

Jutta Künzel
Monika Murawski
Larissa Schwarzkopf
Sara Specht

Suchthilfestatistik 2019
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical report 2019 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
Monika Murawski
Larissa Schwarzkopf
Sara Specht

Suchthilfestatistik 2019
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical report 2019 on the treatment of substance use disorders
Report on the current situation and the activities
of treatment centres in Thuringia

München, November 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Methodik	7
2.1	Design und Stichprobe.....	7
2.2	Datenerhebung und Diagnostik	7
2.3	Hinweise zum Verständnis des Berichts	8
3	Ergebnisse zu den Einrichtungen	10
4	Ergebnisse zur Klientel	13
4.1	Überblick zur Klientel	13
4.2	Verteilung der Hauptdiagnosen	15
4.3	Soziodemografische Daten.....	18
5	Ergebnisse zur Betreuung	31
6	Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose	42
7	Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2019	55
8	Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens	61
9	Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten	64
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	66
11	Quellen	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software.....	11
Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2019	14
Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2019.....	14
Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2019 (alle Typen)	14
Tabelle 5: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patienten mit eigener Symptomatik.....	17
Tabelle 6: Hauptmaßnahmen (Patienten mit eigener Symptomatik; Gesamt).....	18
Tabelle 7: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp	20
Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*	25
Tabelle 9: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	26
Tabelle 10: Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose).....	26
Tabelle 11: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 1).....	28
Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp	30
Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen	33
Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)	33
Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp).....	35
Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)	35
Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen und Einrichtungstyp	36
Tabelle 18: Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Typ 1).....	36
Tabelle 19: Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1)	37
Tabelle 20: Art der Beendigung (Einrichtungstyp).....	38
Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose	38
Tabelle 22: Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)	40
Tabelle 23: Veränderung der Konsummenge/Spiel-/Nutzungsdauer (Betreuungsanfang – Betreuungsende; Hauptsubstanzen/-spielform/-tätigkeit, Typ 1)	41
Tabelle 24: Geschlechterverteilung bei Patienten mit cannabinoibezogenen Störungen	42
Tabelle 25: Partnerschaft bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen	43
Tabelle 26: Lebenssituation von Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	44
Tabelle 27: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen	45
Tabelle 28: Problematische Schulden bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	48
Tabelle 29: Suchtbezogene Komorbidität bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	49
Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum	49
Tabelle 31: Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen in den Einrichtungen.....	12
Abbildung 2: Hauptdiagnosen und Einrichtungstypen.....	15
Abbildung 3: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Behandlungsbeginn; Typ 1).....	19
Abbildung 4: Altersverteilung bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)	20
Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen).....	21
Abbildung 6: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform / Haupttätigkeit Mediennutzung; alle Einrichtungstypen)	22
Abbildung 7: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn; Einzeldiagnosen; alle Einrichtungstypen).....	22
Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen).....	23
Abbildung 9: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)	24
Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, alle Einrichtungstypen)	27
Abbildung 11: Berufliche Integration am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)	29
Abbildung 12: Auflagen bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1)	31
Abbildung 13: Anteil der Erstbetreuten bei den häufigsten Hauptdiagnosen.....	34
Abbildung 14: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Einrichtungstypen).....	39
Abbildung 15: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)	40
Abbildung 16: Alter bei Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	43
Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl Kinder (Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	44
Abbildung 18: Höchster Schulabschluss bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	46
Abbildung 19: Berufsausbildung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	47
Abbildung 20: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen	47
Abbildung 21: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen	50
Abbildung 22 Problematik zu Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	50
Abbildung 23: Vermittlung in die Betreuung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	51
Abbildung 24: Weitervermittlung/Verlegung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	52
Abbildung 25: Dauer der Betreuung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen ...	52
Abbildung 26: Planmäßige Beendigungen bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	53
Abbildung 27: Anteil der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit gebesselter Problematik am Betreuungsende.....	54
Abbildung 28: HD Cannabinoide: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Betreuung.....	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)	57
Abbildung 33: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)	58
Abbildung 34: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen)	59
Abbildung 35: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patienten (alle Einrichtungstypen)	60
Abbildung 36: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)	61
Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)	62
Abbildung 38: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)	63
Abbildung 39: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)	63
Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen	64
Abbildung 41: Durchschnittsalter (in Jahren)	65

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet eine Übersicht über die Auswertung der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2019 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patienten. In Thüringen wird bereits seit mehr als 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 mehr als 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 DSHS beteiligt haben (Dauber, Künzel, Schwarzkopf & Specht, 2020). In die Erhebung von 2019 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 49 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 2019 (aktuellste Auswertung: Dauber, Künzel, Schwarzkopf & Specht, 2020). Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) entnommen werden.

2.2 Datenerhebung und Diagnostik

Die Datenerhebung wurde in den Einrichtungen mit dem *Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS)* durchgeführt. Die aktuelle Version des KDS, der KDS 3.0, wurde – wie die Vorgängerversion – vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2020) 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 Spielen) oder mit Einführung des neuen KDS 3.0 auch F63.8/F68.8 (Exzessive Mediennutzung; erstmalig

ab 2017)¹. Ebenfalls (teilweise) miteinbezogen werden Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik eines Angehörigen aufsuchten. Hauptdiagnosen werden nur für Patienten mit einer eigenen Problematik vergeben und zwar bei den ICD 10 Diagnosen F10 – F19 mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 für den schädlichen Gebrauch der Substanz bzw. 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 über den Diagnosecode alleine „nicht oder nur unzureichend abbildbar sind“ (Braun & Le-sehr, 2017). Diejenige Substanz, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht und den Behandlungsgrund darstellt, wird als Haupts substanz kodiert. Die Haupts substanz geht neben der Hauptdiagnose ebenfalls in die Auswertung mit ein.

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

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

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

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

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

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden Prozentwerte in den Tabellen ohne Prozentzeichen dargestellt und es werden folgende Begriffe genutzt: „Patient“ sowohl für männliche und weibliche als auch für ambulant sowie stationär behandelte Personen³, „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

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

3 Ergebnisse zu den Einrichtungen

2019 beteiligten sich insgesamt 49 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik für den Freistaat Thüringen (29 ambulante, 4 stationäre und 16 soziotherapeutische Einrichtungen; Tabelle 1). Im Vergleich zum Vorjahr, in dem eine Beteiligung von 46 Einrichtungen vorlag, hat sich die Beteiligung somit leicht erhöht.

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 der Software „Ebis“ sowie in einem Fall mit einer klinikinternen Software.

Mit der Einführung des KDS 3.0 (Datenjahr 2017) hat sich die Anzahl der Einrichtungstypen von ursprünglich 16 auf nunmehr 7 verringert. Diese Umstellung hat seit 2017 eine veränderte Darstellung im Jahresbericht der Suchthilfestatistik Thüringen zur Folge. Bisher wurden die Ergebnisse nach folgenden Typen/-kombinationen präsentiert: Typ 2+3+16 (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 überein (jedoch ohne Typ 16, der nach der neuen Systematik Typ 6 entspricht, in diesem Datenjahr aber nicht vertreten ist).
- 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 liefert zu einigen Themenbereichen auch eine zusätzliche Darstellung nach folgenden ausgewählten Hauptmaßnahmen: ABW (ambulant betreutes Wohnen), NIH (Niedrigschwellige Hilfen), SOZ (Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen) und NAS (Reha-Nachsorge).

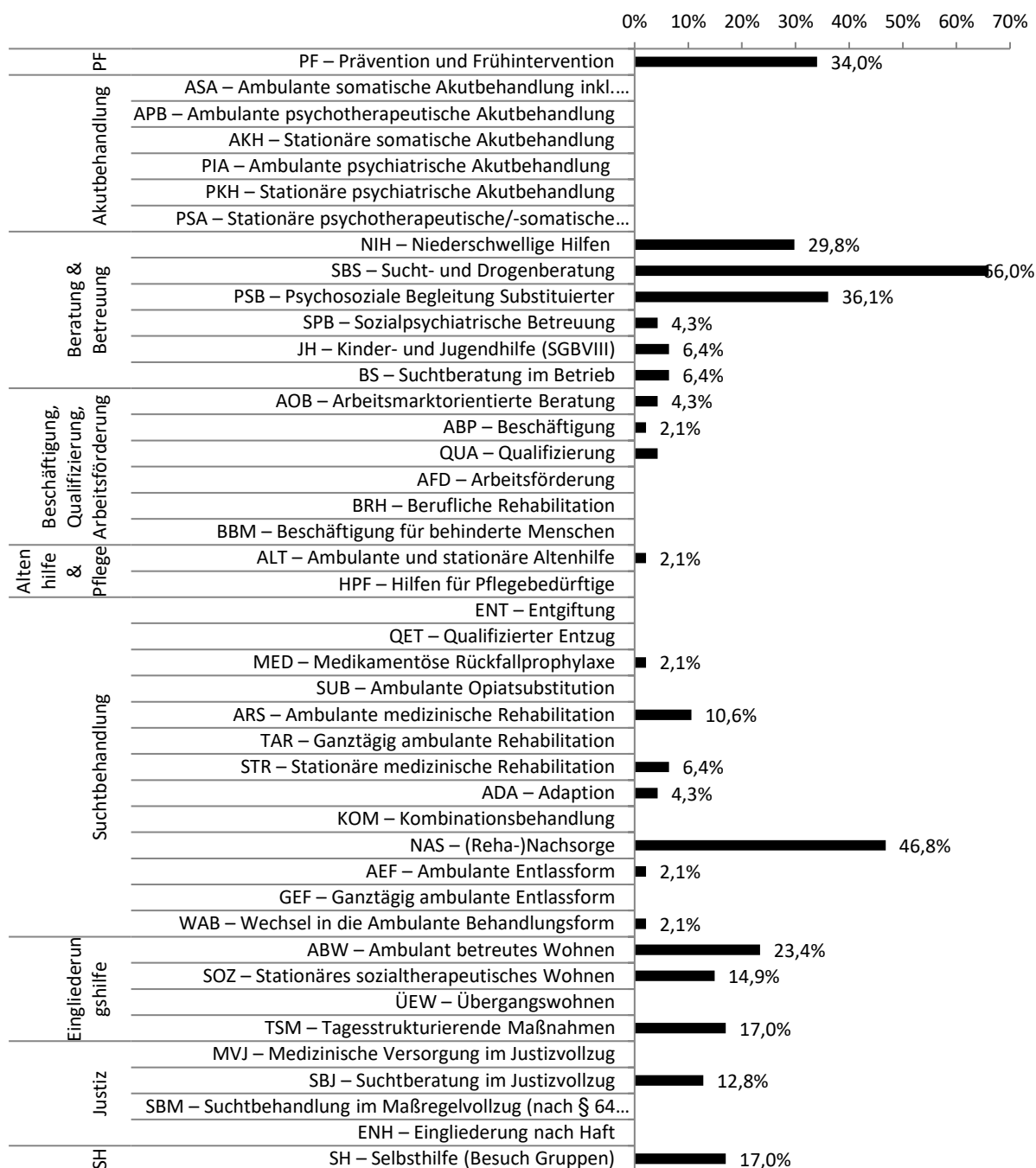
Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software

Einrichtungstyp*	Typen- nummer	Software/System		Gesamt 2019	Gesamt 2018
		Ebis	Sonst.		
Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	1	29	-	29	27
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + Adaptionseinrichtungen (Typ 2)	2	3	1	4	3
Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5)	5	16	-	16	15
Einrichtung im Strafvollzug (Typ 6)	6	-	-	-	1
Gesamt		48	1	49	46

* 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 2019 von mindestens einem Patienten in Anspruch genommen wurden. Darüberhinaus angebotene/geplante Maßnahmen, die nicht genutzt wurden, bleiben unberücksichtigt. Die mit Abstand häufigste Maßnahme im Jahr 2019 ist die Sucht- und Drogenberatung (SBS; 66%), gefolgt von Reha-Nachsorge (NAS; 47%) sowie der psychosozialen Begleitung Substituierter (PSB; 36%). Ebenfalls häufiger wurden Maßnahmen im Bereich Prävention und Frühintervention (PF; 34%). Niedrigschwellige Hilfen (NIH; 30%) und Angebote des Ambulanten Wohnens (ABW; 23%) wurden ebenfalls häufig in Anspruch genommen. Auch Tagesstrukturierende Maßnahmen (TAR; 17%) sowie Selbsthilfeangebote (SH; 17%) spielen noch eine nennenswerte Rolle bei der Hilfeinanspruchnahme 2019.

Abbildung 1: Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen in den Einrichtungen



N(Gesamt)= 47; Mehrfachnennungen möglich

4 Ergebnisse zur Klientel

In diesem Kapitel werden die 2019 in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen 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 Hauptdiagnosegruppen⁴ (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien, Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung) für einige Merkmale vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Beratungsstellen (Typ 1), da hier die mit Abstand höchsten Fallzahlen vorliegen. Für die Gruppe der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung, die in der Thüringer Suchthilfe analog der bundesweiten Situation (Dauber, Künzel, Schwarzkopf & Specht, 2020) den größten Anteil der Betreuten darstellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Störungen wird aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungstypen auf diese Darstellung verzichtet. Die Ergebnisse werden teilweise für Männer und Frauen getrennt dargestellt, um geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen.

4.1 Überblick zur Klientel

Die Auswertung des Jahres 2019 basiert auf insgesamt 12.145 dokumentierten Betreuungsfällen. Die Stichprobengröße hat damit gegenüber dem Vorjahr etwas zugenommen (2018: 11.725), was sich durch die Teilnahme von drei zusätzlichen Einrichtungen, die im Vorjahr nicht teilgenommen hatten, 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 = 2:1).

⁴ Soweit nicht anders vermerkt beziehen sich die Aussagen zur Klientel mit einer bestimmten suchtbewogenen Störung (z.B. Patienten mit alkoholbezogener Störung) immer auf Personen mit entsprechender Hauptdiagnose

Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2019⁵

Betreuungen	M	F	G	n
Übernahmen nach 2019	46,8	47,6	47,0	5.707
Zugänge 2019	53,2	52,4	53,0	6.438
Beender 2019	51,8	50,1	51,3	6.225
Übernahmen nach 2020	58,2	49,9	48,7	5.920
	8.549	3.589		12.145*
*Gesamt %	70,4	29,6		-

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

n= 49 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

*enthält 6 Nennungen „Geschlecht: ohne Angabe“

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über den Betreuungsumfang nach ausgewählten Hauptmaßnahmen. Die Betreuungszahlen 2019 weisen dabei eine Spannweite von n=155 für Reha-Nachsorge (NAS) bis n=246 für Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ) auf.

Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2019

Hauptmaßnahme	N*	Übernahme nach 2019	Zugänge 2019	Beender 2019	Übernahme nach 2020	Betreuungen Gesamt
ABW	10	132	65	70	127	194
NIH	5	116	46	65	97	162
SOZ	8	156	90	96	150	246
NAS	7	71	84	65	90	155

*Anzahl Einrichtungen;

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

Tabelle 4 zu Folge war der Grund der Betreuung in der Regel die eigene Symptomatik (98%). Im Gegensatz zu Männern suchen Frauen ambulante Einrichtungen aber auch des Öfteren wegen der Problematik eines Angehörigen auf (Typ 1: 18%).

Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2019 (alle Typen)

Betreuungsgrund	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt		n
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Eigene Symptomatik	97,8	81,7	100,0	100,0	100,0	100,0	98,1	83,1	6.031
Familienangehörige	2,2	18,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	16,9	407
Gesamt	3.982	1.735	453	118	117	27	4.552	1.607	6438*

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

* enthält 6 Nennungen „Geschlecht: keine Angabe“;

Typ 1: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 2: n=4 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 16 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 49 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

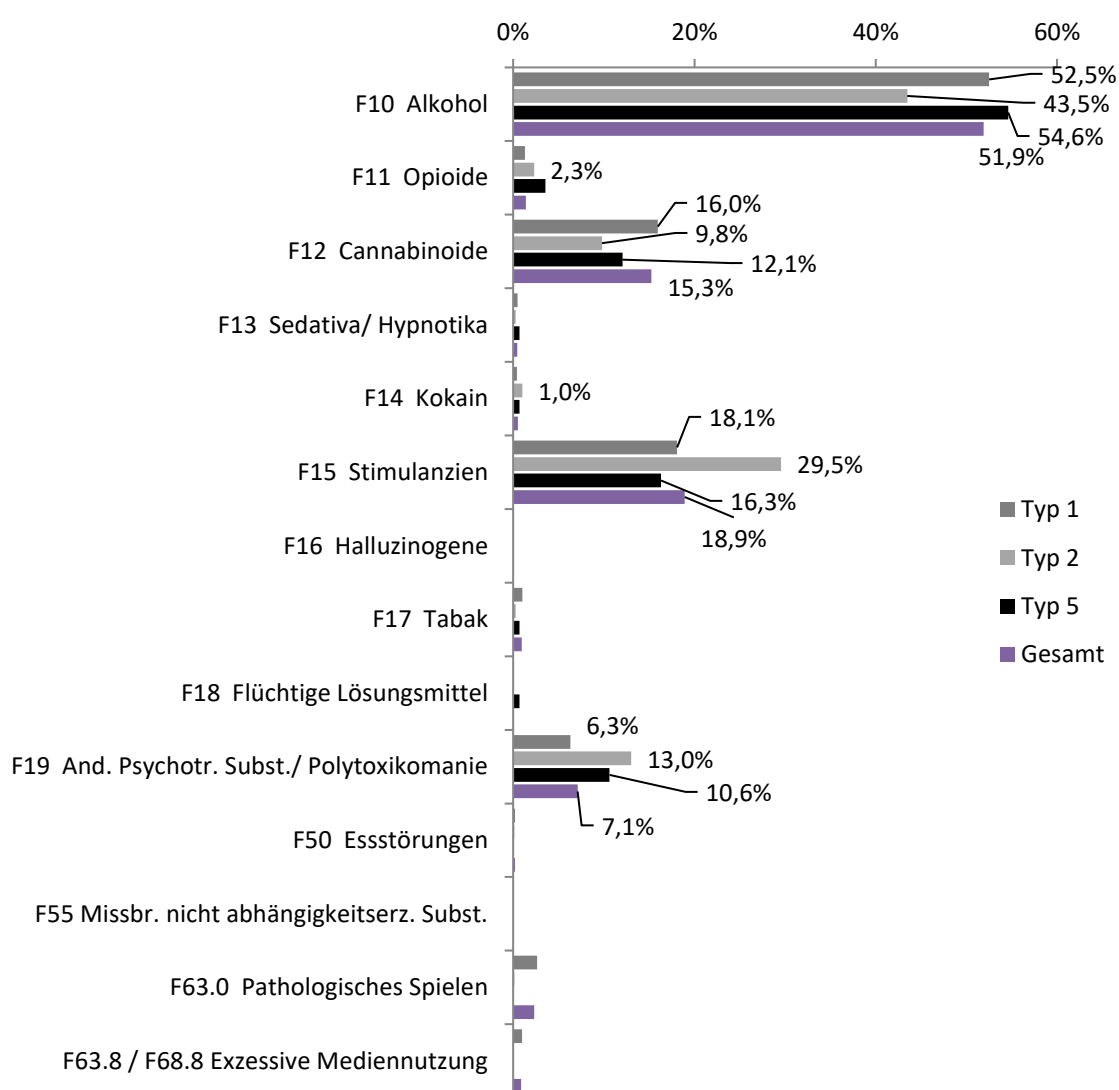
⁵ Nur in den Tabellen 2,3,4, nicht aber in allen darauffolgenden Analysen, sind auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund einer Suchproblematik eines Angehörigen oder anderer Bezugsperson durchgeführt worden sind.

4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde für 5.680 (94%) der 6.031 erfassten Betreuungsfälle eine Hauptdiagnose vergeben. Für 233 (4%) Betreuungsfälle fehlt die Hauptdiagnose, jedoch wurde ein Grund dafür dokumentiert. In insgesamt 118 Fällen wurde weder eine Hauptdiagnose kodiert noch ein Grund für die fehlende Kodierung angegeben (2%).

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



Die über alle Einrichtungstypen mit Abstand am häufigsten vergebenen Hauptdiagnose ist dabei – wenn auch bei rückläufiger Tendenz - der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol (Anteil gesamt: 52% (2018: 54%; 2017: 60%). Der

Unterschied zwischen Männern und Frauen ist mit Anteilen von 53% und 51% nur gering. Der höchste Anteil an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen findet sich – wie im Vorjahr – in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 55%), der geringste – ebenfalls wie im Vorjahr, in den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 44%).

Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen bilden - unverändert gegenüber dem Vorjahr - auch 2019 wieder die zweitgrößte Patientengruppe (19%). Während die Anteilswerte für Frauen im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert sind (2019: 25%; 2018: 26% |-4%), ist bei den Männern eine leichte Zunahme zu beobachten (2019: 17%; 2018: 15% | +13%) Der höchste Anteil an Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen findet sich in den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2), wo im Vergleich zum Vorjahr zudem ein leichter Anstieg entsprechender Behandlungen zu beobachten ist (2018; 28%; 2019: 30%). Insbesondere bei Frauen hat sich hier der Anteil erhöht (2018: 28%; 2019: 31%).

An dritter Stelle stehen, ebenfalls wie in den beiden Vorjahren, Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, deren Anteil, wie im Vorjahr, insgesamt bei 15% liegt. Hierbei sind cannabinoidbezogene Störungen bei Männern (17%) häufiger als bei Frauen (12%). Der höchste Anteil an Betreuten mit einer cannabinoidbezogenen Störung findet sich in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 16%), der geringste in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 9%).

Den vierten Rang nehmen Patienten mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch bzw. den Konsum anderer psychotroper Substanzen mit einem Anteil von 7% (2018: 5%) ein. Der Anteil an Betreuten mit entsprechender Diagnose ist, ebenfalls wie im Vorjahr, in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 13%) und sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 11%) deutlich höher als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 6%). Der Anteil an Betreuten mit opioidbezogenen Störungen ist mit 2% über die vergangenen vier Jahre hinweg gleichgeblieben. Patienten mit opioidbezogener Störung werden am häufigsten in sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 4%) und am seltensten in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 1%) betreut.

Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen werden mit gleicher Häufigkeit wie im Vorjahr (2%) betreut. Die Betreuung dieser Patienten findet fast ausschließlich in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 3%) 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				N
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G		
Alkohol	53,2	50,8	52,5	42,2	47,9	43,5	52,6	63,0	54,6	52,1	51,4	51,9	2.948	
Opioide	1,4	1,0	1,3	2,5	1,8	2,3	2,6	7,4	3,5	1,5	1,1	1,4	80	
Cannabinoide	17,4	12,0	16,0	10,4	7,7	9,8	13,2	7,4	12,1	16,6	11,5	15,3	867	
Sedativa/ Hypnotika	0,3	1,1	0,5	0,2	0,6	0,3	0,9	0,0	0,7	0,3	1,0	0,4	25	
Kokain	0,4	0,3	0,4	1,2	0,6	1,0	0,9	0,0	0,7	0,6	0,3	0,5	29	
Stimulanzien	15,6	24,9	18,1	29,2	30,8	29,5	16,7	14,8	16,3	16,9	24,7	18,9	1.075	
Halluzinogene	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	
Tabak	0,8	1,7	1,0	0,3	0,0	0,3	0,9	0,0	0,7	0,7	1,5	0,9	53	
Flüchtige Lösungsmittel And. psychotrop. Substanzen/ Polytoxikomanie.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	2	
Essstörungen	6,8	5,0	6,3	13,9	10,1	13,0	11,4	7,4	10,6	7,7	5,5	7,1	404	
Missbr. nicht abhängigkeitsers. Substanzen	0,0	0,8	0,2	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2	11	
Path. Spielen	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	3	
Exzess. Medien- nutzung	2,9	1,9	2,7	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	2,5	1,7	2,3	133	
	1,2	0,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	0,9	49	
Gesamt	3.646	1.322	4.970*	606	169	775	114	27	141	4.211	1.467		5.680	

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

* enthält 2 Nennungen „Geschlecht unbestimmt“ Typ1: n=29 Einrichtungen (unbekannt: 2,2%). Typ 2: n= 4 Einrichtungen (unbekannt: 0,1%). Typ5: n=16 Einrichtungen (unbekannt:0,7%). Gesamt: n= 47 Einrichtungen (unbekannt: 2,0%);

In den vier dargestellten Hauptmaßnahmen (Tabelle 6) sind die Hauptdiagnosegruppen zum Teil sehr unterschiedlich verteilt. Während in allen vier Hauptmaßnahmen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mit hohen (SOZ:48% - NIH: 71%) bzw. Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen mit mittleren Anteilen (ABW: 11% - SOZ: 20%) vertreten sind, finden sich Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen insbesondere im Stationären Sozialtherapeutischen Wohnen (18%) und Patienten mit opioidbezogenen Störungen ausschließlich dort (4%) bzw. in Niedrigschwelligen Hilfen (NIH; 2%). Patienten mit einer polytoxikomanen Problematik befinden sich mit Abstand am häufigsten im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW; 19%).

