



Mental Health &
Addiction Research

**IFT Mental Health &
Addiction Research**

Leopoldstraße 175
80804 München

Tel. 089/360 804 60

Fax 089/360 804 19

schwarzkopf@ift.de

www.ift.de

Suchthilfestatistik 2021

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

Jutta Künzel

Monika Murawski

Sara Specht

Larissa Schwarzkopf

München, November 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Methodik	5
2.1	Design und Stichprobe.....	5
2.2	Datenerhebung und Diagnostik	5
2.3	Hinweise zum Verständnis des Berichts	6
3	Einrichtungsbezogene Merkmale	7
4	Klientelbezogene Merkmale	10
4.1	Überblick zur Klientel	10
4.2	Verteilung der Hauptdiagnosen	12
4.3	Soziodemografische Daten.....	15
5	Betreuungsbezogene Merkmale	28
6	Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen	40
7	Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2021	55
8	Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens	63
9	Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten	67
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	69
11	Quellen	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einrichtungstypen und Software	7
Tabelle 2:	Umfang Betreuungen 2021.....	11
Tabelle 3:	Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2021.....	11
Tabelle 4:	Betreuungsgrund der Zugänge 2021 (Einrichtungstypen).....	11
Tabelle 5:	Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp; Geschlecht)	14
Tabelle 6:	Hauptdiagnosen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen.....	15
Tabelle 7:	Altersdurchschnitt (in Jahren; Einrichtungstyp; Hauptdiagnose)	18
Tabelle 8:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*	22
Tabelle 9:	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	23
Tabelle 10:	Wohnsituation ein Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose).....	23
Tabelle 11:	Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Typ 1).....	25
Tabelle 12:	Problematische Schulden und Einrichtungstyp	27
Tabelle 13:	Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen.....	30
Tabelle 14:	Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)	31
Tabelle 15:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp).....	32
Tabelle 16:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen).....	32
Tabelle 17:	Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp)	33
Tabelle 18:	Dauer der Betreuung (Hauptdiagnosen, Typ 1)	34
Tabelle 19:	Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1).....	35
Tabelle 20:	Art der Beendigung (Einrichtungstyp)	35
Tabelle 21:	Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose	36
Tabelle 22:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)	38
Tabelle 23:	Veränderung der Konsummenge/Spieldauer (Betreuungsanfang – Betreuungsende; Hauptsubstanzen/-spielform, Typ 1)	39
Tabelle 24:	Geschlechterverteilung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	40
Tabelle 25:	Partnerschaft (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	41
Tabelle 26:	Lebenssituation (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	42
Tabelle 27:	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	43
Tabelle 28:	Schulden (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	46
Tabelle 29:	Suchtbezogene Komorbidität (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	46
Tabelle 30:	Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum	47
Tabelle 31:	Übersicht über die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der 2021 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen	9
Abbildung 2: Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen)	12
Abbildung 3: Altersverteilung bei Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	17
Abbildung 4: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform / Haupttätigkeit Mediennutzung; alle Einrichtungstypen)	19
Abbildung 5: Störungsdauer (Ø Alter bei Betreuungsbeginn – Ø Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)	19
Abbildung 6: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)	20
Abbildung 7: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)	21
Abbildung 8: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Einrichtungstypen).....	24
Abbildung 9: Anteil Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)	26
Abbildung 10: Auflagen ja (Hauptdiagnosen; Gesamt)	28
Abbildung 11: Häufigste Auflagen (Hauptdiagnosen; Gesamt)	29
Abbildung 12: Anteil der Erstbetreuten (Hauptdiagnosen)	31
Abbildung 13: Problematik zu Betreuungsbeginn (Einrichtungstypen).....	37
Abbildung 14: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)	38
Abbildung 15: Alter bei Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	41
Abbildung 16: Höchster Schulabschluss (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	44
Abbildung 17: Berufsausbildung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	44
Abbildung 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	45
Abbildung 19: Störungsdauer (Ø Alter bei Störungsbeginn – Ø Alter bei Betreuungsbeginn; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	48
Abbildung 20: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Problembereiche; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	49
Abbildung 21: Vermittlung in die Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	50
Abbildung 22: Weitervermittlung/Verlegung nach Beendigung der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	50
Abbildung 23: Dauer der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	51
Abbildung 24: Planmäßige Beendigungen (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	52
Abbildung 25: Gebesserte Problematik am Betreuungsende (alle Problembereiche, Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	53
Abbildung 26: Hauptsubstanz Cannabis: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Betreuung.....	54

Abbildung 27: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen).....	55
Abbildung 28: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen).....	56
Abbildung 29: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)	57
Abbildung 30: Anzahl der Kontakte je beendeter Betreuung (ambulant).....	58
Abbildung 31: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)	59
Abbildung 32: Planmäßige Beendigung (Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)	60
Abbildung 33: Beendigung der Betreuung durch Abbruch von Seiten der Patientinnen/Patienten (alle Einrichtungstypen).....	61
Abbildung 34: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant).....	64
Abbildung 35: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär).....	65
Abbildung 36: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren).....	66
Abbildung 37: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren).....	66
Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen.....	67
Abbildung 39: Durchschnittsalter (in Jahren)	68

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet eine Übersicht über die Auswertung der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2021 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patientinnen und Patienten. In Thüringen wird bereits seit mehr als 20 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Im Laufe der Jahre wurde die Thüringer Standarddokumentation um weitere Einrichtungstypen aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich erweitert.

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

2 Methodik

2.1 Design und Stichprobe

Die der aktuellen Auswertung zugrunde liegenden Daten stammen von einer großzahligen Gelegenheitsstichprobe aller Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der zentralen Auswertung für die DSHS beteiligt haben (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2022). In die Erhebung von 2021 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 47 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 2021 (aktuellste Auswertung: Künzel, Murawski, Schwarzkopf & Specht, 2022). Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann folgenden Publikationen entnommen werden: Erhebungsmethodik bis 2016: Bauer, Sonntag, Hildebrand, Bühringer und Kraus (2009), Erhebungsmethodik ab 2017 : Schwarzkopf et al. (2020).

2.2 Datenerhebung und Diagnostik

Die Datenerhebung wurde im Jahr 2021 in den Suchthilfeeinrichtungen auf der Grundlage des *Deutschen Kerndatensatzes 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, 2022) erstellt und ist seit 2017 gültig. Für die Erhebung kompatibler Daten in den Einrichtungen wird jeweils eine KDS-zertifizierte Dokumentationssoftware eingesetzt.

Die Diagnosestellung im Rahmen des KDS 3.0 erfolgt nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2016). Für die in diesem Bericht dargestellten Analysen werden Personen mit einer ICD-Diagnose F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) sowie F63.0 (Pathologisches Spielen) einbezogen.

Ebenfalls (teilweise) einbezogen werden Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik ihrer Angehörigen bzw. Personen im sozialen Umfeld aufsuchten. Hauptdiagnosen werden nur für Patientinnen und Patienten mit einer eigenen Problematik

vergeben, und zwar bei den ICD 10 Diagnosen F10 – F19 mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 für Schädlichen Gebrauch der Substanz(gruppe) bzw. F1x.2 für Abhängigkeit (Dilling et al., 2016). Viele Patientinnen und Patienten weisen mehrere der genannten Störungen auf, die alle als Einzeldiagnosen kodiert werden. Unter den für eine Person vergebenen Einzeldiagnosen kann jedoch nur eine als behandlungsleitende Diagnose, also als Hauptdiagnose, angegeben werden. Ein Großteil der nachfolgenden Darstellungen differenziert nach Hauptdiagnosen.

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

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungstypen¹ (Typ 1 und Typ 5) erfolgt die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der „Zugänge“, d.h. der Fälle, deren Betreuung im Bezugsjahr 2021 neu begonnen wurde. 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 Datenjahr 2021 beendet wurden. Das gleiche Vorgehen findet für die Gesamtstichprobe aller Einrichtungen (im Text abgekürzt mit „Gesamt“) statt. Für den stationären Einrichtungstyp (Typ 2) erfolgt die Auswertung aller Daten für die „Beender“, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt.

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

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden Prozentwerte in den Tabellen ohne Prozentzeichen dargestellt bzw. im Text gerundete Prozentangaben genutzt. Zudem werden folgende Begriffe genutzt: „Patientinnen und Patienten“ sowohl für ambulant sowie stationär betreute Personen², „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung und „Einrichtung“ für Suchthilfeeinrichtung.

¹ Zur Systematik der Einrichtungstypen siehe Kapitel 3.

² Da die Datenbasis fallbezogen ist, kann eine Person mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

3 Einrichtungsbezogene Merkmale

2021 beteiligten sich insgesamt 47 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik für den Freistaat Thüringen (27 ambulante, 5 stationäre und 15 soziotherapeutische Einrichtungen; Tabelle 1). Im Vergleich zum Vorjahr, in dem 50 Einrichtungen teilgenommen haben, ist die Beteiligung etwas zurückgegangen.

Die Zuordnung einer Einrichtung zu einem Einrichtungstyp erfolgt durch die Einrichtungsmitarbeiter und -mitarbeiterinnen selbst. Da viele Einrichtungen über unterschiedliche Angebote verfügen, wird häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenden Einrichtungstyp vorgenommen. Die Dokumentation der Daten erfolgt auch im aktuellen Datenjahr überwiegend mit der Software „Ebis“ (87 %; Tabelle 1).

Seit dem Datenjahr 2017 gilt folgende Einteilung der Einrichtungstypen³:

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

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

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software

Einrichtungstyp*	Typennummer	Software/System		Gesamt 2021	Gesamt 2020
		Ebis	Sonstige		
Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	1	26	1	27	29
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + Adaptionseinrichtungen (Typ 2)	2	3	2	5	5
Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5)	5	12	3	15	16
Gesamt		41	6	47	50

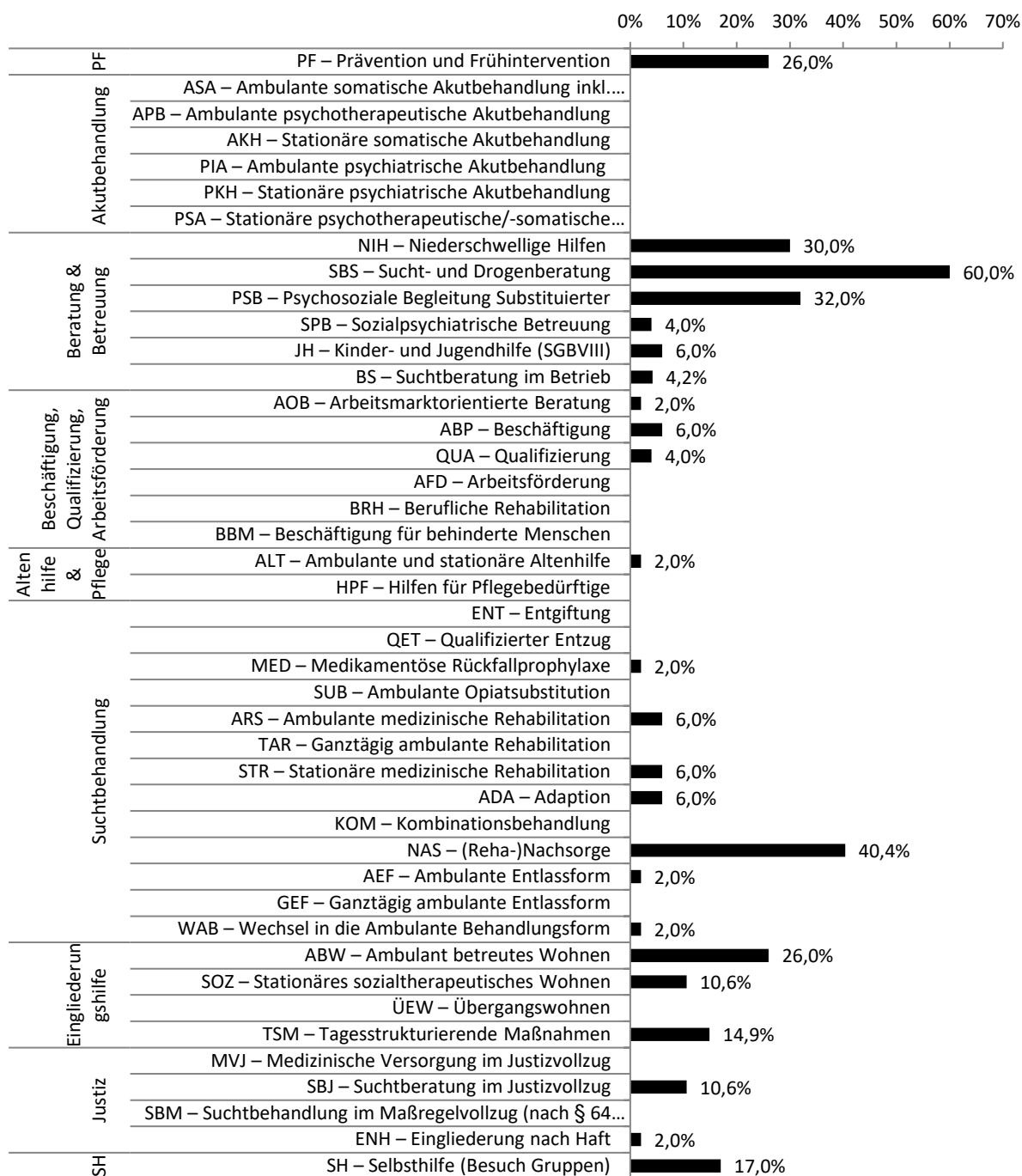
* in den weiteren Tabellen werden die Einrichtungstypen im Sinne einer besseren Lesbarkeit mit den hier angegebenen Ziffern bezeichnet.

³ Aufgelistet sind nur im Bericht berücksichtigte Einrichtungstypen.

Abbildung 1 zeigt, in wie vielen der teilnehmenden Einrichtungen bestimmte Angebote/Dienste seitens der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 in Anspruch genommen wurden. Hierbei werden nur Angebote/Dienste berücksichtigt, die auch mindestens einmal im Jahr 2021 genutzt wurden. Darüber hinaus angebotene/geplante Angebote/Dienste, die nicht genutzt bzw. deren Nutzung nicht dokumentiert wurde, bleiben unberücksichtigt.

In den meisten Einrichtungen wird 2021 Sucht- und Drogenberatung (SBS; 60 %), gefolgt von Reha-Nachsorge (NAS; 40 %) sowie psychosozialer Begleitung Substituierter (PSB; 32 %) in Anspruch genommen. In knapp einem Drittel der Einrichtungen werden Maßnahmen im Bereich Niedrigschwellige Hilfen (30 %), in jeweils etwa einem Viertel der Einrichtungen Maßnahmen der Prävention und Frühintervention (PF; 26 %) sowie Angebote des Ambulanten Wohnens (ABW; 26 %) genutzt. Tagesstrukturierende Maßnahmen (TSM) und Selbsthilfeangebote werden von den Betroffenen in 16 % bzw. 15 % der Einrichtungen in Anspruch genommen. Das Angebot einer externen Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten wird in 10 % der Einrichtungen wahrgenommen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der 2021 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen



N(Gesamt)= 47; Mehrfachnennungen möglich.

4 Klientelbezogene Merkmale

In diesem Kapitel werden die 2021 in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten und Patientinnen hinsichtlich soziodemografischer und diagnostischer Merkmale beschrieben.

Bei der Darstellung der Daten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen, Hauptdiagnosegruppen oder Hauptmaßnahmen. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Personen dargestellt sowie auch differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Zudem werden die Daten ausgewählter Hauptdiagnosegruppen⁴ (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien, Multiplen Substanzgebrauch oder Pathologisches Spielen) für einige Merkmale vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1), da hier die mit Abstand höchsten Fallzahlen vorliegen. Für die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung, die in der Thüringer Suchthilfe ebenso wie bundesweit (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2022) 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 2021 basiert auf insgesamt 11.413 dokumentierten Betreuungsfällen. Die Stichprobengröße hat damit gegenüber dem Vorjahr etwas abgenommen (2020: 11.971), jedoch haben sich 2022, wie in Kap. 3 beschrieben, drei Einrichtungen weniger an der Suchthilfestatistik Thüringen beteiligt.

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

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

Daten zur ICD-10 Diagnose F63.8/F68.8 (Exzessive Mediennutzung) werden aufgrund der sehr geringen Fallzahlen im vorliegenden Bericht nicht mehr berücksichtigt.

Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2021⁵

Betreuungen	M	F	G	n
Übernahmen nach 2021	47,3%	48,4%	47,6%	5.430
Zugänge 2021	52,7%	51,6%	52,4%	5.983
Beender 2021	49,4%	45,8%	48,3%	5.517
Übernahmen nach 2022	50,6%	54,2%	51,7%	5.896
	8.091	3.318		11.413*
*Gesamt %	70,9%	29,1%		-

M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. n= 47 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).
*enthält 4 Nennungen „Geschlecht: ohne Angabe“.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über den Betreuungsumfang nach ausgewählten Hauptmaßnahmen. Die Betreuungszahlen 2021 bewegen sich zwischen n=89 für Niedrigschwellige Hilfen (NIH) und n=225 für Sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ.)

Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2021

Hauptmaßnahme	N*	Übernahme nach 2021	Zugänge 2021	Beender 2021	Übernahme nach 2022	Betreuungen Gesamt 2021
ABW	9	136	45	32	149	181
NIH	3	69	20	28	61	89
SOZ	6	145	80	73	152	225
NAS	9	113	100	102	111	213

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

In allen Einrichtungstypen werden sowohl Männer als auch Frauen in der Regel aufgrund einer eigenen Symptomatik betreut (Männer: 98 % - 100 %; Frauen 79 %-100 %). Während stationäre Einrichtungen (Typ 2) von beiden Geschlechtern ausschließlich aufgrund einer eigenen Symptomatik aufgesucht werden, suchen Frauen insbesondere ambulante (Typ 1) und in geringerem Umfang auch sozialtherapeutische Einrichtungen (Typ 5) auch wegen der Problematik von Personen aus ihrem sozialen Umfeld auf (Typ 1: 21 %; Typ 5: 4 %; Tabelle 4).

Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2021 (Einrichtungstypen)

Betreuungsgrund	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt		N
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Eigene Symptomatik	98,2	79,2	100,0	100,0	98,0	95,9	98,7	88,8	5.921
Familienangehörige	1,8	20,8	0,0	0,0	2,0	4,1	1,3	11,2	362
Gesamt	3.731	1.580	591	142	344	95	8.091	3.318	11.413*

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

* enthält 4 Nennungen „Geschlecht: keine Angabe“;

Typ 1: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 2: n=5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 16 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 47 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

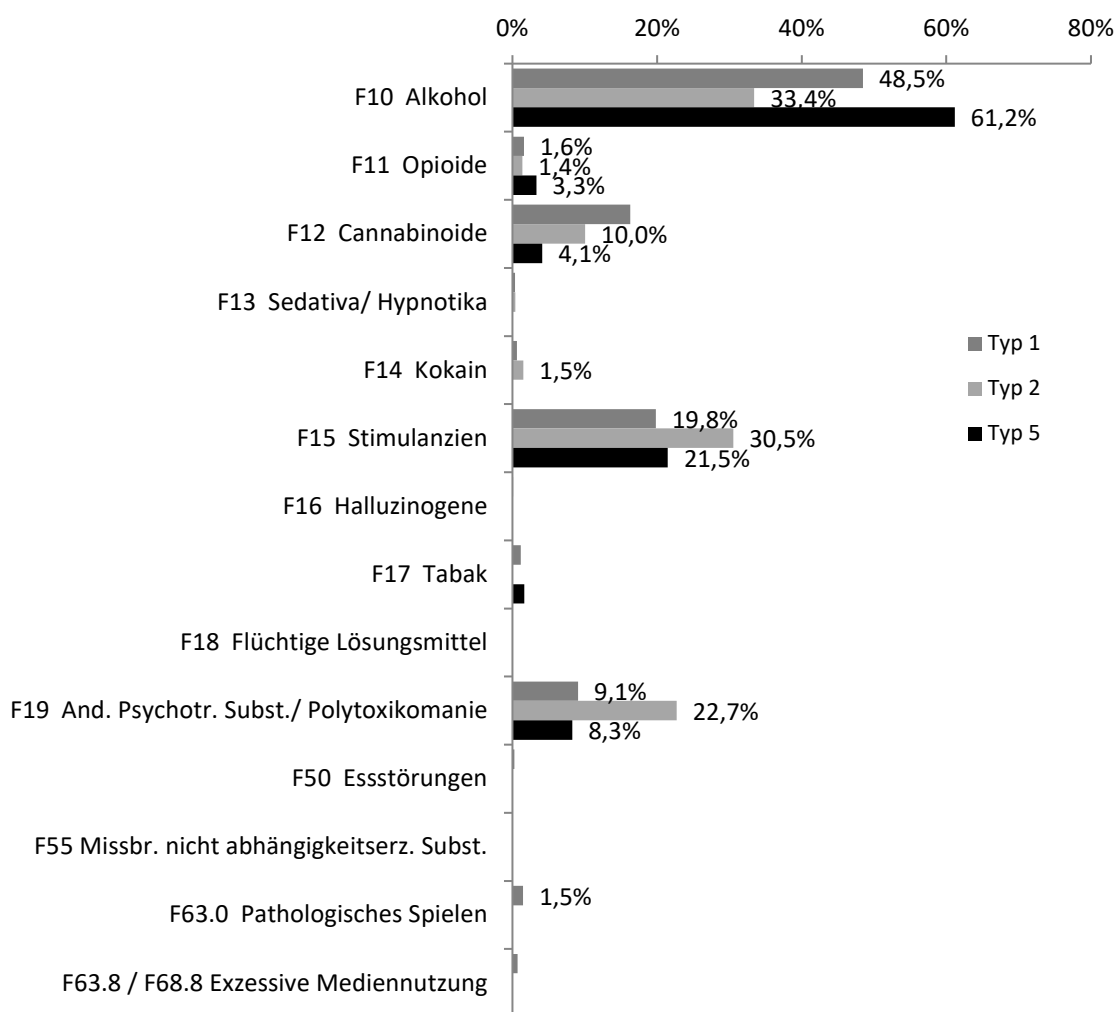
⁵ Nur in den Tabellen 2,3,4, nicht aber in allen darauffolgenden Analysen, sind auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchproblematik eines Familienmitglieds oder anderer Bezugsperson durchgeführt wurden.

4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

Für 5.309 (96 %) der 5.534 erfassten Betreuungsfälle wurde in den teilnehmenden Einrichtungen eine Hauptdiagnose vergeben. Für 225 (4 %) Betreuungsfälle wurde ein Grund für das Fehlen einer Hauptdiagnose dokumentiert. In insgesamt 48 Fällen wurde weder eine Hauptdiagnose kodiert noch ein Grund für die fehlende Kodierung angegeben (1 %).

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

Abbildung 2: Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen)



Die über alle Einrichtungstypen mit Abstand am häufigsten vergebene Hauptdiagnose ist nach wie vor der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol (Anteil gesamt 2021: 47 %; 2020: 48 %). Der höchste Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen wird in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 61 %) betreut, der geringste in den stationären (Typ 2; 33 %). Es liegen keine nennenswerten geschlechtsspezifische Unterschiede vor.

Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen bilden – wie im Vorjahr – auch 2021 die zweitgrößte Gruppe an Betreuten (21 %; 2020; 20 %). Der mit Abstand höchste Anteil an Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen findet sich

in stationären Einrichtungen (Typ 2; 31 %). Insgesamt sind Frauen häufiger als Männer wegen stimulanzenbezogener Störungen in Betreuung (27 % vs. 19 %).

An dritter Stelle stehen, ebenfalls wie im Vorjahr und mit gleichgebliebenem Anteil, Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, (16 %). Der höchste Anteil an Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen findet sich in ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 17 %), der geringste in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 3 %). Unter betreuten Männern finden sich häufiger Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen als unter betreuten Frauen (17 % vs. 13 %) (Tabelle 5).

Den vierten Rang nehmen Patientinnen und Patienten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch ein (2021: 11 %; 2020: 9 %) ein. Der Anteil an Betreuten mit entsprechender Diagnose ist in stationären Einrichtungen (Typ 2; 23 %) deutlich höher als in ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 1: 9 %; Typ 5: 8 %). Insgesamt werden in der männlichen Klientel anteilsmäßig mehr Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen betreut als in der weiblichen Klientel (11 % vs. 8 %), das trifft auch auf jeden der drei Einrichtungstypen zu (Tabelle 5).

Der Anteil an Betreuten mit opioidbezogenen Störungen liegt insgesamt bei 1 % und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr nicht verändert. Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 3 %) und am seltensten in stationären Einrichtungen (Typ 2; 1 %) betreut. Es liegen keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede vor (Tabelle 5).

Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik ist insgesamt mit 1 % geringer als im Vorjahr (2 %). Die Betreuung dieser Personen ist ausschließlich in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) dokumentiert und ist dort unter Männern häufiger als unter Frauen (2 % vs. 1 %; Tabelle 5).

