

# Suchthilfestatistik 2024

## Bericht zu der aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeeinrichtungen des Landes Thüringen

Hanna Dauber  
Carla Faßbender  
Carlotta Riemerschmid  
Larissa Schwarzkopf

Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie des Freistaates Thüringen

Gefördert vom:



Dieser Bericht basiert auf den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), die durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

München, November 2025

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>V</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Methodik.....</b>	<b>3</b>
2.1 Datenbasis.....	3
2.2 Auswertung.....	4
<b>3 Versorgungsgeschehen nach Einrichtungstyp .....</b>	<b>7</b>
3.1 Einrichtungsbezogene Merkmale.....	7
3.2 Störungsbezogene Merkmale .....	17
3.3 Soziodemographische Merkmale.....	20
3.4 Betreuungsbezogene Merkmale .....	38
<b>4 Vergleich zu den bundesweiten Daten .....</b>	<b>51</b>
4.1 Hauptdiagnoseverteilung .....	51
4.2 Durchschnittsalter .....	54
<b>5 Versorgungsgeschehen nach Hauptmaßnahme .....</b>	<b>57</b>
5.1 Betreuungsvolumen .....	57
5.2 Hauptdiagnoseverteilung .....	58
<b>6 Versorgungsgeschehen in den vier Teilregionen Thüringens .....</b>	<b>60</b>
6.1 Betreuungsvolumen.....	60
6.2 Hauptdiagnoseverteilung .....	62
6.3 Durchschnittsalter .....	64

<b>7</b>	<b>Sonderkapitel: Erstbetreute mit cannabinoidbezogener Störung.....</b>	<b>66</b>
7.1	Einrichtungsbezogene Merkmale.....	66
7.2	Soziodemographische Merkmale.....	66
7.3	Störungsbezogene Merkmale .....	72
7.4	Betreuungsbezogene Merkmale .....	76
<b>8</b>	<b>Entwicklung über die Jahre 2009 bis 2024 .....</b>	<b>82</b>
8.1	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen.....	82
8.2	Frauenanteil.....	84
8.3	Durchschnittsalter .....	85
8.4	Betreuungsdauer .....	86
8.5	Planmäßigkeit der Beendigung .....	87
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>89</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenanhang .....</b>	<b>92</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

AWS	Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
HD	Hauptdiagnose
IFT	Institut für Therapieforschung
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe
NAS	(Reha-)Nachsorge
NIH	Niedrigschwellige Hilfen
SOZ	Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen
TDI	Treatment Demand Indicator

## Glossar

<b>Aggregatdaten</b>	Daten, die Informationen über eine Personengruppe in gebündelter Form (meist in Form von Anteilen oder Mittelwerten) wiedergeben. Durch die Bündelung der Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen bzw. Fälle mehr möglich.
<b>Anonymisierte Daten</b>	Daten, die nicht mehr einer bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können. Bedingt durch den fehlenden Personenbezug sind Aggregatdaten automatisch anonymisiert.
<b>Beender</b>	Betreuungs-/Behandlungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenjahres abgeschlossen wurde.
<b>Beendigung, planmäßige</b>	Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf Veranlassung des betreuenden Fachpersonals, 2) vorzeitig mit Einverständnis des betreuenden Fachpersonals oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen.
<b>Beendigung, unplanmäßige</b>	Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) durch Abbruch seitens der betreuten Person, 2) disziplinarisch, 3) als außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen oder 4) durch Tod der betreuten Person.
<b>Behandlung</b>	Überbegriff für die verschiedenen durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen angebotenen Hilfeleistungen.
<b>Betreuung</b>	Sammelbegriff für in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen angebotene Hilfeleistungen.
<b>Deutsche Suchthilfestatistik</b>	Bundesweites Dokumentations- und Monitoringsystem, das Daten zu zentralen Charakteristika des deutschen ambulanten und stationären Suchthilfesystems und seiner Klientel nach bundesweit einheitlichen Standards erfasst und deskriptiv auswertet.
<b>Deutscher Kerndatensatz</b>	Bundesweit einheitlicher Dokumentationsstandard für Leistungen im Bereich der Suchthilfe. Die erhobenen Parameter und ihre Ausprägungsformen samt entsprechender Definitionen sind einem öffentlich verfügbaren Manual hinterlegt.
<b>Einmalkontakt</b>	Ambulante Betreuungsepisode, die aus einem einzigen Kontakt mit der jeweiligen Suchthilfeeinrichtung besteht. Stationäre Behandlungsepisoden bestehen per Definition aus einem einzigen Kontakt, der sich über die gesamte Zeitspanne zwischen Aufnahme und Entlassung erstreckt.

<b>Einrichtungstyp</b>	KDS-basierte Einteilung aller Suchthilfeeinrichtungen in sieben übergeordnete Kategorien: Typ 1 Ambulante Einrichtung, Typ 2 Stationäre Rehabilitationseinrichtung, Typ 3 Krankenhaus/-abteilung, Typ 4 Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis, Typ 5 Einrichtung der Sozialen Teilhabe, Typ 6 Einrichtung im Strafvollzug und Typ 7 Andere Suchthilfeeinrichtung (z. B. Pflegeheim, Maßregelvollzug).
<b>Einzeldiagnose</b>	Diagnose bezüglich einer substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung unabhängig von der jeweiligen → Hauptdiagnose. Dabei muss jede Hauptdiagnose zusätzlich auch als Einzeldiagnose dokumentiert werden.
<b>Erstbetreute</b>	Personen, die erstmals in ihrem Leben Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen, wobei die Inanspruchnahme in einer ambulanten Einrichtung erfolgt. Personen, die im Vorfeld bereits wegen einer anderen als der aktuellen substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung Leistungen der ambulanten oder stationären Suchthilfe in Anspruch genommen haben, gelten nicht als Erstbetreute. Die Erstbetreuung meint somit ausdrücklich nicht die erste Betreuungsepisode innerhalb einer konkreten Suchthilfeeinrichtung, sondern den ersten Kontakt mit dem Suchthilfesystem an sich.
<b>Fall</b>	Bündelung aller Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahme (Betreuungs-/Behandlungsepisode) mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hat. Da die Dokumentation innerhalb der einzelnen Einrichtungen auf Fall- und nicht auf Personenebene erfolgt, wird bei Beginn jeder weiteren, neuen Maßnahme (insbesondere bei Wechsel des Kostenträgers) innerhalb einer bestimmten Suchthilfeeinrichtung für eine identifizierbare einzelne Person ein neuer Fall angelegt. Somit können einzelnen Personen (mit unterschiedlichen Fällen) mehrmals in die DSHS eingehen.
<b>Haltequote</b>	Anteil an Fällen, die planmäßig enden.
<b>Hauptdiagnose</b>	Diagnose, die diejenige Störung aus den dokumentierten suchtbezogenen Problembereichen widerspiegelt, die betreuungs- bzw. behandlungsleitend ist.
<b>Hauptmaßnahme</b>	Maßnahme, die die jeweilige Betreuungs-/Behandlungsepisode dominiert hat und somit betreuungs-/behandlungsleitend war. Somit können in jeder Betreuungs-/Behandlungsepisode vielfältige Maßnahmen, aber nur eine Hauptmaßnahme erbracht werden.

<b>Kooperation</b>	Unter einer Kooperation werden auf übergeordneter (d. h. Einrichtungs-) Ebene schriftliche Verträge, gemeinsame Konzepte sowie alle weiteren Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen verstanden.
<b>Lauf</b>	Auswertung nach definierten Kriterien. Die Auswertungen für die DSHS erfolgen basierend auf „Standardläufen“, die jedes Jahr gleich definiert sind und deren Ergebnisse in den Jahresbericht einfließen. Zusätzlich gibt es jahresweise unterschiedlich definierte „Sonderläufe“, die z. B. für Kurzberichte verwendet werden.
<b>Niedrigschwellige Hilfen</b>	Schadensminimierende, überlebenssichernde und gesundheitsstabilisierende Unterstützungsangebote im Bereich der Suchthilfe wie bspw. Street-Work, Konsumräume, Spritzenaustausch, Kontaktläden oder Notschlafstellen.
<b>Störung</b>	Im Sinne der DSHS sowohl problematischer Konsum als auch Abhängigkeit von einer Substanz bzw. Vorliegen einer Verhaltenssucht. Die Diagnosestellung erfolgt anhand der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).
<b>Suchtbezogene Komorbidität</b>	Vorliegen mindestens einer weiteren suchtbezogenen Einzeldiagnose in Ergänzung zur Hauptdiagnose.
<b>Tabellenband</b>	Siehe Einrichtungstyp.
<b>Weitervermittlung</b>	Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene Betreuung/Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation zu sehen.
<b>Zugang</b>	Betreuungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenerhebungsjahres begonnen wurde.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Teilnehmende Einrichtungen nach Typ und Softwaresystem .....	4
Tabelle 2	Betreuungsvolumen (gesamt und je Typ).....	8
Tabelle 3	Hauptmaßnahmekategorie (Typ 1) .....	42
Tabelle 4	Teilnehmenden Einrichtungen (je Region und Einrichtungstyp) .....	60
Tabelle A- 1	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, alle Einrichtungstypen 2009–2024.....	92
Tabelle A- 2	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, ambulante Einrichtungen 2009–2024 .....	92
Tabelle A- 3	Frauenanteil unter Zugängen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024.....	93
Tabelle A- 4	Durchschnittsalter der Zugänge je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024 .....	93
Tabelle A- 5	Mittlere Dauer der beendeten Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024 .....	94
Tabelle A- 6	Anteil regulär nach Behandlungsplan beendeter Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024 .....	94

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen, je Typ .....	9
Abbildung 2	In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) umgesetztes Angebotsportfolio .....	11
Abbildung 3	In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) umgesetztes Angebotsportfolio .....	12
Abbildung 4	In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) umgesetztes Angebotsportfolio .....	13
Abbildung 5	Kooperationen ambulanter Einrichtungen (Typ 1) .....	14
Abbildung 6	Kooperationen stationärer Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) .....	15
Abbildung 7	Hauptdiagnoseverteilung, je Typ .....	17
Abbildung 8	Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 1) .....	19
Abbildung 9	Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 2) .....	19
Abbildung 10	Geschlechterverteilung (Typ 1) .....	20
Abbildung 11	Geschlechterverteilung (Typ 2) .....	21
Abbildung 12	Altersstruktur (Typ 1) .....	22
Abbildung 13	Altersstruktur (Typ 2) .....	23
Abbildung 14	Lebenssituation (Typ 1) .....	25
Abbildung 15	Lebenssituation (Typ 2) .....	26
Abbildung 16	Wohnsituation (Typ 1) .....	28
Abbildung 17	Wohnsituation (Typ 2) .....	29
Abbildung 18	Schulbildung (Typ 1) .....	31
Abbildung 19	Schulbildung (Typ 2) .....	32
Abbildung 20	Erwerbsstatus (Typ 1) .....	33
Abbildung 21	Erwerbsstatus (Typ 2) .....	34
Abbildung 22	Elternschaft für minderjährige Kinder (Typ 1) .....	36
Abbildung 23	Elternschaft für minderjährige Kinder (Typ 2) .....	37
Abbildung 24	Zugangswege (Typ 1) .....	38
Abbildung 25	Zugangswege (Typ 2) .....	40
Abbildung 26	Erstbetreuungen (Typ 1) .....	41
Abbildung 27	Mittlere Betreuungsdauer (Typ 1) .....	43
Abbildung 28	Mittlere Behandlungsdauer (Typ 2) .....	44
Abbildung 29	Kontaktzahl (Typ 1) .....	45
Abbildung 30	Planmäßige Beendigungen (Typ 1) .....	46
Abbildung 31	Planmäßige Beendigungen (Typ 2) .....	47
Abbildung 32	Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Typ 1) .....	48
Abbildung 33	Suchtproblematik am Ende der Behandlung (Typ 2) .....	49
Abbildung 34	Weitervermittlungen (Typ 1) .....	50
Abbildung 35	Weitervermittlungen (Typ 2) .....	50
Abbildung 36	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1) .....	52
Abbildung 37	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2) .....	53
Abbildung 38	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 5) .....	54
Abbildung 39	Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1) .....	55

