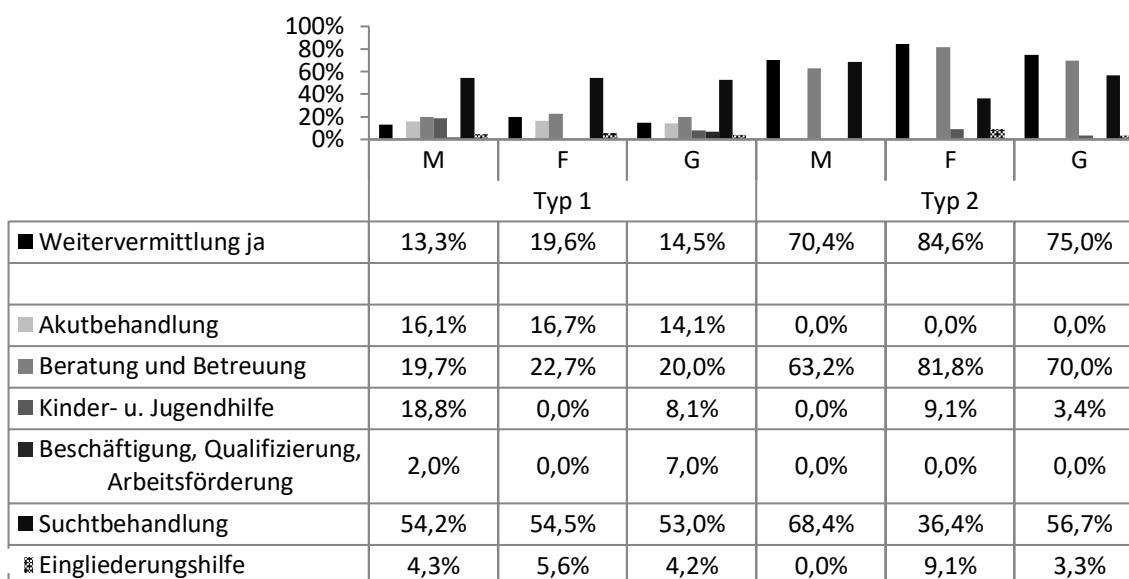
M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Weitervermittlung

Nach der Beendigung der Behandlung werden im stationären Bereich 75% der Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose an eine weitere Maßnahme weitervermittelt, während dies bei ambulanten Patienten für einen weitaus geringeren Teil (15%) zutrifft (Abbildung 24).

Patienten aus stationären Einrichtungen werden in der Hauptsache in die Beratung oder Betreuung (70%) oder in die Suchtbehandlung (57%) vermittelt; Patienten aus ambulanten Einrichtungen vor allem in die Suchtbehandlung (53% oder in die Beratung und Betreuung (20%).

Abbildung 24: HD Cannabinoide: Weitervermittlung/Verlegung



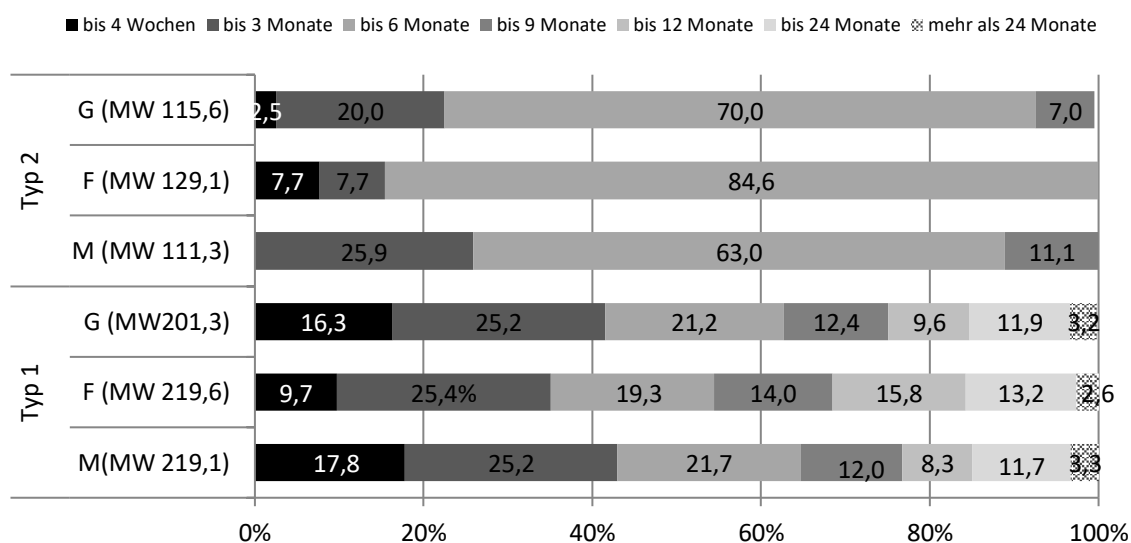
M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer für Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose ist in den ambulanten Einrichtungen erheblich höher als in den stationären Einrichtungen (201 vs. 116 Tage; Abbildung 25). Während im ambulanten Bereich keine Geschlechterunterschiede vorliegen, ist im stationären Bereich bei Patientinnen eine längere Behandlungsdauer als bei Patienten zu verzeichnen (129 vs. 111 Tage).

70% der Patienten in stationärer Behandlung werden für einen Zeitraum von bis zu drei respektive bis zu sechs Monaten betreut. Ambulant ist diese Häufung nicht festzustellen. Hier streuen die Behandlungsdauern breiter (Anteile zwischen 3% und 26%).

Abbildung 25: HD Cannabinoide: Dauer der Behandlung

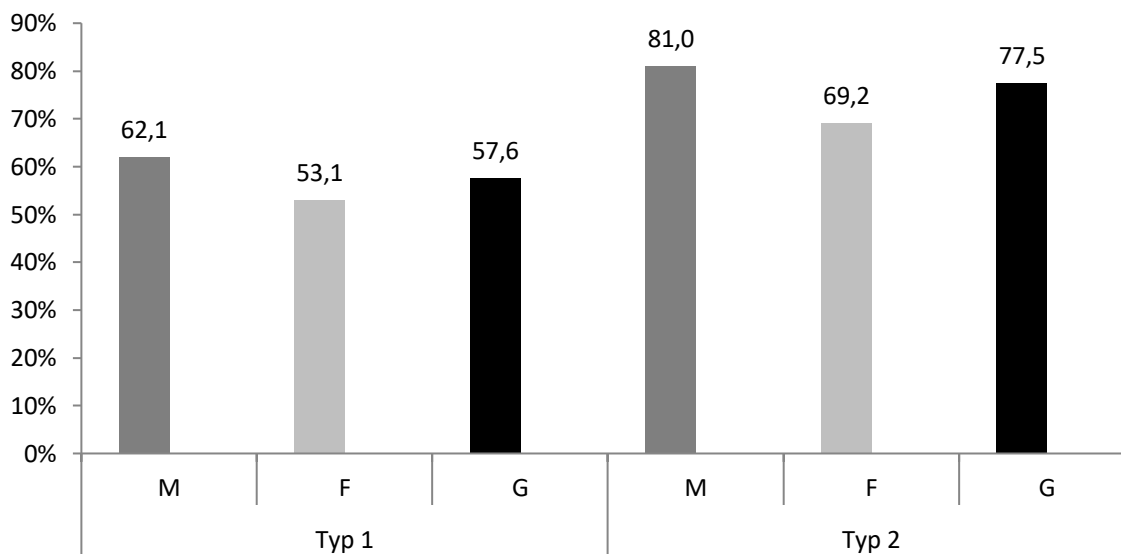


Angaben in Prozent: M: Männer; F: Frauen; G: Gesamt; MW: Mittelwert (in Tagen)

Beendigung der Betreuung

Der Anteil der Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose, der die Behandlung 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 deutlich geringer als in stationären (58% vs. 78%). Männer beenden die Behandlung in beiden Behandlungssettings häufiger regulär als Frauen (Abbildung 26).