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

Hauptdiagnose	ABW	NIH	SOZ	NAS
Alkohol	63,0%	70,7%	48,1%	69,0%
Opioide	0,0%	2,4%	3,8%	0,0%
Cannabinoide	5,6%	9,8%	17,7%	4,8%
Sedativa/Hypnotika	0,0%	0,0%	1,3%	2,4%
Kokain	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%
Stimulanzien	11,1%	17,1%	20,3%	16,7%
Halluzinogene	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tabak	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%
And. Psychotrop. Substanzen/Polytoxikomanie	18,5%	0,0%	6,3%	7,1%
Essstörungen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Missbr. nicht abhängigkeits-erzeugender Substanzen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pathologisches Spielen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Exzess. Mediennutzung	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	54	41	79	84

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

4.3 Soziodemografische Daten

Die folgenden Darstellungen differenzieren nach alkohol-, opioid-, cannabinoid- und stimulantienbezogenen Störungen sowie nach Pathologischem Spielen und Exzessiver Mediennutzung. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für Patienten mit Exzessiver Mediennutzung (N=38) aufgrund der geringen Fallzahl nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind. Da hier mit einem Bedeutungszuwachs in den kommenden Jahren zu rechnen ist, wurde diese seit 2017 neu im KDS 3.0 aufgenommene Diagnose dennoch in die Berichterstattung integriert, um für künftige Auswertungsjahre frühe Vergleichszahlen verfügbar zu haben.

Geschlecht

Der Großteil der betreuten Patienten ist männlich (70%). Von den Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 66% (stimulantienbezogene Störungen) und 80% (cannabinoid- bzw. opioidbezogene Störungen) Männer.

Bei den nicht substanzbezogenen Störungen Pathologisches Spielen und Exzessive Mediennutzung ist der Männeranteil mit 81% bzw. 90% sogar noch etwas höher.

Alter bei Betreuungsbeginn

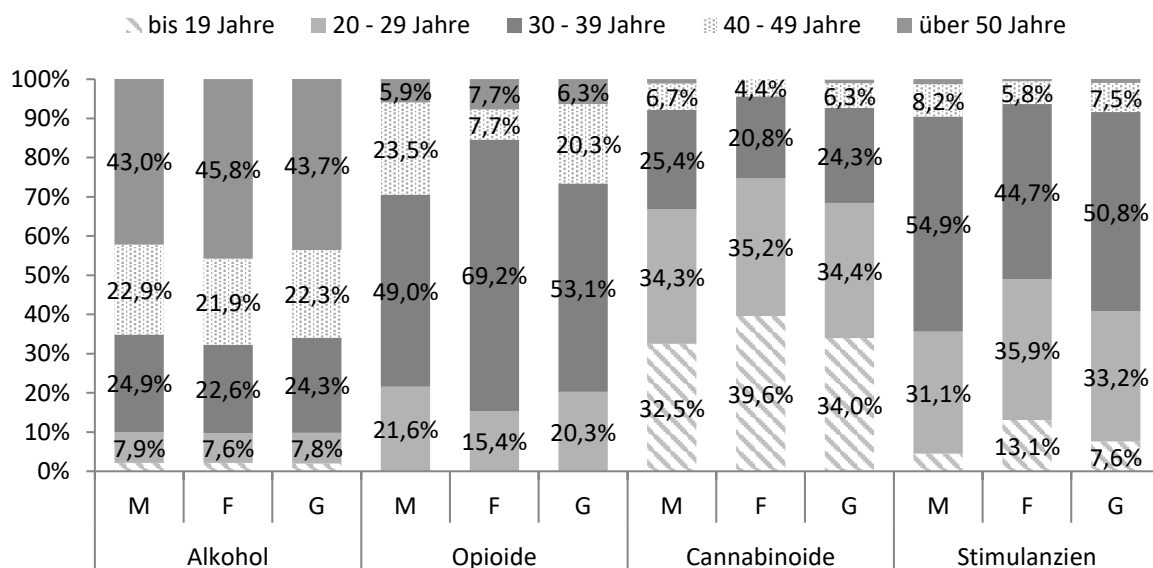
Patienten mit alkoholbezogener Störung bilden die älteste Gruppe. Zu Beginn der ambulanten Betreuung (Typ 1) ist knapp die Hälfte von ihnen über 50 Jahre alt (44%) (Abbildung 3). Dabei finden sich in der obersten Altersgruppe etwas mehr Frauen (46%) als Männer (43%). Sehr junge Patienten (bis 19 Jahre: 2%) werden dagegen kaum betreut.

Patienten mit einer opioidbezogenen Störung sind deutlich jünger. Gut jeder zweite (53%) ist zwischen 30 und 39 Jahren alt. In dieser Altersgruppe befindet sich ein deutlich höherer Anteil an Frauen als an Männern (69% vs. 49%).

Eine noch jüngere Altersstruktur weisen Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung auf. Rund ein Drittel der Männer (33%) und Frauen (40%) mit einer entsprechenden Hauptdiagnose fallen in die Altersgruppe der bis 19-Jährigen. Demgegenüber ist nur 1% der Patienten älter als 50 Jahre.

Auch die Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose sind vergleichsweise jung. Hier befindet sich sowohl bei Männern (31%) als auch bei Frauen (36%) etwa jeder Dritte in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen und 8% sind bis zu 19 Jahre alt. Über 50jährige finden sich auch hier nur in Einzelfällen.

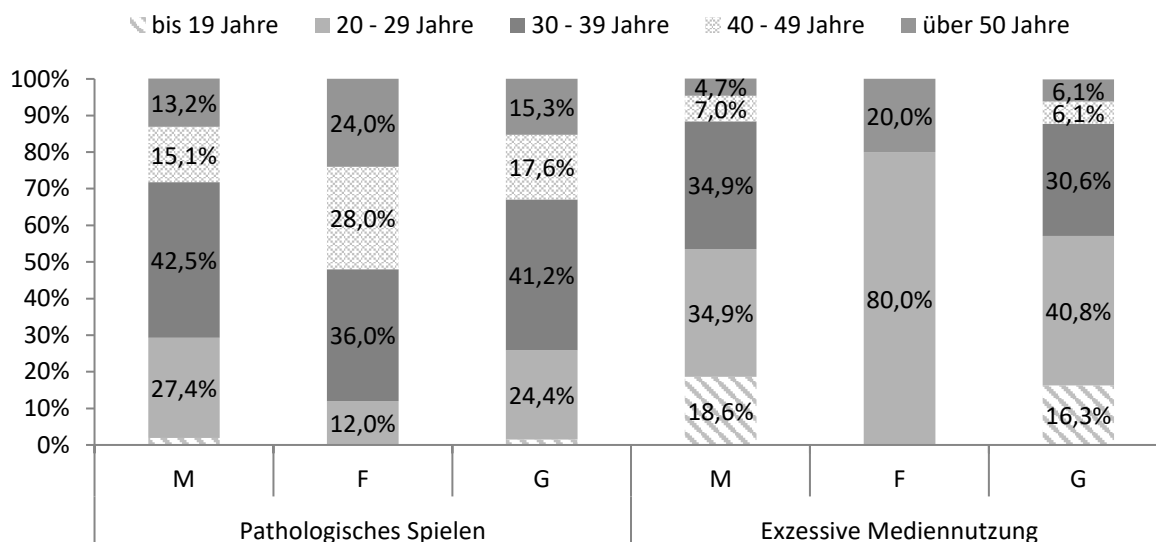
Abbildung 3: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Behandlungsbeginn; Typ 1)



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

Bei Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen liegt der Altersschwerpunkt bei 30 bis 39 Jahren (43%). In diesem Altersbereich finden sich 36% der betroffenen Frauen und 43% der betroffenen Männer. Die Alterszusammensetzung der Patienten mit einer Problematik im Bereich Exzessiver Mediennutzung unterscheidet sich davon deutlich. Die Patienten sind wesentlich jünger als Personen mit einer Glücksspielproblematik: 41% von ihnen sind zwischen 20 und 29 Jahre alt, 16% sind jünger als 20 Jahre (Abbildung 4).

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



M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt

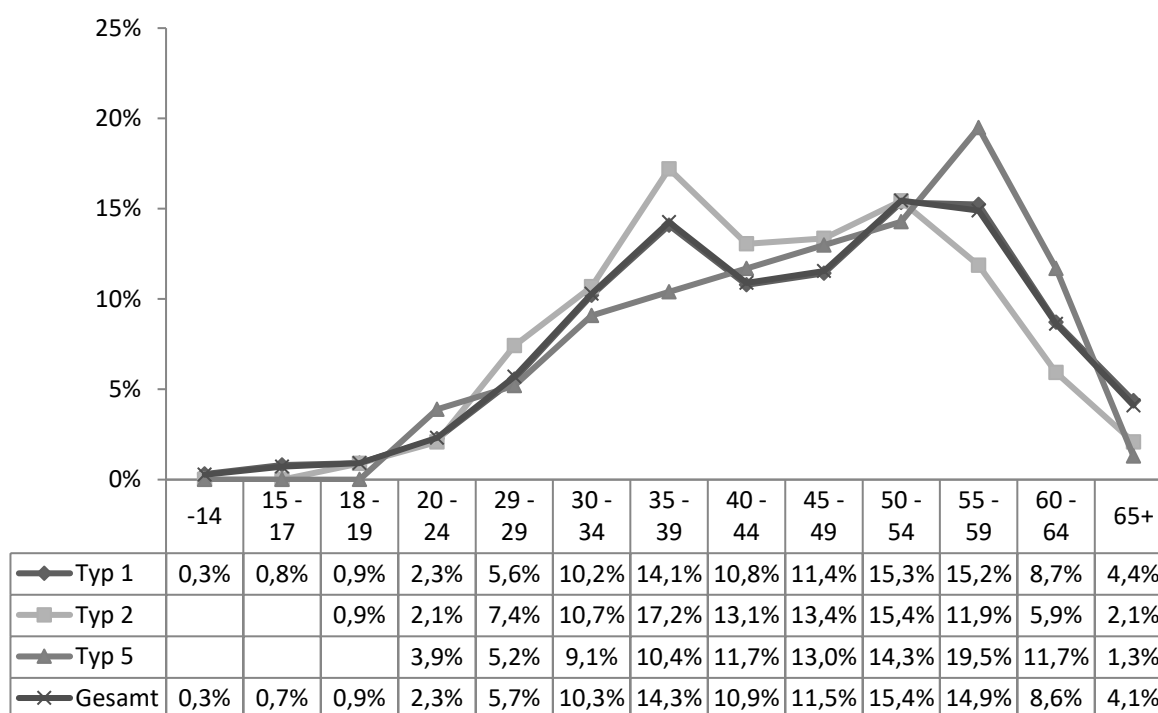
Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung sind im Mittel am ältesten (\bar{x} 46 Jahre, Tabelle 7) und Personen mit einer cannabinoidbezogenen Störung am jüngsten (\bar{x} 25 Jahre). Mit 37 Jahren liegt der Altersdurchschnitt von Patienten mit einer Glücksspielproblematik ebenfalls im höheren Bereich, im Gegensatz zu den Patienten, die wegen ihrer exzessiven Mediennutzung betreut werden. Sie zählen mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren zu den eher Jüngeren. In soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) ist die Klientel tendenziell älter als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) bzw. stationären Rehaeinrichtungen (Typ 2).

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	45,8	2.607	44,1	337	46,7	77	45,7	2.945
Opiode	35,3	64	35,3	18	38,6	5	35,4	80
Cannabinoide	25,4	793	29,1	76	29,6	17	25,7	867
Stimulanzien	30,5	898	32,5	229	31,0	23	30,8	1.074
Path. Spielen	37,1	131	34,0	1	0,0	0	37,1	132
Exzessive Mediennutzung	28,9	49	0,0	0	0,0	0	28,9	49

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

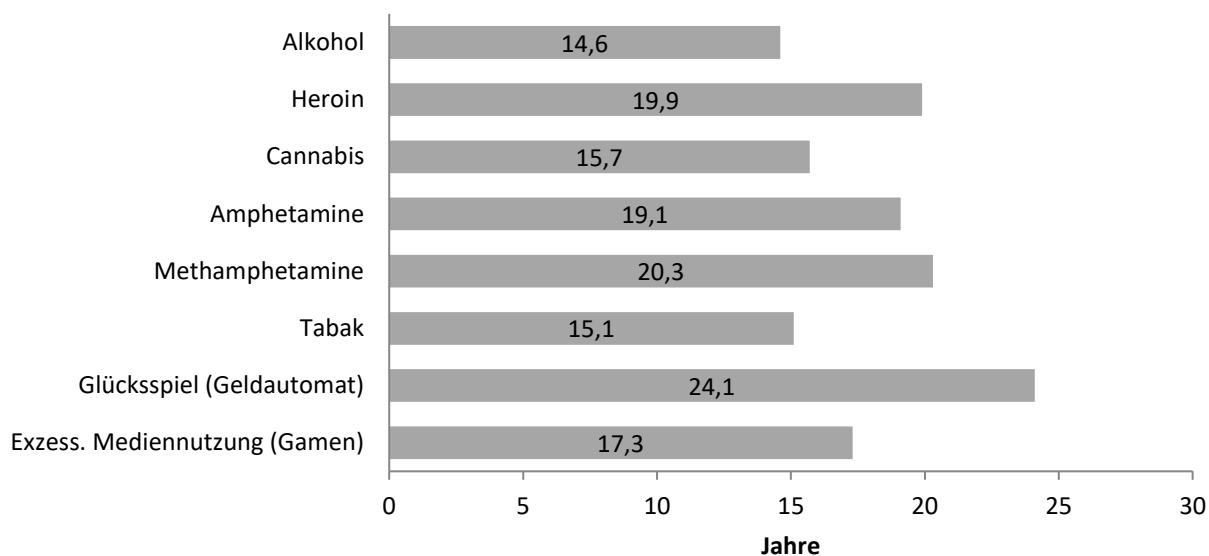
Abbildung 5: Altersverteilung (alkoholbezogene Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)



Alter bei Erstkonsum

Zur Ermittlung des Alters des Erstkonsums wird jeweils die Hauptsubstanz bzw. Hauptglücksspielform bzw. Haupttätigkeit der Mediennutzung herangezogen (Abbildung 6). Für den ersten Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak geben die Patienten im Durchschnitt ein Alter von jeweils 15 Jahren an. Von den illegalen Substanzen wird Cannabis mit einem Durchschnittsalter von 16 Jahren am frühesten konsumiert, gefolgt von Amphetaminen mit 19 Jahren. Mit durchschnittlich 17 Jahren - und damit ebenfalls verhältnismäßig früh - beginnt das Gamen. Am spätesten im Lebenslauf wird mit dem Spielen an Geldautomaten begonnen (24 Jahre).

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

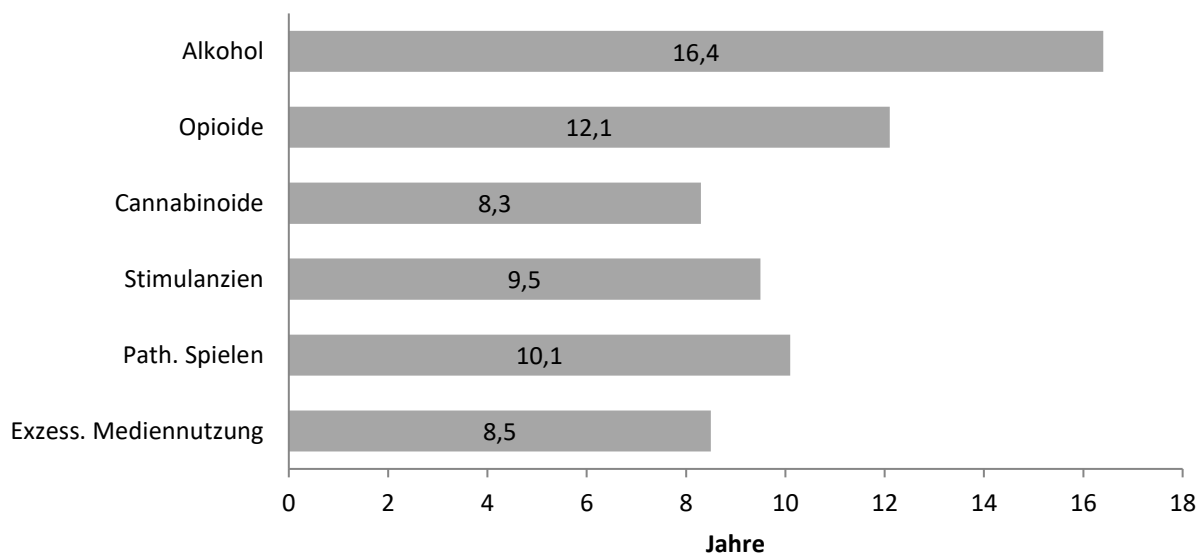


N=46 Einrichtungen

Störungsdauer

Die durchschnittliche Dauer zwischen Auftreten einer Störung und dem Beginn der Betreuung liegt bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung bei 16 Jahren (Abbildung 7). Die sogenannte Latenzzeit ist damit hier am längsten. Bei Patienten mit Exzessiver Mediennutzung (9 Jahre) oder einer cannabinoidbezogenen Problematik (8 Jahre) ist die Zeitspanne zwischen Störungs- und Betreuungsbeginn nur etwas halb so lang.

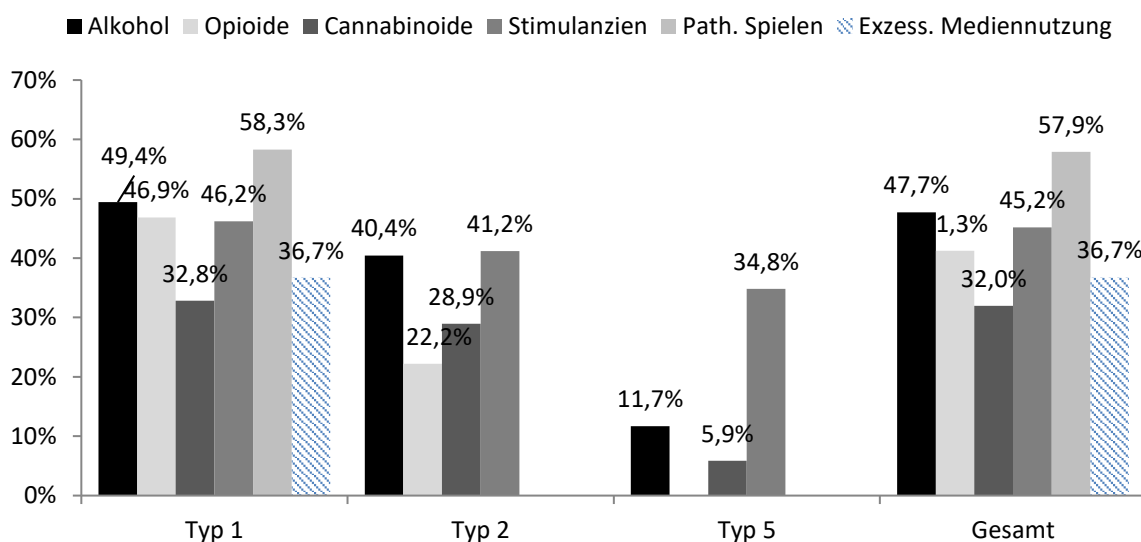
Abbildung 7: Störungsdauer (\bar{x} Alter bei Betreuungsbeginn – \bar{x} Alter bei Störungsbeginn; Einzeldiagnosen; alle Einrichtungstypen)



Partnerschaft

44% aller Patienten, die in einer ambulanten Einrichtung der Thüringer Suchthilfe betreut werden, leben in einer Partnerschaft (Abbildung 8). Am häufigsten trifft dies auf Personen mit einer Glücksspielproblematik zu (58%), am seltensten auf Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung (32%), 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 (Typ 5) betreut werden. Nur 12% der Patienten mit einer alkohol- bzw. ein Drittel der Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung befinden sich hier in einer festen Partnerschaft. In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) finden sich die Patienten am häufigsten in einer festen Partnerschaft. Frauen haben störungsübergreifend häufiger eine feste Partnerschaft (52%), wohingegen Männer nur zu 41% in einer Beziehung leben.

Abbildung 8: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)



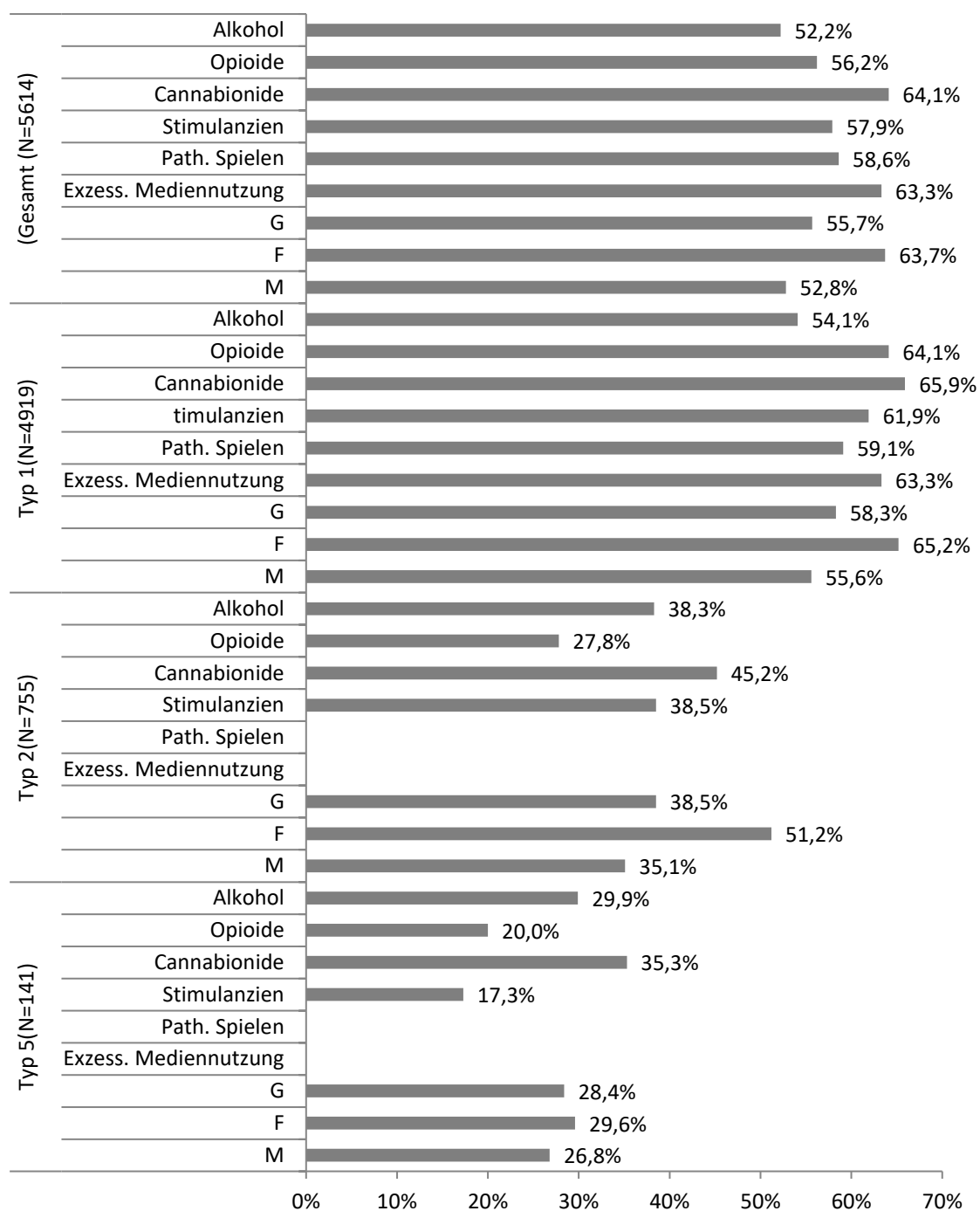
Angaben in Prozent

Lebenssituation

Unabhängig von der Art der suchtbezogenen Störung leben mehr Patienten mit anderen Personen zusammen als alleine (56%, Abbildung 9). Insgesamt trifft dies auf Frauen deutlich häufiger zu als auf Männer (64% vs. 53%). Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung leben am häufigsten mit anderen zusammen (64%). Da es sich bei ihnen um eine recht junge Patientengruppe handelt, lebt ein großer Teil (49%) von ihnen noch bei den Eltern. Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (52%) oder einer Glücksspielproblematik (59%) leben ebenfalls mehrheitlich mit anderen zusammen – und zwar meist mit einem Partner. Auch Patienten mit einer Stimulanzenproblematik (58%) leben größtenteils in Gemeinschaft, hauptsächlich zusammen mit einem Partner und/oder mit Kindern (45%, 38%).