Abbildung 40	Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2).....	56
Abbildung 41	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Hauptmaßnahme.....	58
Abbildung 42	Hauptdiagnoseverteilung, je Hauptmaßnahme .....	59
Abbildung 43	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 1).....	61
Abbildung 44	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 5).....	62
Abbildung 45	Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 1) .....	63
Abbildung 46	Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 5) .....	64
Abbildung 47	Durchschnittsalter je Region (Typ 1) .....	65
Abbildung 48	Geschlechterverteilung unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024.....	67
Abbildung 49	Altersstruktur der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	68
Abbildung 50	Lebenssituation unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	69
Abbildung 51	Wohnsituation unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	70
Abbildung 52	Schulbildung unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	71
Abbildung 53	Erwerbsstatus unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	72
Abbildung 54	Problembereiche (außer Suchtproblematik) bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	73
Abbildung 55	Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum unter Erstbetreuten mit Hauptsubstanz Cannabis, 2022 bis 2024.....	74
Abbildung 56	Durchschnittliche Störungsdauer bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung nach Geschlecht, 2022 bis 2024 .....	75
Abbildung 57	Konsumhäufigkeit bei Erstbetreuten mit Hauptsubstanz Cannabis, 2022 bis 2024 .....	76
Abbildung 58	Zugangswege bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	77
Abbildung 59	Auflagen bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	78
Abbildung 60	Durchschnittliche Betreuungsdauer bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	79
Abbildung 61	Art der Beendigung bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	80
Abbildung 62	Suchtproblematik am Ende der Betreuung bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024 .....	81
Abbildung 63	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen – alle Typen (2009– 2024) .....	83
Abbildung 64	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen – ambulant (2009– 2024) .....	84
Abbildung 65	Frauenanteil (ambulante Einrichtungen, 2009–2024).....	85
Abbildung 66	Durchschnittsalter (ambulante Einrichtungen, 2009–2024) .....	86
Abbildung 67	Mittlere Betreuungsdauer (ambulante Einrichtungen, 2009–2024).....	87
Abbildung 68	Planmäßige Beendigungen (ambulante Einrichtungen, 2009–2024).....	88

# 1 Einleitung

Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) ist das nationale Dokumentations- und Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe und nutzt seit 1980 eine deutschlandweit standardisierte Dokumentation. Die Daten werden mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS) in seiner jeweils aktuellen Fassung erhoben. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt das IFT Institut für Therapieforschung (IFT) jährlich Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden und Jahresberichten. Unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de) sind die Manuale des KDS, Jahres- und Kurzberichte sowie weitere ausgewählte Berichte online veröffentlicht. Zudem stehen dort relevante, unkommentierte Tabellenbände der Bundesauswertung sowie der Landesauswertungen zur freien Verfügung.

In Folge der Verabschiedung des ersten „Deutschen Kerndatensatzes Sucht“ im Jahr 1999 durch den Fachausschuss Statistik der DHS beteiligten sich seit dem Jahr 2000 immer mehr Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen an einer standardisierten Datenerhebung nach diesen Vorgaben. Schon seit den 1990er-Jahren nehmen die Psychosozialen Beratungsstellen an dieser Standarddokumentation teil, über die Jahre wurde die Thüringer Statistik um weitere Einrichtungstypen aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich erweitert. So beteiligen sich beispielsweise seit 2001 auch Einrichtungen der sozialen Teilhabe und seit 2003 einige stationäre Rehabilitationskliniken.

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 bereits seit über 20 Jahren besteht und sich sehr bewährt hat. Die Höhe einer Bonuszahlung richtet sich nach dem (gemessen am durchschnittlichen Anteil fehlender Werte) Grad der Vollständigkeit der durch die Einrichtung zur Verfügung gestellten Daten. Zugleich werden ebenfalls seit über 20 Jahren die Daten aus Thüringer Einrichtungen in einem eigenen kommentierten Bericht zusammengefasst.

Der vorliegende, vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Auftrag gegebene Bericht adressiert neben einrichtungsbezogenen Merkmalen insbesondere soziodemographische und klinische Merkmale der Hilfesuchenden sowie betreuungsbezogene Merkmale in Thüringer Suchthilfeeinrichtungen für das Datenjahr 2024. Die Auswertung erfolgt dabei separat für ambulante Einrichtungen (Typ 1), stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) sowie Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5).

Für zentrale Eckdaten werden zudem ergänzende Informationen herausgearbeitet: ein Vergleich mit den bundesweiten Daten der DSHS, eine Auswertung entlang der

Hauptmaßnahmen „Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum“ (AWS), „Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen“ (SOZ), „(Reha-)Nachsorge“ (NAS) und „Niedrigschwellige Hilfen“ (NIH), sowie eine Auswertung für vier Teilregionen Thüringens. Zudem erfolgt im diesjährigen Sonderkapitel eine Analyse erstbetreuer Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen im Zeitverlauf von 2022 bis 2024. Schließlich werden Entwicklungen teilnehmender Einrichtungen in Thüringen sowie bestimmter Parameter aus ambulanten Einrichtungen im Zeitverlauf von 2009 bis 2024 betrachtet.

## 2 Methodik

### 2.1 Datenbasis

Grundlage des vorliegenden Berichts sind die Daten aus Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen des Jahres 2024. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgte gemäß dem aktuell gültigen KDS 3.0 (DHS, 2024). Die Daten enthalten sowohl Informationen zu den jeweiligen Einrichtungen (z. B. Angebotsportfolio und Kooperationen) als auch zur Klientel (z. B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Betreuungsverlauf und -ergebnissen). Nähere Informationen zur Erhebung der einzelnen Parameter finden sich in dem für das Datenjahr 2024 gültigen Manual des KDS 3.0, verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de).

Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die ihre Arbeit entsprechend den Vorgaben des KDS dokumentieren und die Daten in aggregierter Form (Aggregatdaten) für die bundesweite Auswertung bereitstellen, können an der DSHS und damit nachgelagert an der Thüringer Suchthilfestatistik teilnehmen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer zertifizierten Dokumentationssoftware, mit der die erhobenen Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt darauf aufbauend Auswertungen in Form von Tabellenbänden sowie Jahres- und Kurzberichten. Eine ausführliche Beschreibung der Erhebungsmethodik der DSHS findet sich in der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020). Weitere methodische Details sind dem aktuellen Jahresbericht der DSHS (Schwarzkopf et al., 2025) zu entnehmen.

In die Thüringer Suchthilfestatistik 2024 gehen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus insgesamt  $N = 48$  Einrichtungen in Thüringen ein (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025d). Hiervon entfallen  $N = 28$  auf ambulante Einrichtungen (Typ 1),  $N = 6$  auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) und  $N = 14$  auf Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5). Die Dokumentation der Daten erfolgt in Thüringen auch im aktuellen Datenjahr überwiegend mit der Software „Ebis“ (in  $n = 38$  der 48 Einrichtungen; siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1      Teilnehmende Einrichtungen nach Typ und Softwaresystem**

<b>Einrichtungstyp *</b>	<b>System Ebis</b>	<b>Sonstiges Softwaresystem</b>	<b>Gesamt 2024</b>	<b>Gesamt 2023</b>
<b>Typ 1: Ambulante Einrichtungen</b> Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen (z. B. Notschlafstelle, Konsumraum etc.), Fach- und Institutsambulanzen	25	3	28	27
<b>Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen</b> Gemäß SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15, Adaptionseinrichtungen	1	5	6	5
<b>Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe</b> AWS; besondere Wohnformen; Arbeits- und Beschäftigungsprojekt; teilstationäre, d. h. ganztägig ambulante Einrichtung der Sozialtherapie; stationäre Einrichtung der Sozialtherapie.	12	2	14	14
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>48</b>	<b>46</b>

\* Die Zuordnung einer Einrichtung zu einem Einrichtungstyp erfolgt durch die Einrichtungsmitarbeitenden selbst. Da viele Einrichtungen über unterschiedliche Angebote verfügen, wird häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenderen Einrichtungstyp vorgenommen.

## 2.2 Auswertung

Die Analysen für ambulante Einrichtungen (Typ 1) und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) basieren auf der Bezugsgruppe der „Zugänge / Beender“, d. h. es werden Daten zu Hilfesuchenden<sup>1</sup> berichtet, die 2024 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025i, 2025o). Je nach betrachteter Variable werden entweder „Zugänge“ oder „Beender“ zur Auswertung herangezogen. So wird im Falle der soziodemographischen sowie der Konsum- und Diagnosedaten auf die Stichprobe der „Zugänge“ Bezug genommen, wohingegen sich betreuungsbezogene Informationen (genutzte Maßnahmen, Verlaufs- und Abschlussdaten) auf die Stichprobe der „Beender“ beziehen. Die Beschränkung auf Zugänge des laufenden Datenjahres ermöglicht die Darstellung aktueller Gegebenheiten am besten, da die Datengrundlage nicht durch (zwischenzeitlich veraltete) Zugangsinformationen von Langzeitbetreuten verzerrt wird. Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) erfolgt die Auswertung aller Daten für die Stichprobe der „Beender“ (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025n), da Entlassjahrgänge im stationären

<sup>1</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Hilfesuchenden / Betreuten / Behandelten statt von Fällen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d. h. eine hilfesuchende / betreute / behandelte Person kann mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

Bereich die übliche Bezugsgröße für Leistungserbringer und Leistungsträger darstellen. Ergänzend ist zu beachten, dass ambulant nur Fälle einbezogen werden, bei denen mehr als ein Kontakt zur betreuenden Suchthilfeeinrichtung erfolgt ist. Stationäre Behandlungen gelten hingegen per Definition als (ein sich über einen gewissen Zeitraum erstreckender) Einmalkontakt.