Abbildung 26: HD Cannabinoide: Anteile Planmäßige Beendigungen



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

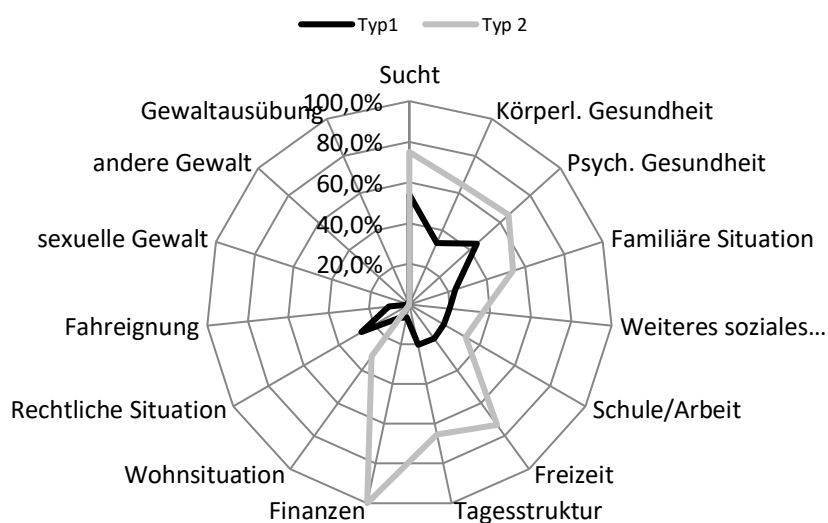
Entwicklung der Problematik

Zur Beurteilung des Behandlungserfolges durch die Therapeuten wird zwischen einem positiven (d.h. Problematik gebessert oder gleichgeblieben) oder negativen (Problematik verschlechtert oder neu aufgetreten) Ergebnis unterschieden.

Abbildung 27 gibt einen Überblick über den Umfang der Besserungen in den einzelnen Problembereichen der Patienten. Die Verbesserungen bei den Patienten im stationären Bereich müssen vor dem Hintergrund der höheren Problembelastung zu Beginn der Behandlung betrachtet werden.

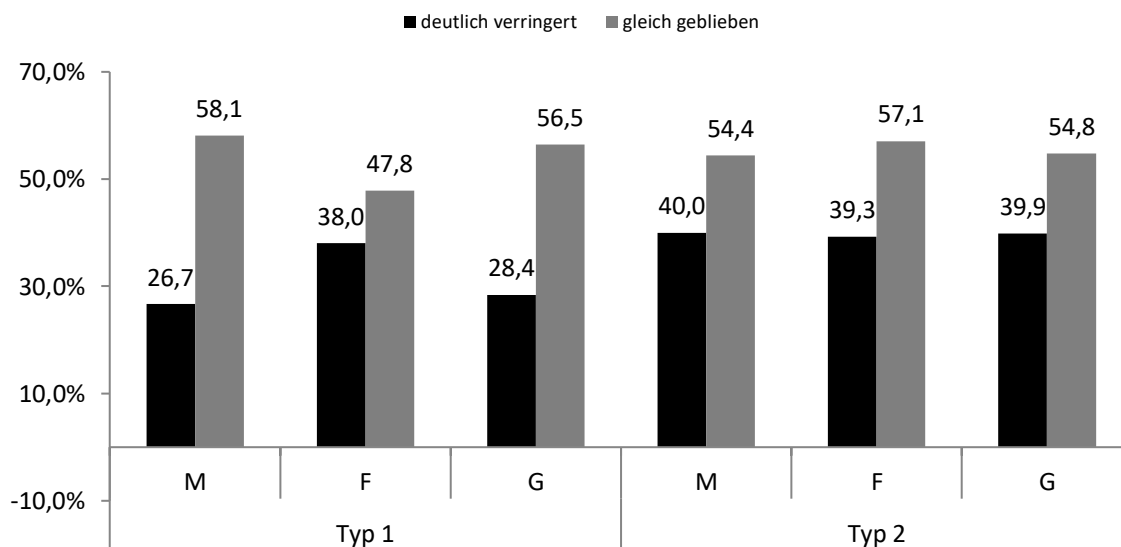
Sowohl ambulant als auch stationär ist es zu Verbesserung im Bereich des Suchtverhaltens gekommen. Ambulant ist es bei ca. einem Drittel der Patienten zu Verbesserungen in den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit sowie bei einem Viertel im Bereich der rechtlichen Situation gekommen. Stationär überwiegen die Verbesserungen in den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit, familiäre Situation, Tagesstruktur und Freizeit.

Abbildung 27: HD Cannabinoide: Problematik am Betreuungsende gebessert



Die Konsummenge der Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose zum Ende der Betreuung hat sich ambulant bei mehr als einem Viertel der Patienten deutlich verringert, Frauen weisen hier ein besseres Ergebnis auf als Männer (38% vs. 27%). Bei den stationär Behandelten zeigt sich die deutliche Verringerung der Konsummenge bei mehr als einem Drittel der Patienten mit Cannabinoidproblematik. Unterschiede zwischen den Geschlechtern liegen nicht vor (Abbildung 28).

Abbildung 28: HD Cannabinoide: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Behandlung



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

7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2017

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patienten- und Behandlungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2016 dargestellt. Stationäre und ambulante Einrichtungen werden in der Darstellung zusammengefasst.

Ausgehend von einer Beteiligung von N=48 Einrichtungen im Jahr 2003, zeigte sich zwischen 2004 bis 2006 ein Anstieg der Einrichtungsbeteiligung auf 53 Einrichtungen (Abbildung 29). Im Bezugsjahr 2007 ging die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen auf den Wert von 2004 zurück (46 Einrichtungen). 2008 stieg die Anzahl der beteiligten Einrichtungen auf den damaligen Beteiligungshöchststand von 57 Einrichtungen. 2009 hat sich die Anzahl der beteiligten Einrichtungen nochmals um vier Einrichtungen auf insgesamt 61 Einrichtungen erhöht, 2010 ist die Zahl mit 60 Einrichtungen annähernd stabil geblieben. Im Folgejahr, 2011 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen, der sich 2012 von 64 auf 67 teilnehmende Einrichtungen fortgesetzt hat. 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 auf die zu Beginn des Jahres 2017 stattgefundene Umstellung auf den KDS 3.0 zurückzuführen. Da diese Umstellung auch eine Anpassung der jeweiligen Dokumentationssoftware erforderlich machte, kam es bei einigen Einrichtungen zu Problemen und in der Folge davon zu Datenausfällen. Hinzu kommt, dass die mit der Einführung des KDS 3.0 einhergehende Änderung der Einrichtungssystematik ebenfalls einen Teil 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 Einrichtungscode zu dokumentieren. Im aktuellen Berichtsjahr hat sich die Zahl der Einrichtungen nochmals geringfügig reduziert (N=46). Der Rückgang ist ausschließlich bei den stationären Einrichtungen zu verzeichnen (Typ 2).

Abbildung 29: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)

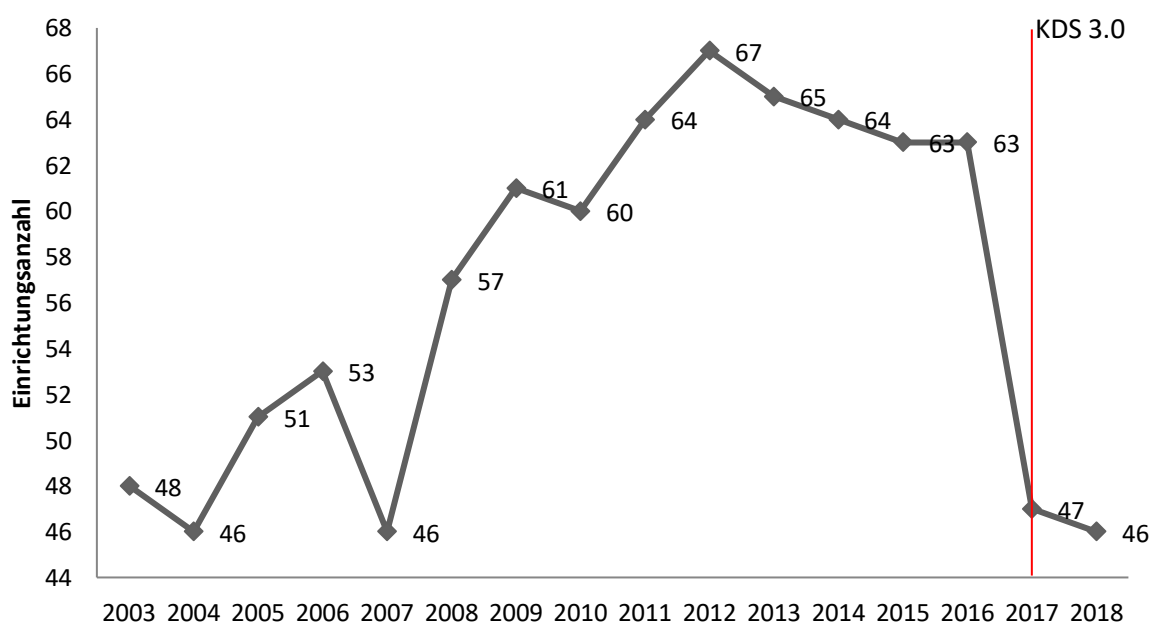
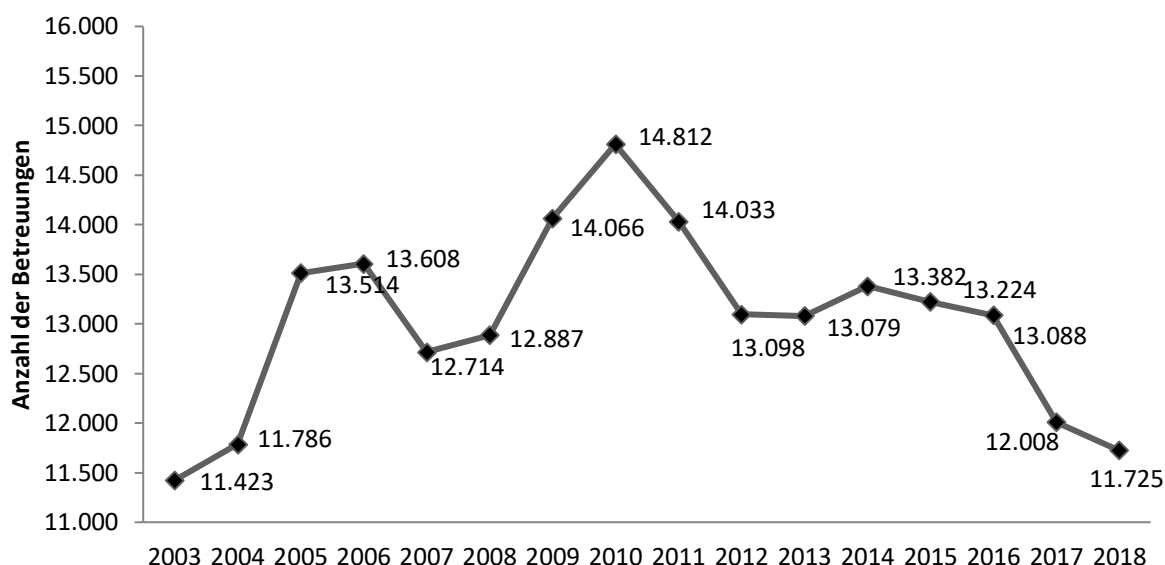