Tabelle 5: Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp; Geschlecht)

Hauptdiagnose	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt				N
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	N	
Alkohol	48,7	47,8	48,5	33,4	33,3	33,4	61,3	60,0	61,2	47,5	46,7	47,3	2.512	
Opioid	1,8	1,0	1,6	1,2	2,1	1,4	3,8	0,0	3,3	1,8	1,1	1,6	86	
Cannabinoide	14,6	12,6	16,3	10,4	8,5	10,0	4,7	0,0	4,1	16,5	12,2	15,4	818	
Sedativa/ Hypnotika	0,1	1,0	0,3	0,2	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	0,4	19	
Kokain	0,8	0,2	0,6	1,4	2,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3	0,7	35	
Stimulanzien	17,7	26,0	19,8	29,9	33,3	30,5	19,8	33,3	21,5	18,8	26,7	20,7	1.100	
Halluzinogene	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	4	
Tabak	1,0	1,6	1,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,7	0,9	1,4	1,0	55	
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	
Multipler Substanzgebrauch	9,7	7,3	9,1	23,5	19,1	22,7	8,5	6,7	8,3	11,4	8,2	10,6	562	
Essstörungen	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2	12	
Missbr. nicht abhängigkeits- erz. Substanzen	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	3	
Pathologisches Spielen	1,6	1,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	1,3	69	
Exzessive Mediennutzung	0,8	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	0,6	33	
Gesamt	3.467	1.186	4.653*	586	141	727	106	15	121	3.998	1.311		5.309	

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

* enthält 2 Nennungen „Geschlecht unbestimmt“. Typ 1: n=27 Einrichtungen (unbekannt:1,0%). Typ 2: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n=15 Einrichtungen (unbekannt:0,0%). Gesamt: n= 47 Einrichtungen (unbekannt: 0,9%).

In den vier ausgewählten Hauptmaßnahmen (Tabelle 6) sind die Hauptdiagnosen zum Teil sehr unterschiedlich verteilt. So sind Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mit hohen (ABW: 51 % - NIH: 75 %) und Personen mit stimulanzienbezogenen Störungen mit mittleren Anteilen (NIH: 6 % - ABW: 33 %) in allen vier Hauptmaßnahmen vertreten, ebenso wie Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (SOZ: 5 % - NIH: 19 %). Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen finden sich dagegen nur in Sozialtherapeutischem Wohnen (SOZ;4 %) und in der (Reha-)Nachsorge (NAS; 2 %). Personen mit opioidbezogenen Störungen sind mit 5 % nur in einer der dargestellten Hauptmaßnahmen, im Sozialtherapeutischen Wohnen (SOZ, dokumentiert (Tabelle 6).

Tabelle 6: Hauptdiagnosen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen

Hauptdiagnose	ABW	NIH	SOZ	NAS
Alkohol	51,3%	75,0%	67,6%	68,0%
Opioide	0,0%	0,0%	5,4%	0,0%
Cannabinoide	0,0%	0,0%	4,1%	2,0%
Sedativa/Hypnotika	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kokain	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Stimulanzien	33,3%	6,3%	17,6%	19,0%
Halluzinogene	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tabak	0,0	0,0%	0,0%	0,0%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Multipler Substanzgebrauch	15,4%	18,8%	5,4%	8,0%
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%	2,0%
Exzess. Mediennutzung	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Gesamt	39	16	74	100

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

4.3 Soziodemografische Daten

Die folgenden Darstellungen differenzieren nach alkohol-, opioid-, cannabinoid-, und stimulanzenbezogenen Störungen sowie nach Multiplern Substanzgebrauch und Pathologischem Spielen.

Geschlecht

Der Großteil der betreuten Personen ist männlich (74 %). Von den Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 68 % (stimulanzenbezogene Störungen) und 83 % (opioidbezogene Störungen) Männer. Bei der nicht substanzbezogenen Störung „Pathologisches Spielen“ ist der Männeranteil mit 81 % ebenfalls sehr hoch.

Alter bei Betreuungsbeginn

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen bilden mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren die älteste Gruppe. Zu Beginn der ambulanten Betreuung (Typ 1) sind 40 % von ihnen über 50 Jahre alt. Sehr junge Personen im Alter bis 19 Jahre sind dagegen kaum aufgrund von alkoholbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung (2 %). Die Altersverteilung der Frauen und Männer unterscheidet sich nicht wesentlich.

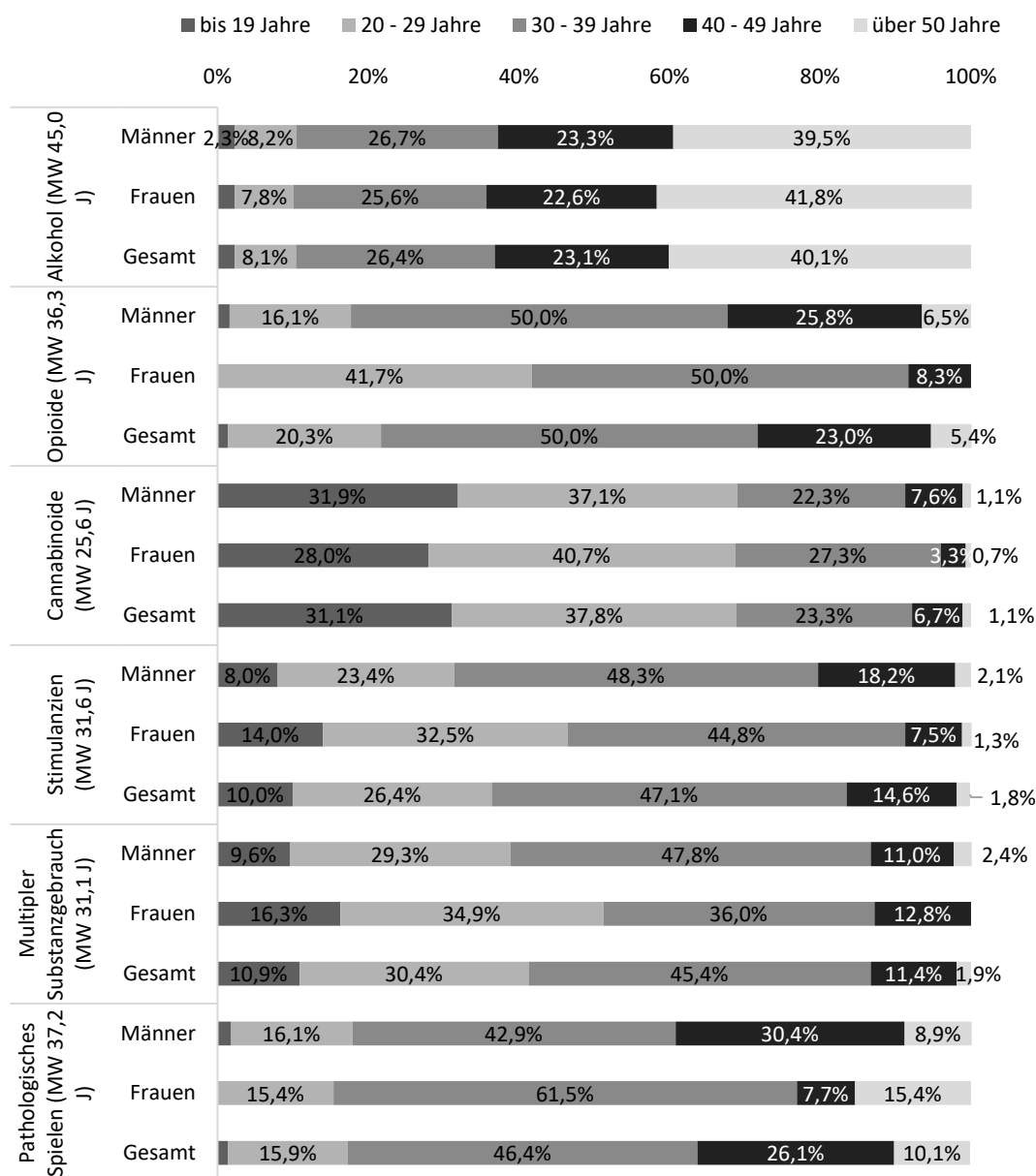
Personen mit opioidbezogenen Störungen sind im Durchschnitt deutlich jünger (36 Jahre). Die Hälfte ist zwischen 30 und 39 Jahre alt (50 %). Frauen weisen eine andere Altersstruktur auf als Männer: 42 % von ihnen sind 20 bis 29 Jahre alt, 8 % zwischen 40 und 49 Jahre (Männer: 16 % bzw. 26 %).

Eine noch deutlich jüngere Altersstruktur findet sich bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Im Durchschnitt sind sie 26 Jahre alt und bilden damit die jüngste Gruppe. Fast ein Drittel (31 %) fällt in die Altersgruppe der bis 19-Jährigen, (38 % sind 20 bis 29 Jahre alt. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen hier nicht vor.

Auch Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch sind mit einem Durchschnittsalter von 32 bzw. 31 Jahren vergleichsweise jung. Knapp die Hälfte der Betroffenen gehört jeweils der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen an (47 % bzw. 45 %). Bei beiden Störungsgruppen sind anteilmäßig mehr Frauen als Männer unter 30 Jahre alt (Stimulanzen: 48 % vs. 32 %; Multipler Substanzgebrauch: 51 % vs. 39 %).

Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik weisen mit 37 Jahren den zweithöchsten Altersdurchschnitt auf. Insgesamt ist gut ein Drittel der Betreuten über 40 Jahre alt (36 %). Während 62 % der Frauen mit Glücksspielproblematik der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen angehören (62 %), trifft dies auf weniger als die Hälfte der Männer mit Glücksspielproblematik zu (46 %). Hier ist die Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen deutlich stärker vertreten (Männer: 30 % vs. 8 %; (Abbildung 3).

Abbildung 3: Altersverteilung bei Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1)



MW=Mittelwert; J= Jahre

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen haben mit Abstand das höchste Durchschnittsalter (45 Jahre) und Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind im Mittel am jüngsten (26 Jahre). Das gilt für jeden der drei Einrichtungstypen, wobei Personen mit alkoholbezogenen Störungen in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) geringfügig älter sind (47 Jahre) als in ambulanten (Typ 1) und stationären Einrichtungen (Typ 2; je 45 Jahre). Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind in stationären Einrichtungen (Typ 2) im Mittel älter (31 Jahre) als in ambulanten (Typ 1; 26 Jahre) oder soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 28 Jahre). Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen sind in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) durchschnittlich jünger (36 Jahre) als in soziotherapeutischen (Typ 5; 39 Jahre) oder stationären Einrichtungen (Typ 2; 40 Jahre). Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen sind in stationären Einrichtungen (Typ 2) im Mittel etwas älter (33 Jahre) als in ambulanten (Typ 1; 32 Jahre) oder soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 31 Jahre). Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch sind wiederum in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) im Mittel geringfügig jünger (31 Jahre) als in stationären (Typ 2) oder soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; jeweils 32 Jahre; Tabelle 7).

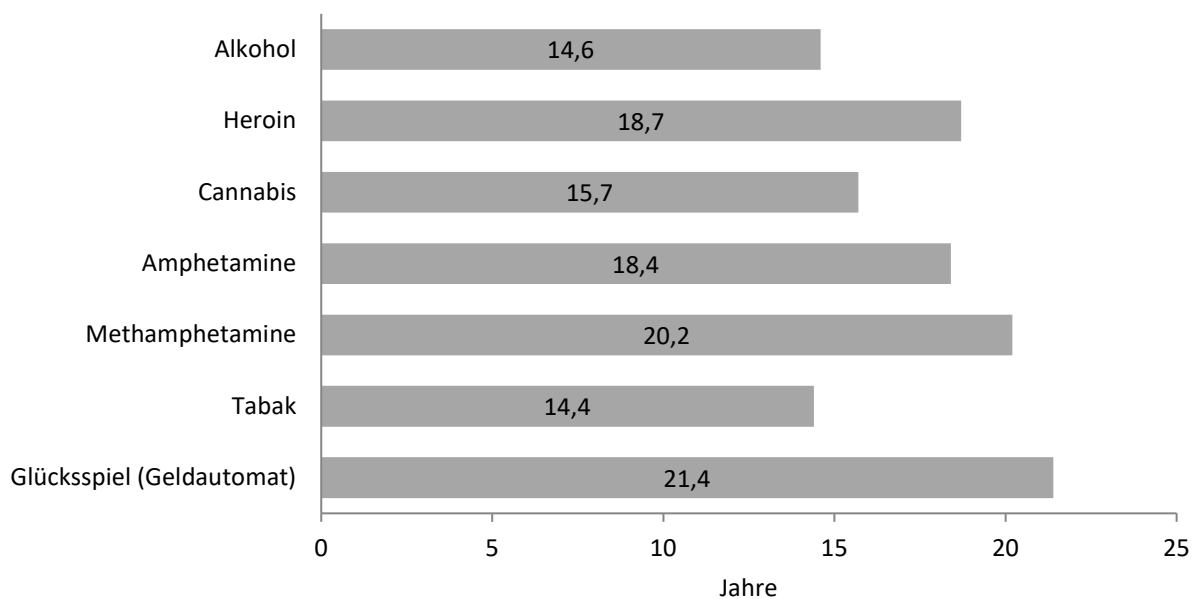
Tabelle 7: Altersdurchschnitt (in Jahren; Einrichtungstyp; Hauptdiagnose)

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	45,0	2.253	44,7	243	46,8	74	45,0	2.510
Opioide	36,3	74	39,8	10	38,5	4	36,7	86
Cannabinoide	25,6	759	31,1	73	27,8	5	26,0	818
Stimulanzen	31,6	923	33,1	222	31,0	26	31,7	1.100
Multipler Substanzgebrauch	31,1	421	31,9	164	31,9	10	31,2	560
Pathologisches Spielen	37,1	69	-	-	-	-	37,1	69
Gesamt	37,3	4.649	36,6	726	41,0	121	37,3	5.304

Alter bei Erstkonsum

Zur Ermittlung des Alters bei Erstkonsum wird jeweils die Hauptsubstanz bzw. Hauptglücksspielform herangezogen (Abbildung 6). Für den ersten Konsum der legalen Substanzen Tabak und Alkohol geben die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt ein Alter von 14 bzw. 15 Jahren an. Das Durchschnittsalter für den Konsum illegaler Substanzen liegt bei Cannabis mit 16 Jahren am niedrigsten. Der Erstkonsum von Amphetaminen und Methamphetaminen erfolgt später mit im Mittel 18 bzw. 20 Jahren. Am höchsten liegt das Durchschnittsalter für das erstmalige Spielen an Geldautomaten (in Spielhallen; 21 Jahre; Abbildung 4).

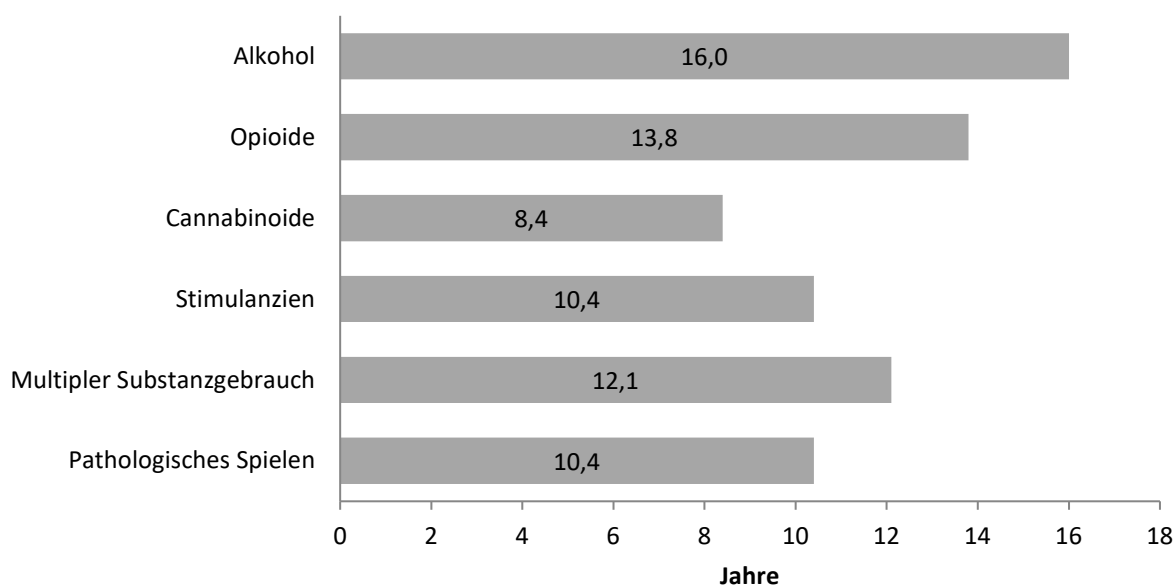
Abbildung 4: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform / Haupttätigkeit Mediennutzung; alle Einrichtungstypen)



Störungsdauer

Personen mit alkoholbezogenen Störungen haben die längste mittlere Störungsdauer (16 Jahre), d.h. Dauer zwischen Auftreten einer Störung und dem Beginn der laufenden Betreuung. Bei diesen Patientinnen und Patienten handelt es sich allerdings auch, wie bereits dargestellt, um die im Durchschnitt älteste Gruppe. Dementsprechend sind Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die im Mittel jüngsten Patientinnen und Patienten, auch diejenigen mit der kürzesten mittleren Störungsdauer (8 Jahre). Personen mit der substanzungebundenen Störung „Pathologisches Spielen“ liegen mit einer Störungsdauer von 10 Jahren im Mittelfeld (Abbildung 5).

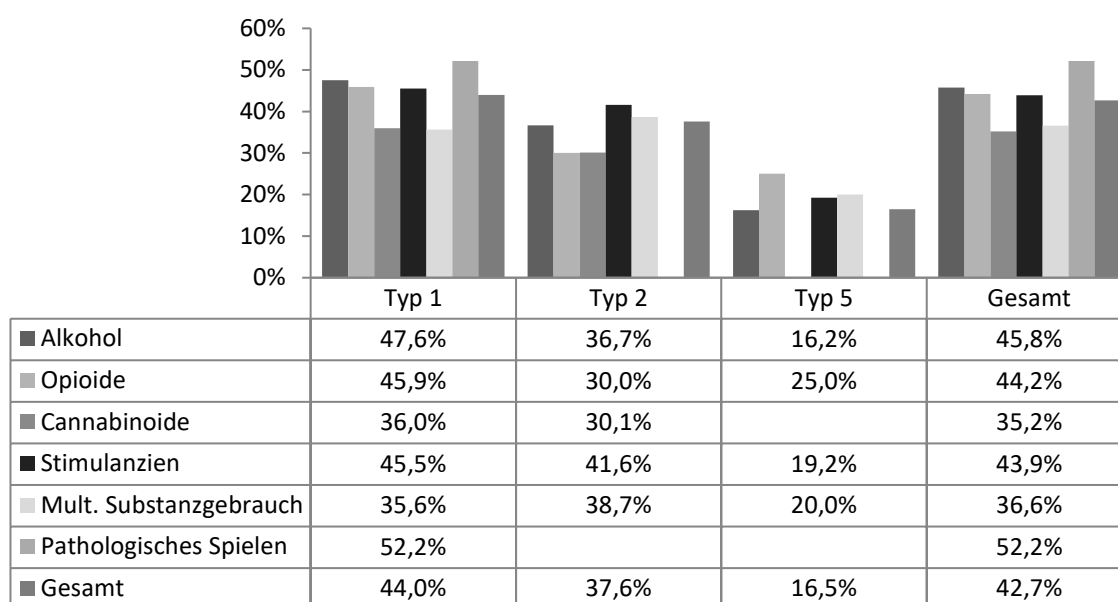
Abbildung 5: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)



Partnerschaft

Insgesamt leben 43 % aller Patientinnen und Patienten in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Personen mit einer Glücksspielproblematik zu (52 %), am seltensten auf Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (35 %), die allerdings auch die jüngsten unter den Betreuten sind. Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) die mit Abstand meisten Patientinnen und Patienten ohne Partnerschaft betreut werden (17 %). Besonders selten leben hier Personen mit alkohol- (17 %) bzw. mit ein stimulanzenbezogenen Störungen (19 %) in einer festen Partnerschaft. Mit Abstand am häufigsten hat die Klientel der ambulanten Einrichtungen (Typ 1) einen Partner oder einer Partnerin (44 %; Abbildung 6).

Abbildung 6: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)



Lebenssituation

Insgesamt lebt über die Hälfte der betreuten Personen mit einer oder mehreren Personen zusammen (56 %; Abbildung 9). Auf Frauen trifft das deutlich öfter zu als auf Männer (66 % vs. 53 %). Mit anderen Personen leben am häufigsten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (79 %) zusammen, gefolgt von Personen mit Glücksspielproblematik (77 %). Am seltensten leben Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mit anderen zusammen (58 %).

Das Zusammenleben mit anderen Personen ist unter Patientinnen und Patienten, die in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) betreut werden, eher weniger verbreitet (31 %), dagegen lebt mehr als die Hälfte (58 %) der Klientel ambulanter Einrichtungen (Typ 1) zusammen mit Anderen.

Frauen leben insgesamt deutlich häufiger mit jemandem zusammen als Männer (66 % vs. 53 %). Das gilt auch für Patientinnen in ambulanten und stationären Einrichtungen, nicht aber für Frauen in soziotherapeutischen Einrichtungen, die etwas seltener als Männer mit anderen Personen zusammenleben (27 % vs. 31 %; Abbildung 7).

Abbildung 7: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)

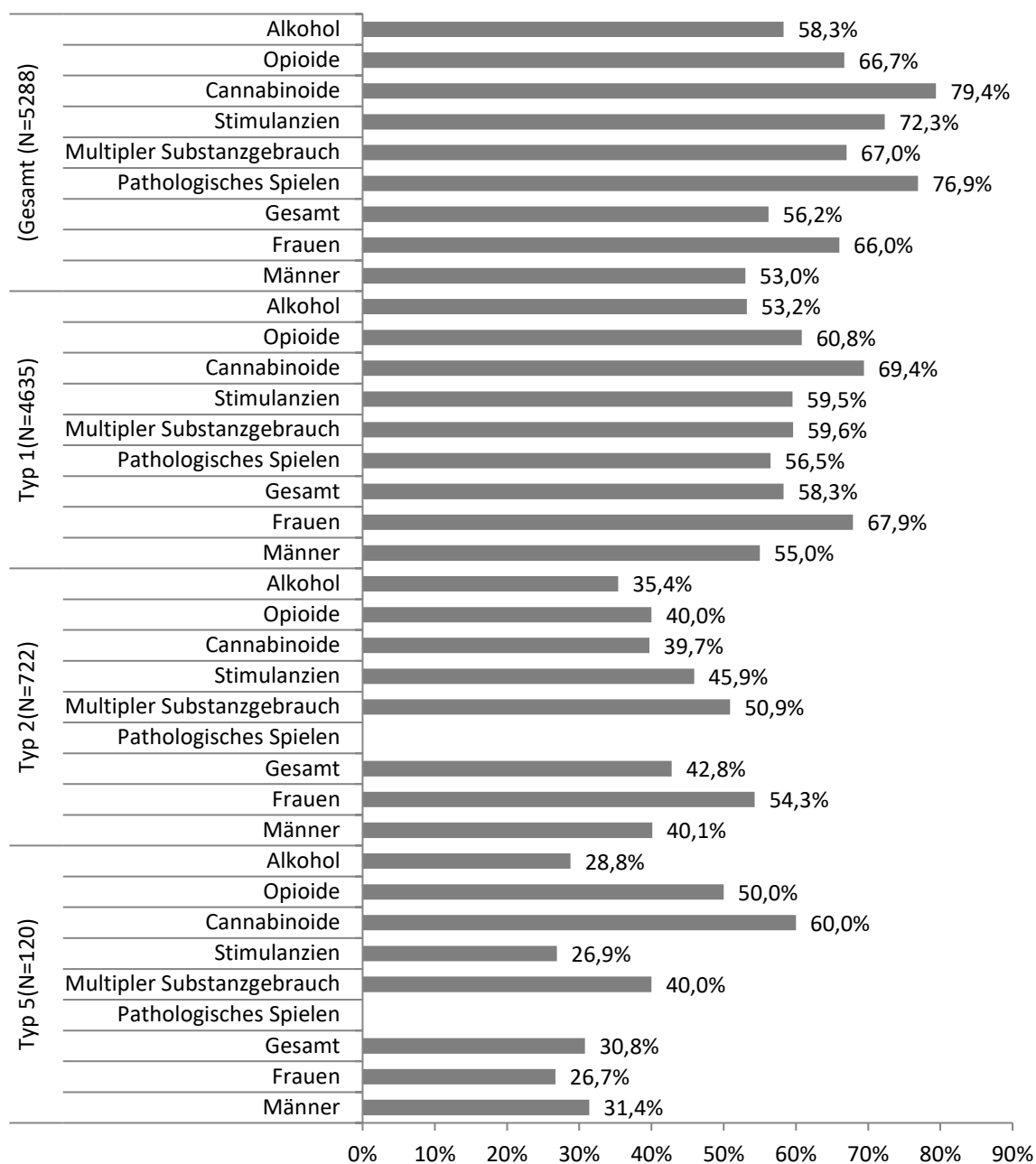


Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, mit wem Patientinnen und Patienten der einzelnen Einrichtungstypen vor Beginn ihrer Betreuung zusammengelebt haben. Personen in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) leben am häufigsten mit Partnern bzw. Partnerinnen (51 %) oder Kindern zusammen (31 %). Dies gilt in ähnlichem Umfang auch für die Personen in stationären Einrichtungen (Typ 2; 48 % bzw. 36 %). Patientinnen und Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) leben dagegen überwiegend mit sonstigen (Bezugs-)Personen zusammen (70 %), wie z.B. Mitbewohnern einer Wohngemeinschaft oder Notunterkunft.

Jeweils etwa die Hälfte der Frauen bzw. Männer lebt mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. Allerdings leben Frauen deutlich häufiger mit Kindern zusammen als Männer (Typ 1: 45 % vs. 24 %; Typ 2: 36 % vs. 18 %; Typ 5: 25 % vs. 12 %). Männer in ambulanten und stationären Einrichtungen leben wiederum häufiger als Frauen noch bei ihren Eltern (Typ 1: 27 % vs. 15 %; Typ 2: 27 % vs. 19 %); Tabelle 8).

Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Alleinlebend	45,0	32,1	41,7	59,9	45,7	57,2	68,6	73,3	69,2	43,8
Zusammenlebend mit*:										
Partner/Partnerin	50,6	50,4	50,5	47,0	48,0	47,2	12,1	25,0	13,5	49,6
Kind(ern)	24,4	45,3	30,6	16,7	36,0	21,4	18,2	50,0	21,6	29,6
Eltern	27,7	15,4	23,8	26,5	18,7	24,6	3,0	25,0	5,4	23,7
Sonstige (Bezugs-) Personen	24,5	16,9	22,2	26,1	17,3	23,9	75,8	25,0	70,3	23,2
Gesamt (Anzahl)	1901	792	2693	584	138	722	105	15	120	2.961

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

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

Wohnsituation

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen oder einer Glücksspielproblematik, die in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreut werden, leben am Tag vor Betreuungsbeginn zum großen Teil selbstständig (je 84 %), d.h. sie wohnen zur (Unter-)Miete bzw. in den eigenen vier Wänden. Am seltensten selbstständig leben Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (56 %) Bei anderen Personen leben vor allem Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (33 %). Aufgrund des überwiegend jungen Alters dieser Gruppe, kann angenommen werden, dass es sich bei „den anderen Personen“ um die Eltern handelt.

Im Justizvollzug befinden sich am häufigsten Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch (je 11 %). Ebenso leben Personen aus diesen beiden Gruppen am häufigsten in prekären Wohnverhältnissen (4 % bzw. 5 %), d.h. in Notunterkünften oder Obdachlosigkeit (Tabelle 9).

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

Wohnsituation	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Multipl. Substanz- gebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Selbstständiges Wohnen	83,8	58,1	58,3	62,6	56,4	84,1	3.335
Bei anderen Personen	7,7	21,6	33,3	20,2	22,3	10,1	767
Ambulant betreutes Wohnen	1,3	0,0	1,1	0,4	1,4	0,0	51
(Fach-)Klinik/stationäre Re- habilitationseinrichtung	1,0	1,4	0,4	2,7	1,7	0,0	58
Wohnheim/Übergangswohn- heim	1,7	4,1	2,1	2,3	1,9	1,4	91
JVA/Maßregelvollzug/ Sicherheitsverwahrung	2,7	10,8	2,5	8,8	11,4	4,3	230
Notunterkunft/ohne Wohnung	1,6	4,1	1,6	2,5	4,5	0,0	96
Sonstiges	0,2	0,0	0,8	0,4	0,5	0,0	16
Gesamt N	2.253	74	757	185	422	695	4.644

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent. Multipl. Substanzgebrauch= Multipler Substanzgebrauch; Path. Spielen= Pathologisches Spielen

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen am Tag vor Betreuungsbeginn gibt Tabelle 10. In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) sowie in stationären Einrichtungen (Typ 2) wohnen zu 84 % bzw. 72 % von ihnen selbstständig. In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) trifft dies nur auf 34 % zu. Dort betreute Patientinnen und Patienten leben vor Beginn ihrer Betreuung häufig in stationären Suchthilfeeinrichtungen (23 %), (Übergangs-)Wohnheimen (10 %) oder waren in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht (5 %). 8 % der stationär und 7 % der in soziotherapeutischen Einrichtungen betreuten Personen lebt unmittelbar vor Beginn der Betreuung in prekären Wohnverhältnissen (Tabelle 10).

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

Wohnsituation	Einrichtungstypen			Gesamt
	Typ 1	Typ 2	Typ 5	
Selbstständiges Wohnen	83,8	71,8	33,9	69,3
Bei anderen Personen	7,7	7,1	8,3	15,9
Ambulant betreutes Wohnen	1,3	1,2	9,1	1,3
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitations- einrichtung	1,0	9,5	23,1	3,1
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,7	0,8	10,7	2,0
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsver- wahrung	2,7	1,2	5,0	5,1
Notunterkunft/Übernachtungs- stelle/ohne Wohnung	1,6	7,9	7,4	3,2
Gesamt N	2.253	241	121	5.299

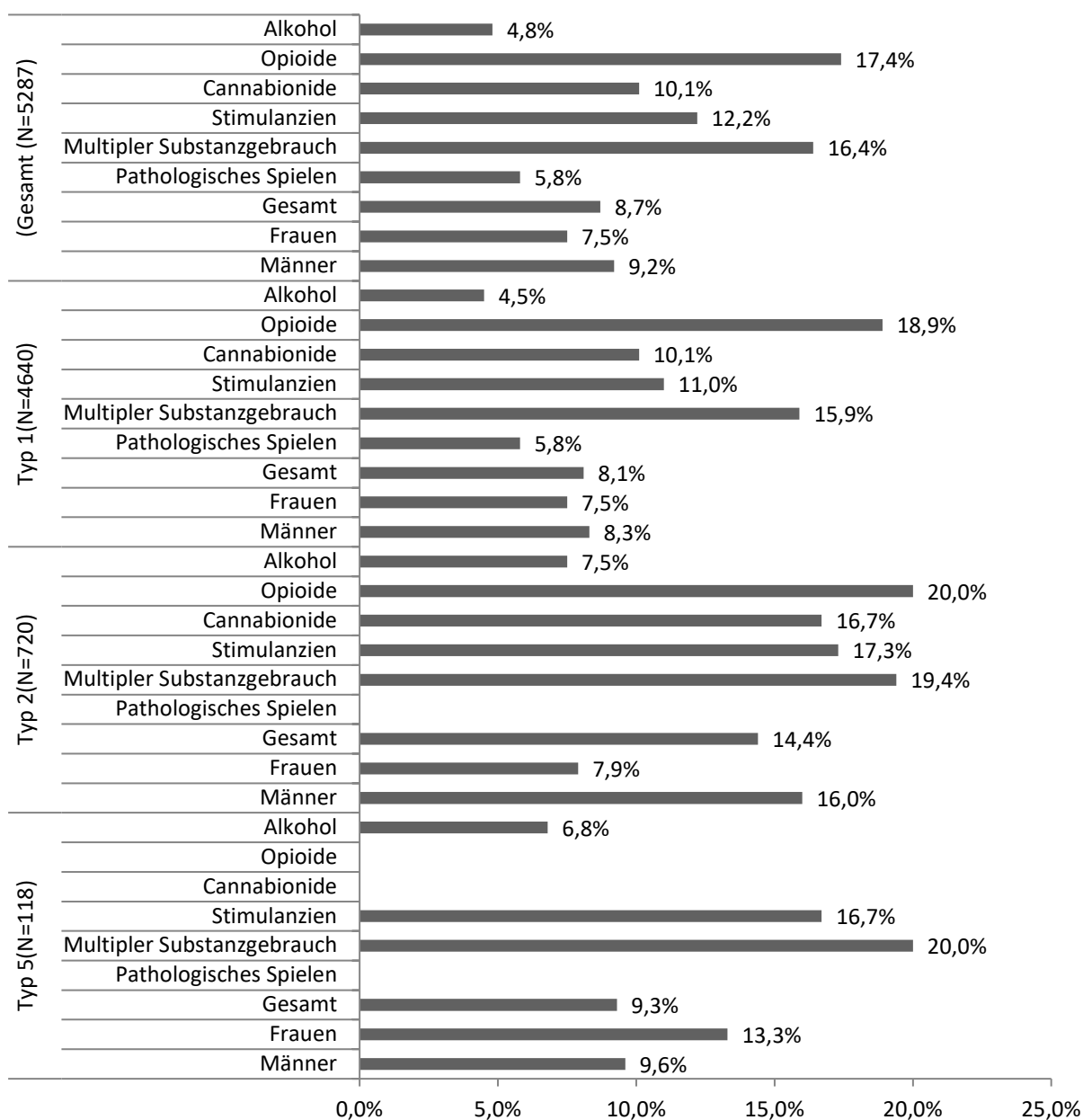
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Schulbildung

Abbildung 9 zeigt welcher Anteil der Patientinnen und Patienten, die Schule ohne Abschluss verlassen hat. Die höchsten Schulabbruchquoten finden sich bei Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (17 %) und Multiplem Substanzgebrauch (16 %). Am seltensten ist ein Schulabbruch bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (5 %) oder Glücksspielproblematik (6 %). Patientinnen und Patienten aus stationären Einrichtungen haben die Schule häufiger ohne Abschluss verlassen (14 %) als Patientinnen und Patienten aus ambulanten (Typ 1; 8 %) oder soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 9 %).

In den einzelnen Einrichtungstypen (Ausnahme Typ 5) und auch insgesamt haben Männer häufiger keinen Schulabschluss als Frauen (9 % vs. 8 %; Abbildung 8).

Abbildung 8: Kein Schulabschluss (Hauptdiagnosen, Einrichtungstypen)



Insgesamt haben 88 % der Patientinnen und Patienten in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen einen Schulabschluss. Tabelle 11 zeigt, dass der größte Teil der Patientinnen und Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen einen niedrigen oder mittleren Bildungsstand, also einen Haupt- oder Realschulabschluss, hat. Ein höherer Schulabschluss (Abitur/(Fach-)hochschulreife) findet sich vor allem bei Personen Glücksspielproblematik (17 %) oder alkoholbezogenen Störungen (12 %). Am seltensten ist ein entsprechender Abschluss bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (5 %). Noch in Schulausbildung befinden sich insbesondere Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (13 %; Tabelle 11).

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

Schulabschluss	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzen	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Derzeit in Schulausbildung	0,9	1,4	13,4	2,9	3,1	0,0	190
Ohne	4,5	18,9	10,1	11,0	15,9	5,8	377
Haupt-/Volksschule	24,8	37,8	27,5	40,5	39,9	11,6	1.368
Realschule/Polytechnische Oberschule	56,1	31,1	37,4	39,1	31,6	65,2	2.160
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	12,2	9,5	11,2	4,9	8,8	17,4	487
Anderer Schulabschluss	1,5	1,4	0,4	1,5	0,7	0,0	58
Gesamt N	2.251	74	756	918	421	69	4.640

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

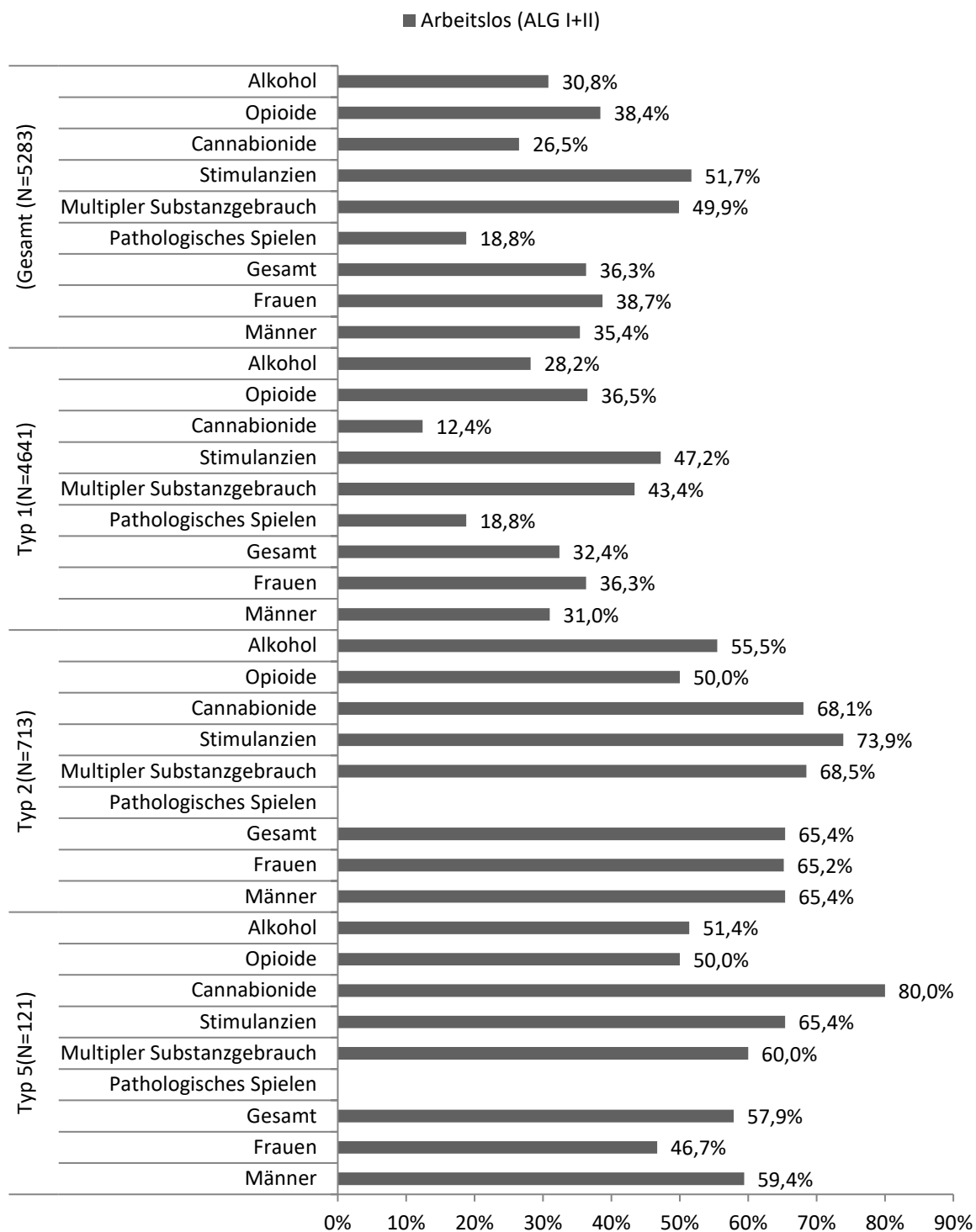
Erwerbssituation

Insgesamt ist gut ein Drittel der Patientinnen und Patienten arbeitslos (36 %, ALG I und II). Die Betroffenen beziehen dabei mehrheitlich Leistungen nach SGB II (ALG II; 31 %), sind also länger als ein Jahr arbeitslos. Am häufigsten sind Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (52 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (50 %) von Arbeitslosigkeit betroffen. Mit Abstand am seltensten findet sich Arbeitslosigkeit unter Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik (19 %).

Unter Patientinnen und Patienten in stationären (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) ist Arbeitslosigkeit deutlich häufiger (65 % bzw. 58 %) als in der Klientel der ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 32 %).

Frauen sind etwas häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer (39 % vs. 35 %), sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Einrichtungstypen (Ausnahme Typ 2: hier gibt es keinen Unterschied; Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen)



Problematische Schulden

Insgesamt ist ein Drittel der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten von problematischen Schulden betroffen. Am höchsten ist die Schuldenbelastung bei Personen in stationärer Betreuung (Typ 2): Von ihnen haben insgesamt 69 % Schulden, 20 % sind mit zwischen 10.000 und 25.000 Euro verschuldet, 7 % mit bis zu 50.000 Euro und 6 % noch darüber hinaus. Die geringste Schuldenlast liegt bei Patientinnen und Patienten in ambulanter Betreuung (Typ 1) vor: hier sind 72 % schuldenfrei, 20 % haben bis zu 10.000 Euro Schulden und nur 10 % sind noch höher verschuldet. Frauen sind insgesamt seltener (Ausnahme: Typ 5) und auch weniger stark verschuldet als Männer (Tabelle 12).

Tabelle 12: Problematische Schulden und Einrichtungstyp

Schulden	Typ 1		Typ 2			Typ 5			Gesamt	
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	G
Keine	70,2	75,2	71,5	28,8	40,0	31,0	38,7	33,3	38,0	67,0
Bis 10.000 EUR	20,6	18,6	20,1	37,6	31,9	36,5	47,2	66,7	49,6	22,0
Bis 25.000 EUR	5,4	4,1	5,1	19,5	29,7	19,7	5,7	0,0	5,0	6,4
Bis 50.000 EUR	2,4	1,7	2,2	6,9	7,4	7,0	3,8	0,0	3,3	2,7
Mehr	1,5	0,3	1,2	7,2	0,0	5,8	4,7	0,0	4,1	1,8
Gesamt N	3.427	1.175	4.602	569	135	704	106	15	121	5.238

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

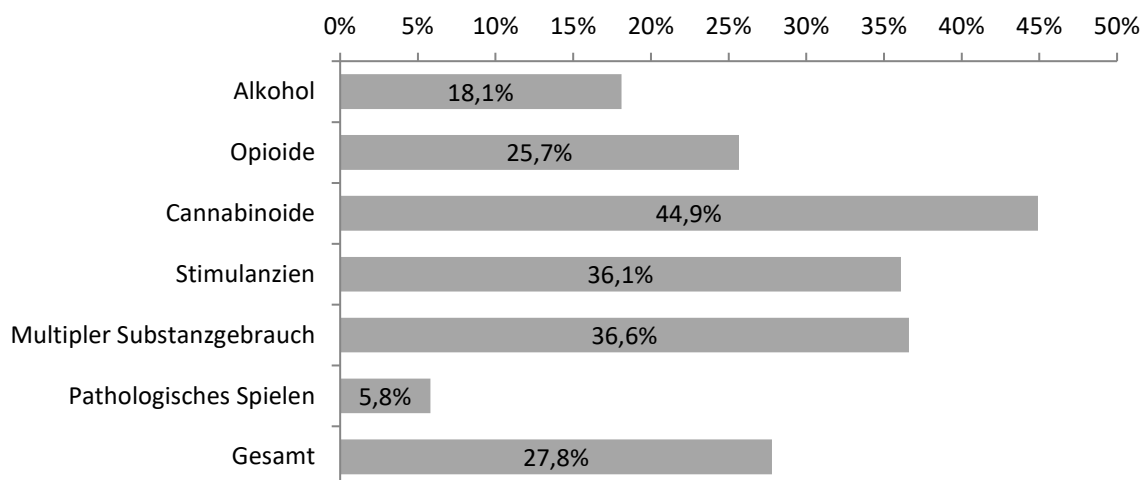
5 Betreuungsbezogene Merkmale

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 Patientinnen und Patienten; differenziert nach sechs ausgewählten Hauptdiagnosen, gesondert für einzelne Aspekte für die Personen mit alkoholbezogenen Störungen sowie gesondert für ambulante Beratungsstellen (Typ 1) – stimmt mit der in Kapitel 4 überein.

Auflagen für die Betreuung

Insgesamt kommen 28 % der Patientinnen und Patienten in ambulanten Einrichtungen mit Auflagen⁶ in die Betreuung. Am häufigsten trifft das auf Personen mit cannabinoidebezogenen Störungen zu (45 %), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (36 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (37 %). Eher selten kommen Personen mit Glücksspielproblematik mit Auflagen in die Betreuung (6 %; Abbildung 10).

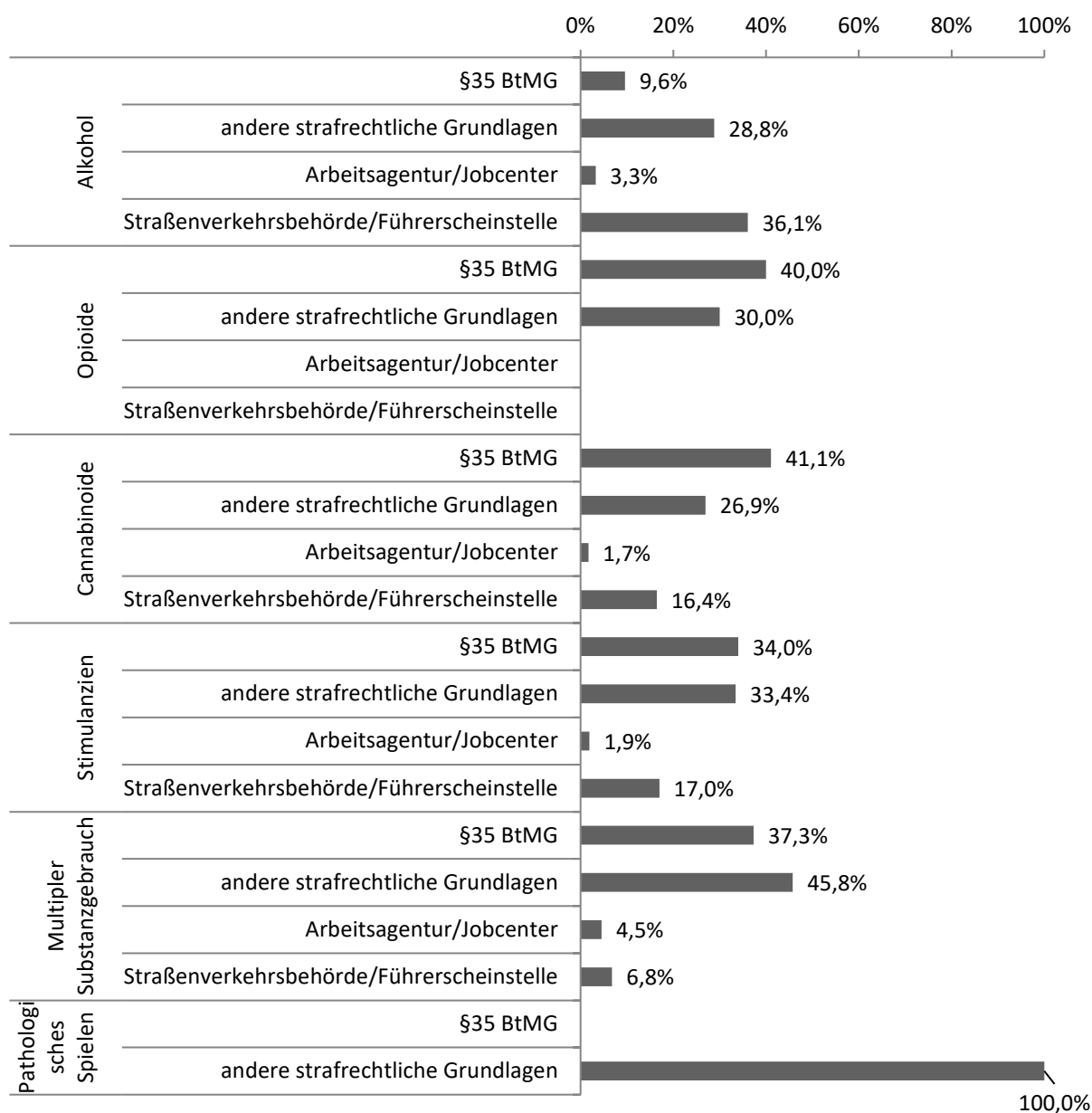
Abbildung 10: Auflagen ja (Hauptdiagnosen; Gesamt)



⁶ „Mit Auflagen sind hier Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung/Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für d Patient/Patientin im Handlungsbereich des Auflagengebers zur Folge haben“ (DHS, 2020).

Mit einer Auflage nach §35 BtMG („Therapie statt Strafe“) kommen in erster Linie Personen mit cannabinoid- oder opioidbezogenen Störungen (41 % bzw. 40 %) in die Betreuung, in etwas geringerem Ausmaß auch Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (37 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (34 %). Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen liegen vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (46 %), einer Glücksspielproblematik (100 %; geringes N) oder substanzbezogenen Störungen (33 %). Auflagen der Straßenverkehrsbehörde bzw. Führerscheinstelle haben insbesondere Personen mit alkohol- (36 %) oder stimulanzen- oder cannabinoidbezogenen Störungen (17 % bzw. 16 %). Auflagen von Arbeitsagentur oder Jobcenter spielen nur bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (5 %) oder alkoholbezogenen Störungen (3 %) eine gewisse Rolle (Abbildung 11).

Abbildung 11: Häufigste Auflagen (Hauptdiagnosen; Gesamt)



Mehrfachnennungen möglich.

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

Vermittlung

Insgesamt kommen 39 % der Patientinnen und Patienten ohne Vermittlung, d.h. auf eigene Initiative in die Betreuung. Dies gilt für etwa zwei Fünftel der Betreuten aus ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 44 %) und für ein Fünftel der Betreuten aus soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 21 %). Bei Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen (Typ 2) kommt diese Art des Zugangs – bedingt durch die reglementierten Zugangsvoraussetzungen – praktisch nicht vor (4 %). Dort überwiegen Vermittlungen durch psychiatrische Kliniken (46 %) mit Abstand gefolgt von Vermittlungen durch ambulante (21 %) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (11 %). Auch bei der Vermittlung in soziotherapeutische Einrichtungen (Typ 5) spielen Psychiatrische Kliniken (22 %) ebenso wie stationäre Suchthilfeeinrichtungen (18 %) eine wichtige Rolle. Vermittlungen durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe erfolgen am häufigsten in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1; 15 %).

Frauen kommen insgesamt geringfügig häufiger als Männer ohne Vermittlung in die Betreuung (42 % vs. 39 %). Die zweithäufigste Vermittlungsart ist für Männer die Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (16 %; bei Frauen 5 %), für Frauen die Vermittlung durch psychiatrische Kliniken (11 %; bei Männern ebenfalls 11 %; Tabelle 13).

Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten nach Einrichtungstypen

Vermittlung durch	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Keine/Selbstmelder	43,8	3,5	20,7	38,3	42,0	39,2	2.077
Soziales Umfeld	8,0	0,0	3,3	6,9	7,7	7,1	377
Psychiatrisches Krankenhaus	6,5	46,1	21,5	11,9	11,3	11,1	586
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,3	20,9	3,3	3,3	2,8	3,2	167
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	6,4	10,6	18,2	7,5	6,4	7,2	384
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	14,6	6,8	4,1	16,4	4,5	13,5	714
Gesamt N	4.642	724	121	3.990	1.307		5.297

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

Betrachtet man die einzelnen Hauptdiagnosen hinsichtlich der Vermittlungswege in die Betreuung, so zeigt sich, dass die Selbstmeldung jeweils den mit Abstand häufigsten Vermittlungsweg bildet. In den übrigen Vermittlungsarten unterscheiden sich die Gruppen jedoch. So werden durch Psychiatrische Krankenhäuser am häufigsten Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (10 %) vermittelt, durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe am häufigsten Personen mit Multiplem Substanzgebrauch oder cannabinoidbezogenen Störungen (25 % bzw. 24 %). Das soziale Umfeld spielt als Vermittlungsinstanz insbesondere für Personen mit Glücksspielproblematik (17 %) eine wichtige Rolle (Tabelle 14). Nicht aufgeführt in der Tabelle, da nur für jeweils eine Hauptdiagnose relevant, sind ärztliche Praxen, die 7 % der Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen vermitteln und Jugendämter, die 13 % der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen vermitteln.

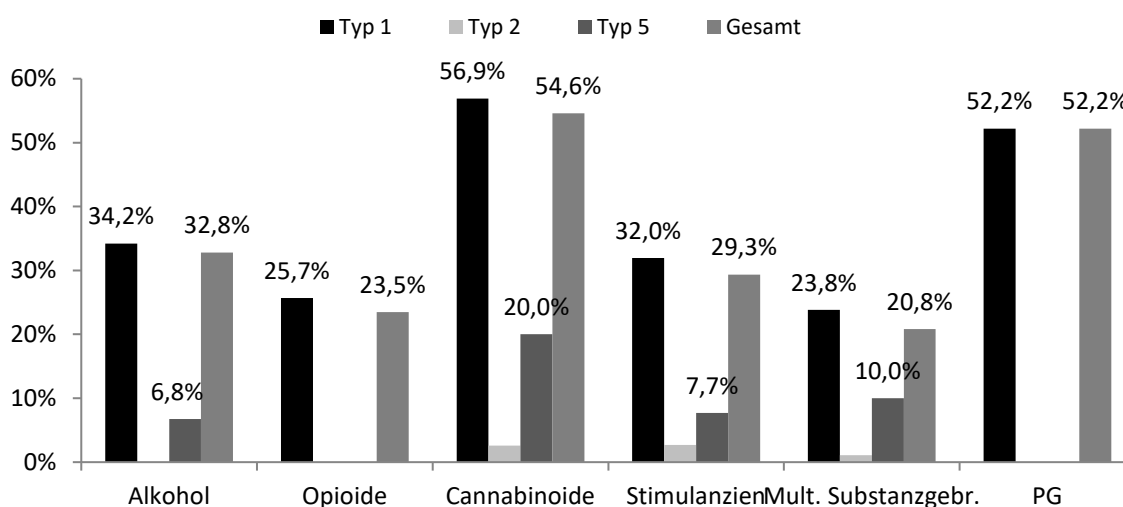
Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten nach Hauptdiagnosen (Typ 1)

Vermittlung durch	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen
Keine/Selbstmelder	46,0	50,0	37,0	45,3	37,9	59,4
Soziales Umfeld	8,5	5,4	8,3	7,4	6,2	17,4
Psychiatrisches Krankenhaus	9,9	4,1	2,6	2,6	5,5	4,3
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,5	2,7	0,3	1,4	2,1	0,0
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	9,1	2,7	0,5	6,3	5,9	5,8
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	6,6	17,6	24,2	21,3	25,6	8,7
Gesamt N	2.250	74	757	919	422	69

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Anteil der Erstbetreuten

Die höchsten Anteile an Erstbetreuten finden sich unter Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (55 %) oder Glücksspielproblematik (52 %). Bei allen weiteren Hauptdiagnosen liegen die Anteile deutlich niedriger. Am niedrigsten ist der Anteil mit 21 % bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch, nur geringfügig höher ist er mit 24 % bei Personen mit opioidbezogenen Störungen. Bei der Klientel ambulanter Einrichtungen (Typ 1) finden sich durchwegs am meisten Erstbetreute und unter Patientinnen und Patienten stationärer Einrichtungen (Typ 2) am wenigsten (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anteil der Erstbetreuten (Hauptdiagnosen)

Mult. Substanzgebr.= Multipler Substanzgebrauch; PG= Pathologisches Glücksspielen

Art der Betreuung

Im KDS 3.0 wurde die Dokumentation der Maßnahmen, die den Patientinnen und Patienten 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“.

Tabelle 15 stellt die häufigsten Hauptmaßnahmenbereiche nach Einrichtungstyp dar. Die Verteilung der Häufigkeiten entspricht erwartungsgemäß den Einrichtungstypen. In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) wird hauptsächlich Beratung und Betreuung durchgeführt (91 %), zusätzlich ein geringer Anteil an Suchtbehandlung (3 %) und Maßnahmen aus dem Bereich der Justiz (5 %; hier vor allem Suchtberatung im Justizvollzug). In stationären Einrichtungen (Typ 2) finden fast ausschließlich Suchtbehandlungen – genauer: stationäre medizinische Rehabilitation – statt (99 %). In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) sind die häufigsten Hauptmaßnahmen die Eingliederungshilfe (96 %) sowie Beratung und Betreuung (12 %; Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)

Hauptmaßnahme	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Beratung und Betreuung	91,2	0,6	12,0	74,1	82,8	76,2	3.810
Suchtbehandlung	3,3	99,2	0,0	17,9	15,0	17,2	860
Eingliederungshilfe	0,2	0,0	86,3	2,2	2,0	2,2	108
Justiz	5,2	0,0	0,0	3,3	0,1	4,3	216
Gesamt N	4.159	727	117	3.5,7	1.202		5.003

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

Die häufigsten Maßnahmen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind Beratung und Betreuung mit Anteilen zwischen 55 % (Multipler Substanzgebrauch) bis 93 % (Glücksspielproblematik). Eine Suchtbehandlung, darunter auch stationäre Rehabilitation, wird in der Hauptsache bei substanzgebundenen Störungen durchgeführt. Der höchste Anteil beträgt hier 33 % bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch, der geringste Anteil bei 11 % bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Eingliederungshilfen spielen vor allem bei Personen mit opioid- oder alkoholbezogenen Störungen eine Rolle (je 3 %). Maßnahmen im Bereich der Justiz betreffen vor allem Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (19 %; Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)

Hauptmaßnahme	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Multipl. Substanzge- brauch	Path. Spielen
Beratung und Betreuung	80,8	65,4	86,0	69,2	55,0	92,8
Suchtbehandlung	14,1	12,8	10,7	22,2	33,1	4,3
Eingliederungshilfe	3,3	2,6	0,5	1,5	1,3	1,4
Justiz	1,6	19,2	2,6	7,0	10,5	1,4
Gesamt N	2.333	78	756	1.099	525	69

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Dauer der Betreuung

Im stationären Bereich (Typ 2) ist die durchschnittliche Betreuungsdauer erwartungsgemäß deutlich kürzer als in ambulanten Einrichtungen (Typ 1). Sie liegt insgesamt bei 100 Tagen, ambulant bei 330 Tagen. In der stationären Betreuung weisen Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen die längste durchschnittliche Dauer (110 Tage), Personen mit alkoholbezogenen Störungen die kürzeste Dauer auf (88 Tage).

In den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) findet sich die mit Abstand längste mittlere Betreuungsdauer bei Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (535 Tage). An zweiter Stelle stehen Personen mit alkoholbezogenen Störungen (350 Tage). Am durchschnittlich kürzesten werden hier Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut (255 Tage).

In den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5), die zum Teil Wohnheimcharakter haben, sind die mittleren Betreuungsdauern eher lang. Die mit Abstand längste durchschnittliche Betreuungsdauer findet sich mit 932 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Die kürzeste Dauer hat hier die Betreuung von Personen mit Glücksspielproblematik (215 Tage) gefolgt von Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (221 Tage; Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp)

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	350,3	2009	87,5	243	932,5	81	341,1	2.333
Opioide	534,5	66	93,7	10	221,0	2	470,0	78
Cannabinoide	255,1	679	108,0	73	534,0	4	242,4	756
Stimulanzen	329,7	857	109,5	222	442,4	20	287,3	1.099
Multipl. Substanzgebrauch	335,2	353	101,1	165	289,7	7	261,0	525
Path. Glücksspielen	371,3	68	0,0	0	215,0	1	369,0	69
Gesamt	330,3	4159	100,1	727	766,5	117	307,1	5003

Die Verteilung der Betreuungsdauer unterscheidet sich für die in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreuten Patientinnen und Patienten je nach Hauptdiagnose. Eine sehr kurze Betreuungsdauer bis maximal drei Monate liegt insgesamt bei knapp einem Drittel (30 %) der Patientinnen und Patienten vor. Besonders häufig ist sie bei Personen mit cannabinoid- (37 %) oder opioidbezogenen Störungen (36 %). Der Großteil (63 %) der Patientinnen und Patienten beendet die Betreuung spätestens nach 9 Monaten. Betreuungsdauern zwischen einem und zwei Jahren findet man am häufigsten bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (11 %), Betreuungsdauern von zwei Jahren und darüber ebenfalls (32 %). Derart lange Betreuungsdauern sind aber auch bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen ähnlich häufig (30 %; Tabelle 18).

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

Betreuungsdauer	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt
Bis 3 Monate	28,0	36,4	37,0	29,4	24,9	23,5	29,9
Bis 6 Monate	22,0	18,2	23,3	19,0	19,3	22,1	21,4
Bis 9 Monate	12,0	7,6	10,3	13,2	14,2	17,6	12,1
Bis 12 Monate	9,5	1,5	8,5	8,8	10,5	8,8	9,2
Bis 24 Monate	17,5	9,1	14,4	19,5	19,5	17,6	17,2
Mehr als 24 Monate	11,1	21,2	6,5	10,2	11,6	10,3	10,2
Gesamt N	2.099	66	679	857	353	68	4.159

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Anzahl der Kontakte

In den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) haben 46 % Patientinnen und Patienten im Verlauf der Betreuung zwei bis fünf Kontakte, 23 % haben sechs bis zehn Kontakte und zu über 30 Kontakten kommt es bei 8 %. Insgesamt finden durchschnittlich 12 Kontakte im Laufe der ambulanten Betreuung statt. Männer haben im Durchschnitt 12 Kontakte und damit weniger als Frauen, bei denen zu durchschnittlich 14 Kontakten kommt. In soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) liegt die Kontaktzahl deutlich höher: hier kommt es in 68 % der Fälle zu mehr als 30 Kontakten, insgesamt liegt die durchschnittliche Kontaktzahl bei 138.

Art der Beendigung

Insgesamt beenden in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) 52 % der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen die Betreuung planmäßig. Dies ist die höchste Quote an planmäßigen Beendigungen unter den betrachteten Hauptdiagnosen. Den mit Abstand geringsten Anteil an planmäßigen Beendigungen weisen Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen auf (26 %), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (32 %). Der Anteil derjenigen, die selbst die Betreuung vorzeitig abbrechen, liegt zwischen 32 % bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen und 44 % bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch. Disziplinarische Entlassungen finden nur in wenigen Einzelfällen statt (Tabelle 19).

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

Art der Beendigung	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen
Planmäßig	52,1	25,8	54,6	42,0	32,3	50,0
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,8	1,5	0,4	0,1	0,9	0,0
Vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	4,8	9,1	3,6	2,8	4,6	6,1
Vorzeitig, Abbruch durch Patientin/Patient	32,1	42,4	35,3	38,4	44,0	36,4
Disziplinarisch	0,1	0,0	0,9	0,6	0,6	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,9	1,5	1,0	2,4	3,4	0,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	8,0	16,7	3,6	13,5	13,4	7,6
Verstorben	1,2	3,0	0,4	0,1	0,9	0,0
Gesamt N)	1.980	66	668	835	350	66

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen kommt es in ambulanten (Typ 1) und stationären Einrichtungen (Typ 2) in jeweils knapp der Hälfte der Fälle zu planmäßigen Betreuungsabschlüssen (je 48 %; Tabelle 20). In soziotherapeutische Einrichtungen (Typ 5) liegt der entsprechende Anteil bei nur gut einem Viertel (27 %). Abbrüche seitens der Patientinnen und Patienten spielen in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) die größte (35 %) und in soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) die geringste Rolle (11 %). Disziplinarische Entlassungen erfolgen vor allem in stationären (Typ 2; 15 %) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 10 %).

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) unterscheidet sich der Anteil an planmäßigen Beendigungen bei Frauen und Männern nur geringfügig (47 % vs. 49 %), in stationären Einrichtungen (Typ 2) beenden Frauen die Betreuung seltener planmäßig als Männer (41 % vs. 49 %), ebenso in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 16 % vs. 30 %). In den beiden letztgenannten Einrichtungstypen sind Männer häufiger von Entlassungen aus disziplinarischen Gründen betroffen als Frauen (Typ 2: 16 % vs. 12 %; Typ 5: 11 % vs. 8 %; Tabelle 20).

Tabelle 20: Art der Beendigung (Einrichtungstyp)

Art der Beendigung	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Planmäßig	48,7	47,1	48,3	49,2	41,1	47,7	29,7	16,0	26,7	47,7
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,6	0,4	0,6	1,7	5,0	2,3	6,6	4,0	6,0	1,0
Vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	3,9	5,8	4,4	4,4	7,8	5,1	5,5	16,0	7,8	4,5
Vorzeitig, Abbruch durch Patientin/Patient	35,0	35,2	35,0	17,9	24,8	19,3	34,1	20,0	31,0	32,6
Disziplinarisch	0,5	0,1	0,4	16,1	12,1	15,3	11,0	8,0	10,3	2,8
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,7	1,0	1,5	2,4	2,1	2,3	2,2	8,0	3,4	1,7
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	8,9	9,6	9,0	8,2	7,1	8,0	6,6	24,0	10,3	8,9
Verstorben	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0		4,4	4,0	4,3	0,8
Gesamt N	3.083	1.006	4.089	585	141	726	91	25	116	4.931

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

Die Art der Beendigung unterscheidet sich bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen je nach Einrichtungstyp (Tabelle 21). In den stationären Einrichtungen (Typ 2) beenden 65 % der Patientinnen und Patienten die Betreuung regulär. Dieser Anteil ist deutlich höher als in den ambulanten (Typ 1; 52 %) und insbesondere den soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5; 25 %). Die höchste Quote an Abbrüchen durch Patientinnen und Patienten findet sich in ambulanten (Typ 1; 32 %), die geringste in stationären Einrichtungen (13 %). Disziplinarisch entlassen werden Personen mit alkoholbezogenen Störungen am häufigsten in soziotherapeutischen Einrichtungen (9 %; Tabelle 21).

Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt
Planmäßig	52,1	65,4	25,0	52,5
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,8	2,5	6,3	1,2
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,8	5,8	7,5	5,0
Abbruch	32,1	12,8	30,0	30,0
Disziplinarisch	0,1	6,6	8,8	1,1
Außerplanmäßiger Wechsel	0,9	3,3	3,8	1,1
Planmäßiger Wechsel	8,0	3,7	12,5	7,7
Verstorben	1,2	0,0	6,3	1,3
Gesamt N	1.980	243	80	2.303

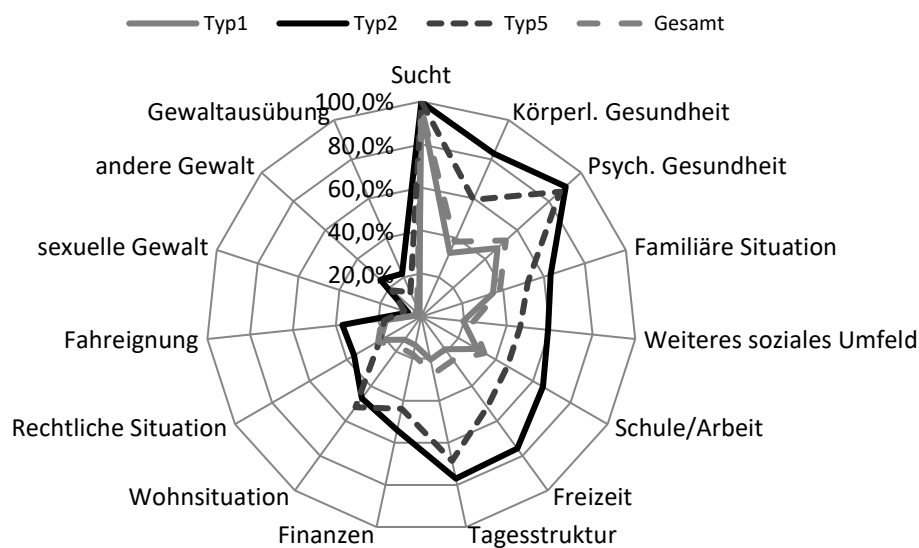
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Entwicklung der Problematik

Zu Beginn der Betreuung wird für jede Patientin und jeden Patienten durch die betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeschätzt, ob aktuell ein Problem oder eine Belastung in 15 vorgegebenen Problembereichen vorliegt.

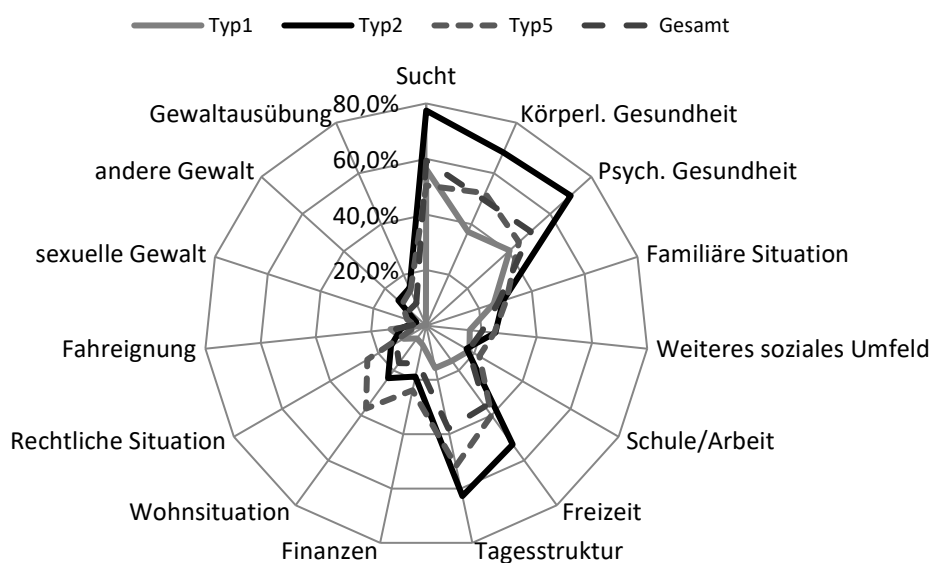
Abbildung 13 zeigt die Problemlage der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungstypen 1, 2 und 5 sowie insgesamt zu Beginn ihrer Betreuung. In stationären Einrichtungen (Typ 2) und soziotherapeutischen Einrichtungen (Typ 5) wird dabei wesentlich häufiger eine grundsätzliche Problembelastung dokumentiert als in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) und die Probleme erstrecken sich über mehrere verschiedene Bereiche. Die Klientel der beiden erstgenannten Einrichtungstypen hat eine ähnliche Problemlage: neben der starken Suchtproblematik, quasi bei allen Patientinnen und Patienten besteht, haben viele Betreute Probleme mit ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit, ihrer Tagesstruktur und Freizeit. Die verschiedenen Problembereiche im Zusammenhang mit Gewalterfahrung oder -ausübung sind in allen Einrichtungstypen kaum dokumentiert. In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) dominieren ebenfalls die oben genannten Problembereiche, sind anteilmäßig jeweils deutlich weniger Patientinnen und Patienten betroffen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Problematik zu Betreuungsbeginn (Einrichtungstypen)



Am Ende der Betreuung werden die einzelnen Problembereiche erneut durch die betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dahingehend beurteilt, ob sich die Problematik der jeweiligen Patientinnen und Patienten „verbessert“ hat, „gleich geblieben“ ist, sich „verschlechtert“ hat oder „neu aufgetreten“ ist.

Abbildung 14 zeigt, wie häufig bestimmte Problembereiche bei Betreuungsende als „verbessert“ gegenüber der Situation zu Betreuungsbeginn eingestuft wurden. Am häufigsten kommt es bei Patientinnen und Patienten aus stationären Einrichtungen (Typ 2) zu einer Verbesserung der Ausgangssituation. Allerdings gab es hier bei Betreuungsbeginn jeweils häufiger Probleme in den einzelnen Bereichen als in der Klientel ambulanter Einrichtungen (Typ 1). Bei den zu Beginn der Betreuung für die Patientinnen und Patienten bedeutsamen Problembereichen „psychische Gesundheit“, „Tagesstruktur“ und „Freizeit“ ist es besonders häufig zu Verbesserungen gekommen mit durchwegs höheren Quoten in stationären Einrichtungen (Typ 2). Für Patientinnen und Patienten aller Einrichtungstypen wurde eine Besserung im Bereich Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten festgestellt, allerdings mit deutlichen Unterschieden je nach Einrichtungstyp. So haben sich bei in stationären Einrichtungen (Typ 2) betreuten Personen am häufigsten Verbesserungen ergeben, bei in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreuten Personen am seltensten (Abbildung 14).

Abbildung 14: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (alle Einrichtungstypen)


Nach Einschätzung der Betreuerinnen und Betreuer in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) hat sich am Ende der Betreuung bei einer Vielzahl der Patientinnen und Patienten das Suchtverhalten verbessert. Besonders häufig trat dies bei Personen mit einer Glücksspielproblematik (75 %) oder alkoholbezogenen Störungen ein (60 %). Am seltensten kam es bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch zu einer Verbesserung (41 %). Eine Verschlechterung in Bezug auf das Suchtverhalten liegt am häufigsten bei Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (6 %) gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch vor (4 %). Ein unverändertes Suchtverhalten findet bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch sich am häufigsten (54 %) und bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen am seltensten (36 %; Tabelle 22).

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

Status zum Betreuungsende	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Gebessert	60,0	47,0	58,7	51,9	40,9	75,4	2.258
Unverändert	36,2	47,0	39,5	44,3	54,4	24,6	1.611
Verschlechtert	3,5	6,1	1,4	3,6	4,4	0,0	123
Neu aufgetreten	0,4	0,0	0,5	0,1	0,3	0,0	12
Gesamt N	1.938	66	653	822	342	65	4.007

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent. Path. Spielen= Pathologisches Spielen

Am Ende der Betreuung kommt es bei den Patientinnen und Patienten in sehr unterschiedlichem Ausmaß zu Veränderungen in der Konsummenge hinsichtlich der Hauptsubstanz bzw. der Hauptspielform. Zu einer leichten bis deutlichen Verringerung der Konsummenge kommt es vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Hauptsubstanz Alkohol (44 %), gefolgt von Personen mit Hauptsubstanz Cannabis (39 %). Besonders selten ist eine Konsumverringerng bei Personen mit Hauptsubstanz Heroin (17 %) oder Methamphetaminen (29 %). Bei Letzteren kommt es dagegen am häufigsten zu einem leichten bis starken Anstieg des Konsums zum Betreuungsende (6 %). Personen mit Hauptspielform „Spielen an Geldspielautomaten weisen zu Betreuungsende ebenfalls einen hohen Anteil (44 %) an Betreuten mit verringerter Spieldauer auf, noch höher ist jedoch der Anteil mit gleich gebliebener Spieldauer (56 %; Tabelle 23).

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

Konsummenge/ Spieldauer/ Nutzungsdauer	Alkohol	Heroin	Cannabis	Methamphet- amine	Geldspiel- automaten*
Deutlich/leicht verringert	44,4	16,7	38,9	28,9	43,8
Gleich geblieben	49,9	83,3	58,5	65,0	56,3
Leicht/Stark gesteigert	4,7	0,0	2,6	6,1	0,0
Gesamt	1.760	24	619	623	32

*in Spielhallen; Angaben in Prozent

6 Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Patientinnen und Patienten dargestellt, die 2021 aufgrund der Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ (F12.1; F12.2) in ambulanten und stationären Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1 und Typ 2) betreut wurden.

Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht

In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe⁷ (Typ 1) werden 2021, wie im Vorjahr, deutlich häufiger Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut als in den stationären Einrichtungen (Typ 1: 16 % (2020: 17 %); Typ 2: 10 % (2020: 12 %)). Der Männeranteil ist dabei mit 80 % in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) viermal so hoch wie der der Frauen (20 %). In den stationären Einrichtungen⁸ (Typ 2) liegt der Anteil der männlichen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit 84 % noch etwas höher (Tabelle 24).