Darüber hinaus werden (soweit nicht anders vermerkt) nur Daten von Hilfesuchenden berücksichtigt, die aufgrund einer eigenen Symptomatik Suchthilfeleistungen in Anspruch genommen haben. Die hier präsentierten Auswertungen beziehen sich zudem (soweit nicht anders vermerkt) auf die Klientel, für die eine sogenannte Hauptdiagnose vorliegt. Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall vordergründigen und beratungs- / behandlungsleitendem Problem. Neben der Hauptdiagnose erlaubt der KDS die Vergabe zusätzlicher Einzeldiagnosen, um suchtbetogene Komorbidität abzubilden. Die diagnostischen Informationen beruhen dabei auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling et al., 2015) und umfassen die Störungsgruppen F10 – F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen), F63.0 (Pathologisches Glücksspielen) und F63.8 / F68.8 (Exzessive Mediennutzung<sup>2</sup>). Alle substanzbezogenen Diagnosen (z. B. Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol) umfassen sowohl „schädlichen Gebrauch“ als auch „Abhängigkeit“. Die aufgeführten Ergebnisse basieren jeweils auf einem 33 %-Auswertungslauf. Das bedeutet, dass auf Parameter-Ebene Daten von Einrichtungen, bei denen > 33 % der Angaben zu einem Parameter fehlen, von der Auswertung ausgeschlossen werden. Umgekehrt werden bei jedem Parameter bzw. in jeder Tabelle nur Daten von Einrichtungen berücksichtigt, bei denen der Anteil fehlender Angaben höchstens 33 % beträgt. Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass die Aussagekraft der Ergebnisse nicht durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote beeinträchtigt wird. Infolgedessen können sich für die einzelnen berichteten Parameter unterschiedliche Fallzahlen ergeben. Die jeweiligen Fallzahlen, die Anzahl der datenliefernden Einrichtungen sowie die Missingquoten sind in den entsprechenden Grafiken und Tabellen ausgewiesen.

Für die Darstellung der Klientel entlang einzelner Hauptdiagnosen werden aus Gründen der Interpretierbarkeit nur Gruppen berücksichtigt, deren Stichprobenumfang den kritischen Wert von  $N = 30$  nicht unterschreitet. Darüber hinaus werden aus Gründen der Lesbarkeit Anteilswerte im Fließtext auf ganze Prozentwerte gerundet und in den Grafiken werden

---

<sup>2</sup> „Exzessive Mediennutzung“ ist im ICD-10 nicht als eigenständige Störung erfasst. Kodiert wird im KDS 3.0 entweder der ICD-10-Code F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ oder F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“.

Anteilswerte < 3 % ohne Beschriftung ausgewiesen. Bei Stichprobengrößen von  $N < 30$  werden in den Tabellen keine Prozentangaben präsentiert, sondern die absoluten Fallzahlen berichtet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist grundsätzlich zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Klientelgruppen bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale widerspiegeln und mit variierenden Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind daher im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu interpretieren.

### 3 Versorgungsgeschehen nach Einrichtungstyp

Dieser Abschnitt beschreibt das Versorgungsgeschehen in Thüringen 2024 entlang der Einrichtungstypen 1, 2 und 5. Zunächst werden einrichtungsbezogene Merkmale für alle Typen insgesamt sowie differenziert nach Typ dargestellt. Die anschließend dargestellten klientelbezogenen Merkmale (Soziodemographie, klinische sowie betreuungsbezogene Merkmale) werden grundsätzlich für Zugänge bzw. Beender berichtet, für die eine Hauptdiagnose vorliegt (vgl. Kapitel 2 Methodik). Für die nach Hauptdiagnosen differenzierte Darstellung werden für bestimmte Klientelgruppen aufgrund ihrer kleinen Stichprobengröße und im Sinne der Interpretierbarkeit keine Ergebnisse berichtet. Der Bericht stellt damit folgende Hauptdiagnosegruppen separat dar:

- Ambulante Einrichtungen (Typ 1): Klientel mit Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Opioiden, Cannabinoiden, Stimulanzien sowie aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs
- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2): Klientel mit Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Cannabinoiden, Stimulanzien sowie aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs

Für Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) werden Ergebnisse für die Klientel mit Hauptdiagnose insgesamt im Fließtext berichtet, auf eine separate Darstellung von Hauptdiagnosegruppen und Grafiken wird aufgrund geringer Fallzahlen verzichtet.

#### 3.1 Einrichtungsbezogene Merkmale

##### 3.1.1 Betreuungsvolumen

Im Jahr 2024 sind in Thüringen insgesamt  $N = 12.055$  Betreuungsfälle dokumentiert (siehe Tabelle 2). Rund 7 von 10 Hilfesuchenden sind männlich (71 %) und rund 3 von 10 weiblich (29 %)<sup>3</sup>. Ein kleiner Anteil entfällt auf hilfeschende Bezugspersonen (5 %), die überwiegend Frauen sind (84 %). In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) werden insgesamt  $N = 10.226$  Fälle betreut. Rund 7 von 10 Betreuten sind dabei Männer (69 %). In etwa einem von 16 Fällen wird eine Bezugsperson betreut (6 %), hierbei handelt es sich meist um Frauen (85 %). In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) werden  $N = 1.348$  Fälle dokumentiert, in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)  $N = 481$  Fälle. Hier sind rund 8 von 10 Hilfesuchenden männlich (81 % bzw. 79 %). Hilfesuchende Bezugspersonen werden in Typ 2 und in Typ 5 nur in Einzelfällen betreut.

---

<sup>3</sup> Keine Angabe für Geschlecht:  $n=10$  Fälle.

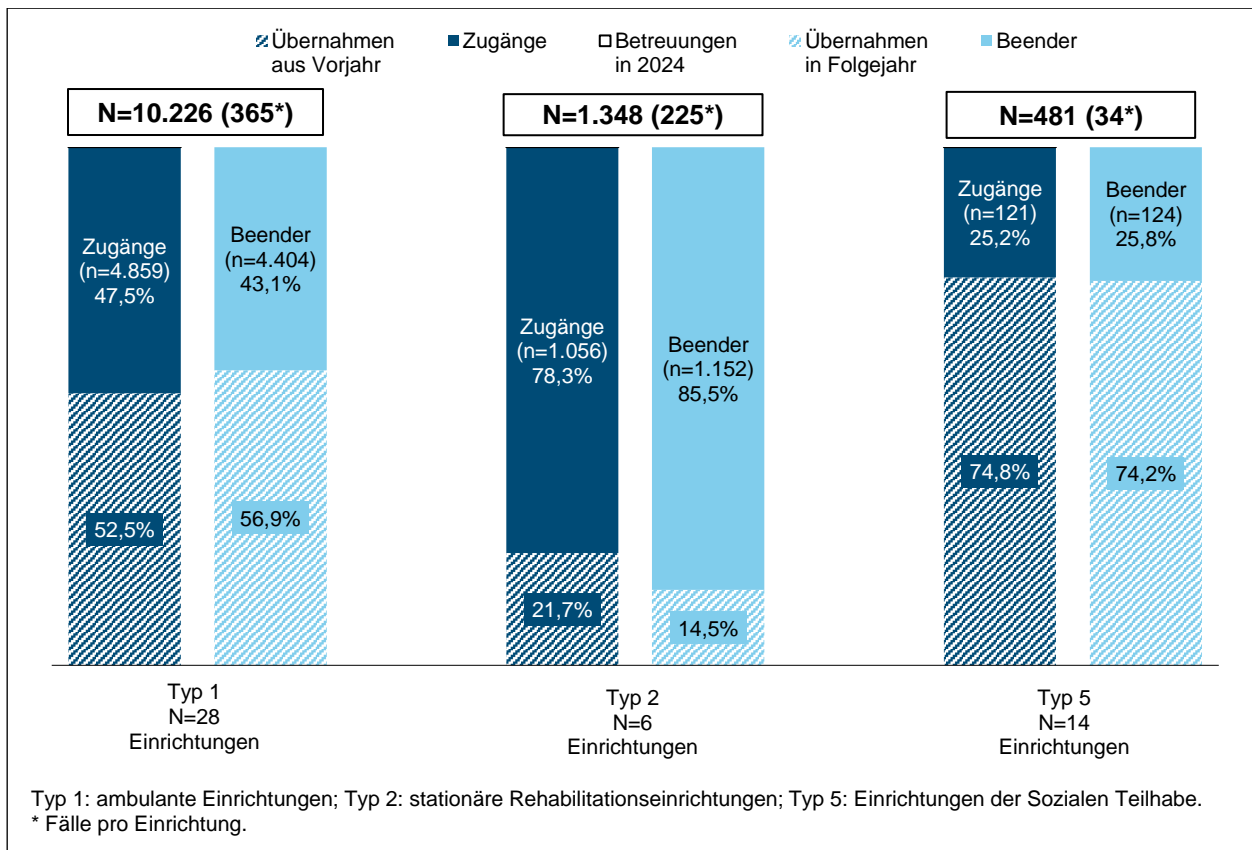
**Tabelle 2 Betreuungsvolumen (gesamt und je Typ)**

	<b>Alle Typen</b>	<b>Typ 1</b>	<b>Typ 2</b>	<b>Typ 5</b>
<b>Anzahl Betreuungen / Behandlungen 2024, N</b>	<b>12.055</b>	<b>10.226</b>	<b>1.348</b>	<b>481</b>
Männlich, n (%)	8.531 (70,8%)	7.059 (69,0%)	1.089 (80,8%)	383 (78,8%)
Weiblich, n (%)	3.514 (29,1%)	3.158 (30,9%)	259 (19,2%)	97 (20,2%)
Hilfesuchende mit eigener Symptomatik, n (%)	11.418 (94,7%)	9.594 (93,8%)	1.347 (99,9%)	477 (99,2%)
Hilfesuchende Bezugspersonen, n (%)	637 (5,3%)	632 (6,2%)	1 (0,1%)	4 (0,8%)
...davon weibliche Bezugspersonen, n (%)	537 (84,3%)	535 (84,7%)	0 (0,0%)	2 (-)*

Typ 1: ambulante Einrichtungen; Typ 2: stationäre Rehabilitationseinrichtungen; Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe.

\* auf eine Prozentangabe wird hier aufgrund der kleinen Stichprobe von N=4 Bezugspersonen abgesehen.

Die Zusammensetzung der Betreuungen aus Übernahmen, Zugängen und Beendigungen ist nach Einrichtungstyp in Abbildung 1 dargestellt. In Typ 1 entfällt etwas mehr als die Hälfte der Betreuungen auf Übernahmen aus dem Vorjahr (53 %), während knapp 6 von 10 Betreuungen in das Folgejahr übernommen werden (57 %). In Typ 2 handelt es sich überwiegend um Zugänge (78 %) bzw. Beender (86 %) im laufenden Datenjahr. Übernahmen aus dem Vorjahr machen gut ein Fünftel der Behandlungen aus (22 %) und Übernahmen ins Folgejahr gut ein Siebtel (15 %). In Typ 5 entfallen jeweils 3 von 4 Betreuungen auf Übernahmen aus dem Vorjahr (75 %) bzw. auf Übernahmen in das Folgejahr (74 %). Zugänge (25 %) und Beender (26 %) repräsentieren jeweils ein Viertel der Betreuungen.