Abbildung 30: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

Die Anzahl der insgesamt im Rahmen der Thüringer Suchthilfestatistik dokumentierten Betreuungsfälle zeigt seit 2003 einen kontinuierlichen Anstieg bis zum Höchststand im Jahr 2006 (Abbildung 30). Im Jahr 2007 war ein Rückgang der Betreuungsfälle zu verzeichnen (vermutlich bedingt durch die deutlich verringerte Einrichtungsbeteiligung in diesem Jahr). 2008 gab es wieder einen leichten Anstieg der Betreuungen, der sich 2009 – einhergehend mit einem Anstieg der Zahl der beteiligten Einrichtungen – noch deutlich fortgesetzt hat auf 14.066 Betreuungsfälle. Auch 2010 kam es, trotz geringfügig verringerter Einrichtungszahl, nochmals zu einem Zuwachs auf 14.812 Betreuungsfälle. In 2011 und 2012 ist trotz einer Zunahme an teilnehmenden Einrichtungen ein Rückgang (auf 13.098) bei den dokumentierten Betreuungsfällen zu verzeichnen. Zwischen 2013 und 2016 schwankte die Anzahl der dokumentierten Betreuungen zwischen 13.088 und 13.382. Aufgrund der gesunkenen Teilnehmerzahl liegt 2017 auch die Zahl der dokumentierten Betreuungen mit 12.008 Fällen deutlich niedriger als im Vorjahr und hat sich im aktuellen Berichtsjahr nochmals um 273 Fälle reduziert, jedoch liegt in 2018 auch ein um $n=1$ verringerte Einrichtungszahl vor.

Abbildung 31: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund bei der Gesamtgruppe der Patienten mit einer Hauptdiagnose (alle Einrichtungstypen)

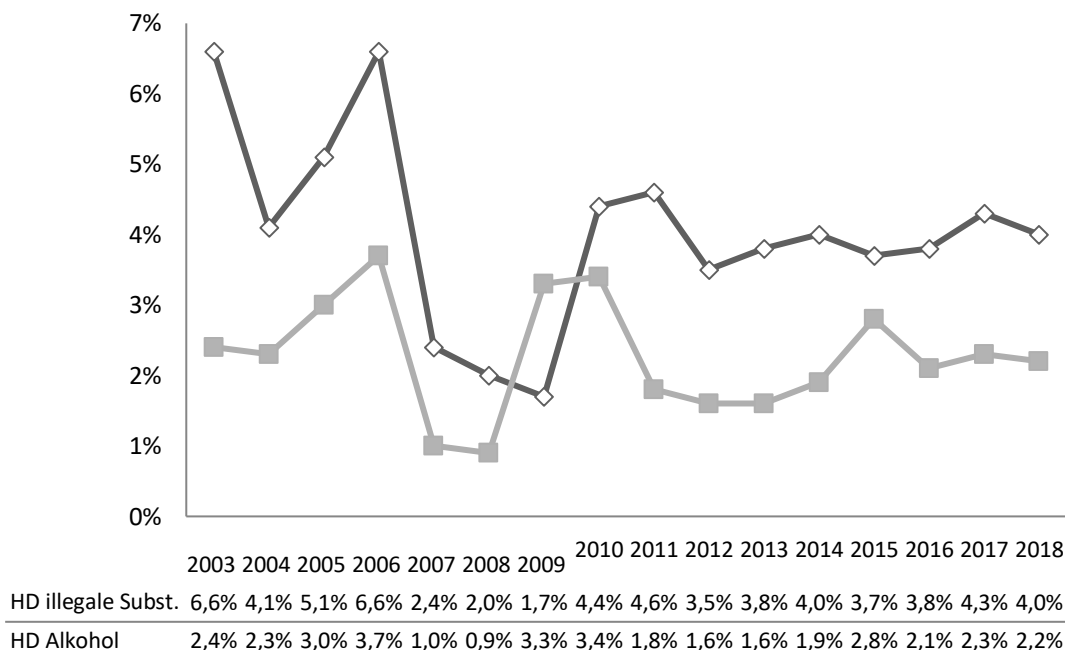


Abbildung 31 veranschaulicht die Verteilung der Anteile von Patienten mit Migrationshintergrund. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Patienten mit Migrationshintergrund betreut. Bei Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen liegt dabei im Vergleich zu Patienten mit einer Alkoholproblematik häufiger einen Migrationshintergrund vor. So ist bis 2007 bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen (Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien) gegenüber den Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose der Prozentsatz an Patienten mit Migrationshintergrund beinahe doppelt so hoch. Über die Jahre ist bei den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen ein Anstieg des Anteils an Patienten mit Migrationshintergrund zu verzeichnen bis zu einem Höchststand von 3,7% im Jahr 2006. In den folgenden Jahren sinkt der Anteil zunächst und steigt ab 2009 erneut an. Nach einem Zeitraum der leichten Rückläufigkeit zwischen 2011 und 2013, war in den Jahren 2014 und 2015 wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Ein Trend, der 2016 wieder zum Stillstand gekommen ist. Der Anteil der Migranten mit alkoholbezogenen Störungen ist von 2,8% auf 2,1% gesunken, in 2017 leicht angestiegen (2,3%) und im aktuellen Berichtsjahr annähernd gleich geblieben (2,2%).

Der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund ist auch in der Gruppe der Betreuten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen über die Jahre Schwankungen unterlegen. Ausgehend von einem Höchststand im Jahr 2003 ist er in den beiden darauffolgenden Jahren leicht gesunken, hat 2006 erneut den Wert von 2003 erreicht und liegt seither immer darunter. Aktuell liegt der Prozentsatz gegenüber dem Vorjahr (4,3%) mit 4,0% geringfügig niedriger. Patienten mit Migrationshintergrund, die in den Suchthilfeeinrichtungen betreut werden, stammen zum größeren Teil aus Ländern außerhalb der Europäischen Union.