Tabelle 24: Geschlechterverteilung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Anteil	Typ 1			Typ 2				
	Männer	Frauen	Gesamt	N	Männer	Frauen	Gesamt	N
	80,2	19,8	16,3	759	83,6	16,4	10,0	73

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

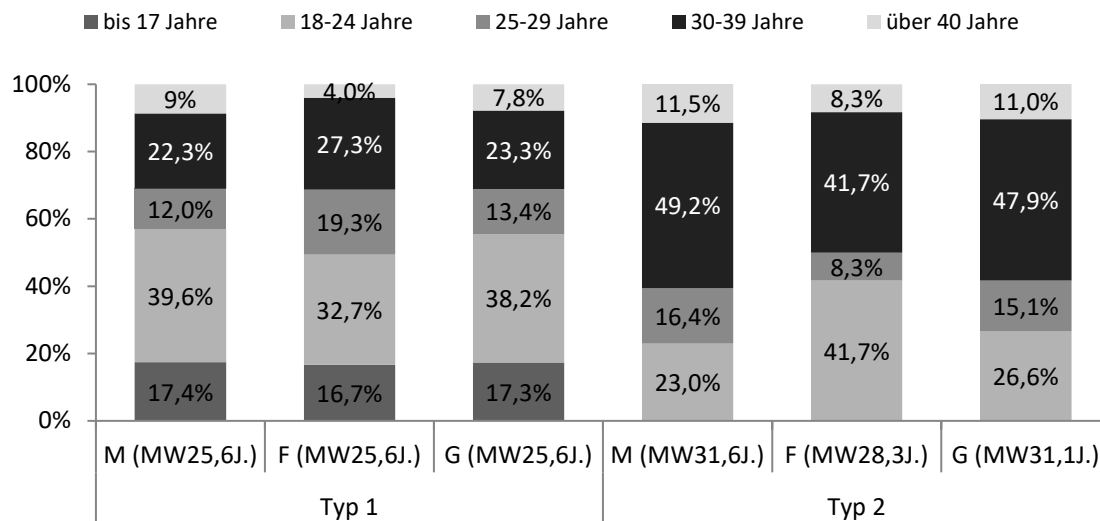
Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind die insgesamt jüngste Gruppe, die in den thüringischen Einrichtungen betreut wird. Ambulant Betreute (Typ 1) sind im Durchschnitt noch etwas jünger als stationär Betreute (Typ 2; 26 vs. 32 Jahre). Von ersteren sind 17 % noch unter 18 Jahre alt, 40 % befinden sich im Alter zwischen 18 und 24 Jahren. In stationären Einrichtungen (Typ 2) werden keine Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen behandelt, die unter 18 Jahre alt sind, jedoch ist gut ein Viertel der Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 24 Jahre alt (27 %). Die meisten der Patientinnen und Patienten gehören stationär der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen an (48 %). Ambulant (Typ 1) liegt nur knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten in diesem Altersbereich (23 %).

Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen weisen in den ambulanten Einrichtungen (Typ 1) das gleiche Durchschnittsalter auf wie Männer (je 26 Jahre), in den stationären Einrichtungen sind sie etwas jünger (Typ 2; 28 vs. 32 Jahre; Abbildung 15).

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

⁸ In stationären Einrichtungen (Typ 2): N (Frauen)= 12. Die Interpretation von Geschlechterunterschieden ist daher nur eingeschränkt möglich.

Abbildung 15: Alter bei Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



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

Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund

95 % der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanten und 97 % der Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Migrationshintergrund liegt ambulant (Typ 1) und stationär (Typ 2) bei jeweils 7 % der Betreuten vor.

Partnerschaft

Etwas über ein Drittel (36 %) der ambulant Betreuten (Typ 1) mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt in einer festen Partnerschaft; Frauen deutlich häufiger als Männer (50 % vs. 33 %). Im stationären Bereich (Typ 2) ist der Anteil der Patientinnen und Patienten in fester Partnerschaft mit 30 % etwas geringer. Die Hälfte der Frauen (50 %) und etwa ein Viertel (26 %) der Männer haben hier einen Partner oder eine Partnerin (Tabelle 25).

Tabelle 25: Partnerschaft (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Partnerschaft	Typ 1			Typ 2				
	Männer	Frauen	Gesamt	N	Männer	Frauen	Gesamt	N
vorhanden	32,6	49,7	36,0	873	26,2	50,0	30,1	73

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Lebenssituation

Ein Großteil der ambulant betreuten Patientinnen und Patienten (Typ 1) mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt nicht allein (69 %). Knapp die Hälfte der Betroffenen (49 %) lebt, aufgrund des noch jungen Alters, bei den Eltern, etwas über ein Viertel (28 %) zusammen mit einem Partner oder einer Partnerin. Der Anteil der Frauen, die nicht allein leben, ist deutlich höher als der der Männer (81 % vs. 66 %). Im Vergleich zu den Männern leben Frauen seltener noch bei den Eltern (29 % vs. 55 %), dafür dreimal so häufig mit einem oder mehreren Kindern (39 % vs. 13 %) und auch deutlich häufiger mit einem Partner oder einer Partnerin (38 % vs. 25 %) zusammen.

Von den Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär (Typ 2) behandelt werden, leben 40 % nicht allein. Von ihnen lebt über die Hälfte (54 %) mit dem Partner oder der Partnerin zusammen, 36 % leben noch bei den Eltern und 21 % leben zusammen mit einem oder mehreren Kindern. Frauen leben auch hier wesentlich häufiger als Männer nicht allein (58 % vs. 36 %) und leben auch häufiger mit einem Partner oder einer Partnerin (71 % vs. 48 %) bzw. mit Kindern zusammen (29 % vs. 19 %). Dagegen leben Männer deutlich häufiger bei ihren Eltern als Frauen (43 % vs. 14 %; Tabelle 26).

Tabelle 26: Lebenssituation (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Alleinlebend	33,6	18,7	30,6	63,9	41,7	60,3
zusammenlebend mit*:						
Partner	24,8	38,5	28,0	47,6	71,4	53,6
Kind(ern)	13,3	39,3	19,4	19,0	28,6	21,4
Eltern	54,5	28,7	48,6	42,9	14,3	35,7
Sonstige (Bezugs-) Personen	28,5	23,8	27,4	19,0	14,3	17,9
Gesamt	604	122	754	61	12	73

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; Mehrfachnennungen möglich. *Die Prozentangaben „zusammenlebend mit“ beziehen sich nur auf diejenigen Personen, die mit jemandem zusammenleben, nicht auf alle Personen.

Von den ambulant Betreuten (Typ 1) mit cannabinoidbezogenen Störungen leben 17 %, von den stationär Betreuten (Typ 2) 7 % mit minderjährigen Kindern im Haushalt. Die durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt liegt bei den ambulant betreuten Patientinnen und Patienten, die mit Kindern im Haushalt leben, bei 1,7, bei Personen in stationärer Betreuung bei einem Kind.

Frauen in ambulanter Betreuung leben, sofern sie mit Kindern in einem Haushalt leben, mit durchschnittlich weniger Kindern in einem Haushalt als ambulant betreute Männer (1,5 vs. 1,8). Bei Frauen und Männern in stationärer Betreuung liegt hier kein Unterschied vor, beide leben im Durchschnitt, sofern sie mit Kindern im Haushalt leben, mit einem Kind im Haushalt.

Wohnsituation

Deutlich über die Hälfte (58 %) der ambulant (Typ 1) und etwas über die Hälfte (53 %) der stationär (Typ 2) betreuten Patientinnen und 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). Ein Drittel der ambulant Betreuten lebt bei anderen Personen (33 %), vermutlich den Eltern, da die Klientel ein niedriges Durchschnittsalter hat. Im stationären Setting (Typ 2) trifft dies nur auf ein Neuntel der Betreuten zu (11 %). Ein kleiner Anteil von 2 % der ambulant und ein etwas höherer Anteil von 4 % der stationär betreuten Patientinnen und Patienten lebt in prekären Wohnverhältnissen, d.h. die Betroffenen haben keine Wohnung, leben in Notunterkünften bzw. Übernachtungsstellen oder auf der Straße. Im Justizvollzug befinden sich vor Beginn der Betreuung 11 % der stationär und 3 % der ambulant betreuten Personen. Im stationären Bereich waren 21 % der Patientinnen und Patienten vor

Betreuungsbeginn in ein einer (Fach-)Klinik oder stationären Rehabilitationsklinik untergebracht, was bei ambulant Betreuten so gut wie nicht vorkommt.

Frauen wohnen sowohl in ambulanten (Typ 1) als auch stationären Einrichtungen (Typ 2) häufiger selbstständig als Männer (Typ 1: 62 % vs. 57 %; Typ 2: 83 % vs. 48 %). Bei den Männern in stationärer Betreuung war ein hoher Anteil vor Beginn der Betreuung im Justizvollzug untergebracht (11 %, ambulant: 3 %; Tabelle 27).

Tabelle 27: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Wohnsituation	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Selbstständiges Wohnen	57,4	61,7	58,3	47,5	83,3	53,4
Bei anderen Personen	34,5	28,2	33,3	13,1	0,0	11,0
Ambulant betreutes Wohnen	0,5	3,4	1,1	0,0	0,0	0,0
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,2	1,3	0,4	21,3	16,7	20,5
Wohnheim / Übergangswohnheim	2,0	2,7	2,1	0,0	0,0	0,0
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	3,1	0,0	2,5	13,1	0,0	11,0
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	0,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Ohne Wohnung	1,2	0,7	1,1	4,9	0,0	4,1
Sonstiges	0,5	2,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	608	149	757	61	12	73

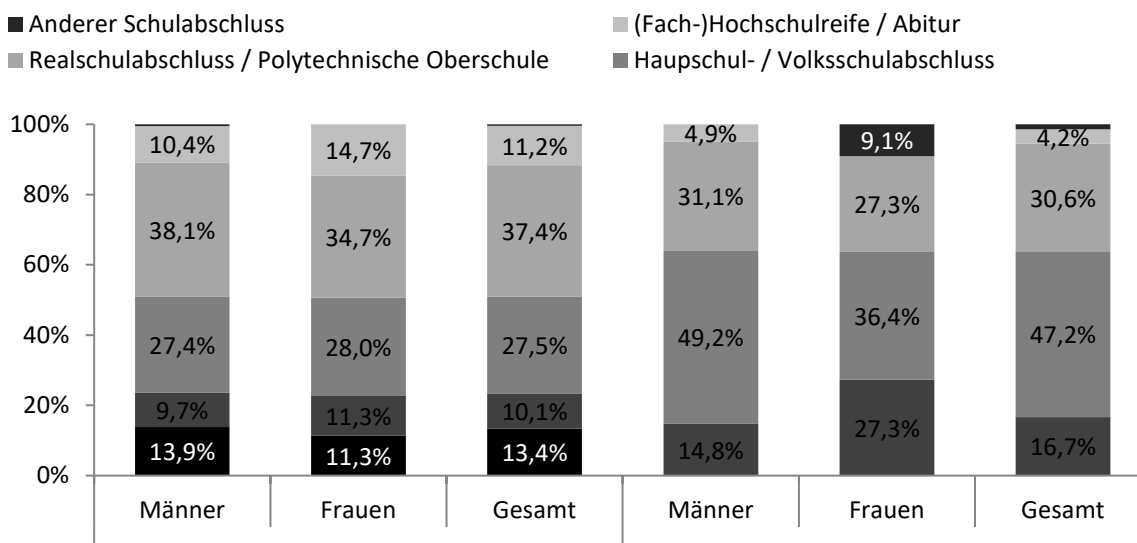
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Schulbildung

Eine mittlere bis höhere Schulbildung, d.h. einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur haben 49 % der ambulant Betreuten (Typ 1) mit einer cannabinoidbezogenen Störung. Dieser Anteil liegt bei den stationär Betreuten mit 35 % deutlich niedriger. Auch der Anteil an Personen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben, liegt stationär höher als ambulant (17 % vs. 10 %). Personen in schulischer Ausbildung (13 %) finden sich nur in den ambulanten aber nicht in den stationären Einrichtungen.

Im ambulanten Bereich (Typ 1) haben Frauen häufiger als Männer (Fach-)Hochschulreife/Abitur (15 % vs. 10 %). Schulabbrüche sind bei Männern hier etwas häufiger als bei Frauen (14 % vs. 11 %). In stationären Einrichtungen (Typ 2) haben Männer häufiger eine mittlere bis höhere Schulbildung als Frauen (36 % vs. 27 %, Abbildung 16).

Abbildung 16: Höchster Schulabschluss (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

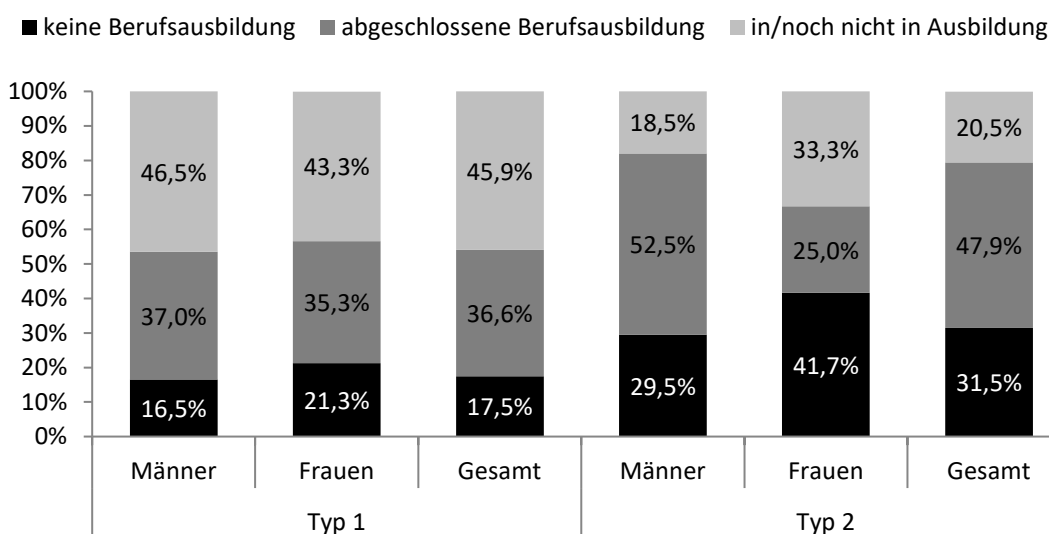


Berufsausbildung

Da das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung (Typ 1) recht niedrig ist, befinden sich 46 % aktuell noch in einer Berufsausbildung oder haben noch keine Ausbildung begonnen. 37 % haben bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung und 18 % der Patientinnen und Patienten sind ohne Berufsausbildung, ein Anteil der im stationären Bereich (Typ 2) mit 32 % fast doppelt so hoch ist. Im Vergleich zum ambulanten Bereich sind stationär weniger Patientinnen und Patienten noch bzw. noch nicht in Ausbildung (21 %), dafür hat ein höherer Anteil seine Ausbildung abgeschlossen (49 %), was vermutlich auf das höhere Durchschnittsalter im stationären Bereich zurückzuführen ist.

Frauen sind sowohl ambulant als auch stationär häufiger ohne beruflichen Abschluss als Männer (ambulant: 21 % vs. 17 %; stationär: 42 % vs. 30 %; Abbildung 17).

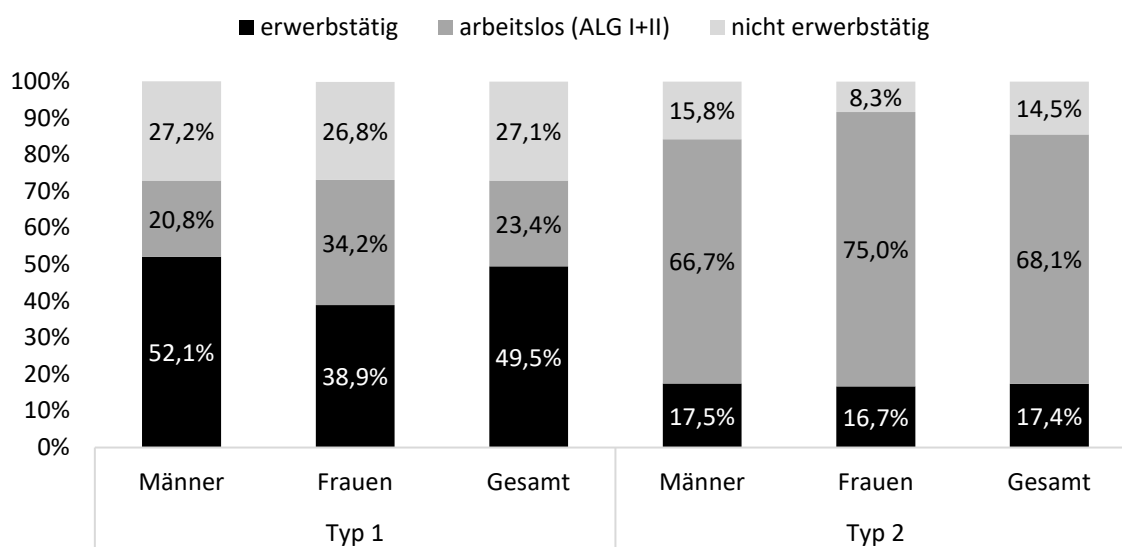
Abbildung 17: Berufsausbildung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



Erwerbssituation

Zwischen Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter und stationärer Betreuung liegen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Erwerbssituation vor. Während im ambulanten Bereich (Typ 1) die Hälfte der Patientinnen und Patienten einer Erwerbstätigkeit nachgeht (50 %), ist das stationär (Typ 2) nur bei einem Sechstel der Betroffenen der Fall (17 %). Demgegenüber sind hier zwei von drei Betreuten, und damit ein sehr hoher Anteil, arbeitslos (68 %: ALG I oder II), während dies für weniger als ein Viertel der ambulant Betreuten gilt (23 %). Frauen sind sowohl ambulant als auch stationär häufiger arbeitslos als Männer (ambulant: 34 % vs. 21 %; stationär: 75 % vs. 67 %; Abbildung 18).

Abbildung 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



Schulden

Im Vergleich zu stationär betreuten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind ambulant (Typ 1) betreute Personen überwiegend schuldenfrei (81 % vs. 32 %). Insgesamt liegen die Schulden der Patientinnen und Patienten vor allem im Bereich bis 10.000 Euro (Typ 1: 16 %; Typ 2: 41 %). Eine Verschuldung in Höhe von 25.000 bis über 50.000 Euro liegt im ambulanten Bereich nur bei 1 %, stationär bei 10 % der Betreuten vor. Frauen und Männer in ambulanter Betreuung sind gleich häufig von Schulden betroffen wie Männer (19 %) und auch in der Höhe der Schulden gibt es keine Unterschiede. Stationär (Typ 2) sind Frauen etwas häufiger von Schulden betroffen als Männer (36 % vs. 32 %). 40 % der Frauen haben mehr als 25.000 Euro Schulden, was nur bei 25 % der Männer der Fall ist (Tabelle 28).

Tabelle 28: Schulden (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Schulden	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Keine	80,5	80,4	80,5	31,7	36,4	32,4
Bis 10.000 EUR	15,7	15,5	15,6	43,3	27,3	40,8
Bis 25.000 EUR	3,0	3,4	3,1	16,7	18,2	16,9
Bis 50.000 EUR	0,7	0,7	0,7	5,0	18,2	7,0
Mehr	0,2	0,0	0,1	3,3	0,0	2,8
Gesamt	600	148	748	60	11	71

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent;

Störungsbezogene Merkmale

Zusätzliche Suchtdiagnosen

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) betreute Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen haben zusätzlich vor allem Probleme mit Stimulanzen und Alkohol (je 24 %) und in geringerem Umfang mit Kokain (5 %) und Halluzinogenen (2 %). Von der Tendenz ähnlich, aber in der Ausprägung gravierender, stellt sich die Situation im stationären Bereich (Typ 2) dar. Auch hier sind stimulanzenbezogene Störungen die häufigste zusätzliche Problematik bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (69 %). Die zweithäufigste Zusatzdiagnose bilden mit 55 % alkoholbezogene Störungen. Weitere Zusatzdiagnosen betreffen Störungen im Zusammenhang mit Kokain (12 %), Sedativa/Hypnotika (7 %) und Halluzinogenen (6 %).

Frauen in ambulanten Einrichtungen haben häufiger als Männer Zusatzdiagnosen im Zusammenhang mit Stimulanzen (44 % vs. 23 %), Männer häufiger mit Alkohol (24 % vs. 18 %), mit Kokain (5 % vs. 3 %) und Halluzinogenen (2 % vs. 0 %). Im stationären Bereich verhält es sich ähnlich, auch hier liegt bei Männern häufiger als bei Frauen ein missbräuchlicher bzw. abhängiger Beikonsum von Alkohol (57 % vs. 42 %), Kokain (13 % vs. 8 %) und Halluzinogenen (7 % vs. 0 %) vor. Frauen dagegen weisen öfter eine zusätzliche Problematik mit Stimulanzen (75 % vs. 67 %) und Sedativa/Hypnotika (17 % vs. 5 %; Tabelle 29) auf.

Tabelle 29: Suchtbezogene Komorbidität (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

Zusätzliche Einzeldiagnosen*	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
F10 Alkohol	24,8	18,0	23,5	57,4	41,7	54,8
F11 Opioide	1,0	0,7	0,9	1,6	0,0	1,4
F13 Sedativa/ Hypnotika	1,0	1,3	1,1	4,9	16,7	6,8
F 14 Kokain	5,1	3,3	4,7	13,1	8,3	12,3
F15 Stimulanzen	23,2	44,0	23,7	67,2	75,0	68,5
F16 Halluzinogene	2,0	0,0	1,6	6,6	0,0	5,5
F17 Tabak	25,9	24,0	25,6	93,4	100,0	94,5
F63.0 Path. Spielen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F63.8/F68.8 Exz. Medien- nutzung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	609	150	759	61	12	94

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent; *Mehrfachnennungen möglich.

Alter bei Erstkonsum

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Cannabis liegt bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen ambulant (Typ 1) und stationär (Typ 2) jeweils bei 16 Jahren. Bereits sehr früh, im Alter von bis zu 14 Jahren, haben jeweils 39 % der ambulant und stationär betreuten Personen zum ersten Mal Cannabis konsumiert. Auf Frauen in ambulanter Betreuung trifft das häufiger zu als auf Männer (46 % vs. 37 %). Bei Patientinnen und Patienten in stationärer Betreuung zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis: hier konsumieren Männer häufiger als Frauen im Alter von unter 14 Jahren erstmalig Cannabis (42 % vs. 22 %; Tabelle 30).

Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum

Alter bei Erstkonsum (Jahre)*	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
bis 14	36,7	46,1	38,6	42,1	22,2	39,4
15 - 19	55,3	46,1	53,4	49,1	55,6	50,0
20 - 24	5,5	4,2	5,3	7,0	22,2	9,1
25 - 29	1,7	2,4	1,8	0,0	0,0	0,0
über 30	0,8	1,2	0,8	1,8	0,0	1,5
Ø	15,7	15,5	15,7	15,5	16,0	15,6
Gesamt (Anzahl)	651	165	816	57	9	66

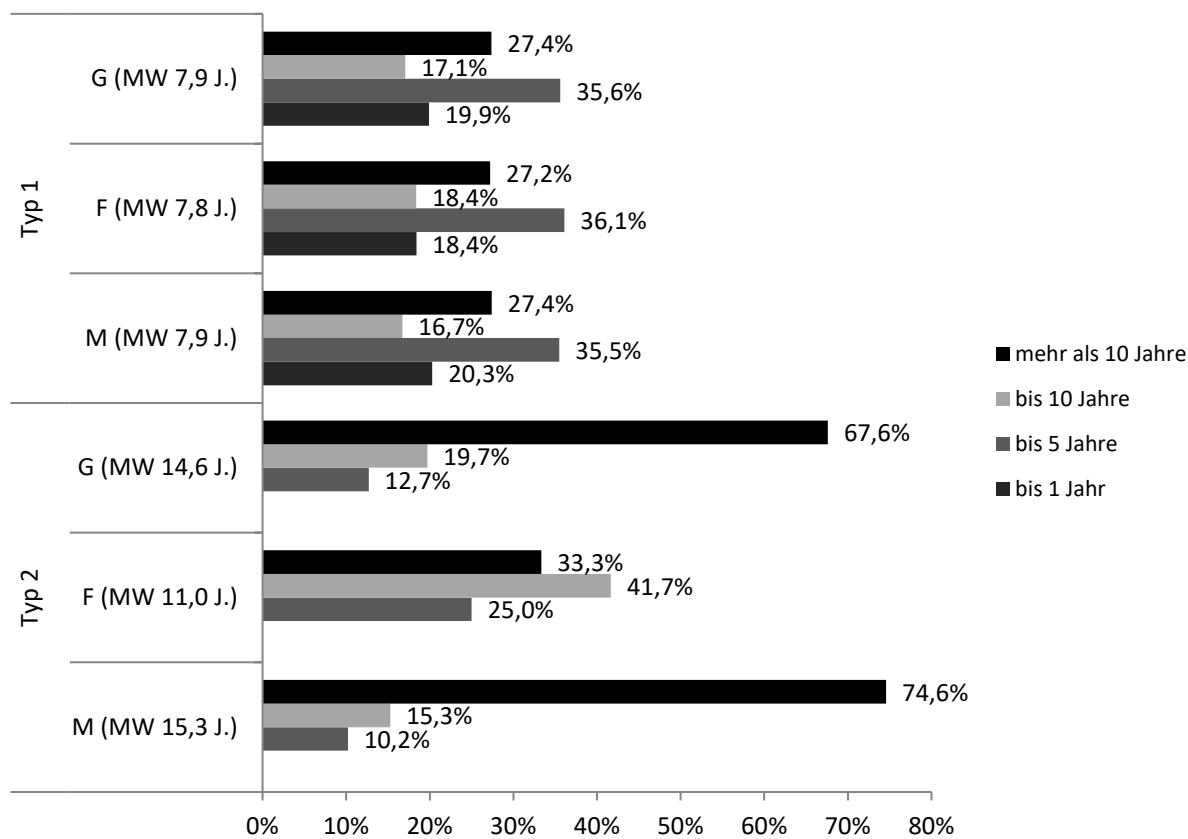
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Störungsdauer

Wie lange cannabinoidbezogene Störungen bei Patientinnen und Patienten bereits bestehen, ist bei ambulant und stationär Betreuten sehr unterschiedlich. Während bei Personen in ambulanter Betreuung (Typ 1) im Durchschnitt ein Zeitraum von 8 Jahren zwischen Störungsbeginn und aktueller Betreuung liegt, umfasst dieser Zeitraum bei stationär betreuten (Typ 2) Personen im Durchschnitt 15 Jahre. Hier ist sicher ein Zusammenhang mit dem höheren Alter der Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen zu sehen. Bei 27 % der ambulant Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt der Störungsbeginn erst maximal ein Jahr zurück, während dies bei keinem der stationär Betreuten der Fall ist. Ambulant besteht bei dem größten Teil der Patientinnen und Patienten die Störung zwischen einem Jahr und 5 Jahren (36 %), stationär liegt bei dem Großteil der Betreuten die Störung bereits seit fünf bis 10 Jahren vor (42 %; Abbildung 19).