**Abbildung 1 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen, je Typ**

### 3.1.2 Trägerschaft

Der überwiegende Teil der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen befindet sich in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger (86 %). In öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befindet sich etwa eine von 15 Einrichtungen (7 %) und nur ein sehr kleiner Anteil der Einrichtungen hat einen sonstigen Träger (7 %).

Die Hälfte der teilnehmenden stationären Einrichtungen hat einen privaten Träger (50 %). Die Freie Wohlfahrtspflege oder andere gemeinnützige Träger halten ein Drittel (33 %) der Einrichtungen und sonstige Träger halten ein Sechstel (17 %).

Der überwiegende Teil der teilnehmenden Einrichtungen der Sozialen Teilhabe befindet sich in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger (93 %). Den Rest halten private Träger (7 %).

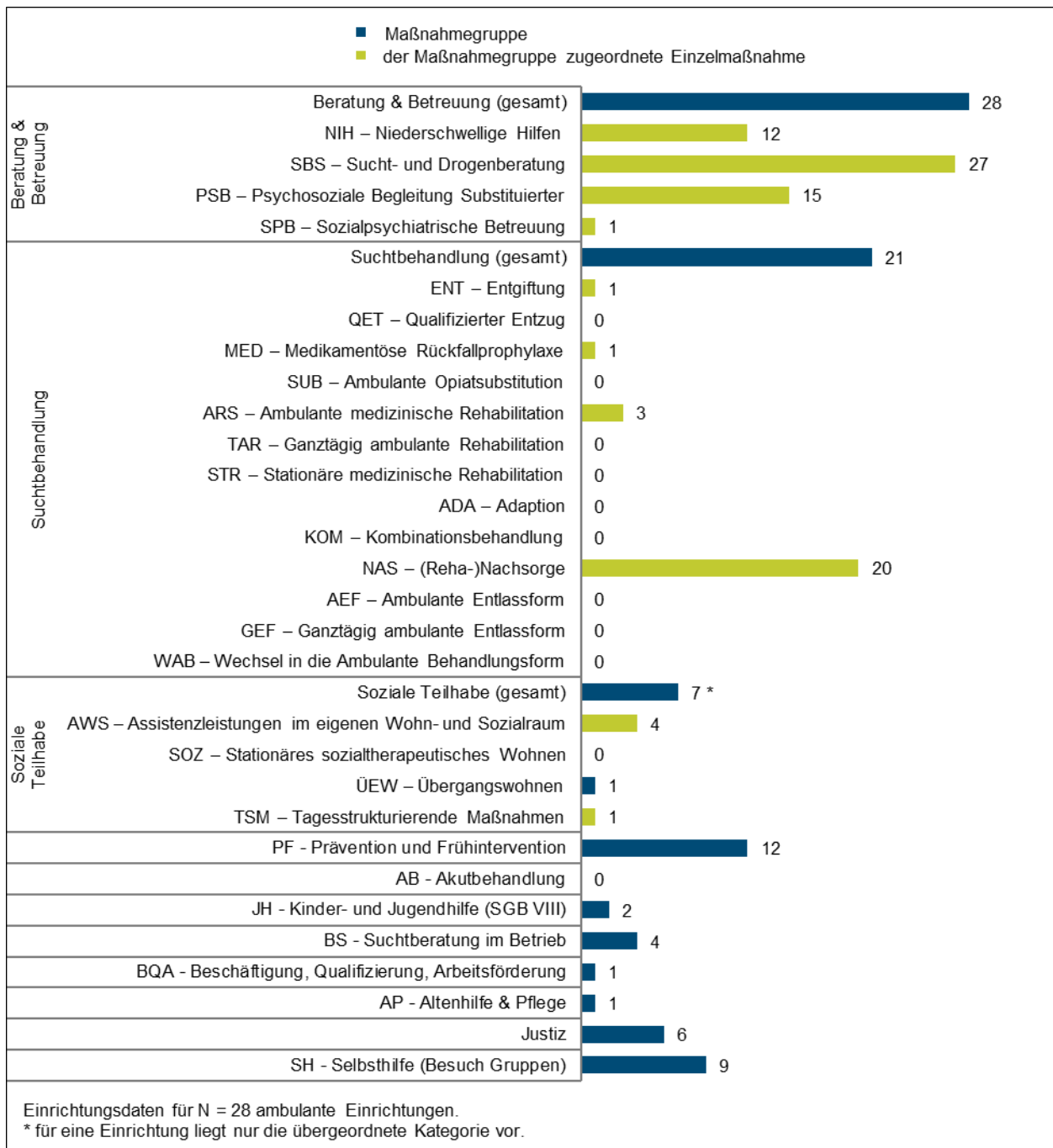
### 3.1.3 Angebotsportfolio

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Angebote und Dienste die Hilfesuchenden im Jahr 2024 in den teilnehmenden Einrichtungen in Anspruch genommen haben. Berücksichtigt werden nur Angebote und Dienste, die mindestens einmal genutzt wurden. Angebote oder

Dienste, die zwar vorhanden oder geplant, jedoch nicht genutzt oder nicht dokumentiert wurden, bleiben unberücksichtigt.

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

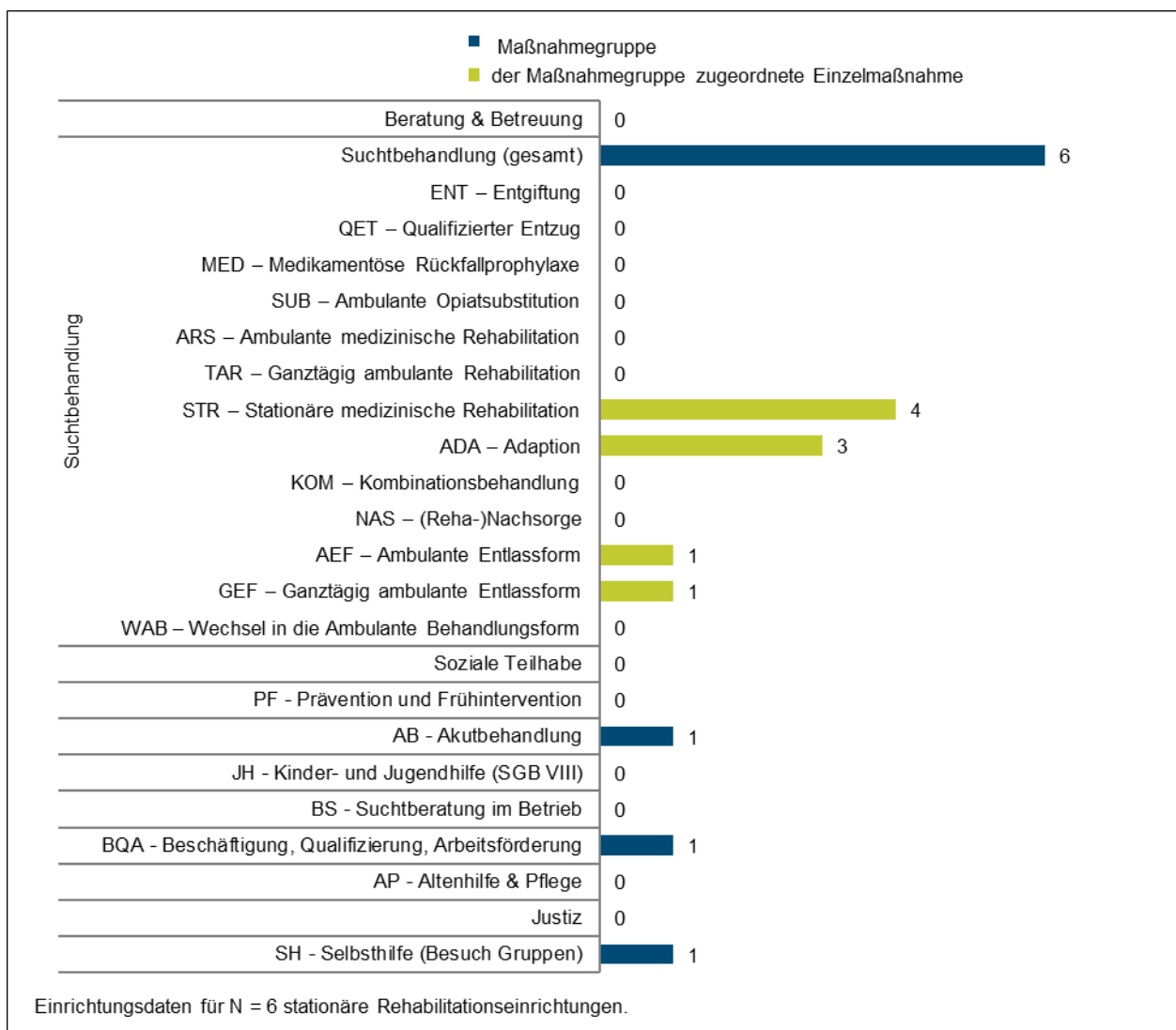
Alle ambulanten Einrichtungen (N = 28) setzen die Maßnahmengruppe **Beratung und Betreuung** um (siehe Abbildung 2). In nahezu allen Einrichtungen (n = 27) wird dabei die der Maßnahmengruppe zugehörige Sucht- und Drogenberatung (SBS) durchgeführt. In der Hälfte der Einrichtungen (n = 15) wird Psychosoziale Begleitung Substituierter (PSB) umgesetzt und in etwa 2 von 5 Einrichtungen (n = 12) Niedrigschwellige Hilfen (NIH). Angebote aus der Maßnahmengruppe **Suchtbehandlung** erfolgen in 3 von 4 ambulanten Einrichtungen (n = 21). Hierbei wird in fast allen dieser Einrichtungen die dieser Maßnahmengruppe zugehörige (Reha-)Nachsorge (n = 20 Einrichtungen) umgesetzt. Zudem leistet einige wenige Einrichtungen (n = 3) Ambulante Medizinische Rehabilitation (ARS). Angebote aus der Maßnahmengruppe **Soziale Teilhabe** werden in einem Viertel (n = 7) der ambulanten Einrichtungen durchgeführt, wobei etwa die Hälfte dieser Einrichtungen (n = 4) Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS) umsetzt. Die Maßnahmengruppe **Prävention und Frühintervention** wird von knapp der Hälfte der ambulanten Einrichtungen (n = 12) nachgefragt. Angebote der **Selbsthilfe** werden in etwa jeder dritten Einrichtung (n = 9) in Anspruch genommen und Angebote aus der Maßnahmengruppe **Justiz** kommen in etwa jeder fünften Einrichtung vor (n = 6). Weitere Angebote werden nur vereinzelt bzw. gar nicht genutzt.