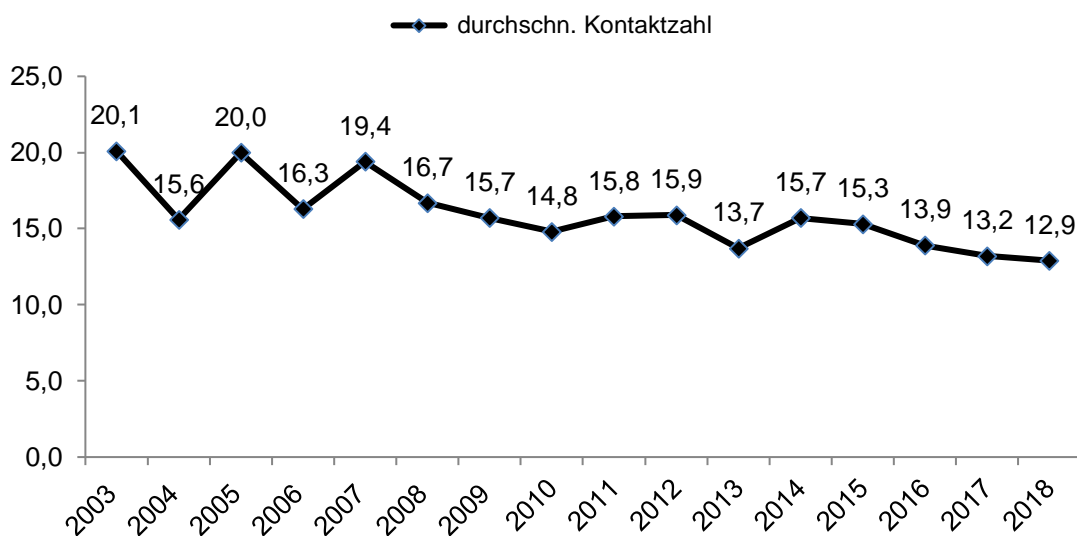
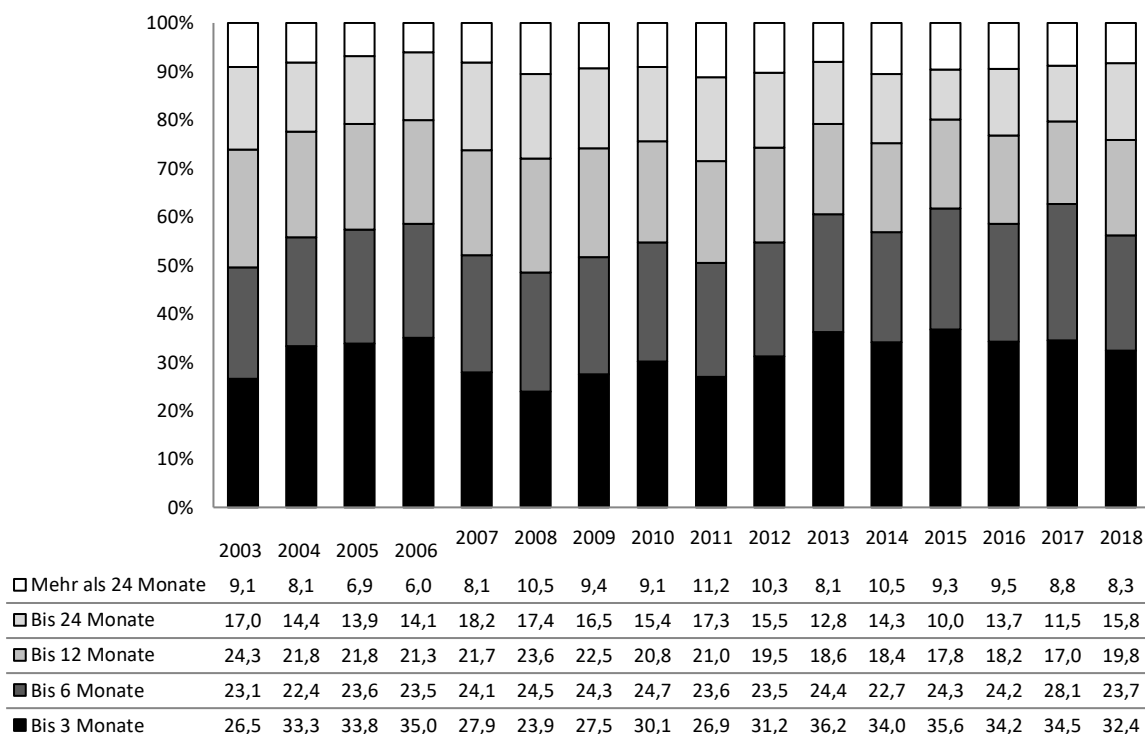
Abbildung 32: Anzahl der Kontakte pro beendeter Betreuung (ambulant)

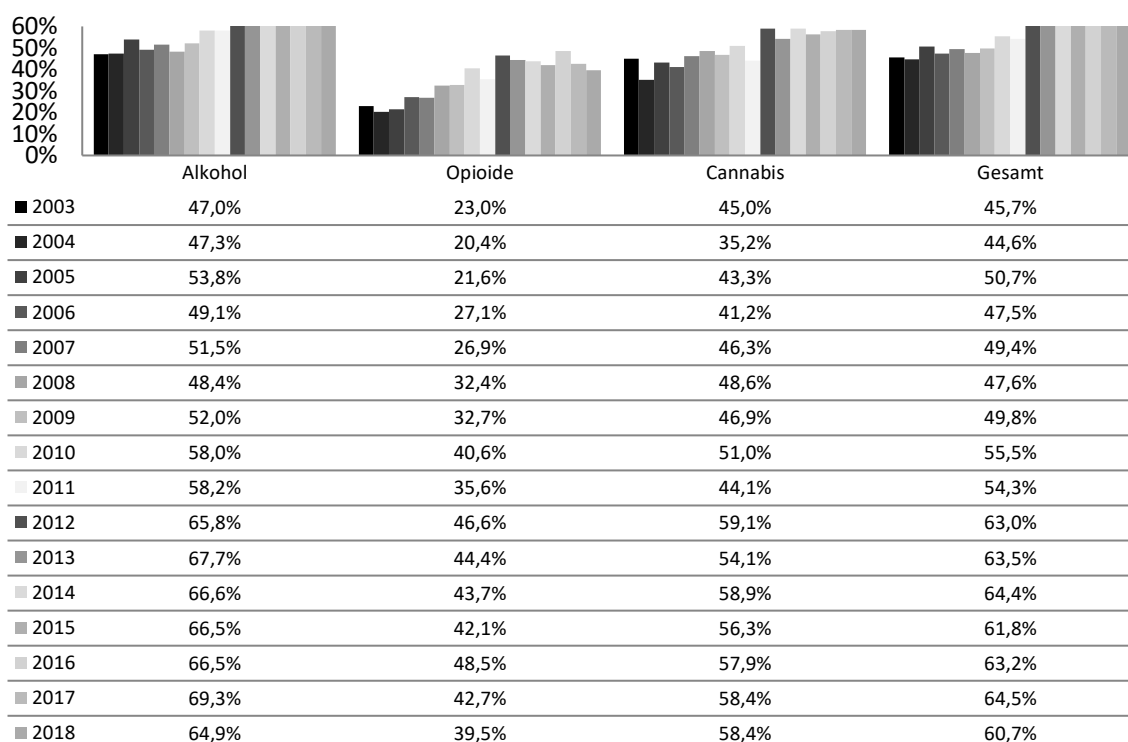
Abbildung 32 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahl der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten 16 Jahren. Es zeigt sich eine geringe Schwankung zwischen durchschnittlich 19 bis 20 wahrgenommenen Kontakten in den Jahren 2003, 2005 und 2007 und einem geringeren Wert von 16 Kontakten in den Jahren 2004 und 2006. Diese vergleichsweise geringere Anzahl an Kontakten ist auch 2009 wieder zu verzeichnen, ein Abwärtstrend, der sich 2010 mit durchschnittlich 14,8 Kontakten fortgesetzt hat. 2011 und 2012 steigt die Zahl der Kontakte wieder leicht an auf durchschnittlich 15,9 Kontakte pro Betreuung. Nach einem Tiefststand der durchschnittlichen Kontaktzahl (13,7) in 2013, ist 2014 eine deutliche Erhöhung der durchschnittlichen Kontaktzahl auf 15,7 festzustellen, die auch 2015 mit 15,3 Kontakten annähernd stabil geblieben ist. 2016 ist ein erneuter Rückgang auf im Durchschnitt 13,9 Kontakte pro Betreuung zu verzeichnen. Ein Trend, der sich auch 2017 (13,2) und im aktuellen Berichtsjahr mit durchschnittlich 12,9 Kontakten pro beendeter Betreuung fortsetzt.

Abbildung 33: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)



Die Dauer der Betreuung variierte in den verschiedenen Erhebungsjahren und verringerte sich seit dem Erhebungsjahr 2003 kontinuierlich (Abbildung 33). Erst seit 2007 gab es wieder einen Anstieg. 2008 lag erstmalig bei über 10% der Fälle eine Betreuungsdauer von mehr als 24 Monaten vor. 2011 wurde dieser Wert mit 11,2% noch übertroffen. 2012 ist der Anteil der Behandlungen mit über zweijähriger Dauer wieder etwas gesunken (auf 10,3%), ein Trend, der sich 2013 noch fortgesetzt hat (8,1%). 2014 war wieder eine deutliche Zunahme auf 10,5% zu verzeichnen. Seitdem sinkt der Anteil der mehr als zweijährigen Behandlungen kontinuierlich und liegt im Berichtsjahr bei 8,3%. Seit 2009 liegt der Anteil der kürzeren Behandlungsdauern (bis zu 6 Monaten) mit leichten Schwankungen dauerhaft bei über 50% mit steigender wenn auch schwankender Tendenz. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteil der Behandlungen mit bis zu einem halben Jahr Dauer mit 56% gegenüber dem Vorjahr (63%) wieder abgesunken.