Bei ambulant Betreuten gibt es hinsichtlich der Störungsdauer keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (je 8 Jahre). Bei stationär Betreuten besteht hingegen bei Männern die Störung bereits deutlich länger als bei Frauen (15 vs. 11 Jahre). Jahre; Abbildung 19).

Abbildung 19: Störungsdauer (\bar{x} Alter bei Störungsbeginn – \bar{x} Alter bei Betreuungsbeginn; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

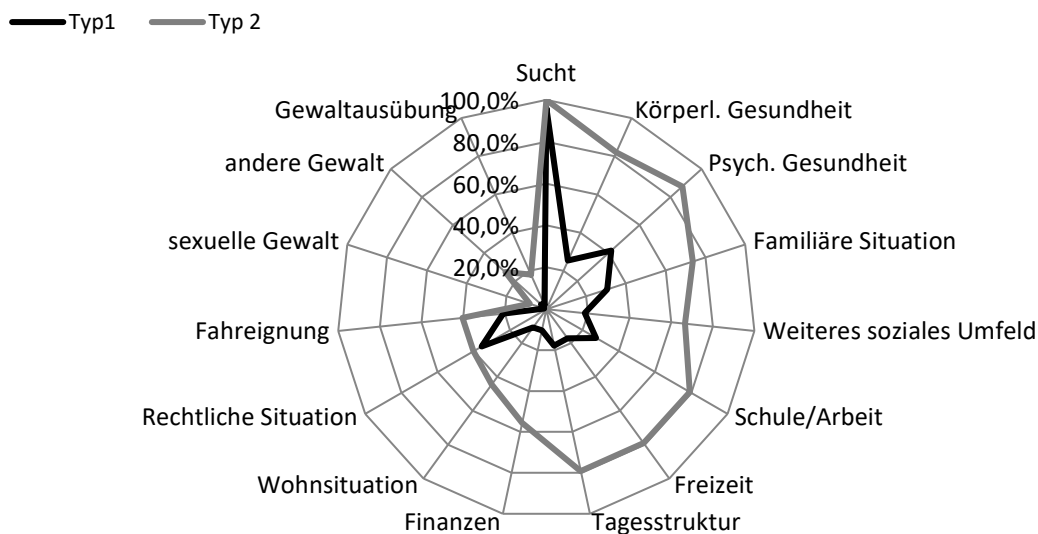


MW = Mittelwert, J=Jahre; M= Männer; F= Frauen, G= Gesamt

Problembereiche vor Betreuungsbeginn

Abbildung 23 zeigt deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär (Typ 2) betreut werden, häufiger problembelastet sind als Personen in ambulanter Betreuung (Typ 1). Werte in vergleichbarer Höhe für beide Gruppen gibt es nur im Bereich des Suchtverhaltens (Typ 1: 96 %; Typ 2: 100 %), in allen anderen dokumentierten Problembereichen sind stationär Betreute erheblich öfter betroffen (Abbildung 20).

Abbildung 20: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Problembereiche; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



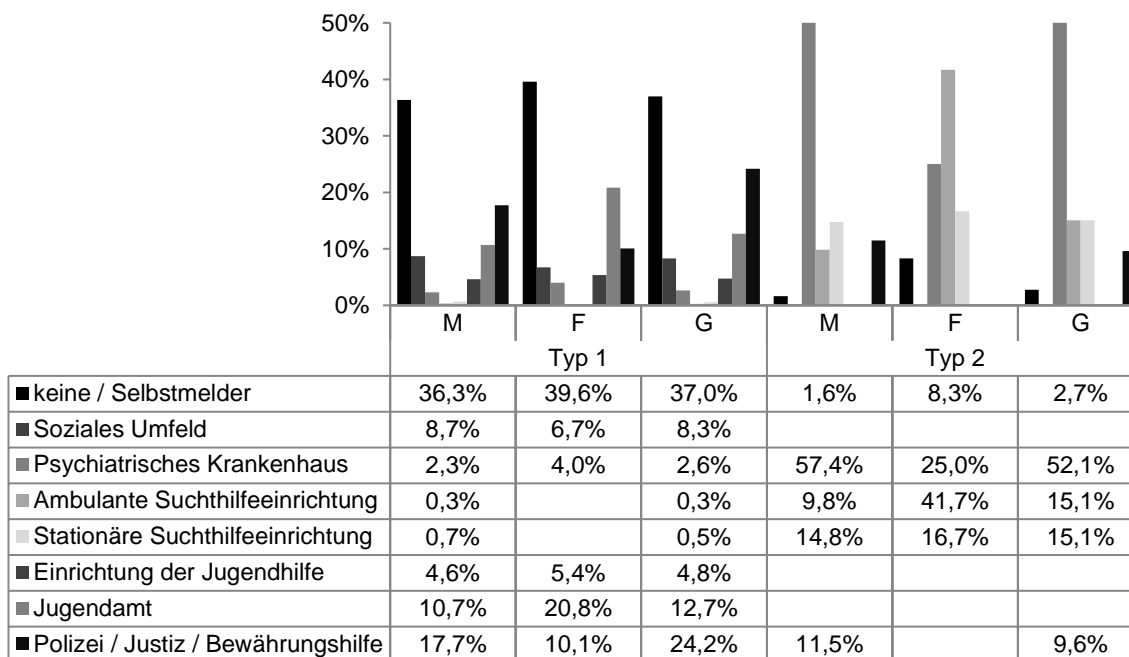
Betreuungsbezogene Merkmale

Vermittlungswege

Für ambulant und stationär betreute Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind sehr unterschiedliche Vermittlungswege relevant. Ambulant betreute (Typ 1) Personen kommen zu gut einem Drittel von selbst, d.h. ohne Vermittlung, in die Einrichtung (37 %), in der stationären Betreuung (Typ 2) spielt dieser Zugangsweg keine Rolle. Hier liegt der Vermittlungsschwerpunkt auf den psychiatrischen Krankenhäusern (52 %) mit Abstand gefolgt von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen (je 15 %). Neben den Selbstmeldungen kommen ambulant betreute Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen insbesondere durch Polizei/Justiz oder Bewährungshilfe in die Betreuung (24 %), aber auch das Jugendamt (13 %) oder Einrichtungen der Jugendhilfe (5 %) spielen als vermittelnde Instanzen eine Rolle. Der Weg über die Justiz ist auch für den stationären Bereich (Typ 2) bedeutsam, hier aber nur für Männer (12 %).

Frauen werden etwa doppelt so häufig über Jugendhilfe oder Jugendamt in die ambulante Betreuung vermittelt als Männer (26 % vs. 15 %). Männer kommen dagegen häufiger über Polizei und Justiz in die Betreuung als Frauen (18 % vs. 10 %; Abbildung 21).

Abbildung 21: Vermittlung in die Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

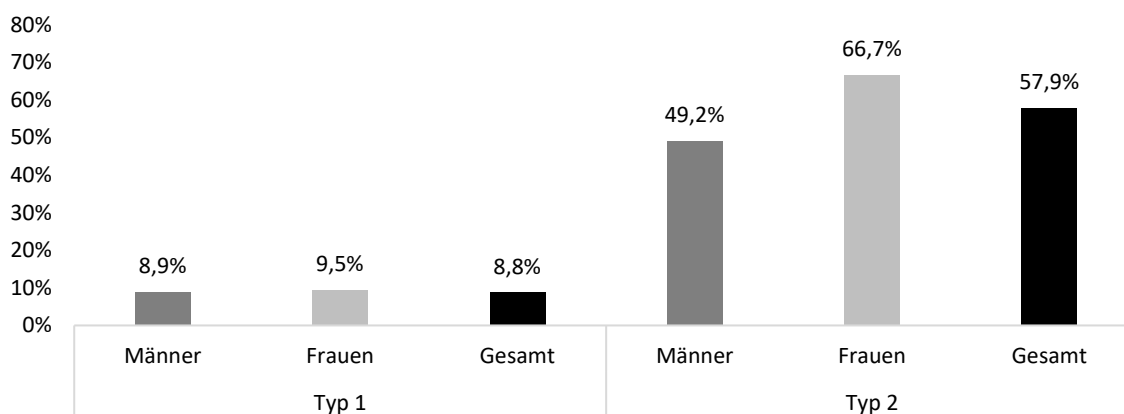


M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Weitervermittlung

Nach Beendigung der Betreuung werden im stationären Bereich (Typ 2) 58 % der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen an eine weitere Maßnahme weitervermittelt. Bei ambulant Betreuten (Typ 1) trifft dies auf einen erheblich geringeren Teil (9 %) zu. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen im ambulanten Bereich nicht vor, stationär werden Frauen deutlich häufiger weitervermittelt als Männer (67 % vs. 49 %; Abbildung 22).

Abbildung 22: Weitervermittlung/Verlegung nach Beendigung der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



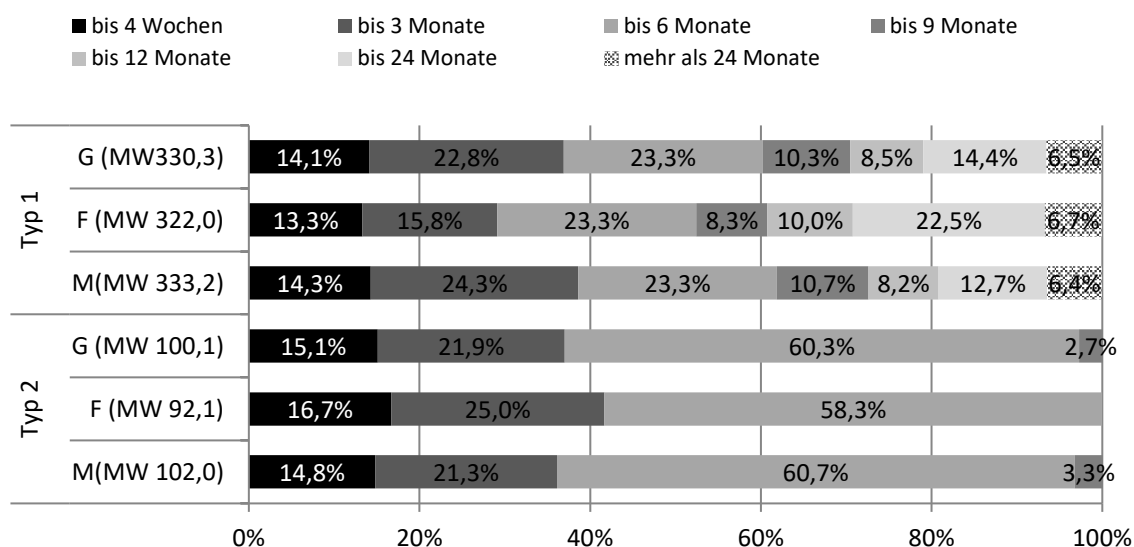
M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer für Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen ist in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) mit 330 Tagen etwa dreimal so lang wie in stationären Einrichtungen (Typ 2) mit 104 Tagen. In ambulanten und stationären Einrichtungen kommt es mit 14 % und 15 % ähnlich häufig zu sehr kurzen Betreuungen von maximal vier Wochen. Auch die Anteile an Betreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten sind mit 23 % (Typ 1) und 22 % (Typ 2) annähernd gleich. Bei Betreuungen mit längerer Dauer unterscheiden sich die Betreuten in ambulanten und stationären Einrichtungen jedoch erheblich. Während 60 % der Patientinnen und Patienten stationär bis zu 6 Monaten in Betreuung sind, ist das ambulant nur bei 23 % der Betroffenen der Fall. Bis zu neun Monate werden stationär noch 3 % der Patientinnen und Patienten betreut, längere Betreuungen finden hier nicht statt. Ambulant sind 10 % der Patientinnen und Patienten bis zu neun Monaten in Betreuung, eine länger als neun Monate andauernde Betreuung erhalten hier immerhin 30 % der Betroffenen.

Männer werden sowohl ambulant als auch stationär etwas länger betreut als Frauen (ambulant: 333 vs. 322 Tage; stationär: 102 vs. 92 Tage; Abbildung 23).

Abbildung 23: Dauer der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

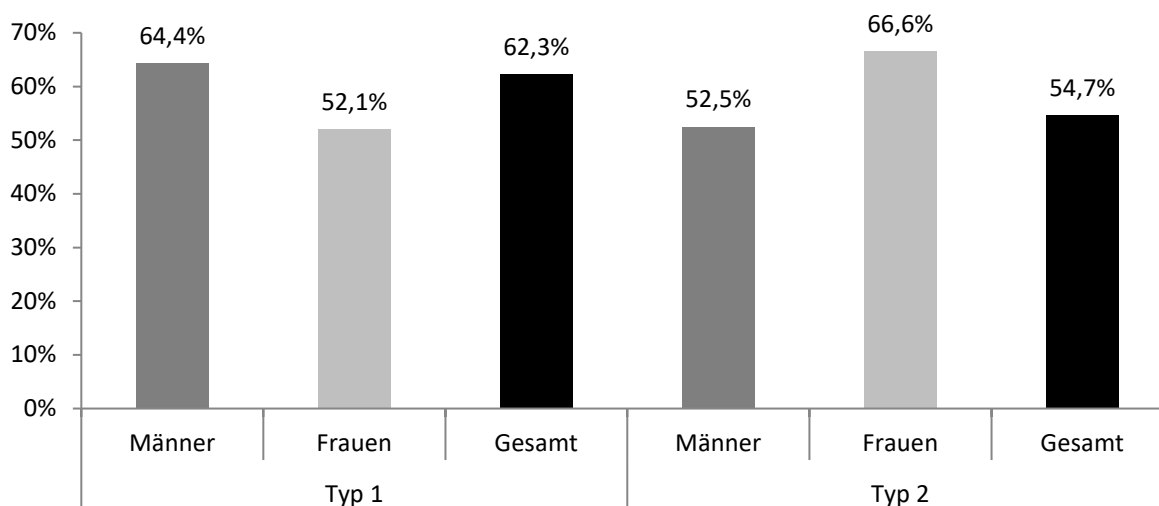


M: Männer; F: Frauen; G: Gesamt; MW: Mittelwert (in Tagen).

Beendigung der Betreuung

Der Anteil der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, der die Betreuung planmäßig beendet (d.h. regulär nach Betreuungs-/Behandlungsplan), ist in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) deutlich höher als in stationären (Typ 2; 55 % vs. 41 %). Männer beenden die ambulante Betreuung deutlich häufiger planmäßig als Frauen (57 % vs. 44 %), stationär verhält es sich ebenso, aber auf niedrigerem Niveau (43 % vs. 33 %; jedoch geringes N bei Frauen; Abbildung 24).

Abbildung 24: Planmäßige Beendigungen (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)

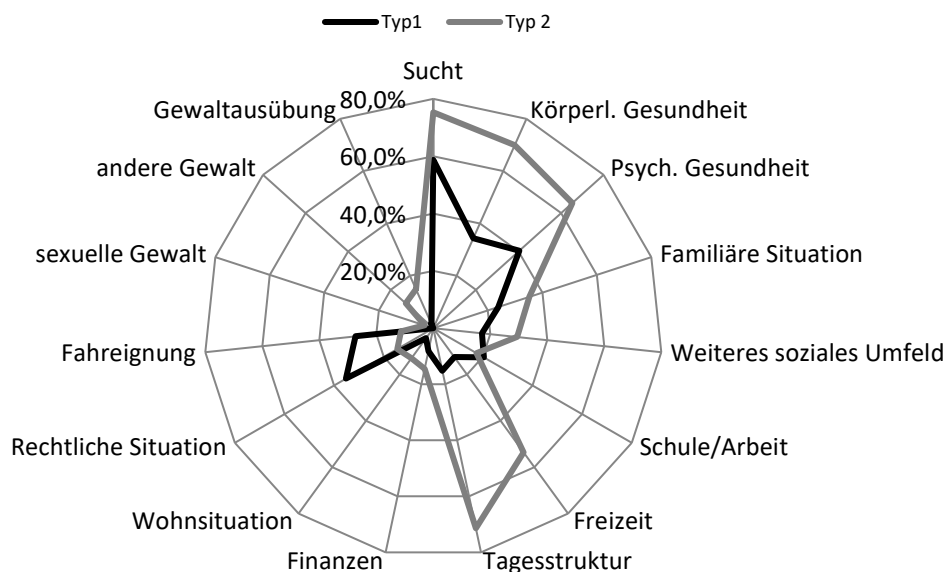


Entwicklung der Problematik zum Betreuungsende

Am Ende der Betreuung wird der Betreuungserfolg in den einzelnen Problembereichen durch die Betreuenden beurteilt. Abbildung 26 gibt einen Überblick über den Anteil an Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit einer Verbesserung in den einzelnen Problembereichen. Die Verbesserungen bei den Personen im stationären Bereich (Typ 2) müssen vor dem Hintergrund der höheren Problembelastung zu Beginn der Betreuung betrachtet werden.

Sowohl ambulant (Typ 1) als auch stationär (Typ 2) ist es häufig zu einer Verbesserung im Bereich des Suchtverhaltens gekommen, wobei Verbesserungen stationär deutlich häufiger auftreten als ambulant (75 % vs. 59 %). In den übrigen Problembereichen kommt es ambulant besonders häufig in den Bereichen der psychischen Gesundheit (40 %), der rechtlichen Situation (35 %) und der körperlichen Gesundheit (34 %) zu einer Verbesserung. Stationär finden am häufigsten Verbesserungen in den Problembereichen Tagesstruktur (71 %), körperliche Gesundheit (70 %), psychische Gesundheit (65 %) und Freizeit (54 %) statt (Abbildung 25).

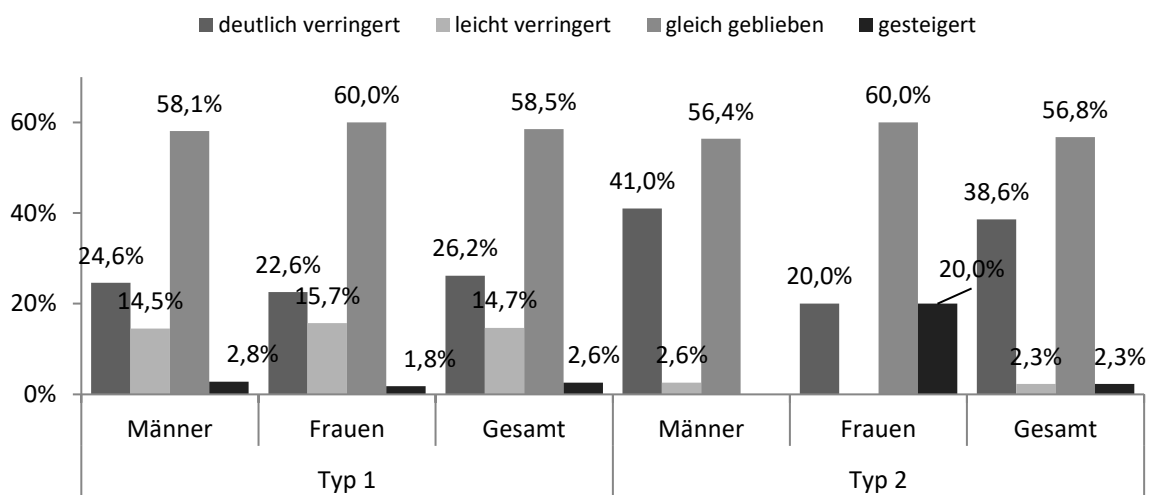
Abbildung 25: Gebesserte Problematik am Betreuungsende (alle Problembereiche, Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



Die Konsummengen der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen zum Ende der Betreuung hat sich ambulant (Typ 1) bei etwa einem Viertel (26 %), stationär (Typ 2) bei knapp zwei Fünfteln (39 %) deutlich verringert. In den meisten Fällen ist sowohl ambulant (59 %) als auch stationär (57 %) die Konsummengen am Ende der Betreuung aber gleichgeblieben. In sehr wenigen Fällen kommt es zum Ende der Betreuung zu einer Zunahme der Konsummengen (Typ 1: 3 %; Typ 2: 2 %).

Männer erreichen zum Ende der Betreuung, sowohl ambulant als auch stationär, häufiger eine deutliche Verringerung der Konsummengen als Frauen (Typ 1: 25 % vs. 23 %; Typ 2: 41 % vs. 20 %; Abbildung 29). Bei Frauen bleibt die Konsummengen etwas häufiger gleich als bei Männern (Typ 1: 60 % vs. 58 %; Typ 2: 60 % vs. 56 %, jedoch geringes N bei Frauen; Abbildung 26).

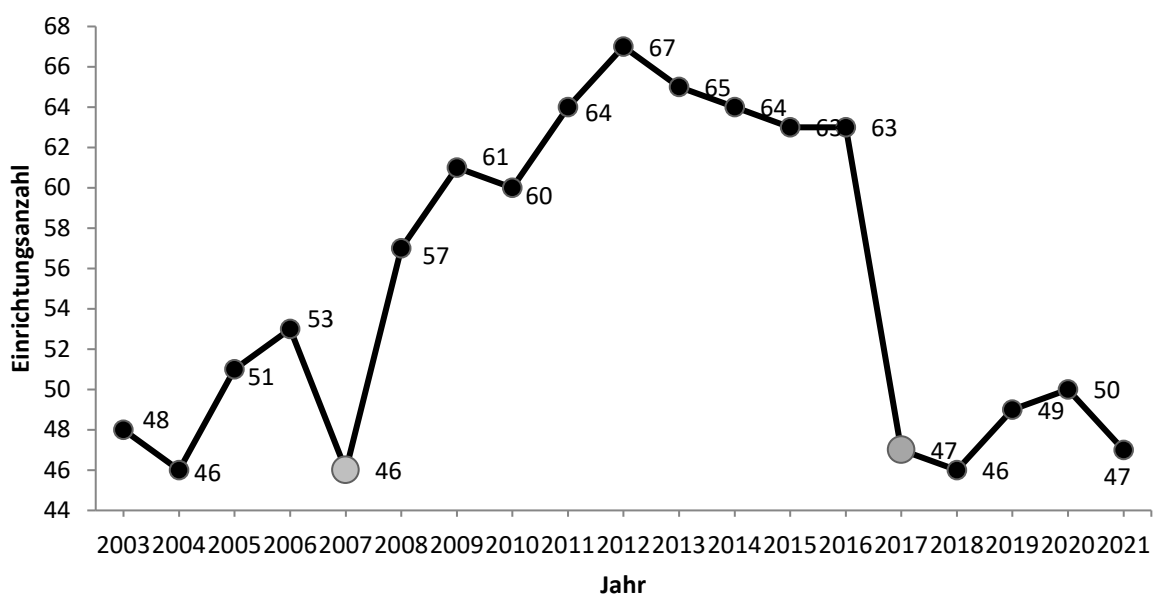
Abbildung 26: Hauptsubstanz Cannabis: Veränderung der Konsummene zum Ende der Betreuung



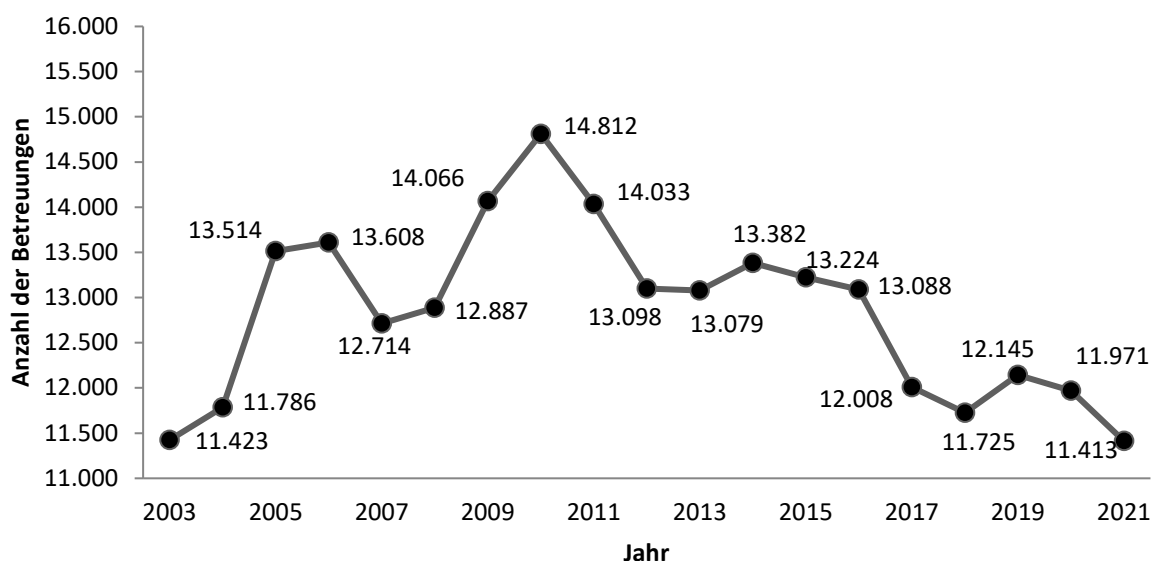
7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2021

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patientinnen/Patienten- und Betreuungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2021 berichtet. Dabei werden – mit einer Ausnahme (Kontaktzahlen, Abbildung 30) – alle Einrichtungstypen (Typ1, 2 und 5) zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 27: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)



Innerhalb des Zeitraums 2003 bis 2021 war die Teilnehmerzahl zum Teil erheblichen Schwankungen unterworfen. So sind in den Jahren 2007 und 2017 zwei deutliche Einbrüche bei den Teilnehmerzahlen zu verzeichnen, die jeweils auf Anpassungsprozesse im Zusammenhang mit der Umstellung auf eine neue Version des Erhebungsinstruments (KDS) zurückzuführen sind. Beide Male hat im Anschluss die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen wieder zugenommen, nach 2007 wesentlich deutlicher als nach 2017. Dass der Anstieg nach 2017 geringer ausgefallen ist, ist vor allem auf die mit der Einführung des KDS 3.0 einhergehende Änderung der Einrichtungssystematik zurückzuführen. 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 Anstieg im Jahr 2020 auf 50 Einrichtungen, ist im aktuellen Berichtsjahr 2021 wieder ein leichter Rückgang auf 47 teilnehmende Einrichtungen zu verzeichnen (Abbildung 27).