**Abbildung 2 In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) umgesetztes Angebotsportfolio**

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

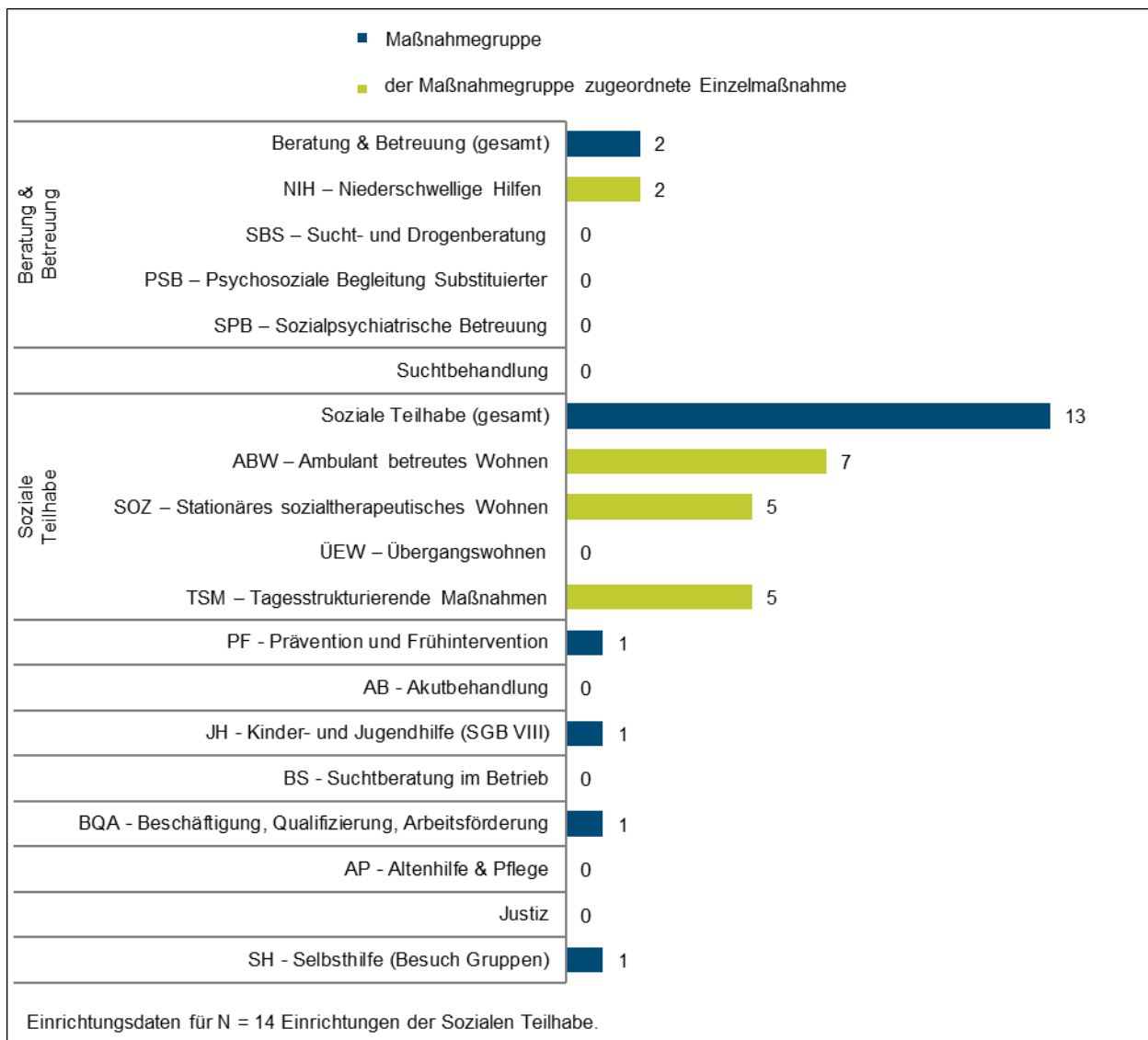
In allen (N = 6) stationären Rehabilitationseinrichtungen werden Angebote der **Suchtbehandlung** umgesetzt (siehe Abbildung 3). Hierbei wird in der Mehrzahl der Einrichtungen (n = 4) Stationäre Medizinische Rehabilitation (STR) durchgeführt und in etwa der Hälfte der Einrichtungen (n = 3) erfolgt Adaption (ADA). Jeweils eine Einrichtung setzt die Ganztägig Ambulante Entlassform (GEF) bzw. die Ambulante Entlassform (AEF) um. Ebenfalls in jeweils einer Einrichtung werden Angebote aus den Maßnahmengruppen **Akutbehandlung**, **Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung** sowie **Selbsthilfe** genutzt. Weitere Angebote werden nicht in Anspruch genommen.



**Abbildung 3** In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) umgesetztes Angebotsportfolio

### Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Fast alle Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (n = 13 von N = 14) führen Leistungen aus der Angebotskategorie **Soziale Teilhabe** durch (siehe Abbildung 4). Hierbei erfolgen in jeder zweiten Einrichtung Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS; n = 7). Jeweils etwa 2 von 5 Einrichtungen setzen Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ; n = 5) bzw. Tagesstrukturierende Maßnahmen (TSM; n = 5) um. Zudem werden in 2 Einrichtungen Niedrigschwellige Hilfen (NIH) aus der Maßnahmengruppe **Beratung & Betreuung** genutzt und in jeweils einer Einrichtung kommen Angebote aus den Maßnahmengruppen **Prävention und Frühintervention, Kinder- und Jugendhilfe, Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung** sowie **Selbsthilfe** zur Anwendung. Andere Angebote werden nicht umgesetzt.



**Abbildung 4** In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) umgesetztes Angebotsportfolio

### 3.1.4 Kooperation

#### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Die Kooperation ambulanter Einrichtungen mit anderen Trägern erfolgt überwiegend auf Grundlage gemeinsamer Konzepte oder schriftlicher bzw. sonstiger Vereinbarungen. Jeweils etwa 2 von 3 ambulanten Einrichtungen kooperieren mit Einrichtungen der Beratung / Betreuung (n = 19 von N = 28) bzw. der Suchtbehandlung (n = 18; siehe Abbildung 5). Zudem pflegen jeweils etwa 3 von 5 Einrichtungen Kooperationen mit der Justiz (n = 17) bzw. der Selbsthilfe (n = 16). Etwa jede zweite Einrichtung kooperiert mit Angeboten der Sozialen Teilhabe (n = 15) bzw. den Bereichen Prävention und Frühintervention (n = 15), Akutbehandlung (n = 15), Kinder- und Jugendhilfe (n = 15) sowie Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung (N = 14). In jeder fünften bzw. jeder sechsten Einrichtung erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Wohnungslosenhilfe (n = 6) bzw. der Altenhilfe (n = 5).

In den meisten Fällen erfolgt die Zusammenarbeit über nicht näher spezifizierte „sonstige Vereinbarungen“. Teilweise bestehen auch schriftliche Vereinbarungen, insbesondere mit Einrichtungen der Beratung/Betreuung (n = 7), Einrichtungen der Justiz (n = 6) und Einrichtungen der Suchtbehandlung (n = 5).

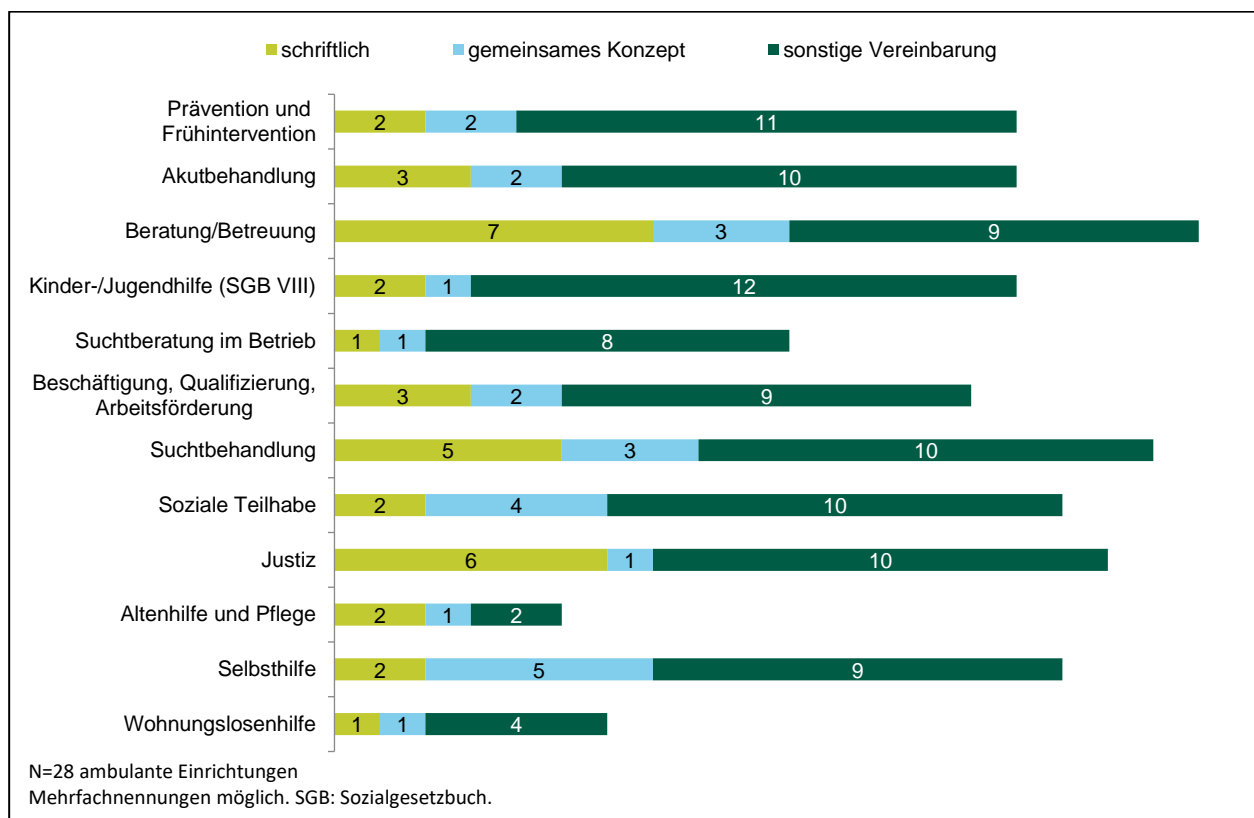
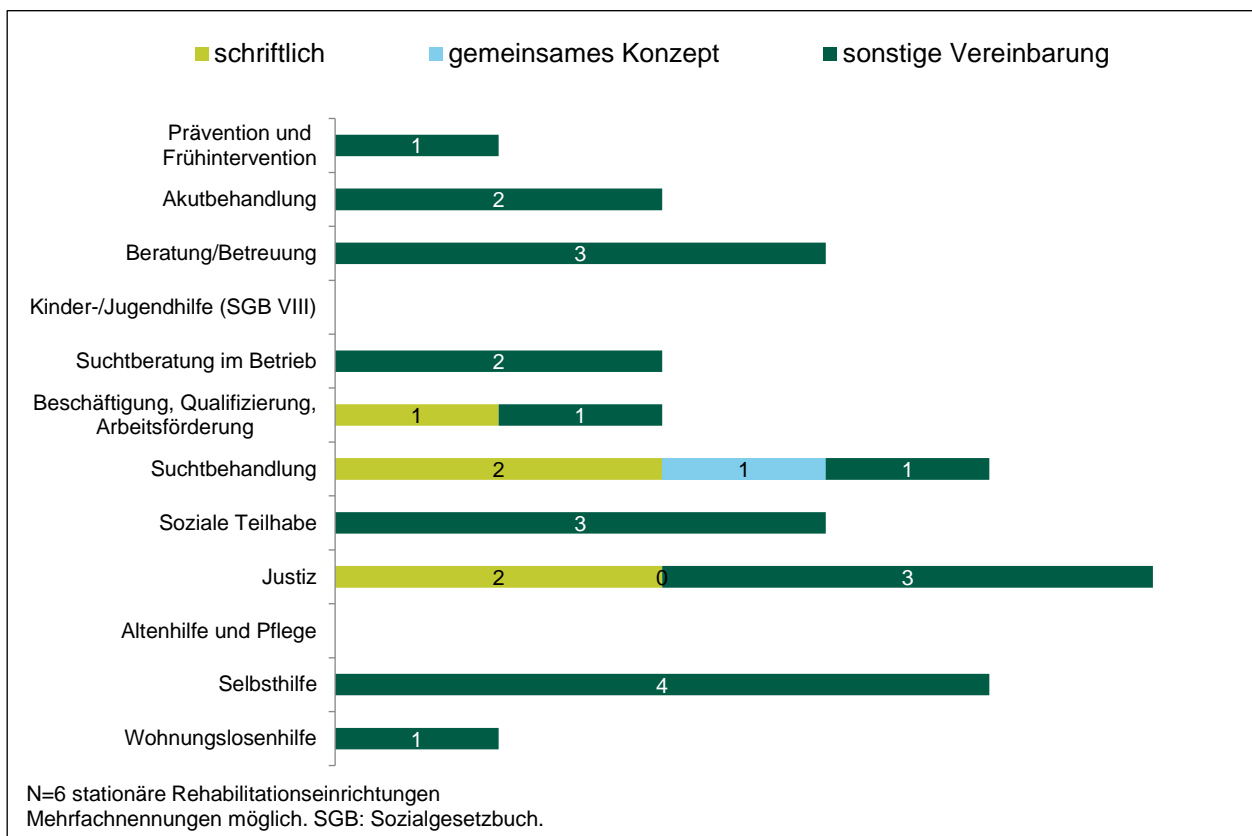