Abbildung 34: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen)



Betrachtet man die Entwicklung des Anteils planmäßiger Beendigungen über die Jahre hinweg (Abbildung 34), so wird deutlich, dass deren Höhe im Verlauf der letzten 16 Jahre einigen Schwankungen unterworfen war. Betrachtet man die Ausgangs- und Endpunkte des gesamten Zeitraumes, so zeigt sich ein deutlicher Zuwachs von ca. 33 Prozent bei den planmäßigen Beendigungen, der in einigen der dazwischen liegenden Jahren sogar bei fast 20 Prozent lag. Ab 2012 liegt der Anteil der planmäßigen Beendigungen konstant über 60%. Im Vorjahr war mit 64,5% der bisherige Höchststand erreicht, im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteil der planmäßigen Beendigungen deutlich auf 60,7% abgesunken.

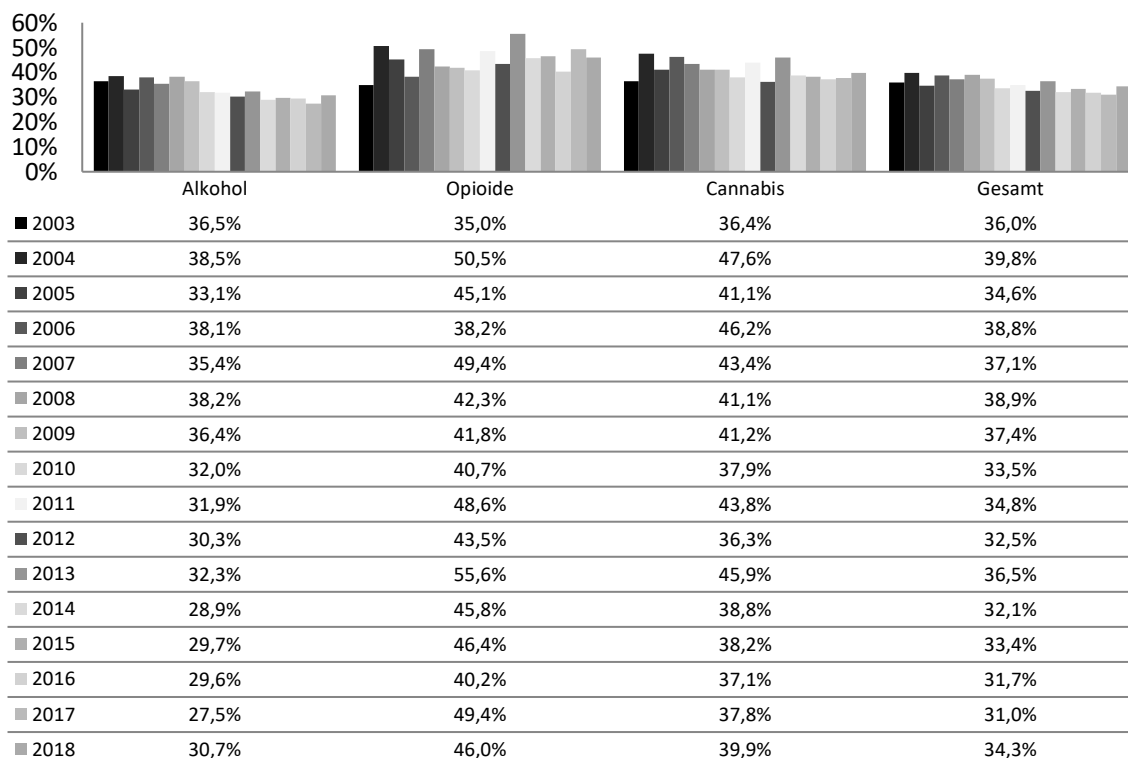
Der Aufwärtstrend über die Jahre bei den Anteilen der planmäßigen Beendigungen ist in allen Hauptdiagnosegruppen zu sehen. Bei Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen, die von allen betrachteten Diagnosegruppen von Anfang an den höchsten Anteil an planmäßigen Beendigungen hatten (2003: 47%), sind die Werte, mit leichten Rückgängen in einzelnen Jahren, bis 2013 auf 68% gestiegen und haben im Vorjahr ebenfalls einen Höchststand von 69% erreicht. Im aktuellen Berichtsjahr ist jedoch ein Rückgang auf 65% zu verzeichnen.

Nur 23% der Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opioide konnten vor 16 Jahren ihre Behandlung planmäßig beenden. Auch hier ist ein deutlicher Zuwachs erfolgt, 2018 trifft dies auf 40% der Patienten zu, was jedoch gegenüber dem Vorjahr einen leichten Rückgang bedeutet (2017: 43%). In den dazwischen liegenden Jahren schwanken die Werte etwas, erfahren jedoch tendenziell einen Anstieg, der 2016 seinen Höhepunkt mit 49% erreicht hat.

Ähnlich stellt sich die Lage bei Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose dar. Jedoch ist hier die Zunahme der planmäßigen Beendigungen in den Jahren von 2003 auf 2018 mit 13 Prozentpunkten von 45% auf 58% am geringsten. Auch hier

sind dauerhaft hohe Werte über 50% ab dem Jahr 2012 zu beobachten. Die höchste Quote an planmäßigen Beendigungen weist das Jahr 2014 auf (59%). Auch im aktuellen Berichtsjahr liegt die Quote mit 58%, genau wie im Vorjahr (58%), sehr hoch.

Abbildung 35: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patienten (alle Einrichtungstypen)



Der Anteil der Betreuungsabbrüche von Seiten der Patienten hat sich insgesamt im Verlauf der 16 betrachteten Jahre etwas verringert (von 36 % auf 34%). Diese Entwicklung bildet sich nicht in allen Diagnosegruppen ab. Während bei Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose im Laufe der Jahre eine kontinuierliche Abnahme von 37% auf im Berichtsjahr 31% zu verzeichnen ist, ist bei Patienten mit opioidbezogener Hauptdiagnose der gegenläufige Trend zu beobachten. Insgesamt sind die Anteile der Abbrüche von Seiten der Patienten in dieser Gruppe den stärksten Schwankungen unterworfen und weisen im Berichtsjahr einen etwas niedrigeren Anteil als im Vorjahr auf (46% vs. 49%). Bei Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose liegt eine ähnliche Entwicklung wie bei der alkoholbezogenen Diagnose vor: Auch hier reduziert sich der Anteil der Abbrecher im Laufe der Jahre, jedoch nicht kontinuierlich sondern mit deutlichen Schwankungen. Im Berichtsjahr ist die Abbruchquote gegenüber dem Vorjahr wieder leicht angestiegen (40% vs. 38%; Abbildung 35).

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. Aufgrund der Datenlage und den KDS 3.0 bedingten Einrichtungszusammenlegungen ist es auch für 2018 nicht möglich für alle vier Regionen eine ambulante (Typ 1) und eine stationäre (Typ 2 + Typ 5) Auswertung zu erstellen. Für eine Auswertung bzw. einen Tabellenband ist aus Datenschutzgründen ein Minimum an drei Einrichtungen erforderlich damit keine Rückschlüsse auf die Daten einer bestimmten Einrichtung möglich sind. Betroffen ist von dem Datenausfall die Region Nordthüringen, hier liegen für die stationäre Auswertung nur Daten aus zwei Einrichtungen vor.