Abbildung 28: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

Seit 2003 ist mit der steigenden Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen auch die Zahl der im Rahmen der Thüringer Suchthilfestatistik dokumentierten Betreuungsfälle stetig gestiegen. Auch bei den Betreuungsfällen bilden die Jahre 2007 und 2017, in denen jeweils eine überarbeitete Version des KDS neu eingeführt wurde, eine Zäsur. Im Jahr 2007 wurde dadurch der Aufwärtstrend bei den Fallzahlen unterbrochen. Es folgte ein kontinuierlicher Anstieg bis zu einem Höchststand von 14.812 Betreuungsfällen im Jahr 2010. Analog dazu ist ein Anstieg in der Zahl der Einrichtungen zu verzeichnen (Abbildung 1). Seit 2010 ist eine Abnahme der Betreuungsfälle zu beobachten, obwohl ein leichter Rückgang der Einrichtungsbeteiligung erst ab 2013 einsetzt. Nach einer annähernd stabilen Phase in den Jahren 2012 bis 2016, verringerten sich im Jahr 2017 durch die Umstellung auf den KDS 3.0 die Fallzahlen erheblich von 13.088 Fällen im Jahr 2016 auf 12.008 Fälle in 2017. Trotz leichter Zunahme der Einrichtungsbeteiligung ab 2018 bleibt die Fallzahl annähernd gleich und hat ihren bisher niedrigsten Wert mit 11.413 Fällen im aktuellen Berichtsjahr 2021 erreicht (Abbildung 28).

Abbildung 29: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)

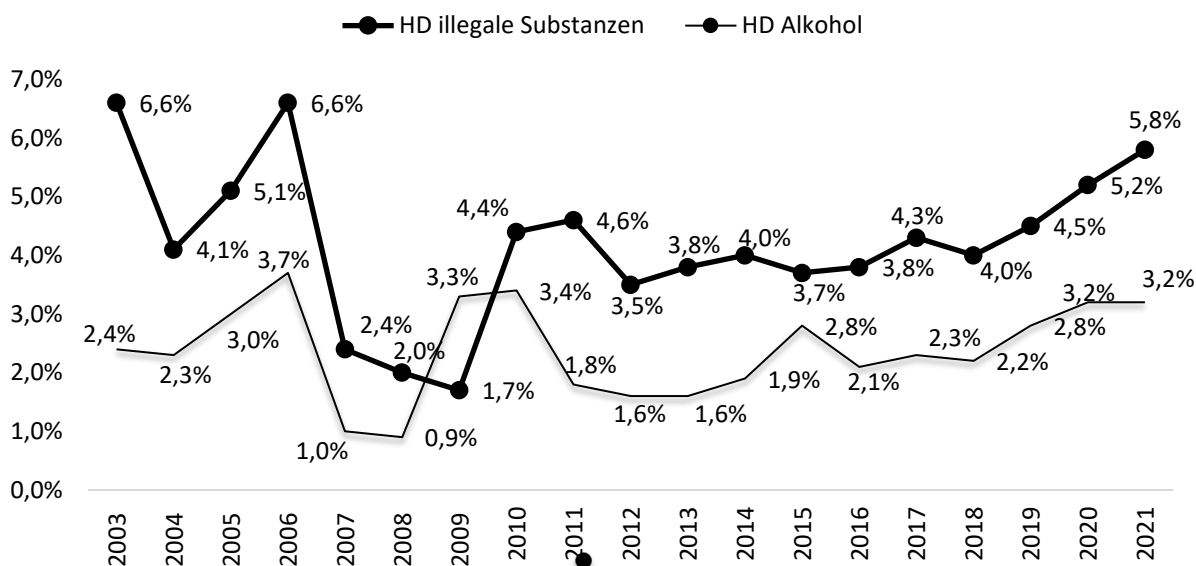


Abbildung 31 veranschaulicht die Verteilung der Anteile an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen in den letzten 19 Jahren. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Personen mit Migrationshintergrund betreut. Bei Personen mit Störungen in Bezug auf illegale Substanzen (Opiode, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzen) liegt jedoch im Vergleich zu Personen mit alkoholbezogenen Störungen über alle betrachteten Jahre etwa doppelt so häufig ein Migrationshintergrund vor. Beide Kurven nehmen, jede auf ihrem Niveau, einen annähernd gleichen Verlauf. Nach größeren Schwankungen in den Jahren 2003 bis 2012, gibt es seitdem einen leichten, aber stetigen Aufwärtstrend, der sich ab 2018 noch verstärkt. So steigt seit 2018 die Kurve wieder bei beiden Patientengruppen an, ein Trend, der sich bei Personen mit Störungen im Bereich illegaler Substanzen seit 2019 deutlich fortsetzt (2019: 4,5 %; 2021: 5,8 %). Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen endet dieser Trend aktuell im Berichtsjahr 2021 mit dem gleichen Anteil von 3,2 % wie im Vorjahr (Abbildung 29).

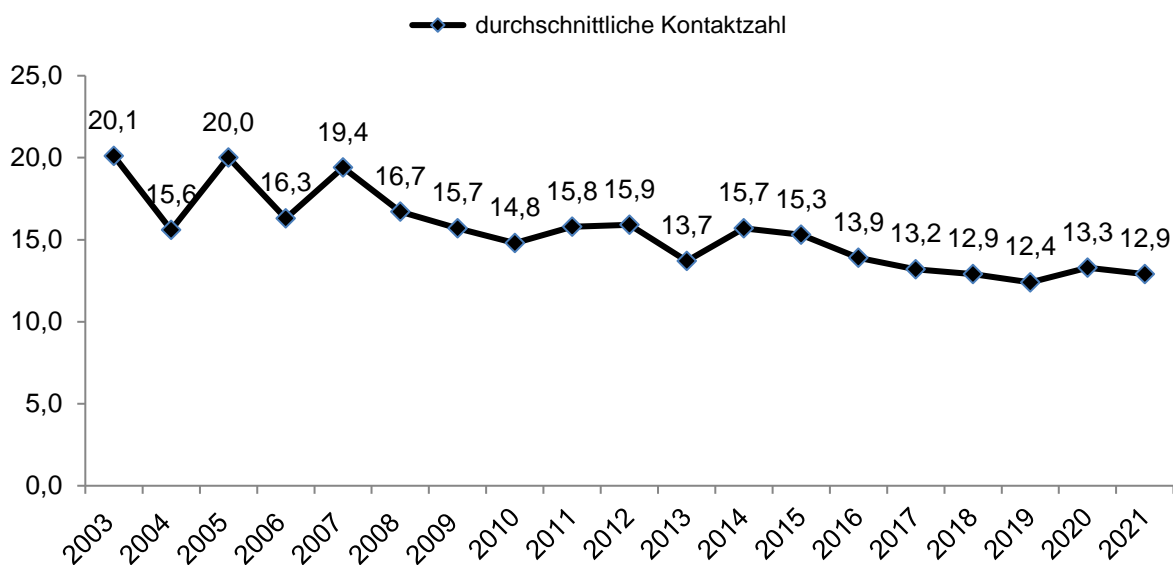
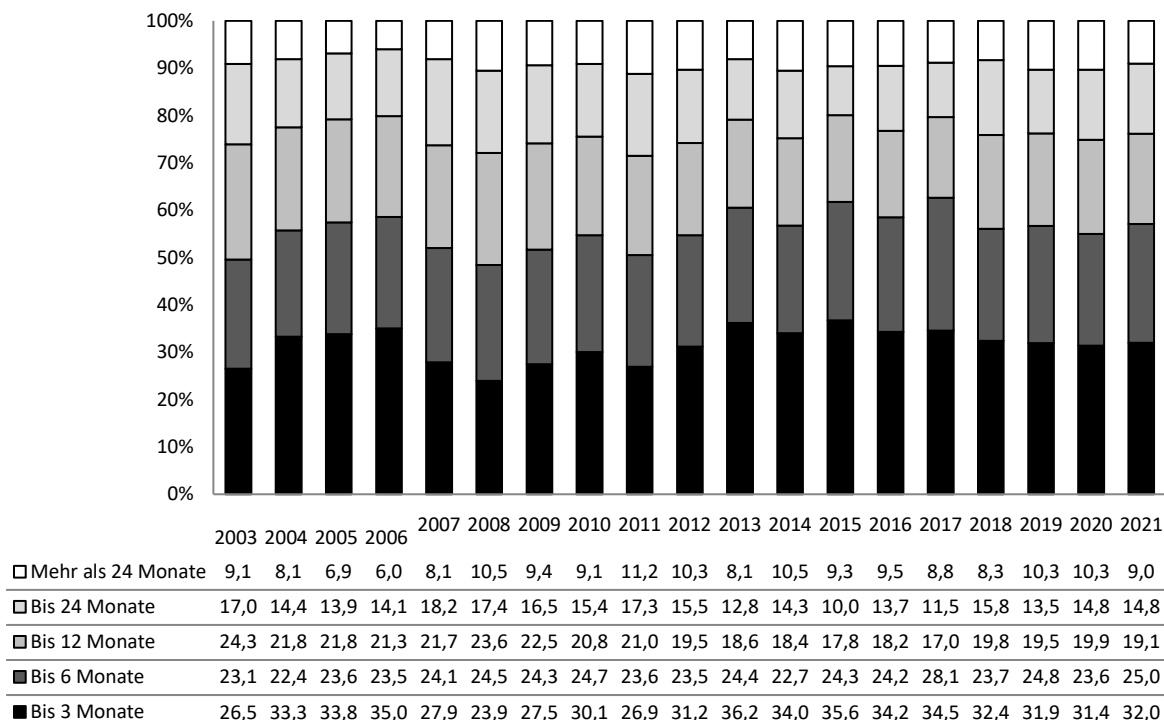
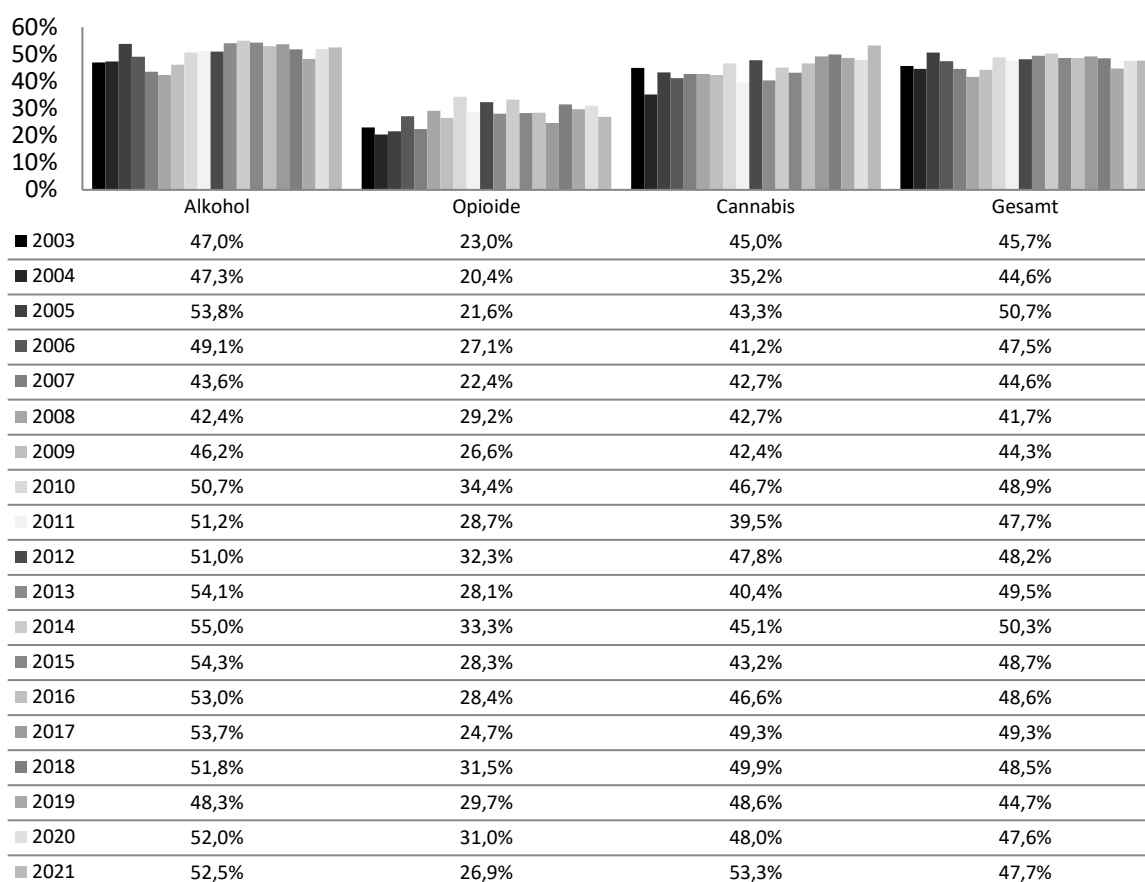
Abbildung 30: Anzahl der Kontakte je beendeter Betreuung (ambulant)

Abbildung 32 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahl der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) durchgeführten Betreuungen in den letzten 19 Jahren. Während zu Beginn des Dokumentationszeitraums (2003) die Häufigkeit der Kontakte deutliche Schwankungen aufweist, sind die Kontaktzahlen von 2008 bis 2015 annähernd stabil mit kleineren Schwankungen zwischen durchschnittlich 17 und 15 Kontakten je beendeter Betreuung. Seit 2015 geht die Zahl der Kontakte Jahr für Jahr kontinuierlich zurück: von durchschnittlich 15 Kontakten pro Betreuung bis auf 12 Kontakte im Jahr 2019. Seit 2020 ist wieder ein leichter Anstieg auf 13 Kontakte zu verzeichnen, die ebenfalls im aktuellen Berichtsjahr vorliegen (Abbildung 30).

Abbildung 31: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)

Angaben in Prozent

Die Betreuungsdauer zeigt etwa ab dem Jahr 2013 eine Tendenz zu kürzeren Betreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten. Der Anteil an Betreuungen mit einer Dauer von bis zu 6 Monaten liegt über alle Jahre immer zwischen 23 % und 25 %. Auch im aktuellen Berichtsjahr 2021 wird ein Viertel der Patientinnen und Patienten bis maximal sechs Monate betreut. Ausgehend von einem Anteil von 24 % im Jahr 2003 sind längere Betreuungen von bis zu einem Jahr im Verlauf der letzten 19 Jahre leicht zurückgegangen. In den letzten drei Jahren beliefen sie sich stabil auf 20 % und haben im Jahr 2021 wieder einen leichten Rückgang auf 19 % erfahren. Betreuungen von bis zu zwei Jahren schwankten im Verlauf der Jahre zwischen 10 % und 18 %, aktuell beträgt der Anteil, wie im Vorjahr, 15 %. Sehr lange Betreuungen mit einer Dauer von über zwei Jahren schwankten ebenfalls, hier zwischen 6 % und 11 %. Aktuell liegt ihr Anteil mit 9 % etwas niedriger als im Vorjahr (10 %; Abbildung 31).

Abbildung 32: Planmäßige Beendigung⁹ (Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)

Auch der Anteil planmäßiger Beendigungen war insgesamt im Verlauf der letzten 19 Jahre einigen Schwankungen unterworfen. In den Jahren 2003 bis 2013 ist ein beständiges Auf und Ab der Werte zu beobachten, die Extreme liegen in diesem Zeitraum bei 42 % und 51 %. Seit 2014, als 50 % der Patientinnen und Patienten ihre Betreuung planmäßig beendeten, gehen die Anteile kontinuierlich zurück bis auf 45 % im Jahr 2019. Im Vorjahr und auch im aktuellen Berichtsjahr 2021 ist der Anteil wieder auf 48 % gestiegen (Abbildung 32).

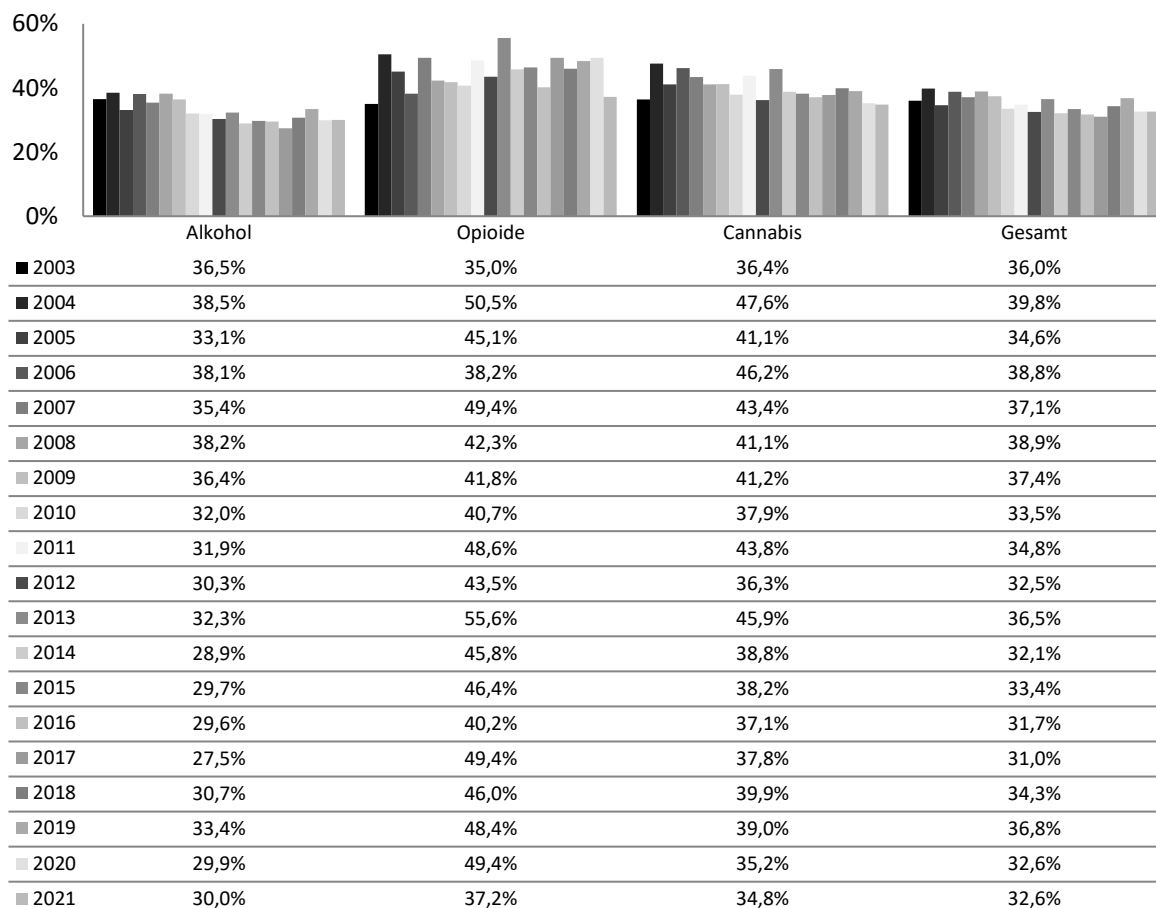
Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen zeigt sich über die Jahre, mit kleinen Schwankungen, vor allem aber seit dem Jahr 2010, ein stabiler Anteil von etwas über der Hälfte der Patientinnen und Patienten, die ihre Betreuung planmäßig abschließen. Nach einem Rückgang im Jahr 2019 auf 48 %, ist im Folgejahr wieder ein leichter Anstieg zu beobachten (52 %), der sich auch im aktuellen Berichtsjahr 2021 fortgesetzt hat (53 %).

Auch bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen zeigt sich vor allem in den letzten 10 Jahren eine beständige Zunahme von planmäßigen Beendigungen. Seit 2017 liegen hier die Werte bei 49 % bis 50 %. Im Vorjahr gab es einen leichten Rückgang auf 48 %, im aktuellen Berichtsjahr ist jedoch mit 53 % der höchste Anteil an planmäßigen Beendigungen im gesamten 19-Jahres-Zeitraum zu verzeichnen.

⁹ Planmäßige Beendigung: reguläre Beendigung nach Betreuungs-/Behandlungsplan (nicht eingeschlossen sind: vorzeitige Entlassungen auf ärztliche/therapeutische Veranlassung bzw. mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis oder planmäßige Wechsel in andere Einrichtungen)

Im Vergleich weisen Patienten und Patientinnen mit opioidbezogenen Störungen über die Jahre deutlich geringere Anteile an planmäßigen Beendigungen auf. Ausgehend von einem Niveau von 20 % im Jahr 2004, liegt der Anteil 2010 erstmalig bei über 30 % (35 %). Ein Wert, der in den Folgejahren immer wieder unterschritten wird, jedoch nicht wesentlich (Ausnahme 2017: 25 %). Während im Vorjahr noch ein Anteil von 31 % planmäßiger Beendigungen zu verzeichnen ist, ist der Anteil im Jahr 2021 auf 27 % zurückgegangen (Abbildung 32).

Abbildung 33: Beendigung der Betreuung durch Abbruch von Seiten der Patientinnen/Patienten (alle Einrichtungstypen)



Der Anteil der Betreuungsabbrüche von Seiten der Patientinnen und Patienten hat sich insgesamt im Verlauf der betrachteten Jahre nur wenig verändert: 2004 endeten 39 % der Betreuungen mit einem Abbruch seitens der Patientinnen und Patienten, im aktuellen Berichtsjahr 2021 ist dies bei 33 % der Betreuten der Fall. Die Anteile sind jedoch nicht kontinuierlich zurückgegangen, sondern unterliegen in den letzten 19 Jahren mehreren geringfügigen Schwankungen. Dabei ist die höchste Abbruchquote mit 39 % im Jahr 2008, die niedrigste in den Jahren 2012 und 2016 mit jeweils 32 % zu verzeichnen. Der aktuelle Wert von 33 % entspricht auch dem Vorjahreswert.

Der Trend zur leicht abnehmenden Abbruchquote bildet sich auch bei den einzelnen betrachteten Hauptdiagnosen ab. So ist bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen im Laufe der Jahre eine annähernd kontinuierliche Abnahme von 39 % im Jahr 2004 auf aktuell 30 % zu verzeichnen. Auch bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt eine ähnliche Entwicklung vor. Hier reduziert sich der Anteil der Abbrüche im Laufe der Jahre (2004: 48 %; 2021: 35 %), jedoch nicht kontinuierlich,

sondern mit deutlichen Schwankungen. Aktuell ist die Abbruchquote so hoch wie im Vorjahr. Bei Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen hat eine sehr deutliche Verringerung der Abbruchquoten stattgefunden. Während im Jahr 2004 noch die Hälfte der Betroffenen (51 %) die Betreuung abgebrochen hat, sind es im aktuellen Berichtsjahr 2021 nur noch 37 % (im Vorjahr liegt die Abbruchquote noch bei 50 %). Die Werte schwanken im betrachteten Zeitraum zwischen 40 % und 56 % (Abbildung 33).

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. Auch in diesem Jahr ist es 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 (Typ 2) ist in allen vier Regionen deutlich geringer als aus dem ambulanten Bereich (Typ 1).