Patienten, die in sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) betreut werden, leben am häufigsten alleine. Bei Patienten, die in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen betreut (Typ 1) werden, trifft dies am seltensten zu.

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



M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt

Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, mit wem die Patienten der einzelnen Einrichtungstypen vor Beginn ihrer Betreuung zusammengelebt haben. Patienten, die in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) betreut werden, leben am häufigsten mit Partnern (55%) oder Kindern zusammen (49%). Dies gilt in geringerem Umfang auch für die Patienten in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 47% bzw. 26%). Patienten in sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) leben dagegen vorrangig mit sonstigen Bezugspersonen/anderen Personen zusammen, wie z.B. Mitbewohnern einer Wohngemeinschaft oder Notunterkunft (90%). Frauen leben deutlich häufiger mit Kindern zusammen als Männer (Typ 1: 47% vs. 26%; Typ 2: 45% vs. 18%). Männer leben dagegen häufiger als Frauen noch bei ihren Eltern (Typ 1: 25% vs. 14%; Typ 2: 26% vs. 13%).

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	55,0	54,3	54,9	45,5	59,8	48,8	10,0	25,0	12,5	53,9
Kind(ern)	26,3	46,5	32,3	18,2	45,1	25,8	0,0	25,0	5,0	31,4
Eltern	24,9	13,8	21,6	26,3	13,4	22,7	6,7	0,0	5,0	21,6
Sonstige (Bezugs-) Personen	21,6	14,5	19,4	22,5	9,8	18,9	90,0	62,5	85,0	20,3
Gesamt (Anzahl)	1976	846	2859	209	82	291	30	8	40	3.122

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

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

Wohnsituation

Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung oder einer Glücksspielproblematik leben am Tag vor Betreuungsbeginn zudem zum großen Teil selbstständig, d.h. sie wohnen zur (Unter-) Miete bzw. in den eigenen vier Wänden (88% bzw. 83%; Tabelle 9). Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung leben demgegenüber am seltensten selbstständig (57%), dafür aber am häufigsten mit anderen Personen zusammen (34%). Aufgrund des vorwiegend jugendlichen Alters dieser Patienten, kann angenommen werden, dass es sich dabei um die Eltern handelt.

Im Justizvollzug leben am häufigsten Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung sowie Patienten mit einer Glücksspielproblematik (jeweils 5%). In prekären Wohnverhältnissen, d.h. in Notunterkünften oder obdachlos, leben insbesondere Patienten mit opioid- bzw. mit stimulanzenbezogenen Störungen (2% bzw. 3%; Tabelle 9).

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

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

Wohnsituation	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung	Gesamt
Selbstständiges Wohnen	87,5	64,1	56,5	68,3	82,6	67,3	3.759
Bei anderen Personen	6,7	20,3	34,3	19,3	11,4	30,6	735
Ambulant betreutes Wohnen	1,3	4,7	1,0	0,2	0,0	0,0	49
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,1	1,3	0,3	1,0	1,5	0,0	46
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,2	4,7	3,9	2,7	0,0	2,0	104
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	0,7	3,1	2,3	5,3	4,5	0,0	348
Notunterkunft/ohne Wohnung	1,2	1,6	1,4	2,8	0,0	0,0	81
Gesamt	2574	64	788	892	132	49	

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

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patienten mit alkoholbezogener Störung am Tag vor Betreuungsbeginn gibt Tabelle 10. Patienten der ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) sowie der stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) wohnen zu 88% bzw. 68% selbständig. In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) trifft dies nur auf 43% zu. Diese Patientensubgruppe lebt vor Antritt ihrer Betreuung relativ häufig in (Übergangs-) Wohnheimen (12%) oder stationären Suchthilfeinrichtungen (22%).

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

Wohnsituation	Einrichtungstypen			Gesamt
	Typ 1	Typ 2	Typ 5	
Selbständiges Wohnen	87,5	68,0%	41,6%	84,5%
Bei anderen Personen	6,7	6,2%		6,6%
Ambulant betreutes Wohnen	1,3	1,2%	2,6%	1,3%
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,1	17,2%	22,1%	3,0%
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,2	1,5%	11,7%	1,5%
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	0,7	2,7%	9,1%	1,2%
Notunterkunft/Übernachtungsstelle/Ohne Wohnung	1,4	3,3%	13,0%	1,9%
Gesamt	2574	337	77	2912

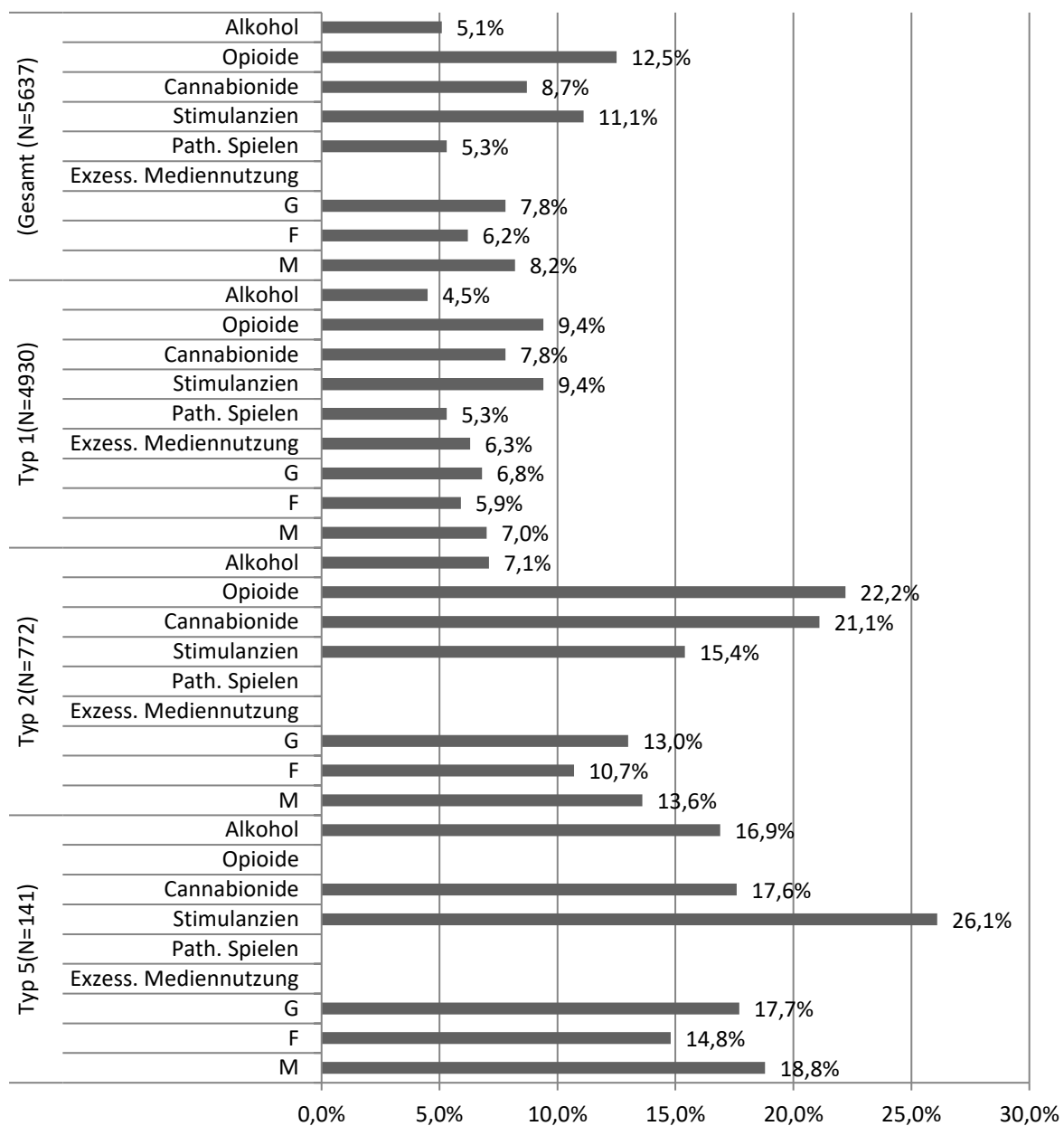
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Schulausbildung

Abbildung 10 zeigt die zum Teil recht hohen Anteile an Patienten in Suchthilfeinrichtungen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben. Die höchsten Anteile an Schulabbrechern finden sich dabei bei Personen mit opiod- (13%) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (11%). Demgegenüber haben Personen mit einer alkoholbezogenen Störung oder Glücksspielproblematik die Schule am seltensten ohne Abschluss verlassen (jeweils 5%).

In den einzelnen Einrichtungstypen und auch insgesamt brechen Frauen die Schule seltener ab als Männer (6% vs. 8%).

Abbildung 10: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, alle Einrichtungstypen)



M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt

Tabelle 11 zeigt, dass das Gros der Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen einen mittleren Bildungsstand, also einen Haupt- oder Realschulabschluss, hat. Ein höherer Abschluss (Abitur / (Fach-) hochschulreife) findet sich vor allem bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (13%) oder Glücksspielproblematik (11%). Noch in Schulausbildung befinden sich insbesondere Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (15%).

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

Schulabschluss	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung	Gesamt
Derzeit in Schulausbildung	1,2		14,5	2,7		10,4	194
Ohne	4,5	9,4	7,8	9,4	5,3	6,3	333
Haupt-/Volksschule	24,1	43,8	30,3	40,7	28,0	14,6	1.447
Realschule/Polytechnische Oberschule	55,5	40,6	37,6	41,6	55,3	25,0	2.355
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	13,2	6,3	9,3	4,9	10,6	39,6	546
Anderer Schulabschluss	1,5		0,5	0,7	0,8	4,2	55
Gesamt	2.587	64	785	894	132	48	4.930

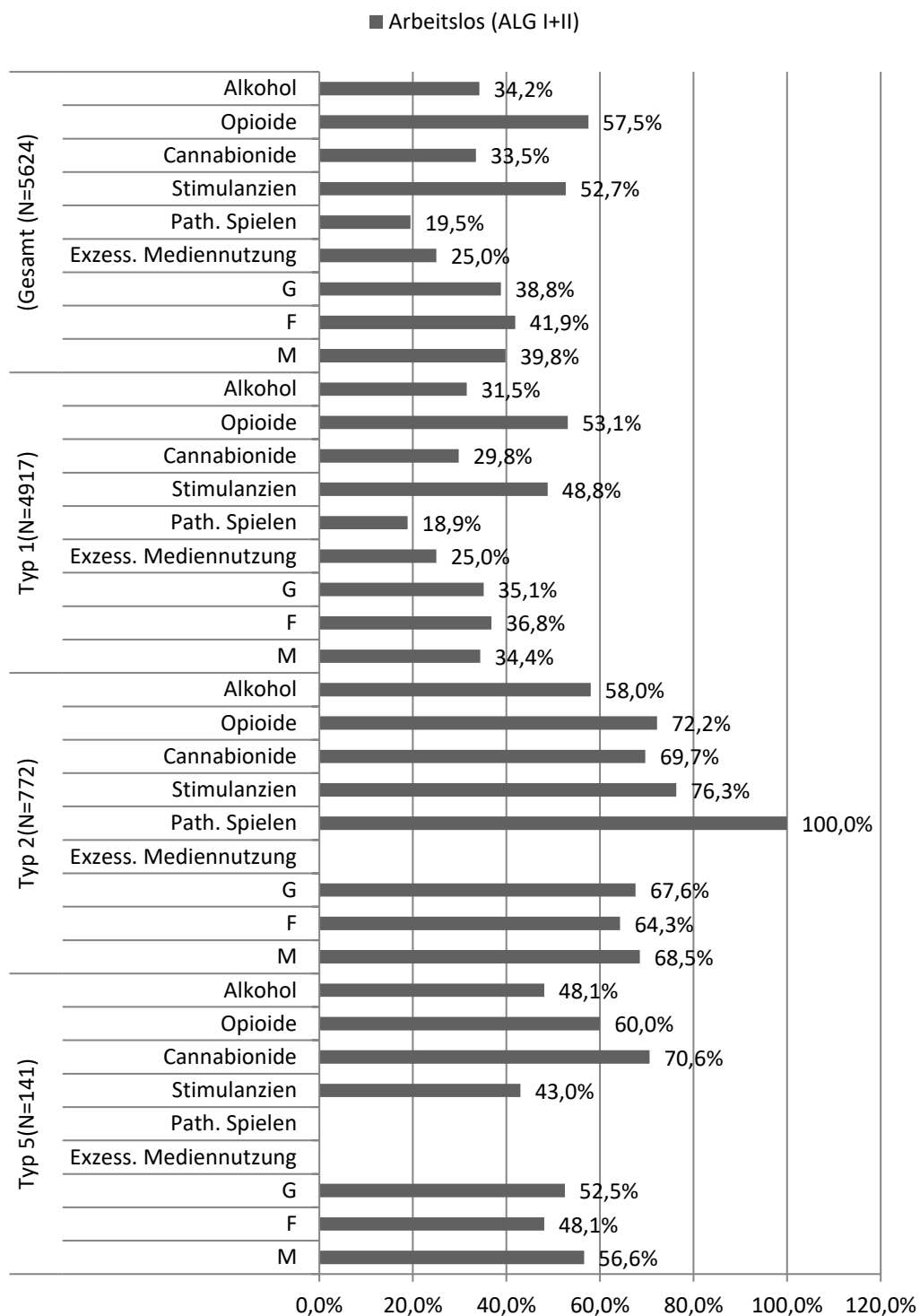
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Berufliche Integration

Wie in den Vorjahren, ist auch im aktuellen Berichtsjahr ein großer Anteil der von den Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen erreichten Patienten arbeitslos (39%, ALG I und II). Die Betroffenen beziehen dabei mehrheitlich (32%) Leistungen nach SGB II (ALG II), sind also länger als ein Jahr erwerbslos. Frauen sind von Arbeitslosigkeit etwas häufiger betroffen als Männer (42% vs. 40%). Patienten mit einer opioidbezogenen Störung weisen insgesamt die höchste Arbeitslosenquote auf (58%), gefolgt von Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (53%). Mit Abstand am seltensten betrifft Arbeitslosigkeit Patienten mit einer Glücksspielproblematik (20%).

In der Klientel der stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 68%) ist Arbeitslosigkeit deutlich stärker vertreten als bei den Patienten der ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1; 35%) und auch stärker als in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 53%). Dies gilt über alle Diagnosegruppen hinweg und auch sowohl für Männer als auch für Frauen (Abbildung 11).

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



M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt

Problematische Schulden

Problematische Schulden (im Verhältnis zur finanziellen Situation) betreffen, wie im Vorjahr, ein Drittel der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten (Tabelle 12). Am höchsten ist die Schuldenbelastung bei Patienten in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2): Fast 70% von ihnen haben Schulden, 18% sind mit zwischen 10.000 und 25.000 Euro verschuldet, 10% mit bis zu 50.000 Euro und 7% noch darüber hinaus. Die geringste Schuldenlast liegt bei den Patienten der ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) vor: 71% von ihnen sind schuldenfrei, 20% haben bis 10.000 Euro Schulden. Frauen sind insgesamt weniger stark verschuldet als Männer.

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	71,3	73,1	71,4	29,1	41,8	31,9	38,4	63,0	43,3	66,9
Bis 10.000 EUR	19,3	20,9	20,0	34,2	31,5	33,6	39,3	25,9	36,2	21,8
Bis 25.000 EUR	5,1	3,5	4,7	19,6	11,5	17,8	17,9	7,4	15,6	6,2
Bis 50.000 EUR	2,5	1,9	2,3	10,2	10,3	10,2	4,5		3,5	3,0
Mehr	1,8	0,7	1,5	7,0	4,8	6,5		3,7	1,4%	2,1
Gesamt (Anzahl)	3.522	1.296	4.877	588	165	753	112	27	141	5.567

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

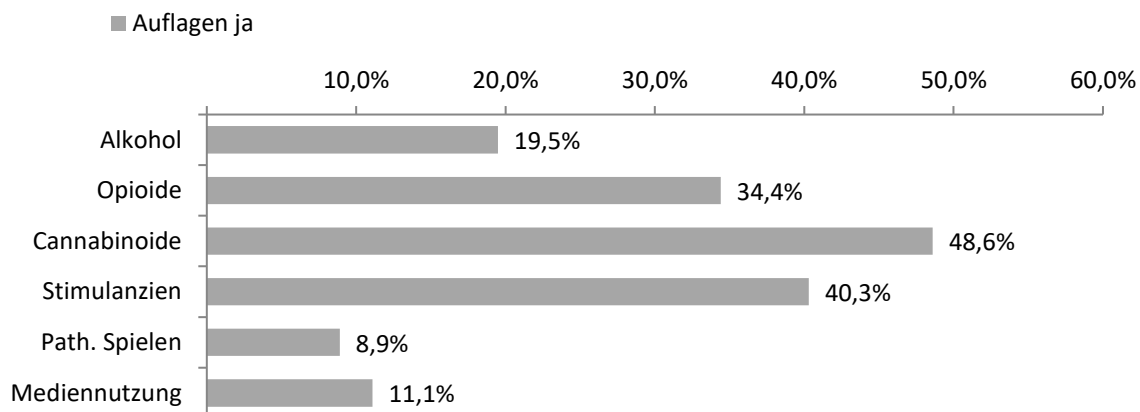
5 Ergebnisse zur Betreuung

Das folgende Kapitel beschreibt Daten zum Zugang zur Betreuung sowie zu deren Art, Abschluss und Ergebnis. Die Art der Datendarstellung – differenziert nach Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der betreuten 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 Betreuung⁶

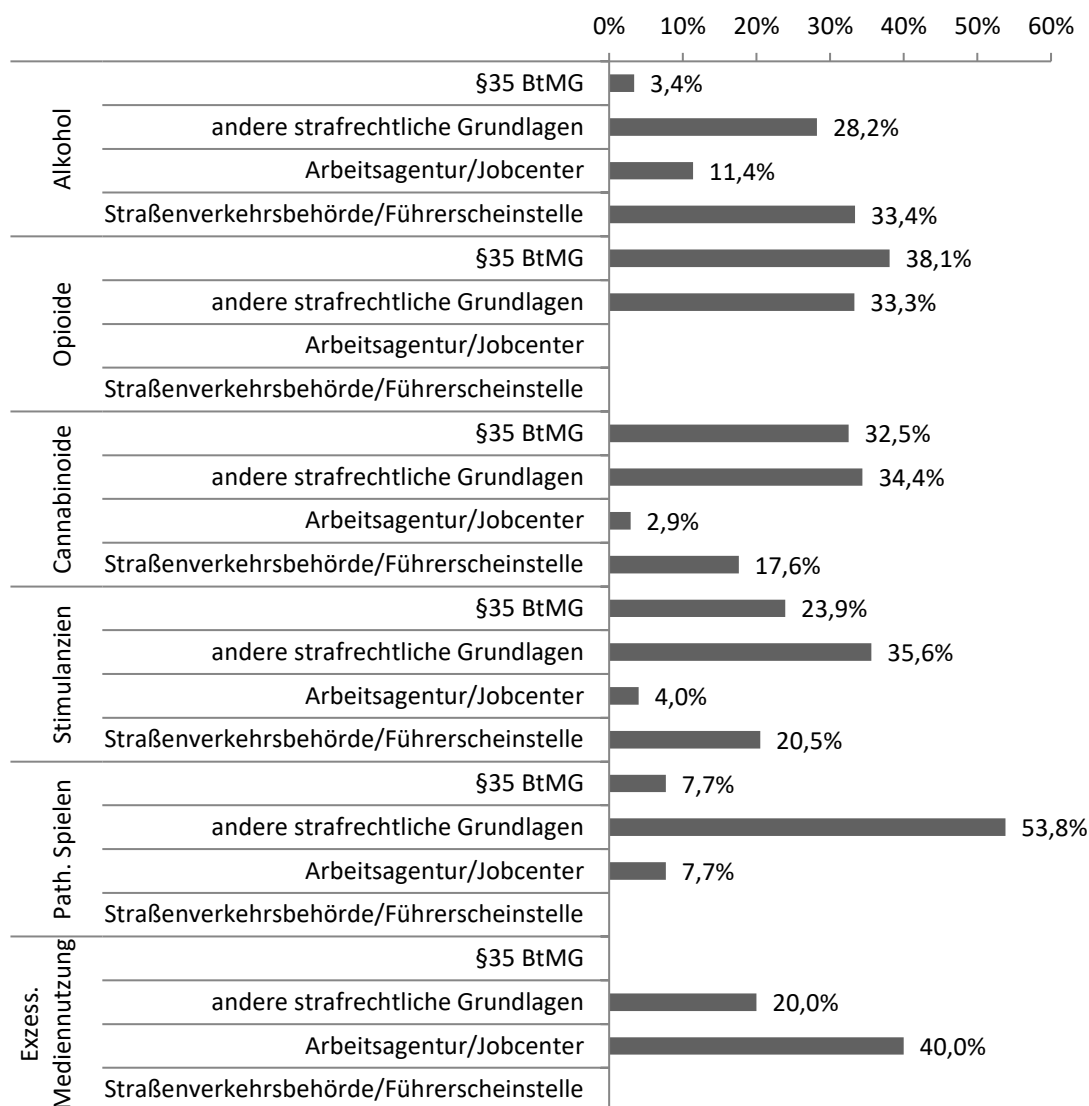
Bei den Patienten, die legale Substanzen konsumieren bzw. Probleme aufgrund von Glücksspielen oder exzessiver Mediennutzung haben, liegen weitaus seltener Auflagen für die Betreuung vor als bei Patienten mit Störungen in Folge des Konsums illegale Substanzen (Abbildung 12). So haben 91% der Patienten mit einer Glücksspielproblematik, 89% der Patienten mit exzessiver Mediennutzung sowie 80% der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen keinerlei Auflagen für eine Betreuung. Mit einer Auflage nach §35 BtMG („Therapie statt Strafe“) kommen in erster Linie Patienten mit opioidbezogenen Störungen (38%) in die Betreuung, in etwas geringerem Ausmaß auch Patienten mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen (33%/24%). Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen liegen vor allem bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik vor (54%), ebenfalls häufig bei Patienten mit stimulanzen-, cannabinoid- und opioidbezogenen Störungen (36%/34%/33%). Auflagen der Straßenverkehrsbehörde bzw. Führerscheinstelle kommen insbesondere bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zum Tragen (33%).