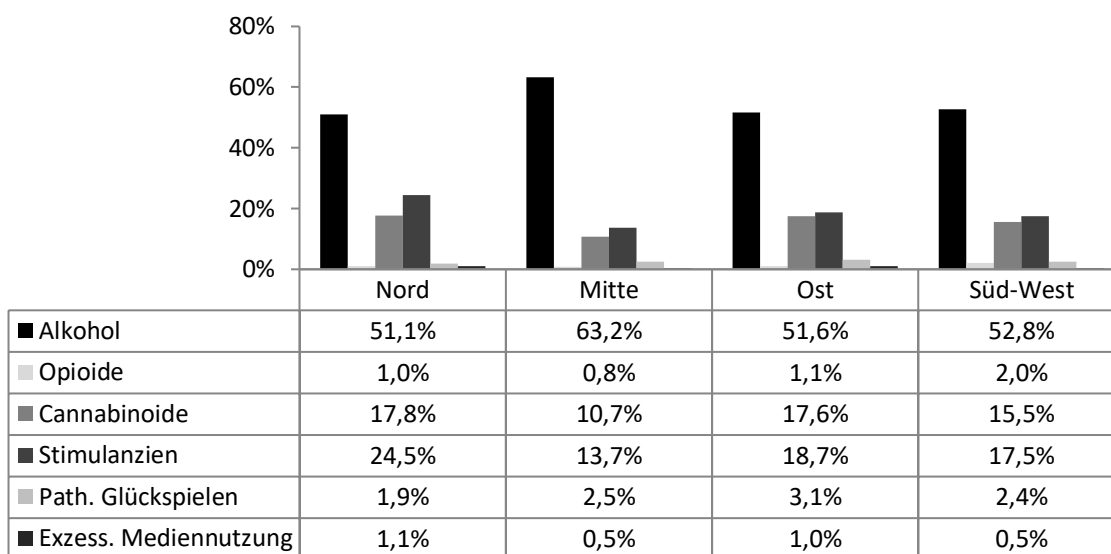
Wie aus Tabelle 32 ersichtlich befindet sich die Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen in Mittel- und Ostthüringen und die geringste Anzahl in Nordthüringen. Stationär ist die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen in allen Regionen deutlich geringer als ambulant.

Tabelle 32: Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd-Westthüringen
Ambulant (Typ1)	4	9	7	7
Stationär (Typ 2)	0	1	1	1
Sozialtherap. (Typ 5)	2	6	5	2
Gesamt	6	16	13	10

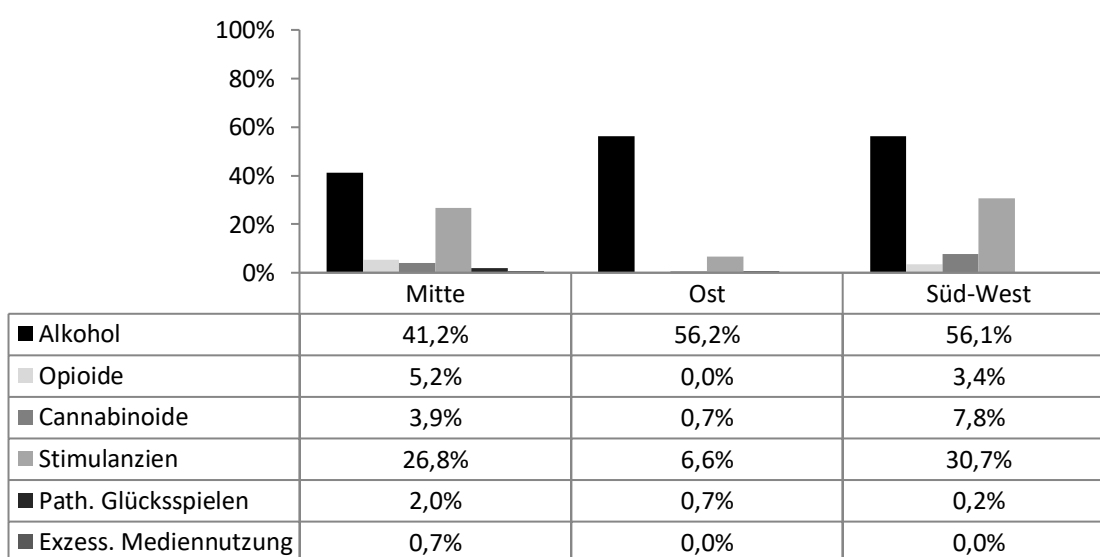
In allen vier Teilregionen Thüringens werden auch im Jahr 2018 ambulant vor allem Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose behandelt. Der höchste Anteil findet sich in der Region Mittelthüringen (63%), der niedrigste (51%) in Nordthüringen. In Mittelthüringen weisen alle weiteren in der Abbildung dargestellten Substanzen eine geringere Häufigkeit auf als in den übrigen drei Regionen (Ausnahme: Pathologisches Glücksspielen). Die zweithäufigste Hauptdiagnosegruppe bilden die Stimulanzien, deren Anteile in Nord- und Ostthüringen am höchsten sind (25% und 19%). Am dritthäufigsten wird die Hauptdiagnose Cannabinoide an Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen vergeben. Die höchsten Werte liegen hier in Nord- und Ostthüringen vor (je 18%). Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen werden am häufigsten in Ost- und Mittelthüringen behandelt (je 3%), Patienten aus den noch neuen Diagnosebereich „Exzessive Mediennutzung“ sind in allen vier Regionen noch sehr gering vertreten (je 1%; Abbildung 36).

Abbildung 36: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)



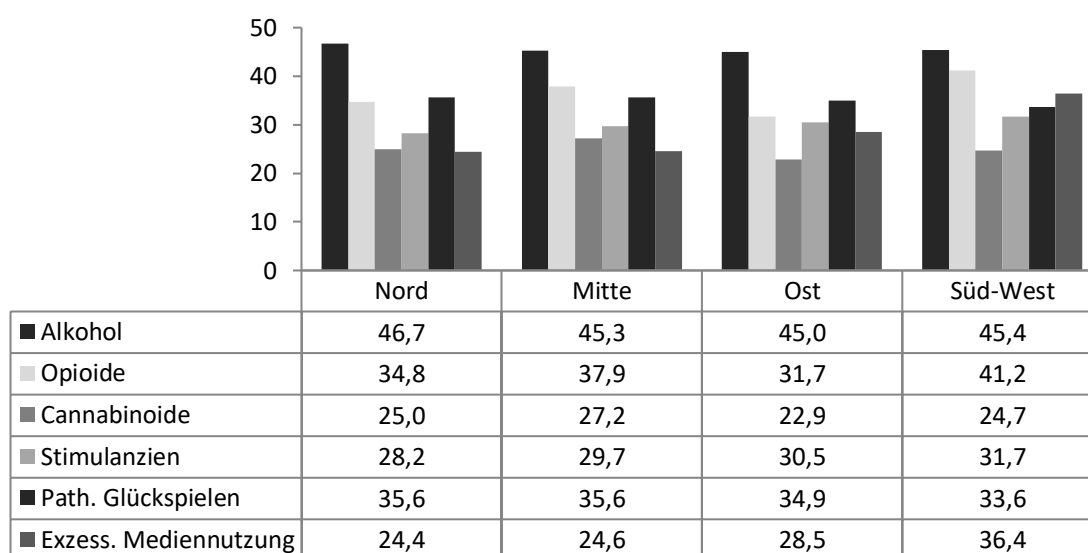
Auch im stationären Bereich hat die Hauptdiagnose Alkohol die größte Häufigkeit (je 56% in Ost- und Süd-Westthüringen). Der niedrigste Wert liegt hier mit 41% in Mittelthüringen vor, wo allerdings – wie bereits dargestellt – die höchste Rate an ambulanten Betreuten zu finden ist. Den höchsten Anteil an Patienten mit stimulanzenbezogener Hauptdiagnose hat mit 25% Nordthüringen, auch in Ost- und Süd-Westthüringen sind hier die Werte mit 19% bzw. 18% hoch. Der geringste Anteil an Patienten mit entsprechender Hauptdiagnose findet sich in Mittelthüringen (14%). Etwas niedrigere Häufigkeiten liegen bei einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose vor, auch hier hat Mittelthüringen den mit Abstand geringsten Anteil (11%). Eine opioidbezogene Hauptdiagnose spielt in allen vier Regionen eine ähnlich untergeordnete Rolle mit einem Höchstwert von 2% in Süd-Westthüringen (Abbildung 37).

Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



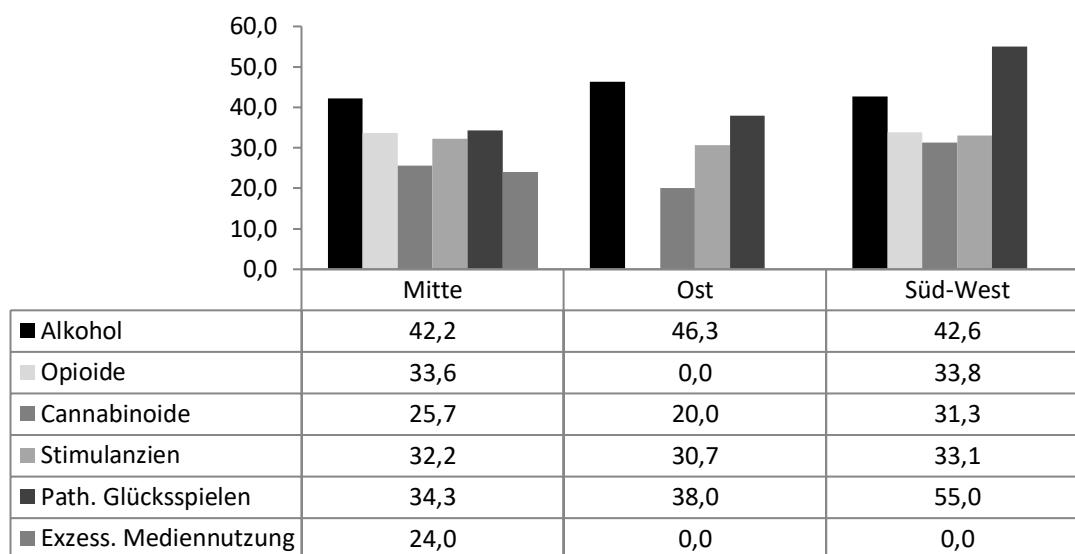
Das Durchschnittsalter der Patienten in ambulanter Betreuung unterscheidet sich kaum in den vier Regionen. Überall zeigt sich das gleiche Muster: Die Patienten mit Alkoholproblematik sind mit Abstand die ältesten und weisen ein durchschnittliches Alter von zwischen 45 und 46 Jahren auf. Die jüngsten Patienten sind durchgängig diejenigen mit einer Cannabis-Problematik. Sie sind im Durchschnitt in den beiden Regionen Nord- und Süd-Westthüringen 25 Jahre alt, in Ostthüringen mit 23 Jahren etwas jünger und in Mittelthüringen mit 27 Jahren am ältesten. Die Patienten mit einer Stimulanzienproblematik sind in Nordthüringen und Mittelthüringen im Durchschnitt etwa drei Jahre älter als die Cannabispatienten, in Ost- und Süd-Westthüringen fällt der Altersunterschied wesentlich höher aus (8 bzw. 7 Jahre). Patienten mit Opioidproblematik und pathologischem Glücksspieler liegen in einem ähnlich hohen Altersbereich, sind jedoch jünger als Patienten Alkoholproblematik. Insgesamt haben alle dargestellten Patientengruppen in Ostthüringen fast immer niedrigste Durchschnittsalter (Abbildung 38).

Abbildung 38: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)



Tendenziell zeigt sich im stationären Behandlungsbereich ein ganz ähnliches Bild wie ambulant. Die ältesten Patienten sind diejenigen mit einer Alkoholproblematik, gefolgt von den Patienten mit Opioidproblematik und Pathologischen Glücksspielern. Die jüngsten Patienten sind auch hier diejenigen mit einer Cannabis-bezogenen Hauptdiagnose (Abbildung 39).

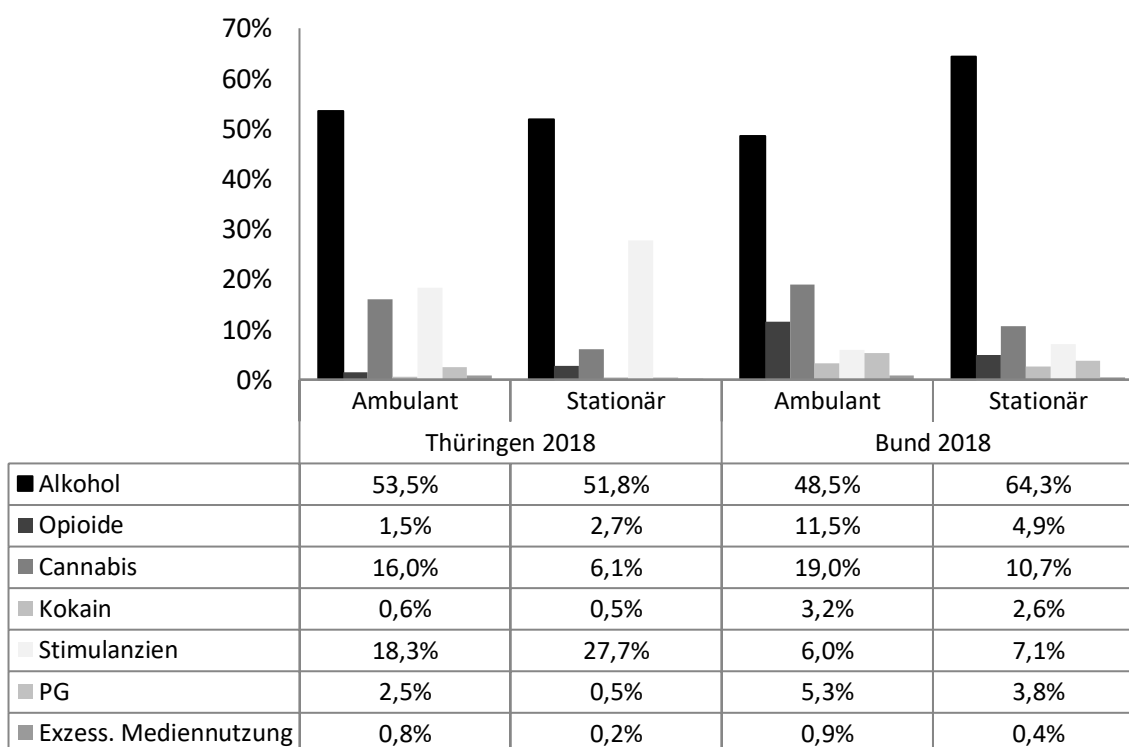
Abbildung 39: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)



9 Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten

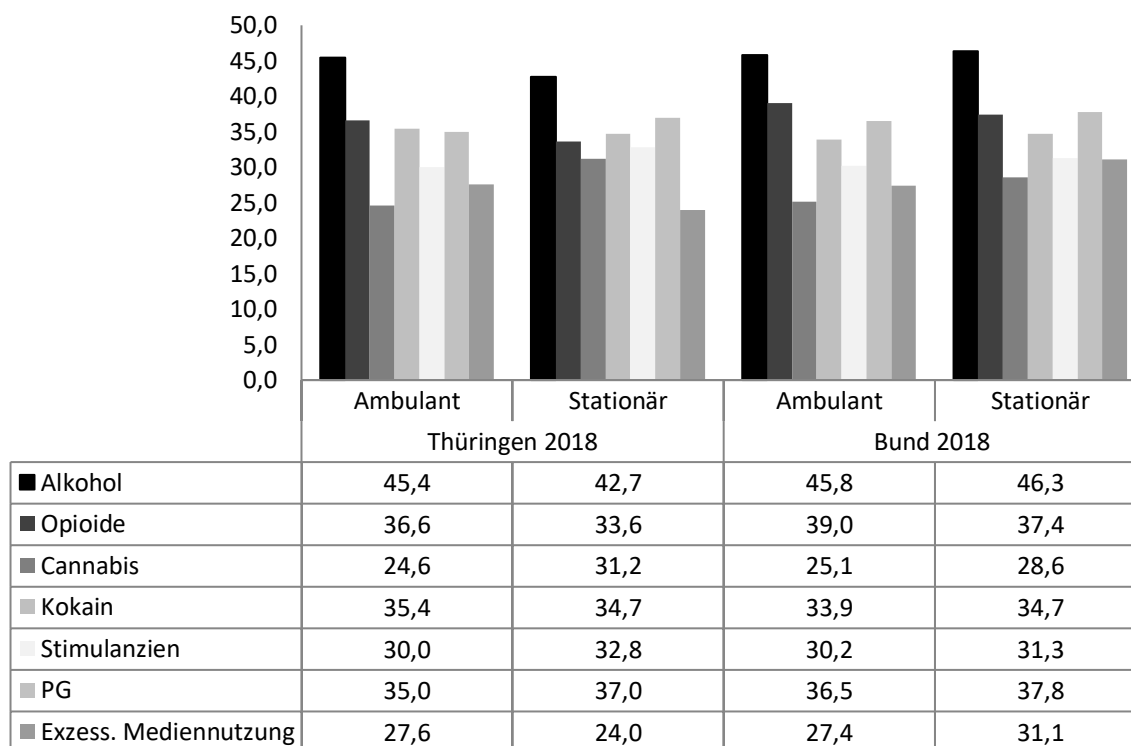
In Thüringen zeigt sich im Datenjahr 2018 verglichen mit den Bundesdaten, wie in den Vorjahren, im ambulanten Bereich ein höherer Anteil an Patienten, die wegen einer alkoholbezogenen Problematik in Betreuung sind (54% vs. 49%), jedoch fällt der Unterschied nicht mehr so hoch aus wie im Vorjahr (58% vs. 48%). Ebenfalls wie im Vorjahr weist der stationäre Behandlungsbereich in Thüringen im Bundesvergleich einen deutlichen niedrigeren Anteil an Patienten mit einer Alkoholproblematik (52% vs. 64%). Erheblich unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt auch im aktuellen Berichtsjahr die Häufigkeit der Behandlungen von Patienten mit einer opioidbezogener Hauptdiagnose. Während in Thüringen diesbezüglich ambulant 2% und stationär 3% behandelt werden, liegen die entsprechenden Quoten bundesweit bei 12% bzw. 5%. Ähnlich verhält es sich im Falle der Cannabinoidproblematik. Während in Thüringen 16% ambulant betreuten Patienten betroffen sind, trifft das im Bund auf 19% der Patienten zu. Wobei sich die Werte in diesem Jahr angenähert haben. Im Vorjahr lagen die Anteile bei 13% vs. 18%. Stationär liegt der Anteil bundesweit fast doppelt so hoch (6% vs. 11). Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den Behandlungszahlen für Patienten mit Stimulanzienproblematik: Der Anteil ist in Thüringen auch 2018 wieder sowohl ambulant als auch stationär mehr als dreimal so hoch wie im Bund (18%/28% vs. 6%/ 7%) und hat im Berichtsjahr gegenüber 2017 nochmals zugenommen mit 17% bzw. 28%. Nach wie vor befinden sich in Thüringen kaum pathologische Glücksspieler in stationärer Behandlung (1%) und auch in ambulanter Betreuung ist der Anteil nur etwa halb so hoch bundesweit. In Thüringen und im Bund finden sich in ambulanter Betreuung zu gleichen Anteilen (1%) Patienten mit einer exzessiven Mediennutzung, während diese Patientengruppe in der stationären Behandlung noch kaum eine Rolle spielt (Abbildung 40).

Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen



Auch in Bezug auf das durchschnittliche Alter der Patienten sind zum Teil Unterschiede, wenn auch keine gravierenden, zu sehen. Gemeinsam ist den Patienten in Thüringen und bundesweit, dass Patienten über alle Diagnosegruppen im stationären Bereich älter sind als im ambulanten (Ausnahme: Opioide). Patienten mit Alkoholproblematik sind bei Behandlungsbeginn in Thüringen im Durchschnitt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich jünger als bundesweit, wobei der Unterschied ambulant nur geringfügig, stationär jedoch deutlich ist (ambulant: 45 vs. 46 Jahre; stationär: 43 vs. 46 Jahre). Opioidpatienten sind sowohl in Thüringen als auch im Bund in ambulanter Behandlung älter als in stationärer, wobei die Patienten in Thüringen wiederum jeweils älter sind als im Bundesdurchschnitt. Für ambulant betreute Patienten mit Cannabisproblematik besteht kein Altersunterschied zwischen Thüringen und bundesweit (je 25 Jahre), allerdings sind die stationär betreuten Fälle in Thüringen etwas älter (31 vs. 29 Jahre). Wie im Vorjahr liegen praktisch keine Unterschiede bei ambulant behandelten Patienten mit Stimulanzienproblematik vor, stationär liegt das Durchschnittsalter in Thüringen etwas höher als bundesweit (31 vs. 29 Jahre). Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen sind in Thüringen 2018 sowohl ambulant als auch im stationären Bereich etwas jünger (35/37 Jahre und 37/38 Jahre). Bei den Patienten, die eine exzessive Mediennutzung betreiben, ist das Durchschnittsalter in Thüringen (ambulant) in etwa gleich hoch wie im Bund (27 Jahre), stationär spielt die Diagnose in Thüringen keine Rolle (Abbildung 41).

Abbildung 41: Durchschnittsalter (in Jahren)



10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- 2018 haben 46 Einrichtungen Daten für die Suchthilfestatistik geliefert. Gegenüber dem Vorjahr (N = 47) hat eine Einrichtung (Typ 2; stationär) weniger teilgenommen.
- Aufgrund der geringfügig verringerten Teilnehmerzahl liegt auch die Anzahl der Behandlungsfälle mit 11.725 Fällen etwas niedriger als im Vorjahr (12.008).
- 72% der Patienten sind Männer, 28% Frauen.
- Die am häufigsten vergebenen substanzbezogenen Hauptdiagnosen sind schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (1) Alkohol: 54%, (2) Stimulanzen: 19%, (3) Cannabinoiden: 15%.
- Die häufigste nicht-substanzbezogene Hauptdiagnose ist Pathologisches Glücksspielen (2%).
- Patienten mit einer cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose sind im Durchschnitt am jüngsten (\emptyset Alter: 25 bzw. 30 Jahre). Patienten 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 15 Jahren für Cannabis. Stimulanzen werden im Durchschnitt mit 18 Jahren erstmalig konsumiert und Opioide mit 21 Jahren.
- Bei Störungsbeginn sind Patienten mit einer Problematik mit Cannabinoiden, Stimulanzen, und exzessiver Mediennutzung am jüngsten (18, 21, 19 Jahre). Das höchste Alter bei Störungsbeginn haben die Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (27 Jahre).
- 83% aller Behandelten leben am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig (zur Miete oder in Wohneigentum), 7% leben bei anderen Personen, 3% in (Fach-) Kliniken oder stationären Rehabilitationseinrichtungen und 2% leben prekär, in Notunterkünften bzw. sind obdachlos.
- Patienten aller Störungsgruppen leben überwiegend (57%) nicht alleine, sondern zumeist entweder mit einem Partner oder noch mit den Eltern zusammen.
- 92% der Patienten haben einen Schulabschluss (am häufigsten Real- und Hauptschule). 4% befinden sich zum Zeitpunkt der Betreuung noch in Schulausbildung.
- 40% der Patienten sind bei Betreuungsbeginn arbeitslos (überwiegend nach SGB II). Die höchsten Arbeitslosenquoten weisen die Patienten mit opioid- und stimulanzenbezogener Hauptdiagnose auf (55%, 49%).
- 35% der Behandelten hat bei Behandlungsbeginn Schulden, der Großteil davon im Bereich bis 10.000 Euro.
- 36% der Patienten kommen als Selbstmelder ohne Vermittlung in eine der behandelnden Einrichtungen, davon Frauen etwas häufiger als Männer.
- 28% der Behandlungen werden aufgrund von Auflagen (Vorgaben durch Dritte) begonnen, bei Männern häufiger als bei Frauen. Gerichtliche Auflagen haben vor allem Patienten aus den Diagnosegruppen Cannabinoide, Stimulanzen, Opioide und Pathologisches Glücksspielen.

-
- Die höchsten Anteile von Patienten, die zum ersten Mal in Behandlung sind, liegen bei Patienten mit einer exzessiven Mediennutzung (71%), mit den Hauptdiagnosen Störungen durch Cannabinode (54%) und Pathologisches Spielen (54%) vor. Patienten mit einer Alkoholproblematik haben mit 28% die geringste Erstbehandlungsrate.
 - Die mittlere Betreuungsdauer im Bereich der substanzbezogenen Hauptdiagnosen ist am längsten bei Patienten mit einer Opioidproblematik (744 Tage), die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer (cannabinoidbezogene Hauptdiagnose) beträgt 199 Tage. Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei Alkoholpatienten ist mit 338 Tagen eher lang.
 - Etwa die Hälfte der Patienten beendet ihre Behandlung regulär, bei 34% kommt es zu einem Abbruch durch den Patienten. Die Abbruchquote ist bei Patienten mit einer Glücksspiel- und Opioidproblematik am höchsten (57%/49%), ebenso bei Patienten mit exzessiver Mediennutzung (53%; aber geringes N).
 - Am Ende der Behandlung kommt es nach Einschätzung der Behandler gegenüber dem Zustand bei Behandlungsbeginn bei der überwiegenden Mehrheit (59%) der Patienten zu einer Verbesserung im Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten.
 - In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe wird auch 2018 ein höherer Anteil an Patienten mit einer alkoholbezogenen Problematik behandelt als bundesweit. (54% vs. 49%). Das gleiche gilt, wie im Vorjahr, für Patienten mit einer Stimulanzienproblematik, deren Anteile sowohl ambulant als auch stationär deutlich über den bundesweiten liegen (amb.: 18% vs. 6%; stat.: 28% vs. 7%). Deutlich niedrigere Anteile an Patienten im Vergleich zum Bund sind in Thüringen im Zusammenhang mit den Hauptdiagnosen Opioide und Cannabis in Behandlung.

Quellen

Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55 (Sonderheft 1), S6- S14.

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/>

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2018). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2018). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2018). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2018). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Wohnheime/Eingliederungshilfen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Nord-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Süd-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Ost-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Mitte-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Ost-BEW. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Süd-BEW. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Mitte-BEW. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Specht, S. & Künzel, J. (2019). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). *Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

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.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2018). *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.