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

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd-Westthüringen	Gesamt
Ambulant (Typ1)	3	11	7	6	27
Stationär (Typ 2)	1	1	1	2	5
Soziotherapeutisch (Typ 5)	2	5	6	2	15
Gesamt	6	17	14	10	47

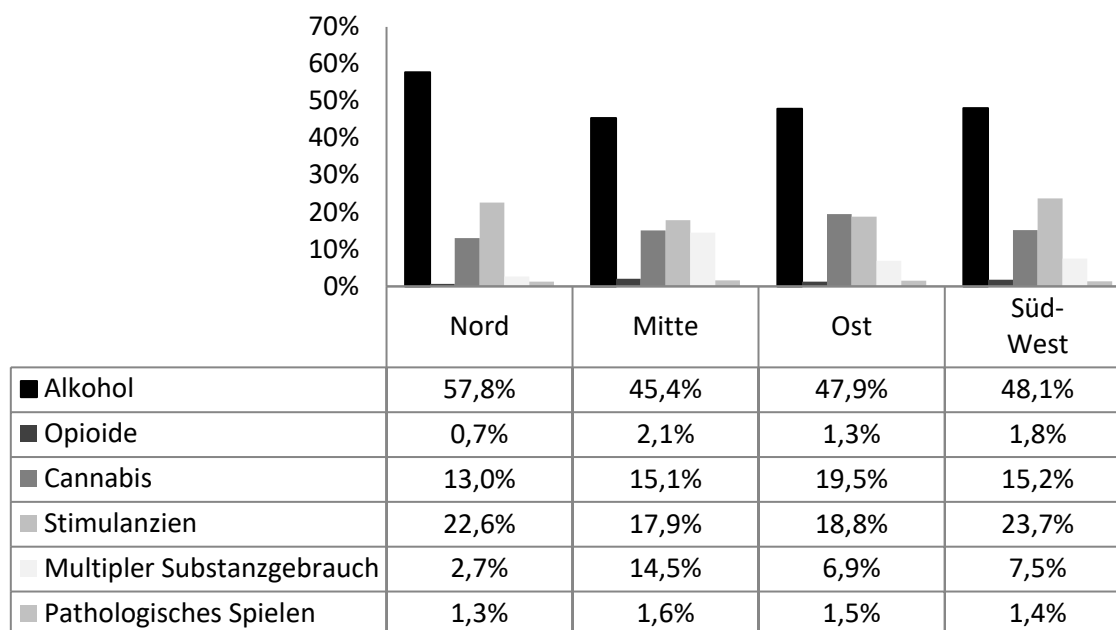
In den ambulanten Einrichtungen Nordthüringens sind 2021 über die Hälfte der Patientinnen und Patienten wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung (58 %). Die zweithäufigste Hauptdiagnose bilden hier stimulanzenbezogene Störungen (23 %), nur eine geringe Rolle spielen Personen mit opioidbezogenen Störungen oder Glücksspielproblematik (je 1 %).

Auch in Mittelthüringen werden mit Abstand am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut (45 %), gefolgt von Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (18 %). An dritter und vierter Stelle stehen mit jeweils ähnlichen Anteilen cannabinoidbezogene Störungen und Multipler Substanzgebrauch (je 15 %). Die Hauptdiagnosen opioidbezogene Störungen und Pathologisches Spielen finden sich mit 2 % nur selten unter den Patientinnen und Patienten.

Mit 48 % werden auch in Ostthüringen am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut, gefolgt von Personen mit cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (19 % bzw. 20 %). Auch hier spielen Personen mit opioidbezogenen Störungen und Glücksspielproblematik (1 % bzw. 2 %) nur eine untergeordnete Rolle.

In den ambulanten Einrichtungen Süd-Westthüringens sind alkoholbezogene Störungen ebenfalls die häufigste Hauptdiagnose (48 %), aber auch stimulanzenbezogene Störungen sind mit einem Anteil von 24 % sehr verbreitet. Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen weisen, ähnlich wie in den übrigen Regionen, einen Anteil von 15 % auf, opioidbezogene Störungen und Pathologisches Spielen machen auch hier nur einen geringen Anteil aus (2 % bzw. 1 %; Abbildung 34).

Abbildung 34: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)



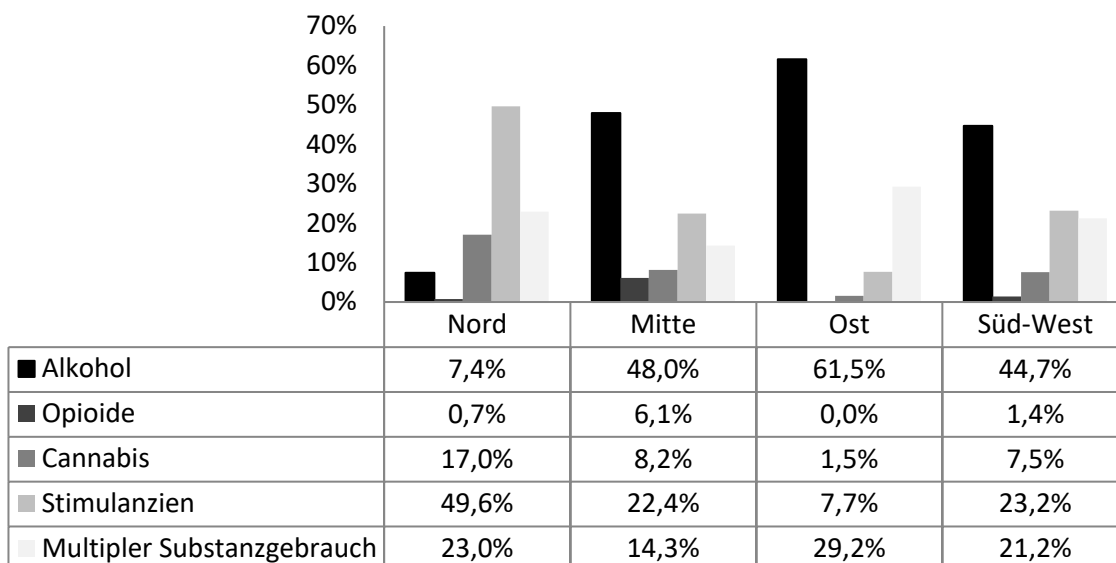
Im stationären Bereich fällt auch in diesem Jahr der niedrige Anteil an Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Nordthüringen auf (7 %). Hier bilden stimulanzenbezogene Störungen die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose (50 %), was jedoch vermutlich mit der sehr geringen Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen der Typen 2 und 5 in dieser Region zusammenhängen dürfte. Opioidbezogene Störungen spielen mit einem Anteil von 1 % kaum eine Rolle.

In Mittelthüringen werden am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut (48 %), gefolgt von Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (22 %). Personen mit opioidbezogenen Störungen haben hier einen relativ hohen Anteil von 6 %.

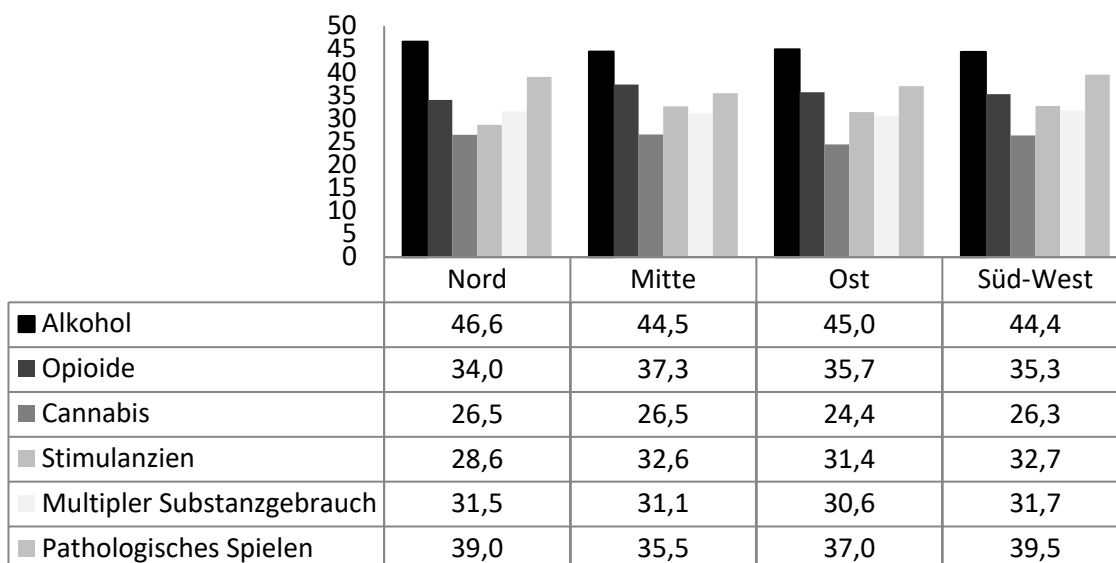
In Ostthüringen liegt der Anteil der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen bei fast zwei Drittel (62 %). Ebenfalls sehr häufig werden Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (29 %) in den stationären Einrichtungen betreut. Die Hauptdiagnose opioidbezogene Störungen spielt hier keine Rolle.

Mit 45 % sind auch in Süd-Westthüringen Personen mit alkoholbezogenen Störungen die größte Gruppe in den stationären Einrichtungen. Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch weisen mit 23 % und 21 % ebenfalls sehr hohe Anteil an Betreuungen auf. Auch in dieser Region stellen Personen mit opioidbezogenen Störungen nur einen sehr geringen Anteil in stationären Einrichtungen (Abbildung 35).

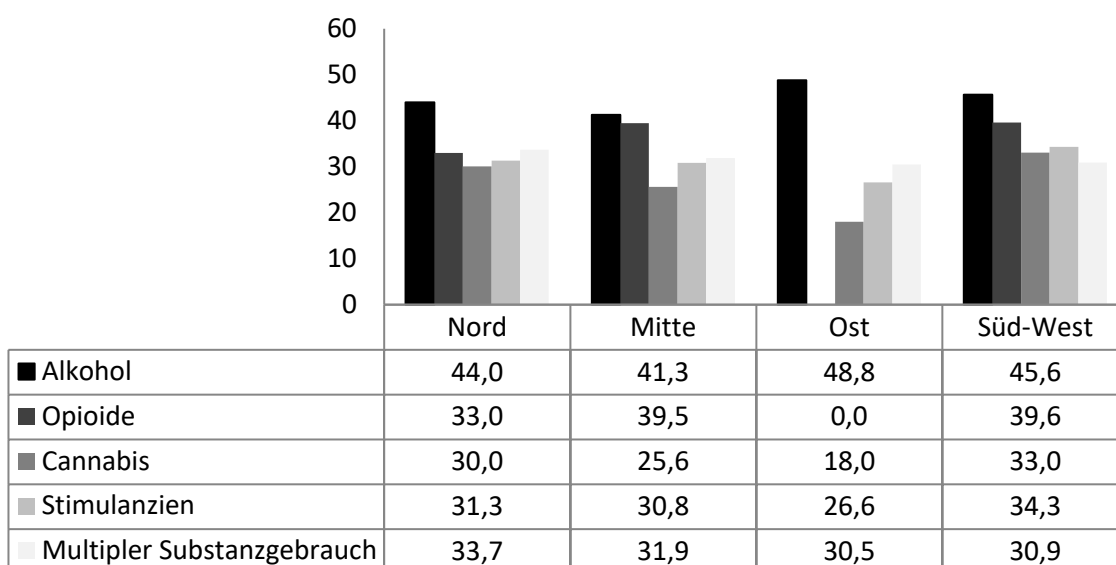
Abbildung 35: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen unterscheidet sich bei den einzelnen Hauptdiagnosen – wie im Vorjahr – nur unwesentlich in den vier Regionen. Personen mit alkoholbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von 44 Jahren (Süd-Westthüringen) bis 47 Jahren (Nordthüringen) in allen Regionen jeweils mit Abstand die ältesten, gefolgt von Personen mit opioidbezogenen Störungen (Ostthüringen: 34 Jahre; Mittelthüringen: 37 Jahre). Die jüngsten Patientinnen und Patienten sind mit einem mittleren Alter von 24 Jahren (Ostthüringen) bis 27 Jahren (Nord- und Mittelthüringen) diejenigen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Etwas älter sind Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen, deren Durchschnittsalter von 29 Jahren in Nordthüringen bis zu 33 Jahren in Mittel- und Süd-Westthüringen reicht und Personen mit Multiplern Substanzgebrauch mit einem ähnlichen Altersdurchschnitt zwischen 31 Jahren (Mittel- und Ostthüringen) und 32 Jahren (Nord- und Süd-Westthüringen). Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik liegt zwischen 36 Jahren (Mittelthüringen) und 40 Jahren (Süd-Westthüringen); Abbildung 36).

Abbildung 36: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)

Auch im stationären Behandlungsbereich sind Personen mit alkoholbezogenen Störungen in allen vier Teilregionen die ältesten Patientinnen und Patienten. Die Altersspanne reicht von 44 Jahren in Nordthüringen bis 49 Jahren in Ostthüringen. Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden in jeder der vier Teilregionen die jüngste Gruppe mit einer Altersspanne von 18 Jahren in Ostthüringen bis 33 Jahren in Süd-Westthüringen. Personen mit stimulanzienbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren (Nord- und Mittelthüringen) bis 34 Jahren (Süd-Westthüringen) in allen Regionen am zweitjüngsten. Ein vergleichbares Durchschnittsalter weisen Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch auf. Hier liegt der Range zwischen 31 Jahren in Ost- und Süd-Westthüringen und 34 Jahren in Nordthüringen (Abbildung 37).

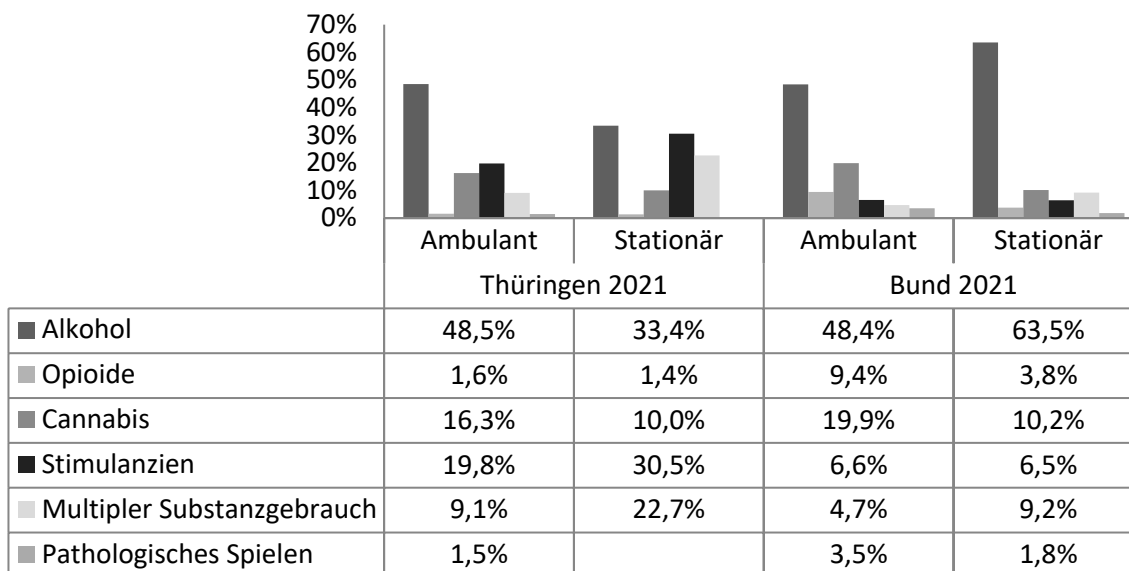
Abbildung 37: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)

9 Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten

In den Vorjahren hat sich der Anteil der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, der in Thüringen immer höher als bundesweit war, stetig verringert (2020: 49 % vs. 48 %, 2019: 53 % vs. 49 %; 2018: 54 % vs. 49 %) und liegt im Jahr 2021 mit 48 % erstmalig gleichauf mit dem Anteil im Bund. Dagegen liegt im stationären Suchthilfebereich der Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen deutlich niedriger als im Bund (33 % vs. 64 %) und fällt damit auch niedriger als im Vorjahr und ähnlich wie 2019 aus (2020: 38 % vs. 64 %; 2019: 33 % vs. 66 %).

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen werden in ambulanten Einrichtungen in Thüringen zu geringeren Anteilen betreut als bundesweit (16 % vs. 20 %), im stationären Bereich liegt hier kein Unterschied vor (je 10 %). Nach wie vor liegen die Anteile an Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen sowohl ambulant als auch stationär in Thüringen wesentlich höher als im Bund. Ambulant sind die Werte fast dreimal (20 % vs. 7 %), stationär sogar fünfmal so hoch (31 % vs. 6 %). Auch bei Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch sind die Anteile ambulant und stationär höher als bundesweit. Während in Thüringen ambulant 9 % der Patientinnen und Patienten betreut werden, ist das im Bund bei 5 % der Fall. Stationär sind die Unterschiede wesentlich deutlicher, hier steht ein Anteil von 23 % in Thüringen einem Anteil von 9 % im Bund gegenüber. Dagegen befinden sich erheblich seltener Personen mit opioidbezogenen Störungen in thüringischen Einrichtungen als im Bund (ambulant: 2 % vs. 9 %, stationär: 1 % vs. 4 %). Betreuungen von Personen mit einer Glücksspielproblematik liegen in Thüringen nur im ambulanten Bereich und auch hier nur in geringem Umfang vor (2 %). Im Bund ist dieser Anteil mit 4 % etwas höher und hier sind auch stationäre Betreuungen dokumentiert (2 %; Abbildung 38).

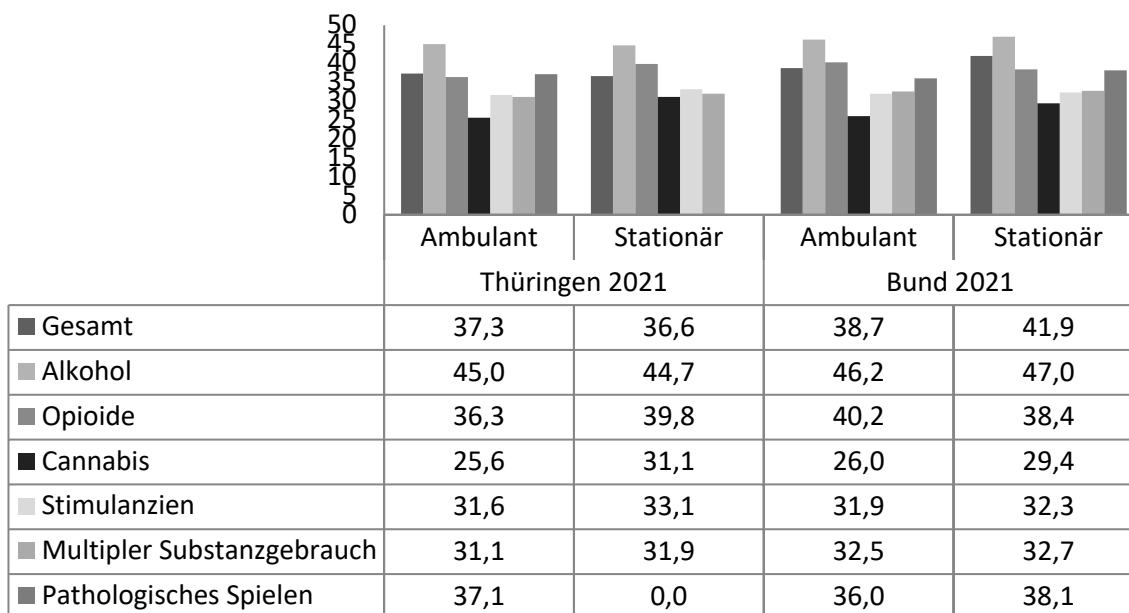
Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen



Auch in Bezug auf das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegen Unterschiede zwischen Thüringen und dem Bund vor. Insgesamt ist der Altersdurchschnitt in Thüringen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich niedriger als im Bund (Typ 1: 37 vs. 39 Jahre; Typ 2: 37 vs. 42 Jahre).

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen sind in Thüringen sowohl ambulant als auch stationär etwas jünger als im Bund (ambulant: 45 vs. 46 Jahre; stationär 45 vs. 47 Jahre). Personen mit opioidbezogenen Störungen sind im ambulanten Bereich ebenfalls jünger als im Bundesdurchschnitt (36 vs. 40 Jahre), stationär etwas älter (40 vs. 38 Jahre). Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen haben ambulant in Thüringen und bundesweit mit je 26 Jahren den gleichen Altersdurchschnitt. Stationär ist das Durchschnittsalter in Thüringen mit 31 Jahren etwas höher als im Bund (29 Jahre). Kein Unterschied im Alter, weder ambulant (je 31 Jahre) noch stationär (je 33 Jahre) liegt bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen vor. Auch bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch sind die Unterschiede nur geringfügig, ambulant sind die Patientinnen und Patienten im Bund etwas älter (33 vs. 31), stationär liegt kein Unterschied vor (je 33 Jahre). Personen mit einer Glücksspielproblematik weisen in Thüringen ambulant ein geringfügig höheres Durchschnittsalter auf als bundesweit (37 vs. 36 Jahre; stationär spielt diese Diagnosegruppe in Thüringen keine Rolle; Abbildung 39).

Abbildung 39: Durchschnittsalter (in Jahren)



10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- Für das Datenjahr 2021 liegen Daten aus 47 Einrichtungen vor. Gegenüber dem Vorjahr (N=50) haben drei Einrichtungen weniger an der Suchthilfestatistik teilgenommen.
- Im Datenjahr 2021 sind 11.431 Betreuungsfälle dokumentiert, eine leichte Verringerung gegenüber dem Vorjahr (11.971 Fälle).
- 71 % der Klientel sind Männer, 29 % Frauen.
- Die am häufigsten vergebenen substanzbezogenen Hauptdiagnosen sind schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (1) Alkohol: 47 %, (2) Stimulanzien: 21 %, (3) Cannabinoide: 15 %.
- Die häufigste nicht-substanzbezogene Hauptdiagnose ist Pathologisches Spielen (1 %).
- Patientinnen und Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose oder Multiplem Substanzgebrauch sind im Durchschnitt am jüngsten (\bar{x} Alter: 25 bzw. 31 Jahre). Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol haben insgesamt das höchste Durchschnittsalter (45 Jahre).
- Das Alter bei Erstkonsum liegt für die legalen Substanzen Tabak und Alkohol bei 14 bzw. 15 Jahren. Bei den illegalen Substanzen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei Erstkonsum bei 16 Jahren für Cannabis. Amphetamine werden im Durchschnitt mit 18 Jahren erstmalig konsumiert und Heroin mit 19 Jahren.
- Die durchschnittliche Dauer von Beginn der Störung bis zum Beginn der aktuellen Betreuung ist bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen am längsten (16 Jahre), bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen am kürzesten (8 Jahre).
- Über die Hälfte (56 %) der Patientinnen und Patienten aller Störungsgruppen lebt nicht allein, sondern zumeist entweder mit einem Partner oder noch mit den Eltern zusammen.
- 69 % aller Patientinnen und Patienten leben am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig (zur Miete oder in Wohneigentum), 16 % leben bei anderen Personen, 3 % in (Fach-) Kliniken oder stationären Rehabilitationseinrichtungen, 5 % sind in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht und 3 % leben prekär, d.h. in Notunterkünften bzw. sind obdachlos.
- 88 % der Patientinnen und Patienten haben einen Schulabschluss (am häufigsten Real- und Hauptschule). 9 % haben die Schule ohne Abschluss verlassen.
- 36 % der Patientinnen und Patienten sind bei Betreuungsbeginn arbeitslos (überwiegend nach SGB II). Am häufigsten sind Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (52 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (50 %) von Arbeitslosigkeit betroffen.
- Ein Drittel der Patientinnen und Patienten haben bei Betreuungsbeginn Schulden, der Großteil davon (22 %) im Bereich von bis 10.000 Euro.
- 39 % der Patientinnen und Patienten kommen ohne Vermittlung in die Suchthilfeeinrichtungen.

-
- Insgesamt werden 28 % der Betreuungen aufgrund von Auflagen (Vorgaben durch Dritte) begonnen. Gerichtliche Auflagen haben vor allem Patientinnen und Patienten mit opioid- oder- und cannabinoidbezogenen Störungen (41 % / 40 %).
 - Die höchsten Anteile an Personen, die zum ersten Mal in Betreuung sind, liegen bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (55 %) oder einer Glücksspielproblematik (52 %) vor. Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch haben mit 21 % die geringste Erstbetreuungsquote.
 - Die mittlere Betreuungsdauer im Bereich der substanzbezogenen Hauptdiagnosen ist am längsten bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidproblematik (341 Tage, die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer (242 Tage) liegt bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen vor.
 - Knapp die Hälfte (48 %) der Patientinnen und Patienten beendet ihre Betreuung planmäßig, bei 33 % kommt es zu einem Abbruch durch die Patientinnen und Patienten. Die Abbruchquote ist in ambulanten Einrichtungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch am höchsten (44 % bzw. 42 %).
 - Am Ende der Betreuung kommt es nach Einschätzung der Betreuer und Betreuerinnen gegenüber dem Zustand bei Betreuungsbeginn bei über der Hälfte (59 %) der Patientinnen und Patienten zu einer Verbesserung im Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten.
 - In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe wird 2021 erstmals mit 48 % ein gleich hoher Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut als bundesweit. Wie im Vorjahr liegt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen sowohl ambulant als auch stationär deutlich über den bundesweiten (ambulant: 20 % vs. 7 %; stationär: 31 % vs. 7 %). Zu niedrigeren Anteilen im Vergleich zum Bund sind in Thüringen Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, jedoch nur in ambulanten Einrichtungen (16 % vs. 20 %; stationär: je 10 %) und deutlich niedriger Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (amb.: 2 % vs. 9 %; stat.: 1 % vs. 4 %) in Betreuung.

11 Quellen

- Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55 (Sonderheft 1), S6- S14.
- Braun, B. & Lesehr, K. (2017). Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. Konturen, 1. Verfügbar unter <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2021). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. DHS: Hamm. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/kds-manual.html>.
- 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.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 2 (Stationär). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 5 (Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Nord - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Süd-West - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Ost - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Mitte - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Nord - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Süd-West - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Ost - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Mitte - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH (Niedrigschwellige Hilfen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS ((Reha-) Nachsorge). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ (Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen). Bezugsgruppe:

Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforchung.

IFT Institut für Therapieforchung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2022). Deutsche Suchthilfestatistik 2021. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW (Ambulant Betreutes Wohnen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforchung.

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

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2022). Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>