Abbildung 5 Kooperationen ambulanter Einrichtungen (Typ 1)

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Fast alle stationären Rehabilitationseinrichtungen kooperieren mit Einrichtungen der Justiz (n = 5 von N = 6, siehe Abbildung 6). Zudem arbeitet die Mehrheit der Einrichtungen mit der Selbsthilfe (n = 4) sowie anderen Einrichtungen der Suchtbehandlung zusammen (n = 4). Die Hälfte der Einrichtungen pflegt zudem Kooperationen mit Einrichtungen der Beratung/Betreuung (n = 3) sowie der Sozialen Teilhabe (n = 3). Jeweils eine Einrichtung kooperiert mit der Wohnungslosenhilfe (n = 1) bzw. mit Angeboten der Prävention und Frühintervention (n = 1). Mit der Altenhilfe und Pflege sowie mit der Kinder- und Jugendhilfe bestehen keine Kooperationen.

Die Zusammenarbeit erfolgt in den meisten Fällen über nicht näher spezifizierte „sonstige Vereinbarungen“. Für die Kooperationen mit Einrichtungen der Suchtbehandlung und der Justiz bestehen zudem in jeweils zwei Fällen schriftliche Vereinbarungen.



**Abbildung 6 Kooperationen stationärer Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)**

### Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Die Mehrheit der Einrichtungen der Sozialen Teilhabe kooperiert mit Einrichtungen der Suchtbehandlung (n = 9 von N = 14), der Beratung / Betreuung (n = 9) der Justiz (n = 8) oder der Akutbehandlung (n = 8). In etwa jeder zweiten Einrichtung erfolgt eine Zusammenarbeit mit

der Selbsthilfe (n = 7). In jeweils einer Einrichtung bestehen Kooperationen mit der Altenhilfe und Pflege bzw. mit der Suchtberatung im Betrieb.

Die Zusammenarbeit erfolgt in den meisten Fällen über nicht näher spezifizierte „sonstige Vereinbarungen“.

### **3.1.5 Qualitätsmanagement**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

Fast alle ambulanten Einrichtungen (n = 27 von N = 28) verfügen über ein (schriftliches) Einrichtungskonzept. Ein Qualitätsmanagement-System (QM) ist in knapp der Hälfte der Einrichtungen (n = 12) implementiert. Diese Einrichtungen verfügen (a) über ein einrichtungsbezogenes QM-Handbuch, (b) haben einen Qualitäts-Beauftragten benannt und (c) überprüfen das QM-System regelmäßig auf Aktualität und Funktionsfähigkeit. Bei einer Einrichtung wurde das QM-System durch eine externe, unabhängige Institution zertifiziert. An einer externen Qualitätssicherung nimmt etwa jede fünfte Einrichtung (n = 5) teil.

#### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Alle stationären Einrichtungen (N = 6) verfügen über ein (schriftliches) Einrichtungskonzept. Ein durch externe, unabhängige Institutionen zertifiziertes QM-System ist ebenfalls in allen Einrichtungen (N = 6) implementiert. Zudem nehmen fast alle Einrichtungen an einer externen Qualitätssicherung teil (n = 5).

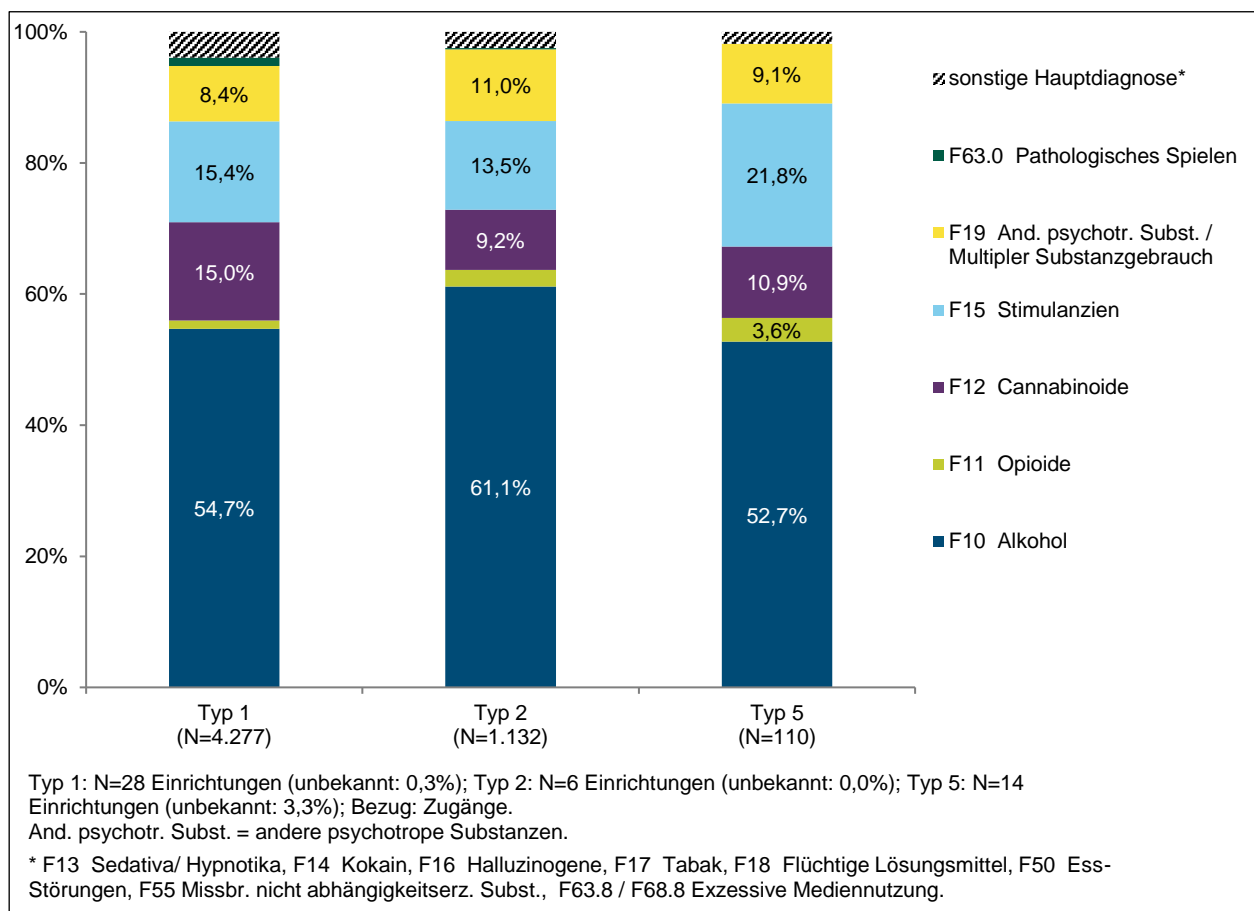
#### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Alle Einrichtungen der Sozialen Teilhabe verfügen über ein (schriftliches) Einrichtungskonzept (N = 14). Ein QM-System ist in etwa jeder dritten Einrichtung (n = 4) implementiert, wobei für keines dieser QM-System eine Zertifizierung durch eine externe, unabhängige Institution erfolgte. Zwei Einrichtungen nehmen an der externen Qualitätssicherung teil.

## 3.2 Störungsbezogene Merkmale

### 3.2.1 Hauptdiagnoseverteilung

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen nach den Einrichtungstypen 1, 2 und 5, wobei alkoholbezogene Störungen jeweils den häufigsten Anlass für die Hilfeanspruchnahme bilden. In ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 55 %) und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5; 53 %) kommen etwa 5 von 9 Hilfesuchenden aufgrund von alkoholbezogenen Störungen in die Betreuung, in stationären Rehabilitationseinrichtungen sind es 3 von 5 Behandelten (Typ 2; 61 %).



**Abbildung 7 Hauptdiagnoseverteilung, je Typ**

An zweiter Stelle stehen jeweils Betreuungen bzw. Behandlungen aufgrund von stimulanzienbezogenen Störungen. Auf diesen Anlass entfällt jeweils ein Siebtel der Betreuungen in ambulanten Einrichtungen (15 %) bzw. der Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (14 %) sowie gut ein Fünftel der Betreuungen in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (22 %).

Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden mit einem Siebtel (15 %) bzw. einem Neuntel (11 %) der Betreuten die drittgrößte Klientelgruppe in ambulanten Einrichtungen

und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe. In stationären Rehabilitationseinrichtungen sind es mit einem Neuntel der Fälle Behandelte mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch<sup>4</sup> (11 %). Hier stehen cannabinoidbezogene Störungen mit einem Elftel der Fälle (9 %) erst an vierter Stelle. In ambulanten Einrichtungen und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe nehmen wiederum Betreute mit Multiplem Substanzgebrauch mit einem Zwölftel (8 %) bzw. einem Elftel der Fälle (9 %) Rang 4 ein.