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 suchtbewussten Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung/Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für den/die Klient/in / Patient/in im Handlungsbereich des Aufgabengebers zur Folge haben“ (DHS, 2020)

Häufigste Auflagen*:



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

Vermittlung

Insgesamt kommen 34% 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 Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) mit 39% deutlich höher als bei Patienten sozialtherapeutischer Einrichtungen (Typ 5; 21%). Bei Patienten stationärer Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) kommen – bedingt durch die reglementierten Zugangsvoraussetzungen – Selbstmeldungen praktisch nicht vor. Frauen und Männer kommen ähnlich häufig als Selbstmelder in die Betreuung (35% vs. 34%). Die zweithäufigste Vermittlungsart ist für Männer die Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (15%), für Frauen die Vermittlung durch psychiatrische Kliniken (13% - mit gleicher Häufigkeit kommen auch Männer über die Psychiatrie in die Betreuung). Psychiatrische Krankenhäuser und ambulante Suchthilfeeinrichtungen (in der Regel ambulante Suchtberatungsstellen) sind die zentralen

Vermittlungsinstanzen für Betreuungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 30%/34%). 13% bzw. 12% der Patienten werden durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe in ambulante Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) bzw. in stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) vermittelt.

Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen

Vermittlung durch	Typ 1	Typ 2	Typ 5	M	Gesamt		N
	G	G	G		F	G	
Keine/Selbstmelder	38,6	0,0	20,6	33,9	34,8	34,2	1.935
Soziales Umfeld	8,7	0,5	1,4	7,7	7,7	7,63	432
Psychiatr. Krankenhaus	10,5	30,1	24,8	12,9	12,9	12,8	723
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	0,9	34,1	2,8	4,4	4,3	4,3	243
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	6,1	11,5	21,3	7,0	7,5	7,1	400
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	12,9	12,0	5,7	15,2	5,1	12,5	706
Gesamt (Anzahl)	4.941	774	141	4128	1461		5.650

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

Betrachtet man die einzelnen Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich ihrer Vermittlungswege in die Betreuung, so zeigt sich, dass ausnahmslos für alle die Selbstmeldung der häufigste Zugangsweg ist (Tabelle 14). In den übrigen Vermittlungsarten unterscheiden sich die Gruppen jedoch durchaus. So werden durch Psychiatrische Krankenhäuser am häufigsten Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (16%) vermittelt, durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe am häufigsten Patienten mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen (27%/18%). Das Soziale Umfeld spielt demgegenüber als Vermittlungsinstanz insbesondere für Patienten mit einer Glücksspielproblematik (19%) oder Exzessiver Mediennutzung (13%) eine wichtige Rolle. Zwar haben ärztliche Praxen insgesamt keine wesentliche Bedeutung bei der Vermittlung in die Betreuung, doch knapp ein Viertel der Patienten mit opioidbezogenen Störungen kommt über diesen Weg in die Betreuung.

Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)

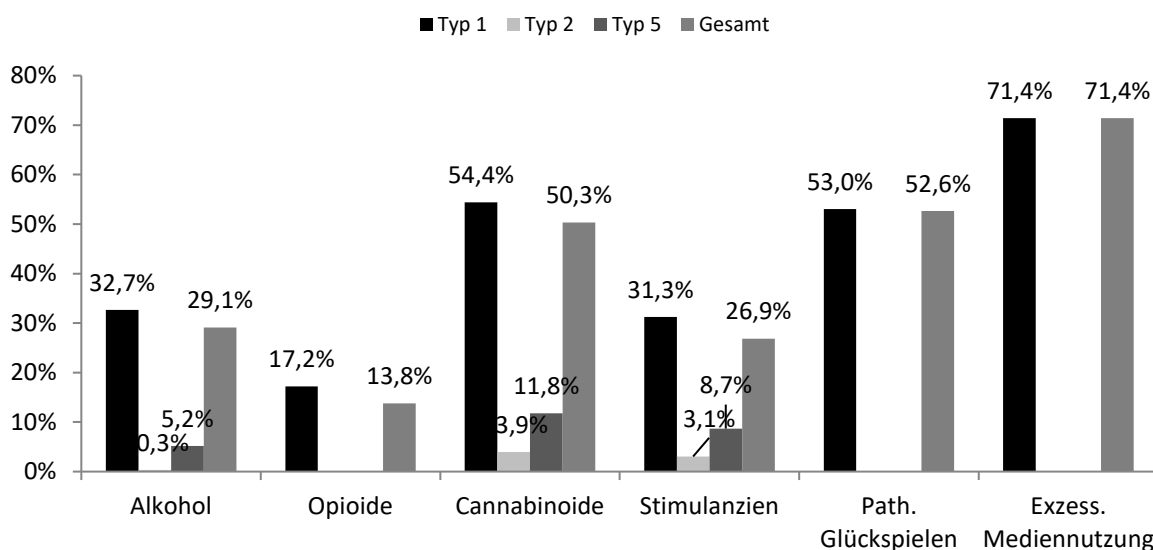
Vermittlung durch	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung
Keine/Selbstmelder	39,8	31,3	29,6	42,5	55,3	42,6
Soziales Umfeld	8,8	4,7	9,0	8,3	18,9	12,8
Psychiatr. Krankenhaus	15,5	7,8	4,7	5,2	2,3	4,3
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,2	1,6	0,5	0,6	0,0	2,1
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	7,4	4,7	1,5	6,0	1,5	4,3
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	5,8	9,4	27,1	18,0	8,3	2,1
Gesamt (Anzahl)	2.588	64	791	896	132	47

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Anteil der Erstbetreuten

Erwartungsgemäß befinden sich unter Patienten mit Exzessiver Mediennutzung überwiegend Erstbetreute (71%), da es sich hier einerseits um ein noch recht neues Störungsbild handelt und andererseits die Klientel verhältnismäßig jung ist. Ungefähr die Hälfte der Patienten mit einer Glücksspielproblematik oder mit cannabinoidbezogenen Störungen nehmen ebenfalls erstmalig Leistungen der Suchthilfe in Anspruch. Den geringsten Anteil an Erstbetreuten weisen Patienten mit opioidbezogenen Störungen auf (14%). Am häufigsten finden Erstbetreuungen in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) und am seltensten in sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) statt.

Abbildung 13: Anteil der Erstbetreuten bei den häufigsten Hauptdiagnosen



Art der Betreuung

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

Gesondert betrachtet werden somit die Hauptmaßnahmen „Beratung und Betreuung“, „Suchtbehandlung“, „Eingliederungshilfe“ und „Justiz“ mit den jeweiligen Einzelmaßnahmen. Tabelle 15 stellt die Hauptmaßnahmenbereiche nach Einrichtungstyp dar. Die Verteilung der Häufigkeiten entspricht erwartungsgemäß den Einrichtungstypen. In ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) werden 2019 in der Hauptsache (95%) Beratung und Betreuung durchgeführt, zusätzlich ein geringer Anteil an Suchtbehandlung und Justiz (hier vor allem Suchtberatung im Justizvollzug). In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) finden ausschließlich Suchtbehandlungen – genauer: stationäre medizinische Rehabilitation – statt (100%). In den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) hat in erster Linie Eingliederungshilfe

stattgefunden (95%). Dies umfasste insbesondere Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen (91%), Ambulant Betreutes Wohnen (69%), Tagesstrukturierende Maßnahmen (66%) und Leben im Übergangwohnheim (17%).

Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)

Hauptmaßnahme	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Beratung und Betreuung	95,0	0,0	5,0	78,1	84,7	79,8	4.688
Suchtbehandlung	2,5	100,0	0,0	16,5	13,8	15,8	896
Eingliederungshilfe	0,3	0,0	95,0	3,2	1,0	2,6	151
Justiz	1,8	0,0	0,0	2,1	0,0	1,5	93
Gesamt (Anzahl)	4.746	775	139	4202	1458		5.660

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

Die häufigsten Maßnahmen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind die Beratung und Betreuung mit zwischen 73% (opioidbezogene Störungen) und 92% (Glücksspielproblematik). Zur Suchtbehandlung, darunter auch stationäre Rehabilitation, kam es in der Hauptsache bei substanzgebundenen Störungen. Der höchste Anteil betrug hier 21% bei Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen. Patienten mit exzessiver Mediennutzung erhielten ausschließlich eine Suchtbehandlung (100%; jedoch geringes N). Eingliederungshilfen und Maßnahmen im Bereich der Justiz wurden vor allem von Patienten mit Problematik in den Bereichen Opioiden, Stimulanzen und Pathologisches Spielen (nur Justiz) in Anspruch genommen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)

Hauptmaßnahme	Alkohol	Opioiden	Cannabinoide	Stimulanzen	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung
Beratung und Betreuung	82,8	72,8	85,0	73,9	91,5	0,0
Suchtbehandlung	13,6	20,8	10,9	21,3	5,1	100,0
Eingliederungshilfe	3,0	4,2	1,4	2,2	0,9	0,0
Justiz	0,5	2,1	1,7	2,3	2,6	0,0
Gesamt (Anzahl)	3.024	96	768	1149	117	38

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent.

Dauer der Betreuung

Die durchschnittlichen Betreuungsdauern im stationären Bereich (Typ 2) sind erwartungsgemäß deutlich niedriger als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1). Stationäre Betreuung haben durchschnittliche Dauern von zwischen 76 (Pathologisches Spielen) und 123 Tagen (stimulanzenbezogene Störungen).

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) findet sich die mit Abstand längste mittlere Betreuungsdauer bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen (836 Tage). An zweiter Stelle stehen – mit einer nur halb so langer Betreuungsdauer – Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (406 Tage). Am durchschnittlich kürzesten werden hier neben Patienten mit Exzessiver Mediennutzung (173 Tage; jedoch geringes N), Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (229 Tage) betreut.

In den sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5), die zum Teil Wohnheimcharakter haben, liegen zum Teil sehr lange Betreuungsdauern von bis zu 749 Tagen (Glücksspielproblematik) 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	406,2	2605	90,8	337	749,0	82	380,3	302
Opiode	836,0	74	104,3	18	488,5	4	684,4	96
Cannabinoide	229,1	681	107,3	76	402,1	11	218,5	768
Stimulanzien	359,6	895	122,7	229	292,2	25	313,3	114
Path. Glücksspielen	241,3	115	76,0	1	935,0	1	245,9	117
Exzessive Mediennutzung	173,3	38	10,0	0	0,0	0	173,3	38

Die Verteilung der Betreuungsdauer unterscheidet sich für die in ambulanten Beratungsstellen betreuten Patientengruppen je nach ihren Hauptdiagnosen (Tabelle 18). Eine Betreuungsdauer bis maximal sechs Monate liegt am häufigsten bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen vor, für 64% der Patienten endet ihre Betreuung innerhalb dieses Zeitraumes. Eine ähnlich kurze Betreuungsdauer weisen die Patienten mit exzessiver Mediennutzung (63%; jedoch geringes N) oder einer Glücksspielproblematik auf (60%). Betreuungsdauern von über zwei Jahren findet man bei fast jedem dritten Patienten mit opioidbezogener Störung (30%), aber auch bei je 13% der Betreuten mit alkohol- oder stimulanzenbezogenen Störungen.

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

Betreuungsdauer	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung
Bis 3 Monate	29,4	17,6	40,4	26,4	44,3	36,8
Bis 6 Monate	20,2	10,8	23,5	21,6	15,7	26,3
Bis 9 Monate	12,8	18,9	10,0	13,2	11,3	18,4
Bis 12 Monate	8,8	18,9	7,9	9,6	11,3	5,3
Bis 24 Monate	16,2	12,2	11,6	16,8	10,4	10,5
Mehr als 24 Monate	12,6	29,7	6,6	12,5	7,0	2,6
Gesamt (Anzahl)	2605	74	681	895	115	38

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Anzahl der Kontakte

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) finden in 46% der Fälle zwei bis vier Kontakte statt; sechs bis zehn Kontakte erfolgen bei 24% der Fälle, zu über 30 Kontakten kommt es in 8% der Fälle. Im Durchschnitt finden 12,4 Kontakte im Laufe der Betreuung statt. Männer haben mit einem durchschnittlichen Wert von 11,9 etwas weniger Kontakte als Frauen mit durchschnittlich 13,7 Kontakten. In sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) kommt es in 65% der Fälle zu mehr als 30 Kontakten.

Art der Beendigung

Insgesamt beendet in den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) etwas mehr als die Hälfte (58%) aller Patienten die Betreuung planmäßig (Tabelle 19). Der geringste Anteil an planmäßigen Beendern liegt bei Patienten mit einer opioidbezogenen Störung vor (29%), den höchsten Anteil regulärer Beendigungen weisen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen auf (47%). Der Anteil derjenigen, die selbst die Betreuung vorzeitig abbrechen, liegt zwischen 55% bei Patienten mit einer Glücksspielproblematik und 36% bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung. Disziplinarische Entlassungen finden nur in wenigen Einzelfällen statt.

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

Art der Beendigung	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Path. Spielen	Exzess. Medien-nutzung
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	46,6	29,0	50,3	38,4	32,4	36,4
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,6	1,4	0,5	0,8		
Vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	4,1		2,5	2,7	5,4	3,0
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	35,8	53,6	40,2	46,0	55,0	54,5
Disziplinarisch	0,2			0,3	0,9	
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,1	5,8	1,7	1,8	0,9	3,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	9,6	7,2	4,8	9,6	5,4	3,0
Verstorben	2,0	2,9	0,2	0,3		
Gesamt (Anzahl)	2340	69	652	865	111	33

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen weisen die stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) den höchsten Anteil regulärer Abschlüsse auf (51%; Tabelle 20). Mit 44% haben ambulante Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) höhere Anteile an regulären Beendigungen als sozialtherapeutische Einrichtungen (Typ 5; 30%). Abbrüche von Seiten der Patienten spielen vor allem in den ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) eine Rolle (40%). In den stationären Einrichtungen (Typ 2) beenden Frauen die Betreuung häufiger planmäßig als Männer (49% vs. 60%), umgekehrt verhält es sich in den ambulanten (44% vs. 43%) und sozialtherapeutischen Einrichtungen (32% vs. 20%). In den Einrichtungen des Typs 2 und 5 sind die Männer deutlich häufiger von Entlassungen aus disziplinarischen Gründen betroffen als Frauen (Typ 2: 13% vs. 5%; Typ 5: 22% vs. 7%).

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	44,4	42,9	44,0	48,9	59,5	51,2	31,5	20,0	30,2%	44,7
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,6	0,5	0,6	3,3	4,2	3,5	4,0		3,6%	1,1
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	3,5	3,5	3,5	3,5	3,6	3,5	3,2	6,7	3,6%	3,5
Abbruch	39,7	41,4	40,2	21,1	17,3	20,2	23,4	26,7%	23,7	36,8
Disziplinarisch	0,3	0,1	0,3	12,9	5,4	11,3	21,8	6,7%	20,1	2,4
Außerplanmäßiger Wechsel	1,6	1,1	1,5	1,2	1,2	1,2	4,8	13,3%	5,8	1,5
Planmäßiger Wechsel	8,3	9,9	8,7	9,1	8,9	9,1	7,3	20,0%	8,6	8,8
Verstorben	1,6	0,5	1,3				4,0	6,7%	4,3	1,2
Gesamt (Anzahl)	3.225	1.169	4.393	603	168	771	124	15	139	5.303

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

Für die Patienten mit alkoholbezogenen Störungen zeigen sich zwischen den Einrichtungstypen zum Teil deutliche Unterschiede in der Art der Beendigung (Tabelle 21). In den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) schließen 63% der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen die Betreuung regulär ab. Dieser Anteil ist höher als in den ambulanten Beratungs- und Betreuungsstellen (47%) und wesentlich höher als in den sozialtherapeutischen Einrichtungen (35%). Die höchste Abbruchquote durch den Patienten haben ambulante Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (36%), am häufigsten kommt es in sozialtherapeutischen Einrichtungen zu Entlassungen aus disziplinarischen Gründen (11%).

Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt
Regulär	46,6%	63,3%	35,4%	48,3%
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,6%	1,8%	2,4%	0,8%
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,1%	3,9%	2,4%	4,1%
Abbruch	35,8%	19,7%	20,7%	33,4%
Disziplinarisch	0,2%	5,1%	11,0%	1,1%
Außerplanmäßiger Wechsel	1,1%	1,5%	8,5%	1,3%
Planmäßiger Wechsel	9,6%	4,8%	12,2%	9,1%
Verstorben	2,0%		7,3%	1,9%
Gesamt (Anzahl)	2.340	335	82	2.757

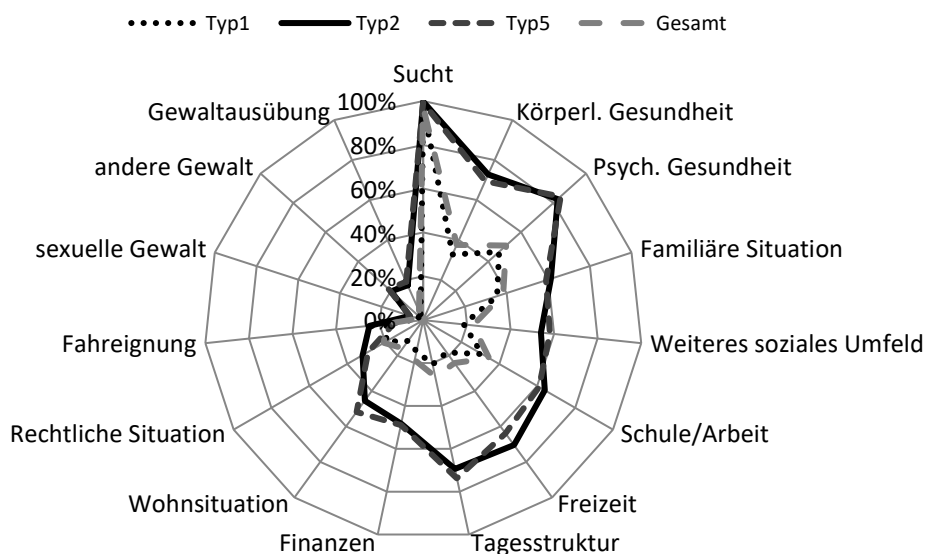
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Entwicklung der Problematik

Zu Beginn der Betreuung wird für jeden Patienten durch die Betreuer eingeschätzt, ob aktuell ein Problem oder eine Belastung in 15 vorgegebenen Problembereichen vorliegt.

Abbildung 14 zeigt die Problemlage der Patienten in den Einrichtungstypen 1, 2 und 5 sowie insgesamt zu Beginn ihrer Betreuung. In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) wird dabei eine wesentlich größere Problembelastung dokumentiert als in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1). Die Klientel der beiden erstgenannten Einrichtungstypen hat eine ähnliche Problemlage: neben der starken Suchtproblematik haben die Patienten vorrangig Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit, ihrer Tagesstruktur und Freizeit. Der Substanzkonsum, das Suchtverhalten ist für alle Patienten das vorranglichste Problem. Die verschiedenen Problembereiche im Zusammenhang mit Gewalterfahrung oder -ausübung sind einrichtungstyp-übergreifend kaum dokumentiert. In ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen dominieren ebenfalls die oben genannten Problembereiche, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau.

Abbildung 14: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Einrichtungstypen)

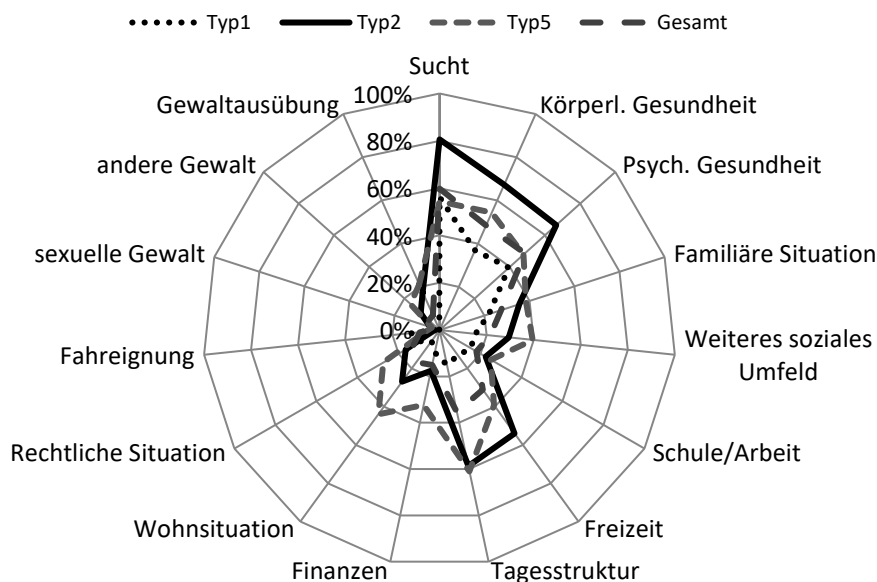


Am Ende der Betreuung werden die Problembereiche erneut durch die Betreuer daraufhin beurteilt, ob sich die Problematik in den genannten Bereichen „verbessert hat“, „gleich geblieben“ ist, sich „verschlechtert“ hat oder „neu aufgetreten“ ist.

Abbildung 15 zeigt den Status „verbessert“ der Problembereiche zum Ende der Betreuung, wie sie von den Betreuern eingeschätzt wurden. Die höchsten Besserungsquoten liegen bei Patienten in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) vor. Bei den zu Beginn der Betreuung für diese Patientengruppe bedeutsamen Problembereichen „psychische Gesundheit“, „Tagesstruktur“ und „Freizeit“ liegen die Verbesserungsquoten in einem ähnlichen Bereich. Eine Besserung der psychischen Gesundheit ist bei ca. einem Drittel der Patienten eingetreten, etwas geringer fällt die Besserung in den beiden anderen Bereichen aus (Tagesstruktur: 61%, Freizeit: 54%). Für die Patienten aller Einrichtungstypen wurde eine Besserung im Bereich Substanzkonsum

bzw. Suchtverhalten festgestellt, allerdings mit deutlichen Unterschieden je nach Einrichtungstyp. So haben sich bei Patienten in den stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) die größten Verbesserungen ergeben, bei Patienten in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (Typ 1) die geringsten.

Abbildung 15: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)



Nach Einschätzung der Betreuer hat sich am Ende der Betreuung bei jeweils ungefähr der Hälfte der Patienten der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen eine Besserung im Problembereich Suchtverhalten ergeben (Ausnahme: Exzessive Mediennutzung). Am häufigsten bei Patienten mit alkohol- sowie cannabinoidbezogenen Störungen (60%/57%). Eine Verschlechterung in Bezug auf das Suchtverhalten liegt bei 6% der Patienten mit einer Glücksspielproblematik und bei 5% bei Patienten mit einer opioidbezogenen Störung vor. Ein unverändertes Suchtverhalten findet sich am häufigsten bei Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung (47%) bzw. einer Glücksspielproblematik (47%; Tabelle 22).