Darüber hinaus entfällt nur noch auf opioidbezogene Störungen in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (aber nicht in ambulanten Einrichtungen bzw. stationären Rehabilitationseinrichtungen) ein berichtenswerter Anteil der Fälle (4 %). Andere als die genannten Anlässe sind nur vereinzelt als Grund für die Hilfeinanspruchnahme dokumentiert.

### **3.2.2 Störungsdauer**

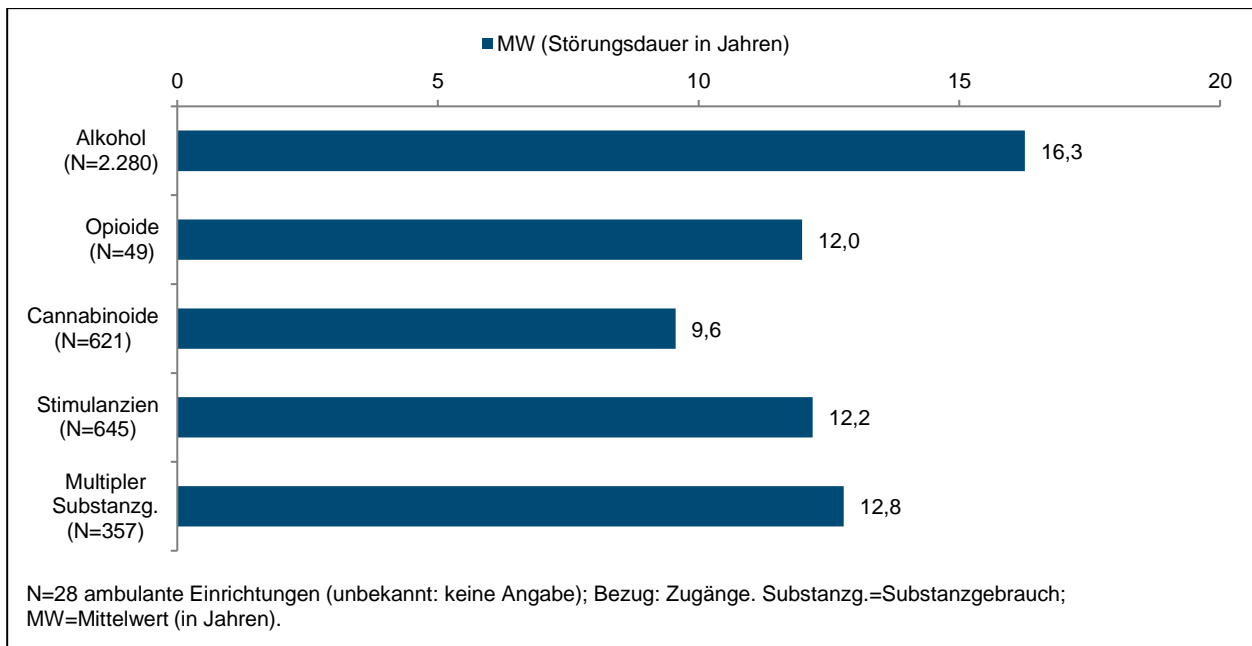
#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

In ambulanten Einrichtungen haben Betreute mit alkoholbezogenen Störungen durchschnittlich die längste Störungsdauer<sup>5</sup> (Ø 16 Jahre; siehe Abbildung 8). Es folgen Betreute mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (Ø 13 Jahre) sowie Betreute mit stimulanzen- (Ø 12 Jahre) bzw. opioidbezogenen Störungen (Ø 12 Jahre). Die kürzeste mittlere Störungsdauer ist bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen dokumentiert (Ø 10 Jahre).

---

<sup>4</sup> Die Hauptdiagnose „F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ wird vergeben, wenn (a) keine Problematik aufgrund der separat klassifizierten Substanzen vorliegt oder wenn (b) mehrere Substanzkonsumproblematiken gleichzeitig vorliegen, ohne dass eine von ihnen klar als betreuungs- bzw. behandlungsleitend festgelegt werden kann. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird für diese Störungsgruppe im Folgenden der Begriff „Multipler Substanzgebrauch“ verwendet.

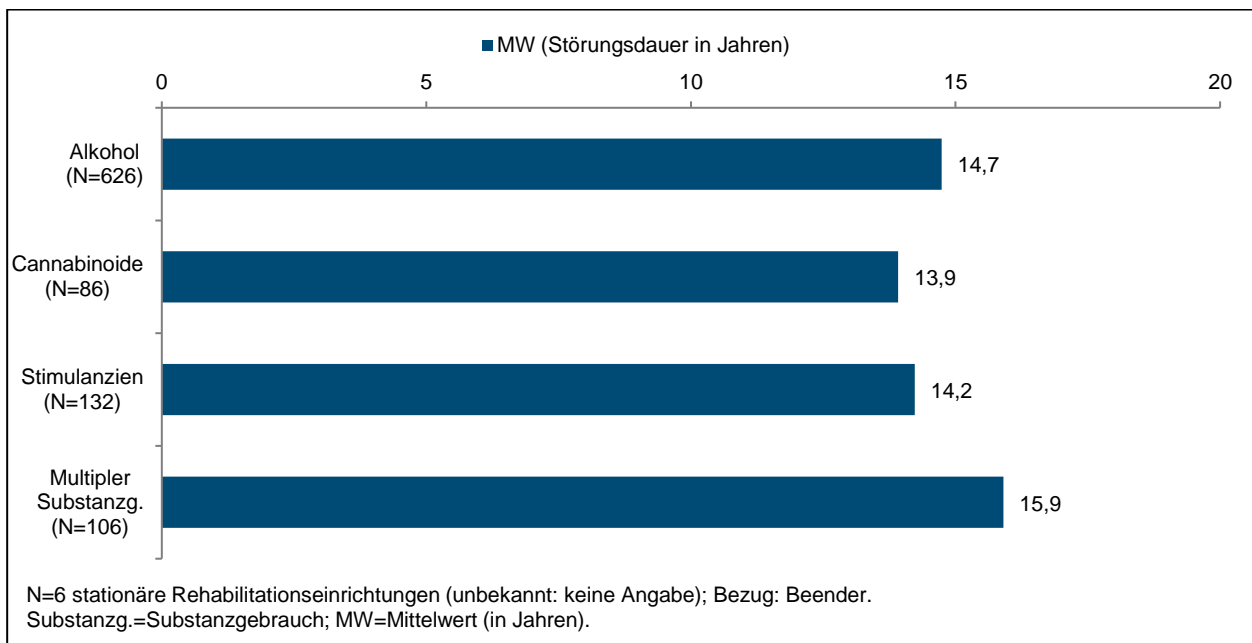
<sup>5</sup> Zeit zwischen Störungsbeginn und Beginn der aktuellen Betreuungsepisode. Dies wird grundsätzlich nach einzelnen Hauptdiagnosegruppen ausgewertet, daher sind hier für die Klientel insgesamt sowie für die Klientel in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) keine Ergebnisse berichtet.



**Abbildung 8 Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

In stationären Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich die längste durchschnittliche Störungsdauer bei Behandelten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (Ø 16 Jahre; siehe Abbildung 9). Es folgen Behandelte mit alkohol- (Ø 15 Jahre), stimulanzen- (Ø 14 Jahre) sowie cannabinoidbezogenen Störungen (Ø 14 Jahre).



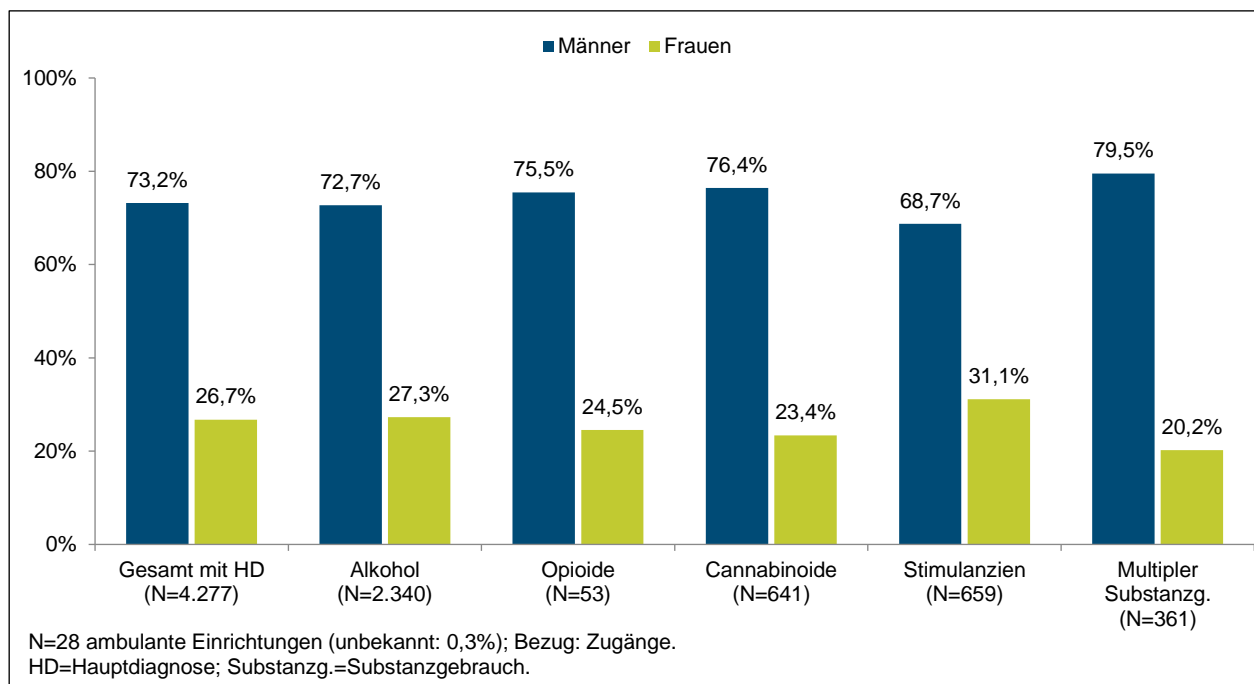
**Abbildung 9 Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 2)**