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

Status zum Betreuungsende	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzen	Path. Spielen	Exzess. Mediennutzung	Gesamt
Gebessert	60,3	53,7	57,4	49,0	47,3	33,3	2.407
Unverändert	35,8	41,8	39,9	47,2	46,4	66,7	1.717
Verschlechtert	3,3	4,5	2,2	3,6	5,5		139
Neu aufgetreten	0,6		0,5	0,2	0,9		21
Gesamt (Anzahl)	2297	67	631	837	110	32	4.284

Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent

Für alle Hauptsubstanzen ist am Ende der Betreuung eine leichte bis deutliche Verringerung der Konsummengen zu verzeichnen. Dies ist bei Alkohol am häufigsten (48%), und bei Heroin am seltensten der Fall (33%). Überwiegend wird die Konsummengen als

gleichgeblieben eingeschätzt, was vor allem auf Heroin (67%) und Methamphetamine (61%) zutrifft. Ein Anstieg des Konsums am Betreuungsende liegt bei 6% der Methamphetaminkonsumenten vor. Bei substanzunabhängigen Störungen zeigt sich bei 46% der Patienten mit einer Glücksspielproblematik eine Verringerung des Spielens an Geldspielautomaten. Auch Patienten, die exzessiv gamen, weisen eine Verringerung ihres Nutzungsverhaltens auf (51%; jedoch geringes N; Tabelle 23).

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

Konsummenge/ Spieldauer/ Nutzungsdauer	Alkohol	Heroin	Cannabis	Metham- phetamine	Geld- spielauto- maten*	Gamen
Deutlich/leicht verringert	48,2	33,3	42,2	32,1	45,6	51,4
Gleich geblieben	47,0	66,7	55,4	61,5	50,0	48,6
Leicht/Stark gesteigert	4,8		2,5	6,4	4,4	
Gesamt	2141	33	569	672	90	35

*in Spielhallen; Angaben in Prozent

6 Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Patienten dargestellt, die aufgrund der Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ (F12.1; F12.2) im Jahr 2019 in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ1 und Typ 2) betreut wurden.

Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht

In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe⁷ werden im Jahr 2019 häufiger Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut als in den stationären Einrichtungen (16% vs. 10%). Der Anteil der Männer ist dabei mit 80% viermal so hoch wie der der Frauen (Tabelle 24). In den stationären Einrichtungen⁸ liegt der Anteil der männlichen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit 83% noch etwas höher.

Tabelle 24: Geschlechterverteilung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

	Typ 1				Typ 2			
	M	F	G	n	M	F	G	n
Anteil	79,8	20,1	16,0*	793	82,9	17,1	9,8	76

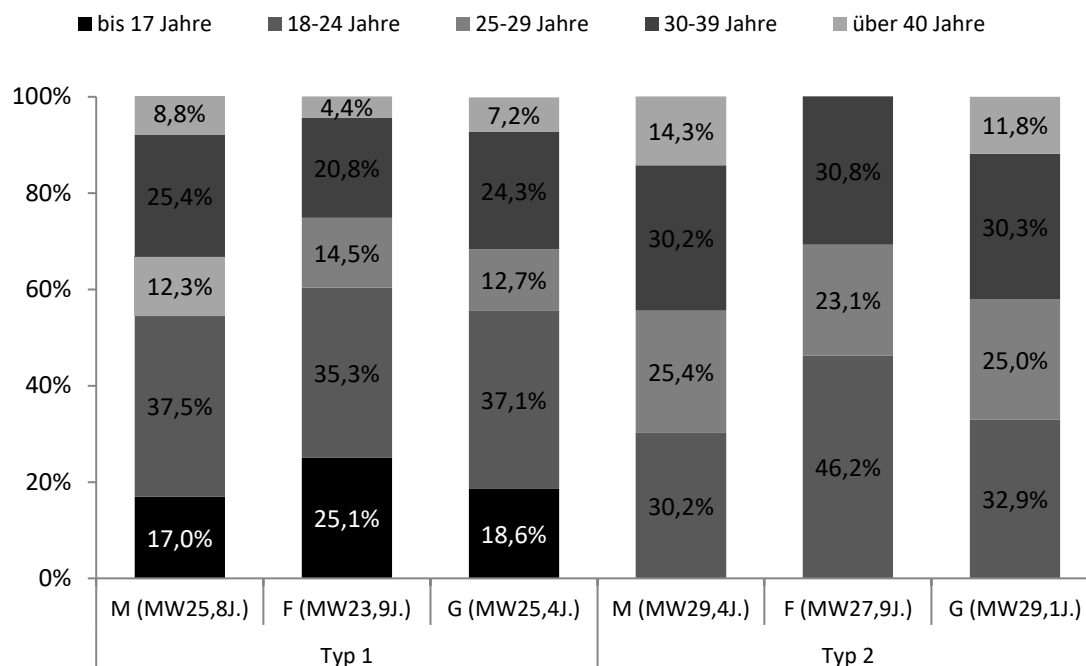
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent.

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

Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind eher jung. Mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren in ambulanter und 29 Jahren in stationärer Betreuung stellen sie die insgesamt jüngste Patientengruppe in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe dar. 19% der ambulant Betreuten sind noch unter 18 Jahre alt. Stationär betreut werden in dieser Altersgruppe noch keine Patienten, jedoch ist hier ein Drittel der Patienten zwischen 18 und 24 Jahre alt. In der Altersgruppe der über 40-Jährigen befinden ambulant nur 7% und stationär nur 12% der Patienten. Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind in beiden Betreuungsbereichen im Durchschnitt jünger als Männer (Typ 1: 24 Jahre vs. 26 Jahre; Typ 2: 28 Jahre vs. 29 Jahre; Abbildung 16).

⁷ Auf eine vergleichende Darstellung der Patienten aus Einrichtungen des Typ 5 wird verzichtet, da die Gesamtzahl der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen dafür zu gering ist (N=17).

⁸ In stationären Einrichtungen (Typ 2): N (Frauen)= 13. Die Interpretation von Geschlechterunterschieden ist daher nur bedingt möglich.

Abbildung 16: Alter bei Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

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

Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund

96% der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Migrationshintergrund liegt ambulant nur bei 5% und stationär bei 7% der Betreuten vor.

Partnerschaft

Knapp ein Drittel der ambulant Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störung lebt in einer festen Partnerschaft; Frauen etwas häufiger als Männer. Im stationären Bereich ist der Anteil der Patienten in fester Partnerschaft mit 29% etwas niedriger. Der Geschlechterunterschied fällt hier sehr deutlich aus: Während ca. drei Viertel der Frauen in einer festen Partnerschaft leben, trifft dies nur auf 19% der Männer zu (Tabelle 25).

Tabelle 25: Partnerschaft bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

Partnerschaft	Typ 1				Typ 2			
	M	F	G	n	M	F	G	n
ja	33,3	38,6	32,8	789	19,0	76,9	28,9	76

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

Lebenssituation

Ein Großteil der ambulant betreuten Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt nicht alleine. Knapp die Hälfte lebt, aufgrund des noch jungen Alters, bei den Eltern, gut ein Viertel zusammen mit einem Partner. Der Anteil der Frauen, die nicht alleine leben, ist höher als der der Männer (72% vs. 64%). Im Vergleich zu den Männern leben sie seltener noch bei den Eltern (41% vs. 50%), dafür doppelt so häufig mit einem oder mehreren Kindern zusammen (30% vs. 15%). Etwas weniger als die Hälfte der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär behandelt werden, lebt in Gemeinschaft mit anderen. Davon lebt die Hälfte noch bei den Eltern, knapp ein Drittel zusammen mit einem Partner und nur 6% zusammen mit einem oder mehreren Kindern (Tabelle 26).

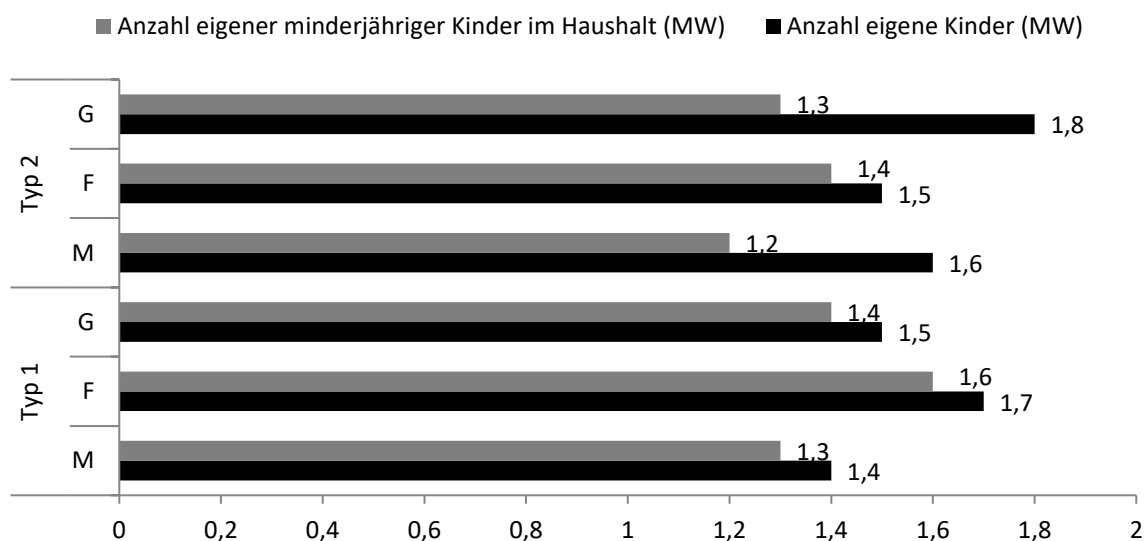
Tabelle 26: Lebenssituation von Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Nicht alleinlebend	64,4	72,2	65,9	41,0	66,7	45,2
zusammenlebend mit:						
Partner	26,9	23,7	26,4	16,7	75,0	31,3
Kind(ern)	14,9	29,8	18,3	0	25,0	6,3
Eltern	50,2	41,2	48,4	66,7	0,0	50,0
Sonstige (Bezugs-) Personen	27,6	24,6	26,8	20,8	25,0	21,9
Gesamt	624	158	789	61	12	73

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

Ein Viertel der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter und 29% in stationärer Betreuung hat eigene Kinder. Sowohl Patienten in ambulanter als auch stationärer Betreuung haben im Durchschnitt 1,6 eigene Kinder. Mit ihnen im Haushalt leben bei den ambulanten Patienten im Durchschnitt 1,5 eigene minderjährige Kinder, bei den stationären Patienten mit 1,2 Kindern etwas weniger (Abbildung 17).

Abbildung 17: Durchschnittliche Anzahl Kinder (Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



Männer, F: Frauen, G: Gesamt

M:

Wohnsituation

Etwas über die Hälfte der ambulant und etwas weniger als die Hälfte der stationär behandelten Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt vor Beginn der Betreuung selbstständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus). Auf Frauen trifft dies insgesamt häufiger zu als auf Männer. 34% der ambulant Betreuten leben bei anderen Personen, vermutlich den Eltern, da die Klientel ein relativ niedriges Durchschnittsalter hat. 5% der ambulanten und 9% der stationär betreuten Patienten leben in prekären Wohnverhältnissen, d.h. sie haben keine Wohnung und leben in Notunterkünften bzw. Übernachtungsstellen oder auf der Straße. Im Justizvollzug befinden sich vor Beginn der Betreuung 18% der stationär und 2% der ambulant betreuten Personen, dabei handelt es sich hauptsächlich um männliche Patienten (Tabelle 27).

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

Wohnsituation	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Selbstständiges Wohnen	55,9	58,9	56,5	62,9	69,2	47,4
Bei anderen Personen	35,2	32,0	34,3	11,1	0,0	9,2
Ambulant betreutes Wohnen	1,1	0,6	1,0	0,0	0,0	0,0
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,3	0,0	0,3	12,7	30,8	15,8
Wohnheim / Übergangswohnheim	2,9	7,6	3,9	0,0	0,0	0,0
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	2,9	0,0	2,3	22,2	0,0	18,4
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	0,3	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0
Ohne Wohnung	1,1	0,6	1,0	11,1	0,0	9,4
Sonstiges	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	623	158	788	63	13	76

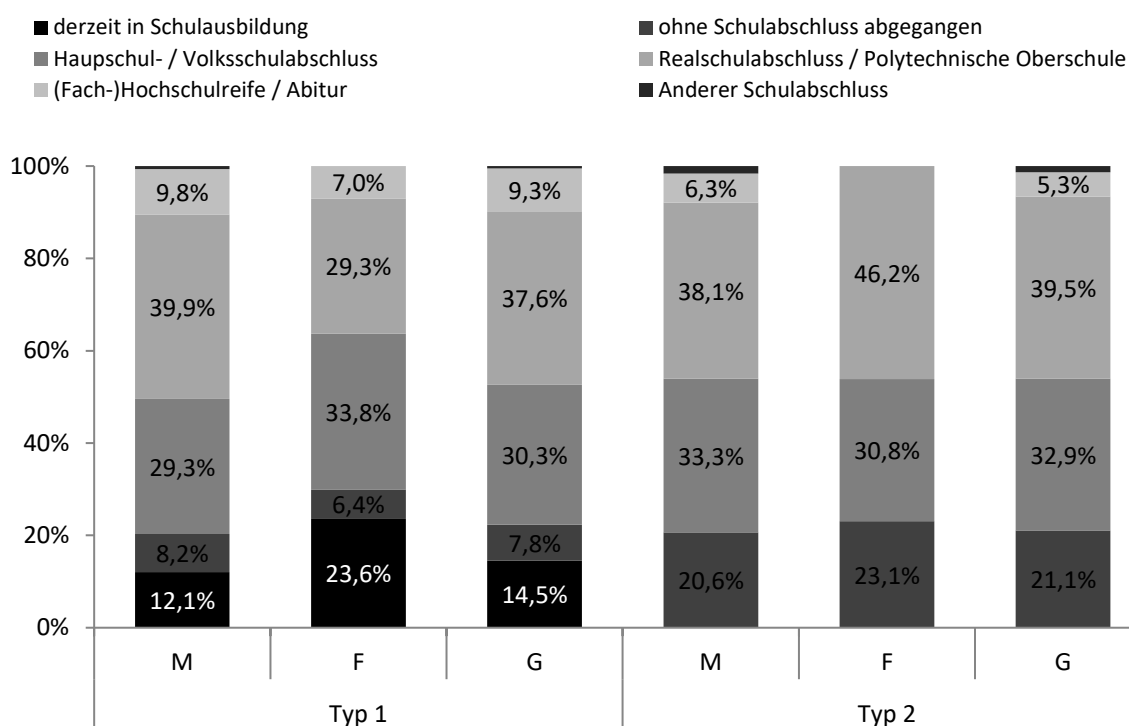
Angaben soweit nicht anders vermerkt in Prozent;

M: Männer, F: Frauen, G: Gesamt

Schulbildung

Fast die Hälfte der ambulant betreuten Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen hat eine höhere Schulbildung, d.h. hat einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur (Abbildung 18). Jeder zweite ambulant betreute Mann hat einen höheren Schulabschluss. Dies gilt bei den Frauen nur für jede Dritte. Stationär besteht dagegen kaum ein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die Zahl derjenigen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben, ist mit 21% bei den stationären behandelten Patienten fast dreimal so hoch wie bei den ambulant betreuten Personen (8%). Von den ambulant Betreuten befindet sich ein Sechstel aktuell noch in der Schulausbildung, stationär trifft dies auf keinen Patienten zu.

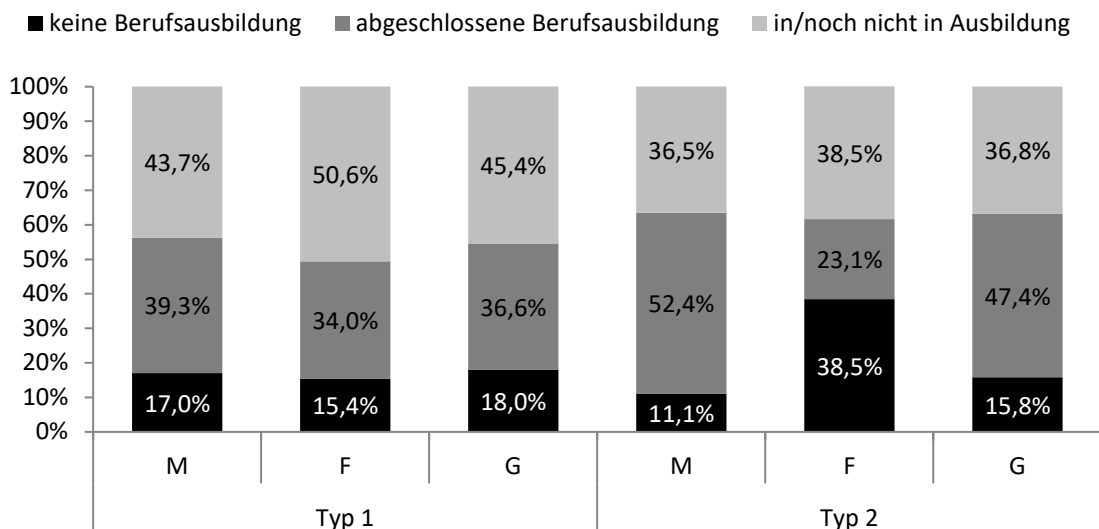
Abbildung 18: Höchster Schulabschluss bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen



M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Berufsausbildung

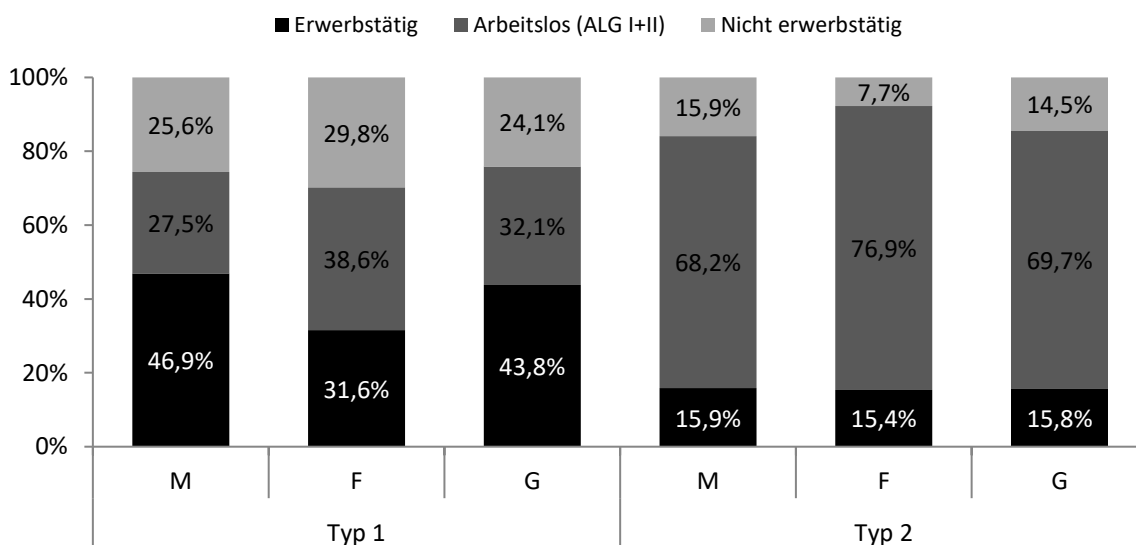
45% der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung befinden sich aktuell in einer Berufsausbildung oder haben noch keine Ausbildung begonnen (Abbildung 19). 37% können eine abgeschlossene Berufsausbildung aufweisen, Männer zu etwas höherem Anteil als Frauen (39% vs 34%). 18% der Patienten sind ohne Berufsausbildung, ein Anteil der im stationären Bereich mit 16% ähnlich hoch ist. Allerdings sind hier Frauen davon deutlich häufiger betroffen als Männer (37% vs. 11%). Im Vergleich zum ambulanten Bereich sind stationär weniger Patienten noch oder noch nicht in Ausbildung (37%), dafür hat ein höherer Anteil seine Ausbildung abgeschlossen (48%). Dies dürfte mit dem höheren Durchschnittsalter im stationären Bereich zusammenhängen.

Abbildung 19: Berufsausbildung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Erwerbssituation

Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter und stationärer Betreuung unterscheiden sich erheblich hinsichtlich der Erwerbssituation. Während im ambulanten Bereich 44% der Patienten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist das stationär nur bei 16% der Patienten der Fall (Abbildung 20). Mit 70% ist hier der größte Teil der Patienten arbeitslos (ALG I oder II). Demgegenüber sind nur 32% der ambulant Behandelten von Arbeitslosigkeit betroffen. In beiden Settings sind Frauen häufiger arbeitslos als Männer.

Abbildung 20: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Schulden

Im Vergleich zu den stationär betreuten Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind ambulant betreute Patienten überwiegend schuldenfrei (77% vs. 43%; Tabelle 28). Insgesamt liegen die Schulden der Patienten vor allem im Bereich bis 10.000 Euro (amb.:19%; stat.: 38%). Eine Verschuldung in Höhe von 25.000 bis über 50.000 Euro liegt im ambulanten Bereich bei 5%, stationär bei 19% vor. Frauen in ambulanter Betreuung sind etwas häufiger von Schulden betroffen als Männer (27% vs. 22%), stationär verhält es sich umgekehrt (41% vs 61%). In beiden Settings sind zudem eher Männer höher (d.h., mit mehr als 10.000 €) verschuldet.

Tabelle 28: Problematische Schulden bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

Schulden	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
Keine	77,8	73,1	76,6	39,3	58,3	42,5
Bis 10.000 EUR	17,4	22,4	18,6	39,3	33,3	38,4
Bis 25.000 EUR	3,9	3,2	3,0	9,8	8,3	9,6
Bis 50.000 EUR	1,6	1,3	1,5	4,9	0,0	4,1
Mehr	0,3	0,0	0,3	6,6	0,0	5,5
Gesamt	613	156	779	61	12	73

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

Störungsbezogene Merkmale

Zusätzliche Suchtdiagnosen

In ambulanten Einrichtungen betreute Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen haben zusätzlich vor allem Probleme mit Stimulanzien (27%) und Alkohol (19%) und in geringerem Umfang mit Kokain (3%; Tabelle 29). Die zusätzliche Stimulanzienproblematik trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer (33% vs. 25%), während Männer etwas häufiger eine zusätzliche Einzeldiagnose im Zusammenhang mit Alkohol haben (19% vs. 16%).

Von der Tendenz ähnlich, aber in der Ausprägung gravierender, stellt sich die Situation im stationären Bereich dar. Hier ist Alkohol das häufigste zusätzliche Problem bei den Behandelten (65%). Die zweithäufigste Zusatzdiagnose betrifft mit 63% stimulantienbezogene Störungen, 8% der Patienten haben noch ein Problem mit dem Konsum von Kokain und 5% eine zusätzliche Glücksspielproblematik.

Tabelle 29: Suchtbezogene Komorbidität bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

Zusätzliche Einzeldiagnosen*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
F10 Alkohol	19,3	16,7	18,8	62,9	80,0	65,0
F11 Opioide	0,6	2,0	0,9	2,9	20,0	5,0
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,6		0,5			
F 14 Kokain	2,9	3,3	3,0	8,6		7,5
F15 Stimulanzien	25,2	33,3	26,7	60,0	80,0	62,5
F16 Halluzinogene	1,0	1,3	1,0	2,9		2,5
F17 Tabak	23,3	24,0	23,5	85,7	100,0	87,5
F63.0 Path. Spielen	0,3	0,0	0,3	5,7	0,0	5,0
F63.8/F68.8 Exz. Medien-nutzung	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	2,5
Gesamt (Anzahl)	627	150	778	35	13	40

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

Alter bei Erstkonsum

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt sowohl ambulant als auch stationär bei 16 Jahren (Tabelle 30). Ein Drittel der ambulant Betreuten und 41% der stationär Behandelten haben Cannabis in einem Alter von unter 14 Jahren zum ersten Mal konsumiert. Auf Frauen in ambulanter Betreuung trifft das häufiger zu als auf Männer (42% vs 32%). Bei den Patienten der stationären Rehabilitationseinrichtungen ist das Verhältnis umgekehrt (33% vs. 42%).

Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum

Alter bei Erstkonsum (Jahre)*	Typ 1			Typ 2		
	M	F	G	M	F	G
bis 14	31,6	41,8	33,7	41,8	33,3	40,5
15 - 19	61,5	48,5	58,9	46,3	58,3	48,1
20 - 24	5,0	6,1	5,2	10,4	0,0	8,9
25 - 29	1,6	0,6	1,9	1,5	8,3	2,5
über 30	0,3	1,2	0,6	0,0	0,0	0,0
∅	15,7	15,8	15,7	15,6	15,7	15,6
Gesamt (Anzahl)	642	165	808	67	12	79

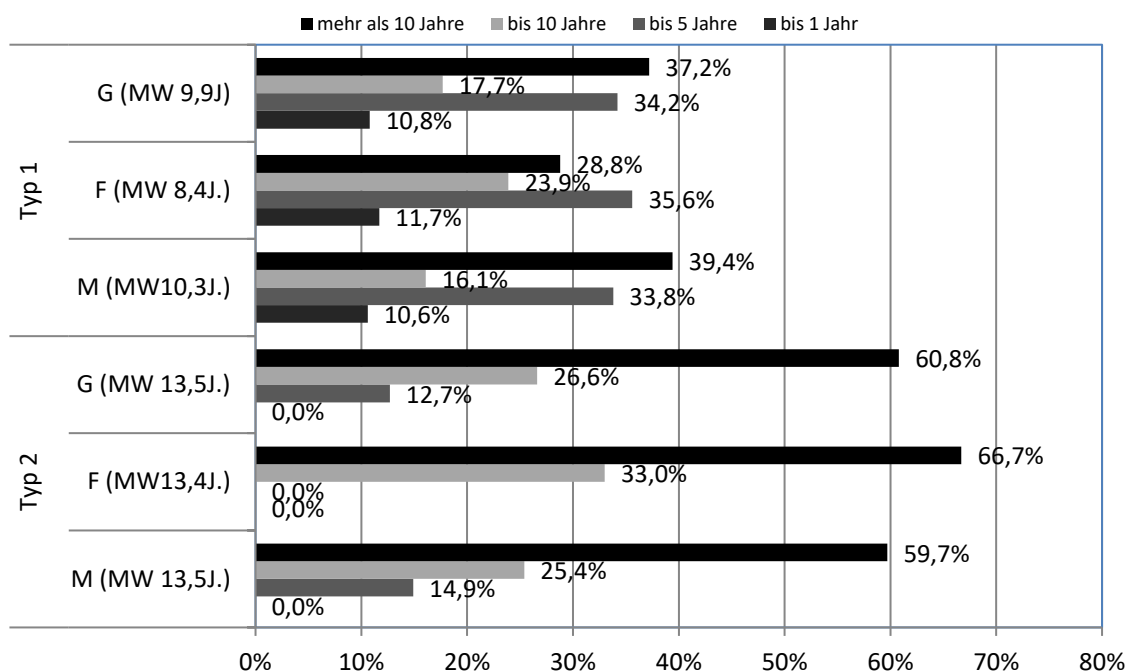
Angaben in Prozent; M: Männer, F: Frauen; G: Gesamt

Störungsdauer

Die Dauer der cannabinoidbezogenen Störung der Patienten ist in den beiden Betreuungsbereichen sehr unterschiedlich. Während für die Patienten in ambulanter Betreuung im Durchschnitt ein Zeitraum von 10 Jahren zwischen Erstkonsum und aktueller Betreuung liegt, umfasst dieser Zeitraum bei stationär behandelten Patienten 14 Jahre (Abbildung 21). Zu bedenken ist hier, dass die Patienten in stationärer Betreuung im Durchschnitt auch deutlich älter sind als ambulant betreute Personen. In stationärer Betreuung sind keine Patienten mit cannabinoidbezogener Störung, deren Erstkonsum erst maximal ein Jahr zurückliegt, wohingegen dieser Anteil bei den ambulanten betreuten Patienten bei 11% liegt. Ambulant weisen Frauen eine eher kürzere Zeitspanne zwischen Erstkonsum und aktueller Betreuung auf als Männer (8 Jahre vs. 10

Jahre). Bei der Klientel der stationären Rehabilitationseinrichtungen gibt es hingegen keinen Geschlechterunterschied.

Abbildung 21: Störungsdauer (Ø Alter bei Betreuungsbeginn – Ø Alter bei Störungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidebezogenen Störungen

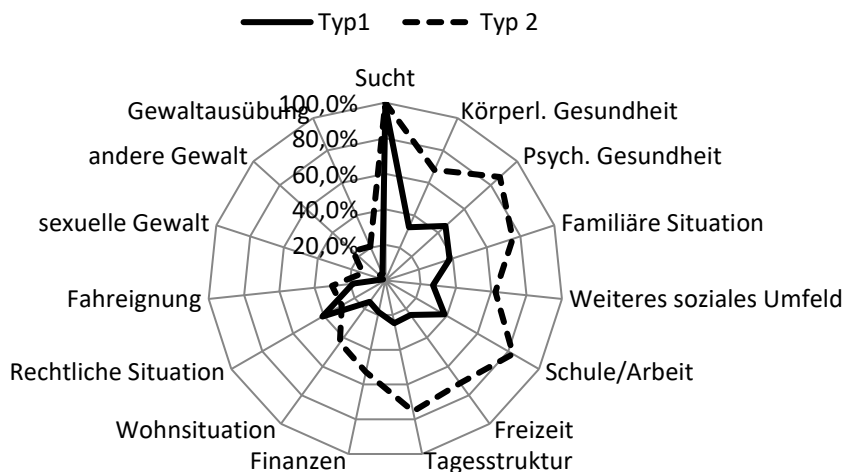


MW = Mittelwert, J.=Jahre

Problembereiche nach Betreuungsbeginn

Abbildung 22 zeigt, dass Patienten mit cannabinoidebezogenen Störungen, die in stationärer Betreuung sind, stärker problembelastet sind, als Patienten in ambulanter Betreuung. Werte in vergleichbarer Höhe für beide Patientengruppen gibt es nur im Bereich des Suchtverhaltens, in allen anderen dokumentierten Problembereichen weisen die stationär Betreuten erheblich höhere Anteile auf. Die einzige Ausnahme in die Gegenrichtung bildet die rechtliche Situation, die eher ein Problem der ambulant Betreuten darstellt (41% vs. 28%).

Abbildung 22 Problematik zu Betreuungsbeginn bei Patienten mit cannabinoidebezogenen Störungen

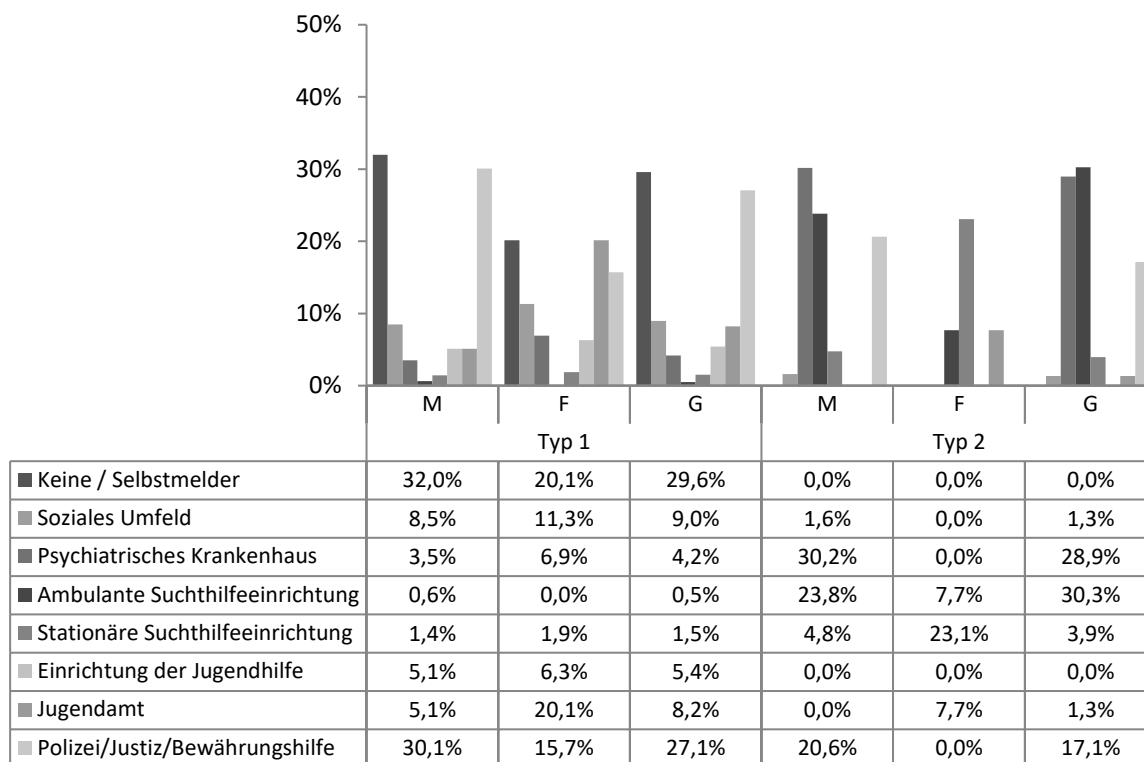


Betreuungsdaten

Vermittlungswege

Abbildung 23 zeigt deutlich die sehr unterschiedlichen Vermittlungswege für ambulant und stationär betreute Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Während ambulant betreute Personen zu knapp einem Drittel von selbst, d.h. ohne Vermittlung, in die Einrichtung kommen, spielt dieser Zugangsweg in der stationären Betreuung keine Rolle. Hier liegt der Vermittlungsschwerpunkt auf den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (30%) und psychiatrischen Krankenhäusern (29%). Neben den Selbstmeldungen werden ambulant Betreute auch häufig durch die Polizei/Justiz oder Bewährungshilfe in die Betreuung vermittelt (16%). Dies trifft vor allem auf Männer zu (30%). Auch Einrichtungen der Jugendhilfe, das Jugendamt (je 5%) oder das soziale Umfeld (11%) spielen bei der Vermittlung eine Rolle, ganz im Gegenteil zum stationären Setting (Abbildung 23).

Abbildung 23: Vermittlung in die Betreuung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen



M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

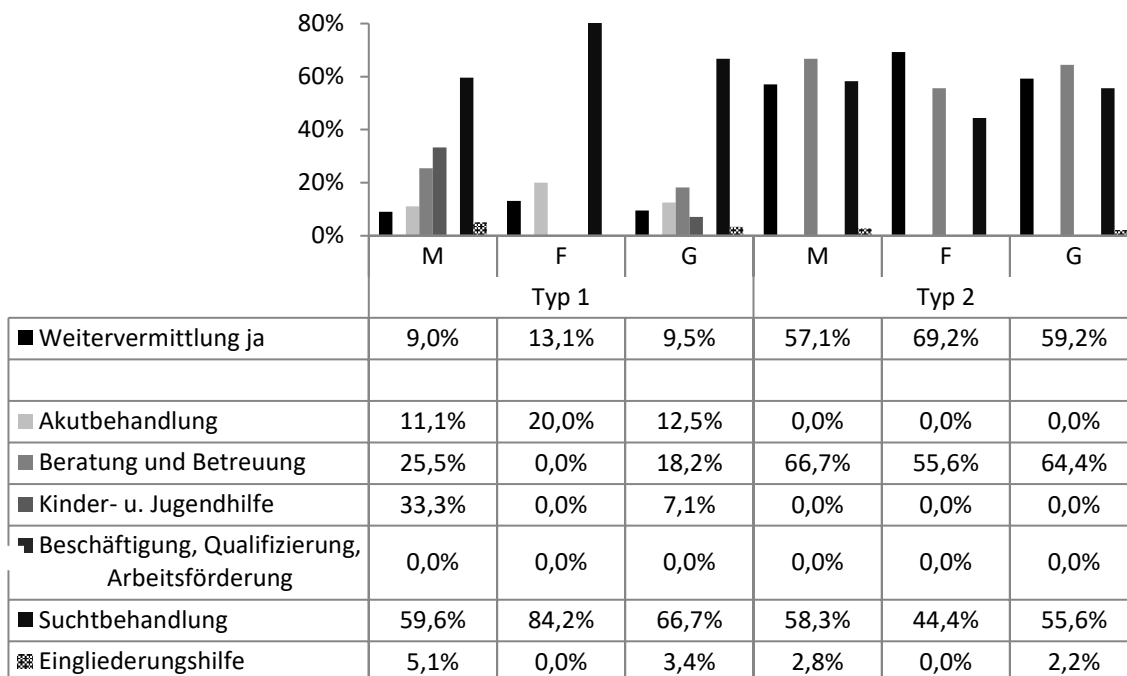
Weitervermittlung

Nach Beendigung der Betreuung werden im stationären Bereich 59% der Patienten mit cannabinoidbezogener Hauptdiagnose an eine weitere Maßnahme weitervermittelt. Bei ambulanten Patienten trifft dies für einen weitaus geringeren Teil (10%) zu (Abbildung 24).

Patienten aus stationären Einrichtungen werden in der Hauptsache in die Beratung oder Betreuung (64%) oder in die Suchtbehandlung (56%) vermittelt; Patienten aus

ambulanten Einrichtungen vor allem in die Suchtbehandlung (67) oder ebenfalls in die Beratung und Betreuung (18%).

Abbildung 24: Weitervermittlung/Verlegung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

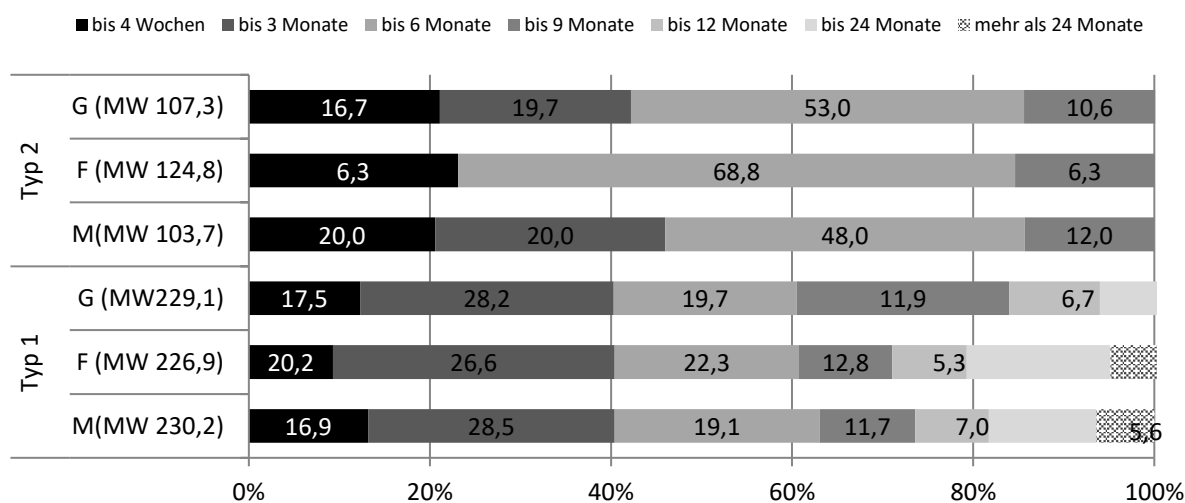


M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer für Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen ist in den ambulanten Einrichtungen erheblich höher als in den stationären Einrichtungen (229 vs. 107 Tage; Abbildung 25). Die ambulante Betreuung der Frauen ist im Durchschnitt etwas kürzer als die der Männer (226 T. vs. 230 T.), stationär verhält es sich umgekehrt (125 T. vs. 104 T.).

Abbildung 25: Dauer der Betreuung bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

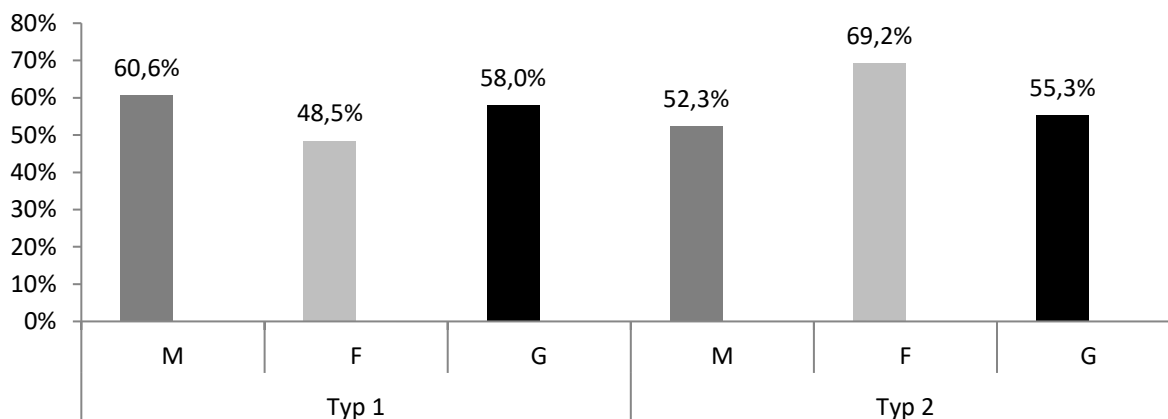


M: Männer; F: Frauen; G: Gesamt; MW: Mittelwert (in Tagen)

Beendigung der Betreuung

Der Anteil der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, der die Betreuung planmäßig beendet (d.h. regulär oder auf therapeutische Veranlassung bzw. mit therapeutischem Einverständnis vorzeitig beendet oder planmäßig in eine andere Einrichtung wechselt), ist in ambulanten Einrichtungen etwas höher als in stationären (58% vs. 55%). Männer beenden die ambulante Betreuung häufiger planmäßig als Frauen (61% vs 49%; Abbildung 26).

Abbildung 26: Planmäßige Beendigungen bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen



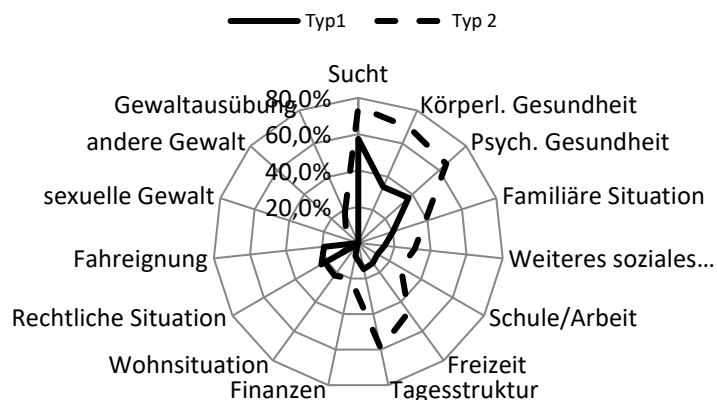
M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

Entwicklung der Problematik

Am Ende der Betreuung wird der Betreuungserfolg in den einzelnen Problembereichen durch die jeweiligen Betreuer beurteilt. 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 Betreuung betrachtet werden.

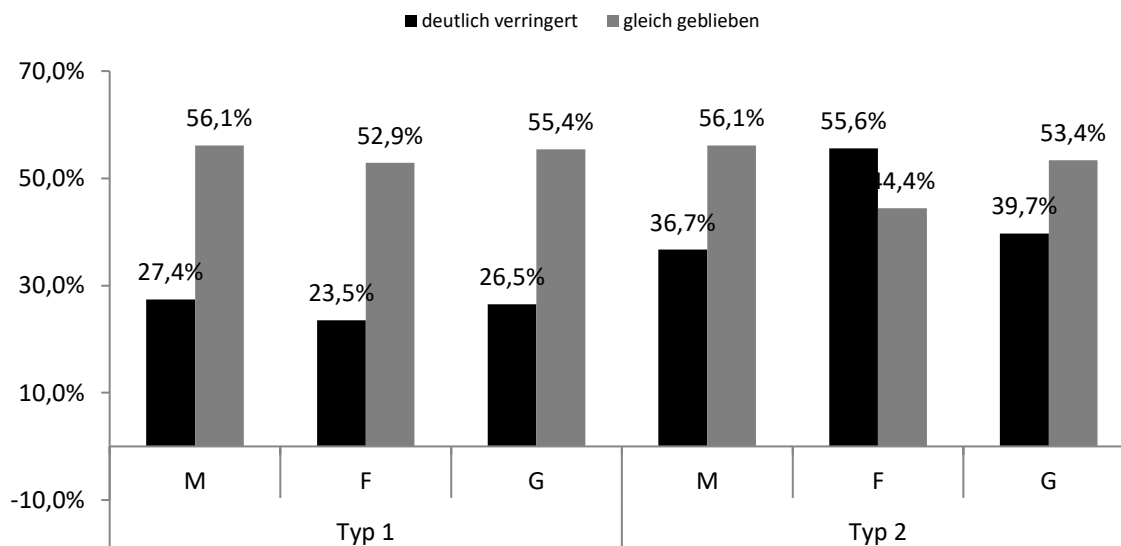
Sowohl ambulant als auch stationär ist es zu einer Verbesserung im Bereich des Suchtverhaltens gekommen, wobei die Verbesserungen ambulant geringer ausfallen (57%) als stationär (75%). Für die übrigen Problembereiche liegt hauptsächlich im Bereich der psychischen Gesundheit eine Besserung in nennenswertem Umfang (37%) vor. Stationär sind in mehreren Problembereichen deutliche Verbesserungen erfolgt: körperliche (70%) und psychische Gesundheit (65%), Tagesstruktur (59%) und Freizeit (47%).

Abbildung 27: Anteil der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit gebesserter Problematik am Betreuungsende



Die Konsummenge der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen zum Ende der Betreuung hat sich ambulant bei mehr als einem Viertel der Patienten deutlich verringert, Männer weisen hier ein etwas besseres Ergebnis auf als Frauen (27% vs. 24%). Bei den stationär Behandelten zeigt sich die deutliche Verringerung der Konsummenge bei mehr als einem Drittel der Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung (Abbildung 28), wobei Frauen hier stärker profitieren als Männer.

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



M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt.

7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2019

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patienten- und Betreuungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2019 dargestellt. Stationäre und ambulante Einrichtungen werden in der Darstellung zusammengefasst.

Ausgehend von einer Beteiligung von 48 Einrichtungen im Jahr 2003, ist die Teilnehmerzahl zwischen 2004 bis 2006 auf 53 Einrichtungen angestiegen. Im Jahr 2007 kam es zu einem Rückgang der Zahl der teilnehmenden Einrichtungen auf den Wert von 2004 (46 Einrichtungen), was auf Anpassungsprobleme im Zusammenhang mit der Umstellung auf das neue Erhebungsinstrument, den „neuen“ KDS zurückzuführen ist. Ab 2008 ist die Anzahl der beteiligten Einrichtungen wieder stark angestiegen bis zu einem Beteiligungshöchststand von 67 Einrichtungen im Jahr 2012. Zwischen 2013 und 2016 schwankte die Anzahl teilnehmender Einrichtungen zwischen 63 und 65. 2017 ist die Teilnehmerzahl mit 47 Einrichtungen deutlich niedriger als in den vorausgegangenen Jahren. Dieser Umstand ist erneut auf die zu Beginn des Jahres 2017 stattgefundene Umstellung auf den KDS 3.0 und die damit verbundenen teilweisen Anpassungsprobleme bei den Dokumentationssystemen zurückzuführen. Hinzu kommt, dass die mit der Einführung des KDS 3.0 einhergehende Änderung der Einrichtungssystematik ebenfalls zur Reduzierung der Teilnehmerzahl beigetragen hat. So haben einige Einrichtungen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Teilstellen und Angebote für die Dokumentation zusammenzulegen und unter einem einzigen Einrichtungscodex zu dokumentieren. Nach einem weiteren leichten Rückgang der Teilnehmerzahl im Vorjahr ist im aktuellen Berichtsjahr wieder ein deutlicher Anstieg auf insgesamt 49 Einrichtungen zu verzeichnen (Abbildung 29).

Abbildung 29: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)

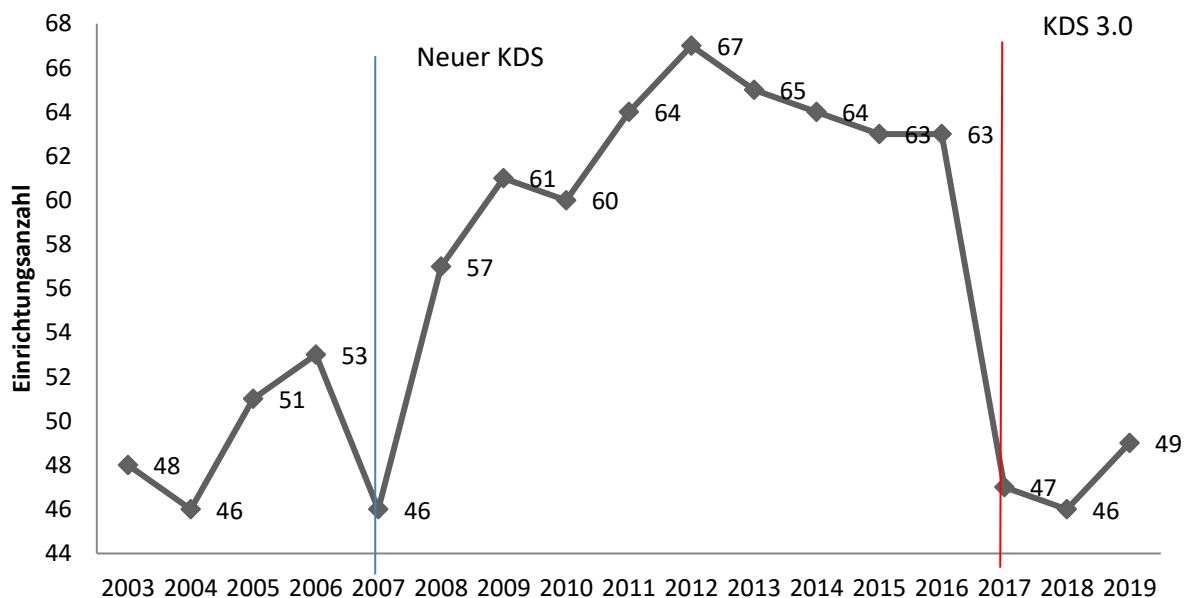
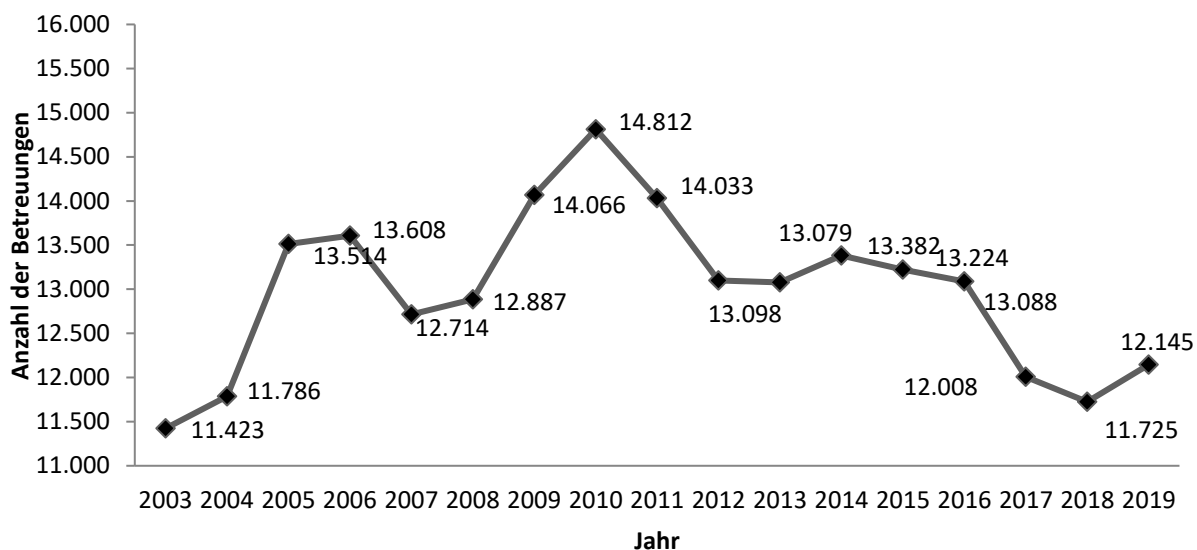


Abbildung 30: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

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 (bedingt durch die deutlich verringerte Einrichtungsbeteiligung in diesem Jahr). Ab 2008 setzte sich der Anstieg der Betreuungen zunächst leicht, dann deutlich fort bis auf einen Höchststand von 14.812 Betreuungsfällen im Jahr 2010. Danach gehen die Betreuungsfälle wieder stark zurück auf 13.098 im Jahr 2012. Bis 2016 stagnieren die Fallzahlen, danach setzt sich ein Abwärtstrend bis 2018 mit 11.725 Betreuungsfällen fort. Im aktuellen Berichtsjahr (2019) ist wieder ein merklicher Anstieg zu verzeichnen, allerdings liegt in diesem Jahr auch eine gegenüber dem Vorjahr erhöhte Einrichtungsbeteiligung (+6%) vor.

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

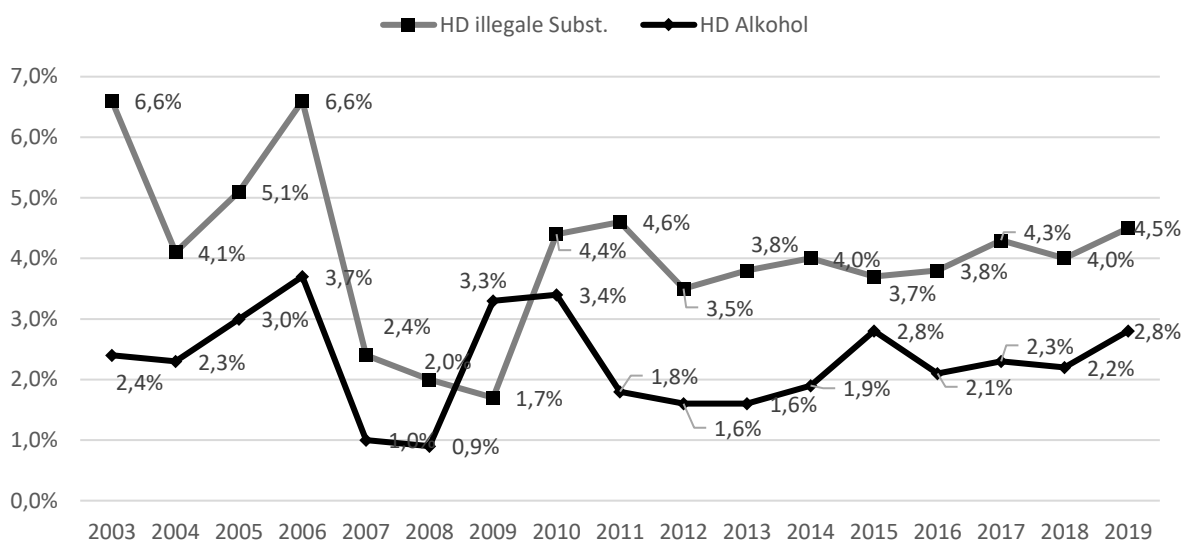


Abbildung 31 veranschaulicht die Verteilung der Anteile von Patienten mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen in den letzten 17 Jahren. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Patienten mit Migrationshintergrund betreut. Bei Patienten mit Störungen in Bezug auf illegale Substanzen (Opiode, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien) liegt dagegen im Vergleich zu Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung über alle betrachteten Jahre etwa doppelt so häufig ein Migrationshintergrund vor. Beide Kurven nehmen, jede auf ihrem Niveau, einen annähernd gleichen Verlauf. Nach größeren Schwankungen in den Jahren 2003 bis 2012, gibt es seitdem nur noch geringfügige Abweichungen nach oben oder unten. Aktuell ist die Kurve wieder bei beiden Patientengruppen angestiegen

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

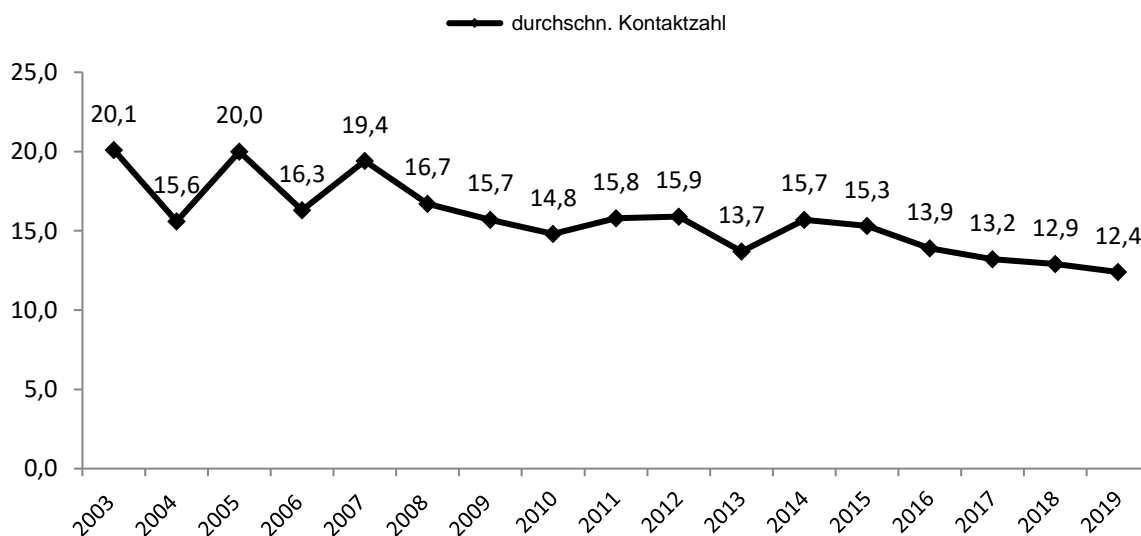
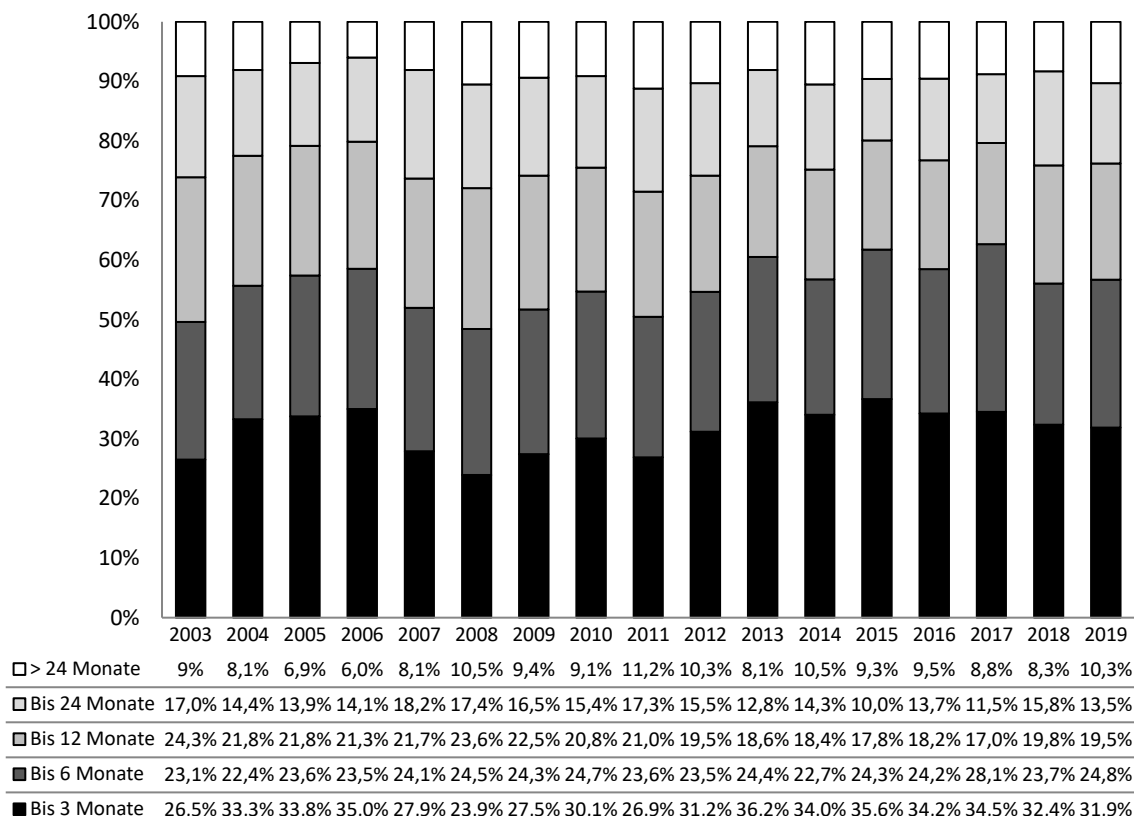


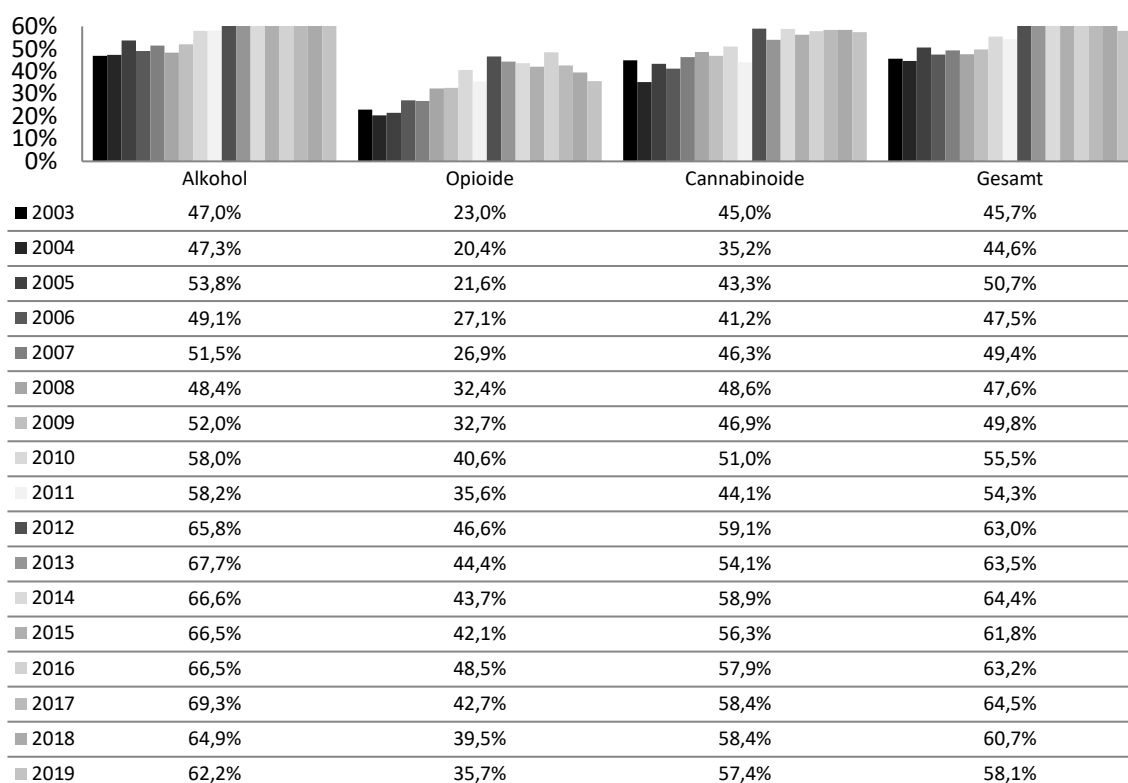
Abbildung 32 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahlen der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten 17 Jahren. In den Jahren 2003 bis 2007 gab es jährlich ein größeres Auf und Ab in der Kurve, seit 2007 waren die Kontaktzahlen dagegen nur kleinen Schwankungen unterworfen. Seit 2014 geht die Zahl der Kontakte Jahr für Jahr kontinuierlich zurück: von durchschnittlich 15,7 Kontakten pro Betreuung bis aktuell auf 12,4 Kontakte.

Abbildung 33: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)



Die Dauer der Betreuung zeigt etwa ab dem Jahr 2012 die Tendenz zu mehr sehr kurzen Betreuungszeiten mit einer Dauer von bis zu drei Monaten. Die Zahl der Betreuungen bis zu einer Dauer von 6 Monaten bleibt über alle Jahre mit ganz geringfügigen Schwankungen nahezu gleich bei um die 24%. Längere Betreuungen bis zu einem Jahr sind zurückgegangen. Lediglich aktuell und im Vorjahr ist wieder ein leichter Anstieg bemerkbar. Betreuungen bis zu zwei Jahren schwanken im Verlauf der Jahre zwischen 10% und 18%, aktuell beträgt der Anteil 14%. Sehr lange Betreuungen mit einer Dauer über zwei Jahre schwanken ebenfalls, hier zwischen 6% und 11%. Aktuell liegt der Anteil wieder im höheren Bereich bei 10% (Abbildung 33).

Abbildung 34: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen)

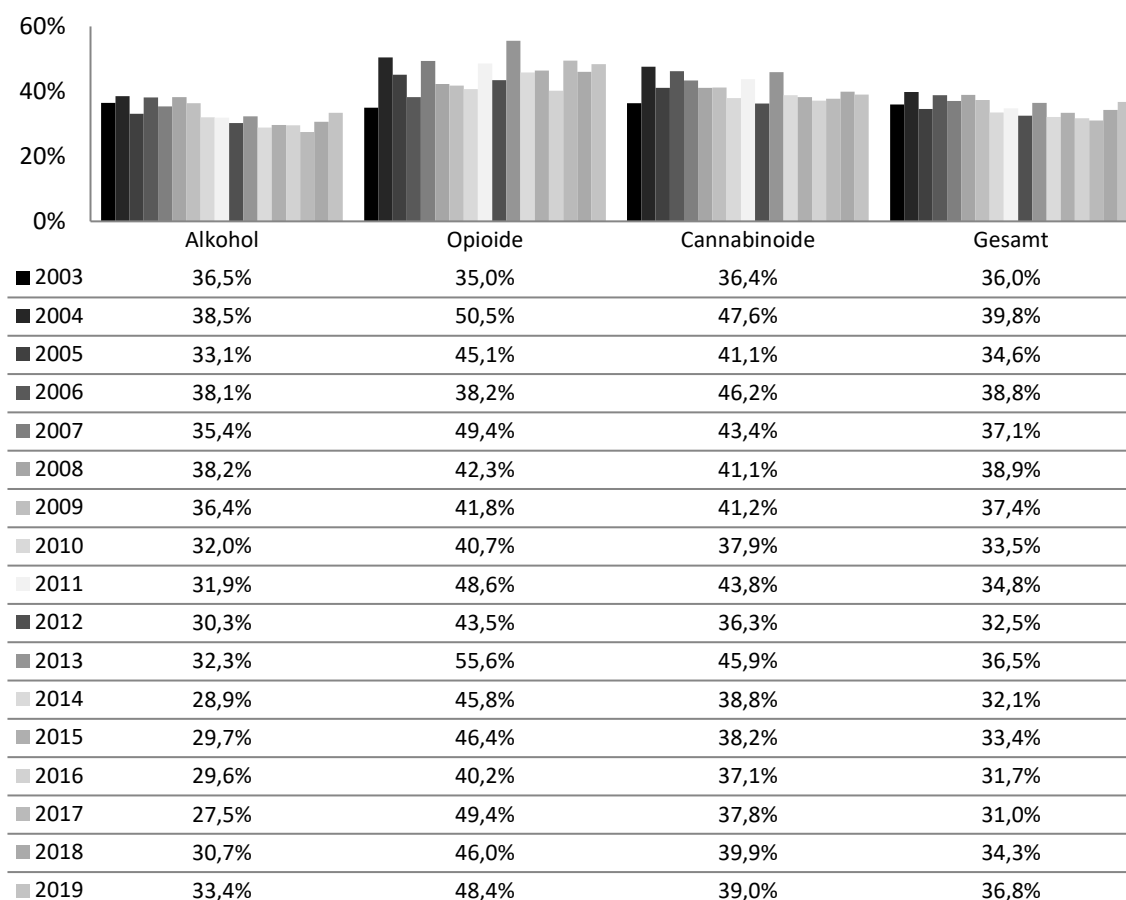


Betrachtet man die Entwicklung des Anteils planmäßiger Beendigungen insgesamt über die Jahre (Abbildung 34), so wird auch hier deutlich, dass diese Haltequote im Verlauf der letzten 17 Jahre einigen Schwankungen unterworfen war. Tendenziell haben die Anteile der planmäßigen Beendigungen aber einen stetigen Zuwachs erfahren, von 46% auf einen Höchststand von 65% im Jahr 2017. Aktuell liegt die Quote der planmäßigen Beendigungen bei 58%, was einen leichten Rückgang zum Vorjahr (60%) bedeutet.

Der Aufwärtstrend über die Jahre bei den Anteilen der planmäßigen Beendigungen ist in allen Hauptdiagnosegruppen zu sehen. Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die von Anfang an den höchsten Anteil an planmäßigen Beendigungen hatten (2003: 47%), sind die Werte, mit leichten Rückgängen in einzelnen Jahren, bis 2017 auf den Höchststand von 69% angestiegen. Aktuell setzt sich mit 62% die rückläufige Tendenz vom Vorjahr (65%) fort.

Nur 23% der Patienten mit opioidbezogenen Störungen konnten im Jahr 2003 ihre Betreuung planmäßig beenden. Auch hier ist ein deutlicher Zuwachs erfolgt, allerdings auf niedrigerem Niveau als bei den anderen Hauptdiagnosen. 2016 war mit 49% der bisher höchste Wert erreicht, seither gehen die Zahlen deutlich zurück auf aktuell 36%.

Ähnlich stellt sich die Lage bei Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung dar. Jedoch ist hier die Zunahme der planmäßigen Beendigungen insgesamt am geringsten. Nach dem Ausgangswert von 45% planmäßigen Beendigungen im Jahr 2003, gibt es einen Anstieg bis zum Höchstwert von 59% im Jahr 2012. Seither liegen die Werte, mit leichten Schwankungen, kontinuierlich über 50%. So auch aktuell mit 57% (Vorjahr: 58%).

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 betrachteten Jahre nur wenig verändert: 36% Abbrüche durch den Patienten waren 2003 zu verzeichnen, 37% sind es aktuell. Diese Entwicklung bildet sich allerdings nicht in allen Hauptdiagnosegruppen ab. Während bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose im Laufe der Jahre eine annähernd kontinuierliche Abnahme von 37% auf aktuell 33% zu verzeichnen ist, ist bei Patienten mit opioidbezogenen Störungen der gegenläufige Trend zu beobachten. Insgesamt sind die Anteile der Abbrüche von Seiten der Patienten in dieser Gruppe den stärksten Schwankungen unterworfen und liegen aber seit dem Jahr 2014 stabil über 40%, so auch aktuell mit 48%. Bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt eine ähnliche Entwicklung wie bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen vor: Auch hier reduziert sich der Anteil der Abbrecher im Laufe der Jahre, jedoch nicht kontinuierlich sondern mit deutlichen Schwankungen. Aktuell ist die Abbruchquote geringfügig gesunken (39% vs. 40% im Vorjahr; 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. Im Gegensatz zu den beiden Vorjahren ist es in diesem Jahr möglich für alle vier Regionen eine ambulante (Typ 1) und eine stationäre (Typ 2 + Typ 5) Auswertung zu erstellen.

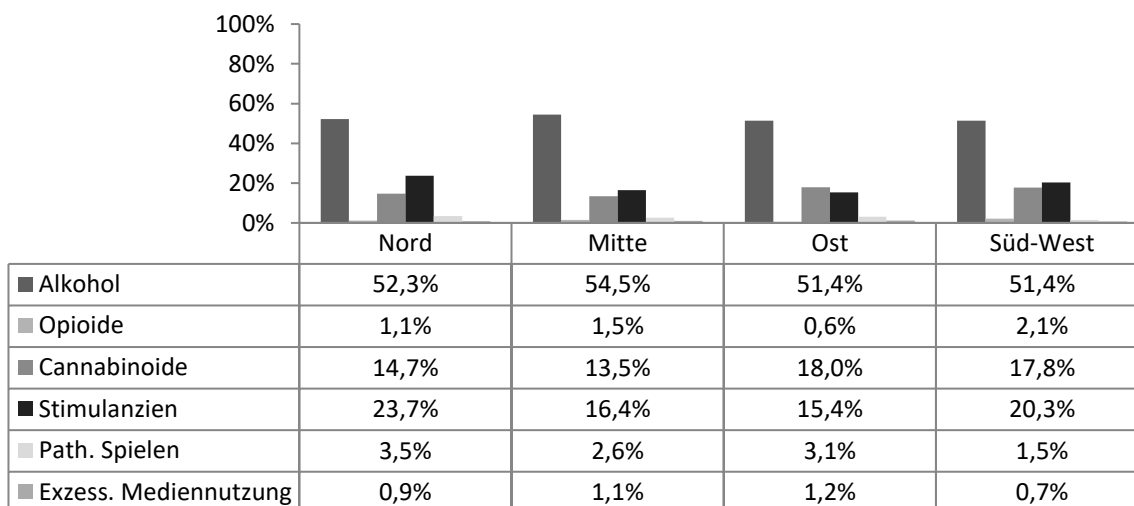
Wie aus Tabelle 31 ersichtlich befindet sich die Mehrzahl der teilnehmenden Einrichtungen in Mittel- und Ostthüringen und die geringste Anzahl in Nordthüringen. Die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen aus dem stationären Betreuungsbereich ist in allen Regionen deutlich geringer als aus dem ambulanten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

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

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd-Westthüringen	Gesamt
Ambulant (Typ1)	4	10	7	8	29
Stationär (Typ 2)	1	1	1	1	4
Sozialtherapeutisch (Typ 5)	2	7	5	2	16
Gesamt	7	18	13	11	49

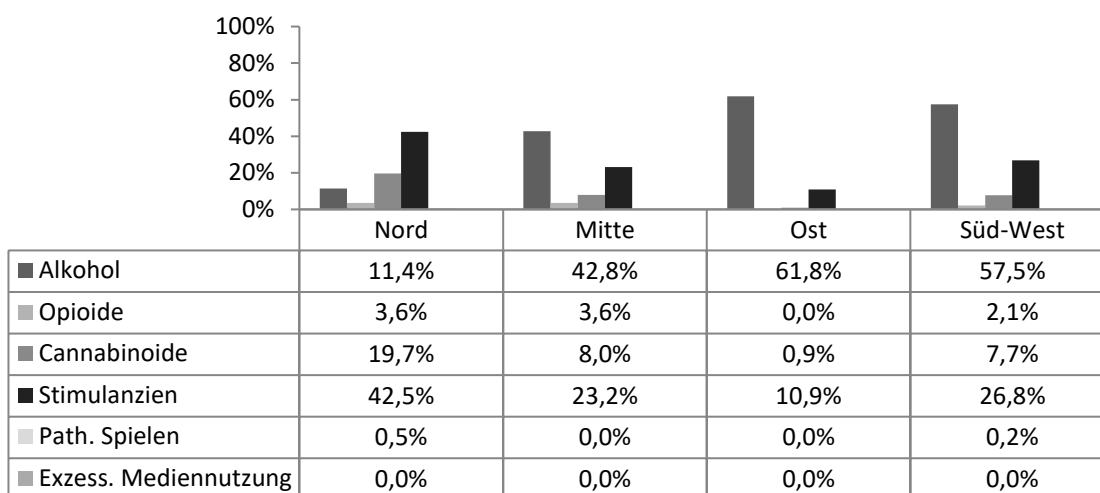
Auch im Jahr 2019 überwiegen in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der vier Teilregionen Thüringens Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mit jeweils mehr als der Hälfte der Betreuten. Der höchste Anteil findet sich in der Region Mittelthüringen (55%), der niedrigste (jeweils 51%) in Ost- und Süd-Westthüringen. In den ambulanten Einrichtungen Nordthüringens liegen die höchsten Quoten an Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (24%) bzw. mit einer Glücksspielproblematik (4%) vor. Ost- und Süd-Westthüringen haben mit jeweils 18% den höchsten Anteil an Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Süd-Westthüringen hat darüberhinaus mit 20% den zweithöchsten Anteil an Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Störung und mit 2% (ebenso wie Mittelthüringen) den größten Anteil an Patienten mit opioidbezogenen Störungen (Abbildung 36).

Abbildung 36: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

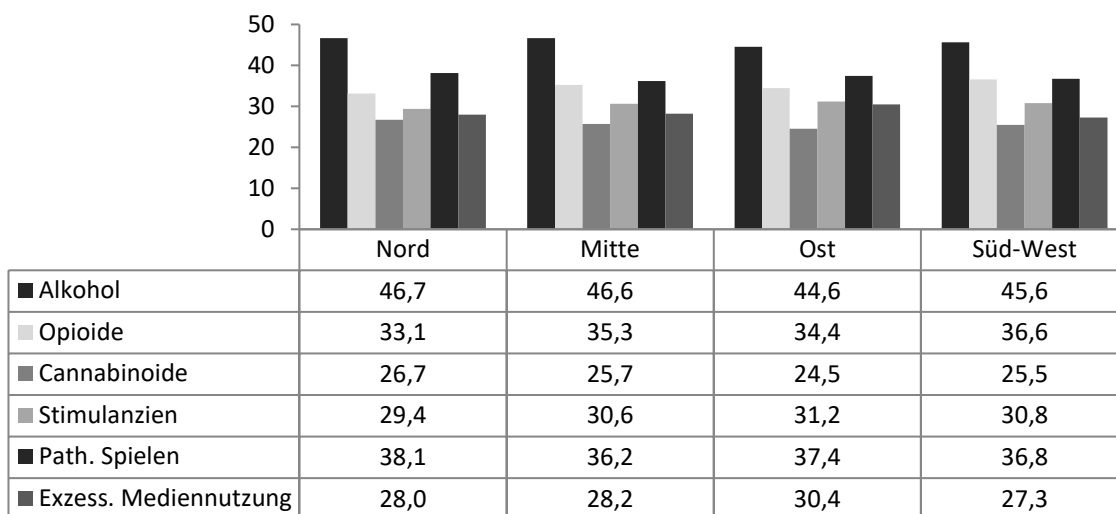


Im stationären Bereich fällt der niedrige Anteil an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Nordthüringen auf (11%). Dagegen finden sich dort am häufigsten Patienten mit stimulanzen- (43%) oder cannabinoidbezogenen Störungen (20%). In Ostthüringen werden vor allem Patienten mit alkoholbezogenen Störungen betreut (62%). In den stationären Einrichtungen Süd-West-Thüringens werden ebenfalls in großem Umfang Patienten (58%) mit alkoholbezogenen Störungen betreut sowie ein ebenfalls großer Anteil an Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (27%). In Mittelthüringen liegen, ebenso wie in Nordthüringen die höchsten Betreuungsquoten von Patienten mit opioidbezogenen Störungen vor (je 4%; Abbildung 37).

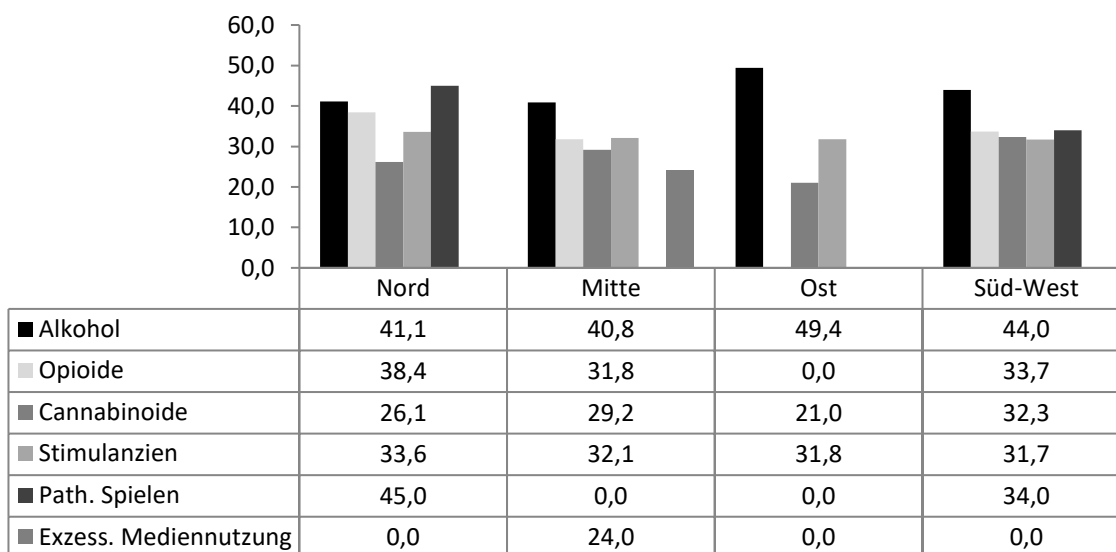
Abbildung 37: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



Das Durchschnittsalter der Patienten in ambulanter Betreuung unterscheidet sich nicht wesentlich in den vier Regionen. Die Patienten mit alkoholbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von zwischen 45 und 47 Jahren jeweils mit Abstand die ältesten. Die jüngsten Patienten sind mit einem mittleren Alter von zwischen 25 und 27 Jahren durchgängig diejenigen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Die Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen sind allen vier Regionen zwischen 30 und 31 Jahre alt. Patienten mit opioidbezogenen Störungen sind nach den Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und neben den Patienten mit Glücksspielproblematik die Ältesten mit einer Altersspanne von 33 Jahren (Nordthüringen) bis 37 Jahren (Südwest-Thüringen; Abbildung 38).

Abbildung 38: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)

Im stationären Behandlungsbereich weisen die Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in drei der vier Teilregionen ein jüngeres Durchschnittsalter auf als ambulant (Ausnahme: Ostthüringen). Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind demgegenüber tendenziell etwas älter als ambulant (Ausnahme Ostthüringen), ebenso Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (Abbildung 39).

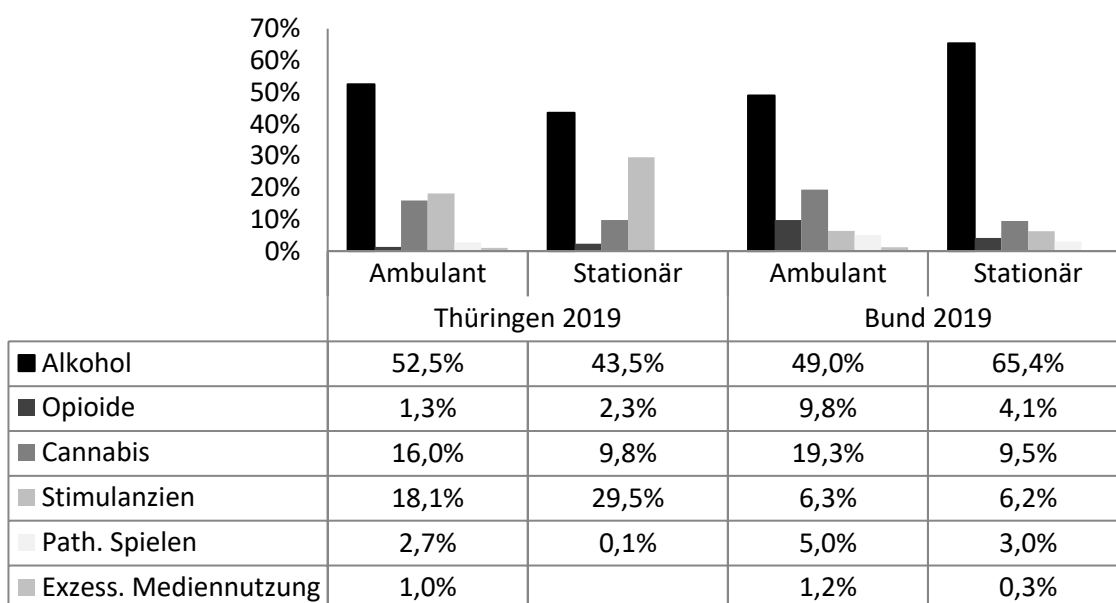
Abbildung 39: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)

9 Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten

Verglichen mit den Bundesdaten zeigt sich in Thüringen im Datenjahr 2019, wie in den Vorjahren, im ambulanten Bereich ein höherer Anteil an Patienten, die wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung sind (53% vs. 49%). Ein Unterschied, der sich jedoch stetig von Jahr zu Jahr verringert (2018: 54% vs. 49%; 2017: 58% vs. 48%). Wie auch im Jahr 2018 weist dagegen der stationäre Suchthilfebereich in Thüringen im Bundesvergleich einen deutlich niedrigeren Anteil an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen auf (44% vs. 66%; 2018: 52% vs. 64%). Der Anteil, der in Thüringen stationär Behandelten, liegt dabei erheblich unter dem des Vorjahres. Unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt auch aktuell die Häufigkeit der Betreuungen von Patienten mit opioidbezogenen Störungen. Während in Thüringen diesbezüglich ambulant 1% und stationär 2% der Patienten behandelt werden (2018: 2% bzw. 3%), liegen die entsprechenden Quoten bundesweit bei 10% bzw. 4% (2018: 12% bzw. 5%). Sowohl in Thüringen als auch im Bund haben sich die Anteile an Betreuten mit einer opioidbezogenen Störung gegenüber dem Vorjahr etwas verringert.

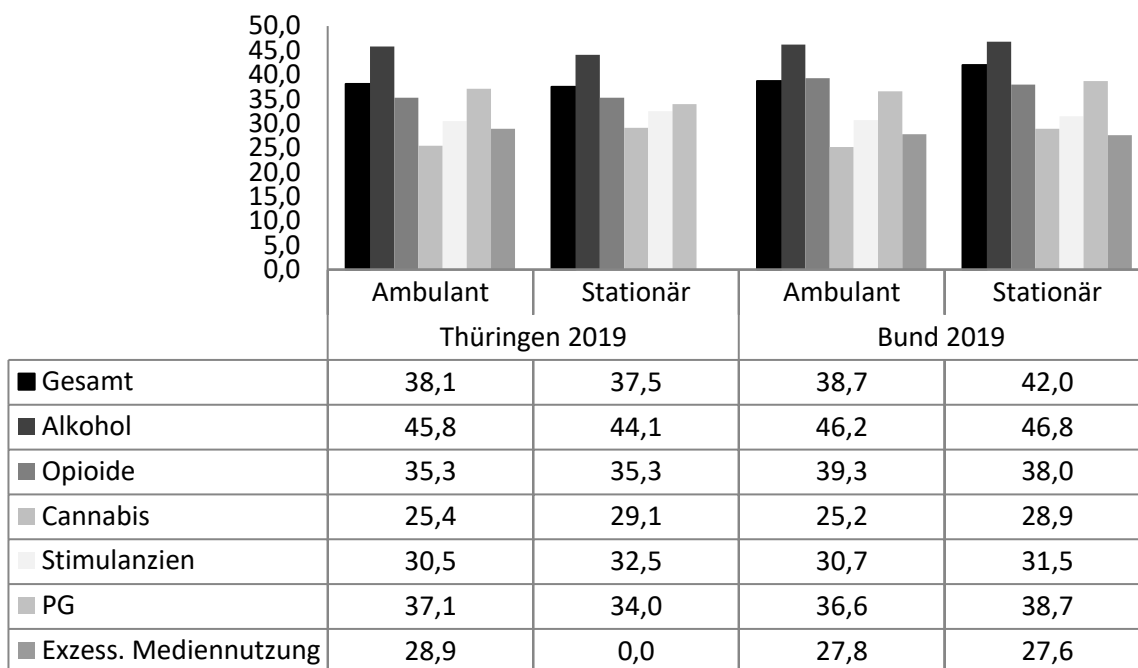
Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen werden in ambulanten Einrichtungen in Thüringen zu geringeren Anteilen betreut als bundesweit (16% vs. 19%). Beide Werte entsprechen genau denen des Vorjahres. Nach wie vor liegen die Häufigkeiten der Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen in Thüringen wesentlich höher als im Bund. Ambulant sind die Werte etwa dreimal (18% vs. 6%), stationär sogar fünfmal so hoch (30% vs. 6%). Die Werte sind zudem gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen (2018: 28%). Ebenfalls nach wie vor befinden sich in Thüringen so gut wie keine Patienten mit Glücksspielproblematik in stationärer Betreuung und auch in ambulanter Betreuung liegt der Anteil mit 3% unter dem bundesweiten Wert von 5%. Patienten mit einer Exzessiven Mediennutzung spielen in der Thüringischen Suchthilfe so gut wie keine Rolle. Auch bundesweit liegt der Wert ambulant nur bei 1%, stationär tritt diese Patientengruppe praktisch nicht in Erscheinung (Abbildung 40).

Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen



Auch in Bezug auf das durchschnittliche Alter der Patienten gibt es stellenweise Unterschiede. Insgesamt sind die stationär behandelten Patienten in Thüringen deutlich jünger als auf Bundesebene (38 Jahre vs. 42 Jahre), wohingegen sich für die ambulant Betreuten relativ ähnliche Werte ergeben (38 Jahre vs. 39 Jahre). Bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen besteht für Patienten mit opioidbezogenen Störungen kein deutlicher Unterschied. Diese Personengruppe ist in Thüringen deutlich jünger als bundesweit (ambulant: 35 Jahre vs. 39 Jahre; stationär: 35 Jahre vs. 38 Jahre). Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in stationärer Betreuung sind in Thüringen ebenfalls jünger als im Bundesdurchschnitt (44 Jahre vs. 47 Jahre). Bei Patienten mit cannabinoid- und stimulanzenbezogenen Störungen ist das Durchschnittsalter in Thüringen fast identisch mit dem bundesweiten Wert. Patienten mit einer Glücksspielproblematik weisen in Thüringen ambulant das gleiche Alter wie im Bundesdurchschnitt auf, sind stationär aber deutlich jünger (34 Jahre vs. 39 Jahre). Bei Patienten mit exzessiver Mediennutzung ist das Durchschnittsalter in Thüringen ambulant ähnlich wie im Bund, stationär spielt diese Diagnose in Thüringen keine Rolle (Abbildung 41).

Abbildung 41: Durchschnittsalter (in Jahren)



10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- 2019 haben 49 Einrichtungen Daten für die Suchthilfestatistik geliefert. Gegenüber dem Vorjahr (N = 46) haben drei Einrichtungen mehr teilgenommen.
- Aufgrund der etwas höheren Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen ist auch die die Anzahl der Betreuungsfälle mit 12.145 Fällen etwas höher als im Vorjahr (11.725).
- 70% der Patienten sind Männer, 30% Frauen.
- Die am häufigsten vergebenen substanzbezogenen Hauptdiagnosen sind schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (1) Alkohol: 52%, (2) Stimulanzien: 19%, (3) Cannabinoiden: 15%.
- Die häufigste nicht-substanzbezogene Hauptdiagnose ist Pathologisches Spielen (2%).
- Patienten mit einer cannabinoid- bzw. stimulanzienbezogenen Hauptdiagnose sind im Durchschnitt am jüngsten (\bar{x} Alter: 26 bzw. 31 Jahre). Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol haben insgesamt das höchste Durchschnittsalter (46 Jahre).
- Das Alter bei Erstkonsum liegt für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak bei 15 Jahren. Für illegale Substanzen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei Erstkonsum bei 16 Jahren für Cannabis. Amphetamine werden im Durchschnitt mit 19 Jahren erstmalig konsumiert und Heroin mit 20 Jahren.
- Die durchschnittliche Dauer von Beginn der Störung bis zum Beginn der Betreuung ist bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung am längsten (16 Jahre), bei Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Störung am kürzesten (8 Jahre).
- Über die Hälfte (56%) der Patienten aller Störungsgruppen lebt überwiegend nicht alleine, sondern zumeist entweder mit einem Partner oder noch mit den Eltern zusammen.
- 85% aller Betreuten 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.
- 89% der Patienten haben einen Schulabschluss (am häufigsten Real- und Hauptschule). 8% haben die Schule ohne Abschluss verlassen.
- 39% der Patienten sind bei Betreuungsbeginn arbeitslos (überwiegend nach SGB II). Die höchsten Arbeitslosenquoten weisen die Patienten mit opioid- und stimulanzienbezogener Hauptdiagnose auf (58%, 53%).
- 33% der Behandelten haben bei Betreuungsbeginn Schulden, der Großteil davon im Bereich bis 10.000 Euro.
- 34% der Patienten kommen als Selbstmelder ohne Vermittlung in eine der betreuenden Einrichtungen.
- 29% der Betreuungen werden aufgrund von Auflagen (Vorgaben durch Dritte) begonnen, bei Männern häufiger als bei Frauen. Gerichtliche Auflagen haben vor allem Patienten aus den Diagnosegruppen Cannabinoide, Stimulanzien und Opioide.

-
- Die höchsten Anteile von Patienten, die zum ersten Mal in Betreuung sind, liegen bei Patienten mit einer exzessiven Mediennutzung (71%), mit cannabinoidbezogenen Störungen (50%) und einer Glücksspielproblematik (53%) vor. Patienten mit alkoholbezogenen Störungen haben mit 29% die geringste Erstbetreuungsrate.
 - Die mittlere Betreuungsdauer im Bereich der substanzbezogenen Hauptdiagnosen ist am längsten bei Patienten mit einer Opioidproblematik (684) Tage), die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer (cannabinoidbezogene Hauptdiagnose) beträgt 219 Tage. Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei Alkoholpatienten ist mit 380 Tagen eher lang.
 - Knapp die Hälfte der Patienten beendet ihre Betreuung regulär, bei 33% kommt es zu einem Abbruch durch den Patienten. Die Abbruchquote ist bei Patienten mit einer Glücksspiel- und Opioidproblematik am höchsten (55%/54%).
 - Am Ende der Betreuung kommt es nach Einschätzung der Betreuer gegenüber dem Zustand bei Beginn bei der überwiegenden Mehrheit (60%) der Patienten zu einer Verbesserung im Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten.
 - In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe wird auch 2019 ein höherer Anteil an Patienten mit alkoholbezogenen Störungen betreut als bundesweit. (53% 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.: 30% vs. 6%). Zu niedrigeren Anteilen im Vergleich zum Bund sind in Thüringen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (16% vs, 19%) und deutlich niedriger Patienten mit opioidbezogenen Störungen (1% vs. 10%) in Betreuung.

11 Quellen

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

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

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019.. Bundesland Thüringen. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Wohnheime/Eingliederungshilfen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Nord-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Süd-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Ost-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-Region-Mitte-ZB. Ambulante Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Ost. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Süd. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Mitte. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für TH-STAT-BEW-Region-Nord. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Bundesland Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: Institut für Therapieforschung.

Dauber, H., Künzel, J., Schwarzkopf, L. & Specht, S. (2020). *Deutsche Suchthilfestatistik 2019. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakte*. München: 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.

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

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

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

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