### 3.3 Soziodemographische Merkmale

#### 3.3.1 Geschlecht

##### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

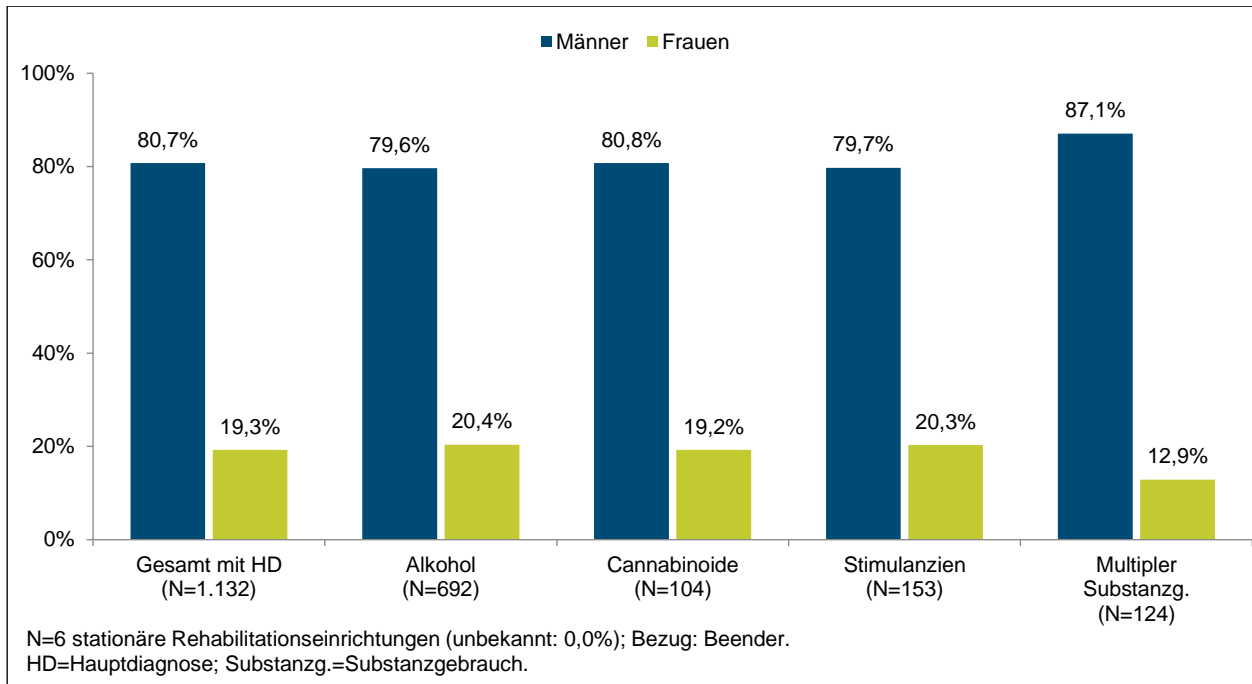
Ambulante Einrichtungen betreuen in 3 von 4 Fällen Männer (73 %; siehe Abbildung 10). Der Männeranteil ist bei Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch mit vier Fünfteln am höchsten (80 %) und bei stimulanzenbezogenen Störungen mit sieben Zehnteln am niedrigsten (69 %). Unter Betreuten mit alkohol- (73 %), opioid- (76 %) und cannabinoidbezogenen Störungen (76 %) sind jeweils etwa drei Viertel männlich.



**Abbildung 10 Geschlechterverteilung (Typ 1)**

##### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

In stationären Rehabilitationseinrichtungen werden in 4 von 5 Fällen Männer behandelt (81 %; siehe Abbildung 11). Dieses Verhältnis zeigt sich auch bei alkohol- (80 %), cannabinoid- (81 %) und stimulanzenbezogenen Störungen (80 %). Unter Behandelten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch ist der Männeranteil noch höher (87 %).



**Abbildung 11 Geschlechterverteilung (Typ 2)**

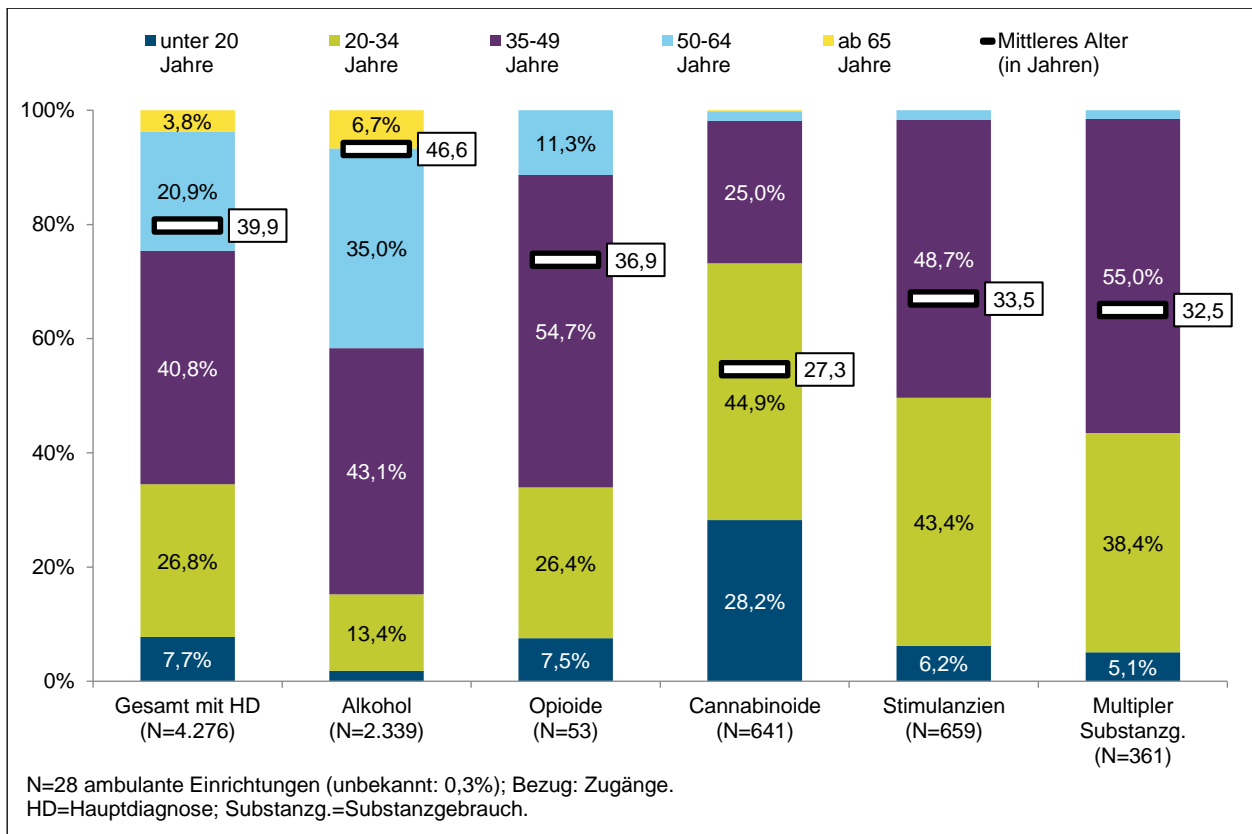
*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) sind etwa 4 von 5 Hilfesuchenden männlich (78 %; Stichprobe: N = 110 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 14 Einrichtungen; unbekannt: 3,3 %; Bezug: Zugänge).

**3.3.2 Alter bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung**

*Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

Das Durchschnittsalter der ambulant betreuten Klientel liegt insgesamt bei 40 Jahren (siehe Abbildung 12). Betreute mit alkoholbezogenen Störungen haben mit Mitte 40 das höchste Durchschnittsalter (Ø 47 Jahre) und Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen mit Mitte 20 das niedrigste (Ø 27 Jahre). Für die übrigen betrachteten Störungen liegt das Durchschnittsalter bei Mitte 30 (Opiode: 37 Jahre; Stimulanzien: 34 Jahre; Multipler Substanzgebrauch: 33 Jahre).



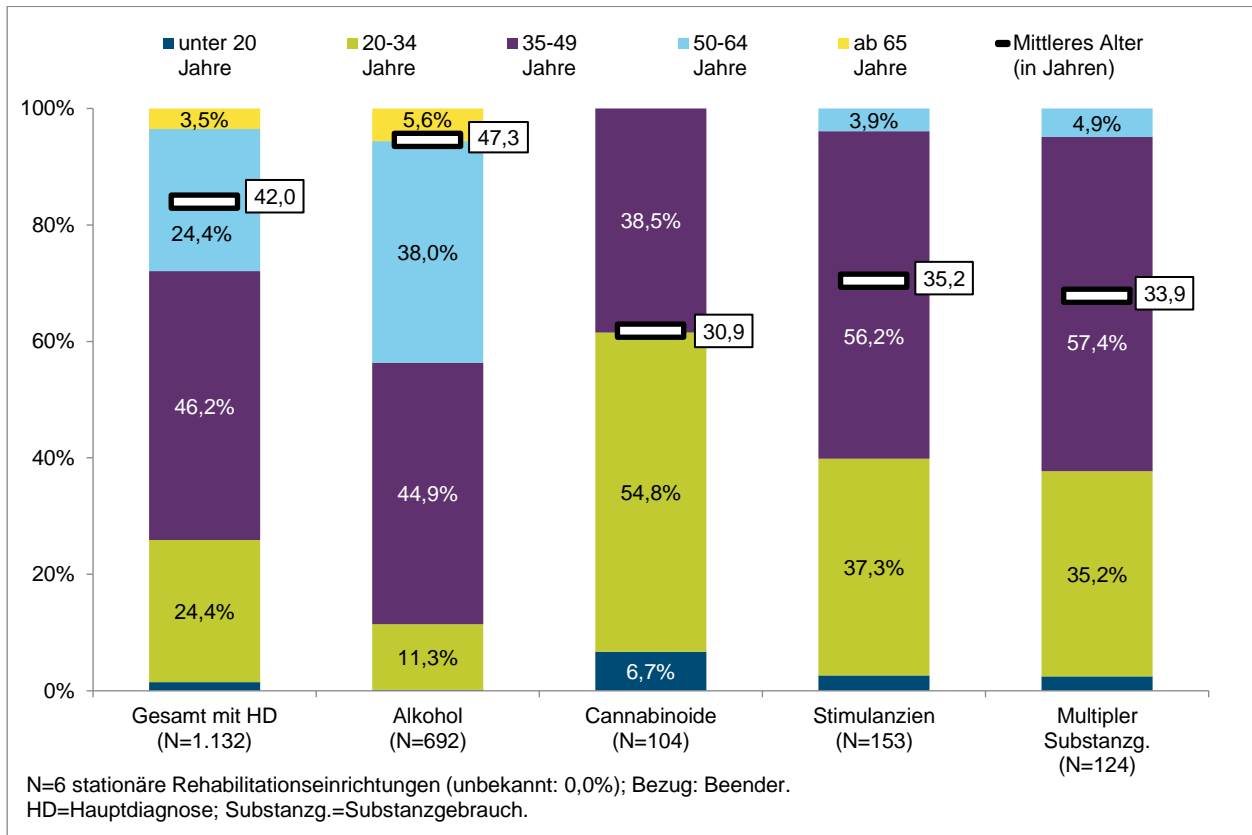
**Abbildung 12 Altersstruktur (Typ 1)**

Insgesamt (41 %) sowie in fast allen betrachteten Gruppen liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (Opioid: 55 %; Multipler Substanzgebrauch: 55 %; Stimulanzien: 49 %; Alkohol: 43 %). Die einzige Ausnahme bilden Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen, bei denen die 20- bis 34-Jährigen (45 %) die größte Untergruppe darstellen. Hier sind zudem fast 3 von 10 (28 %) der Betreuten noch unter 20 Jahre alt. Auch in den übrigen Klientelgruppen mit Störungen durch illegale Substanzen findet sich ein berichtenswerter Anteil an unter 20-Jährigen (Opioid: 8 %; Stimulanzien: 6 %; Multipler Substanzgebrauch: 5 %). Die Altersgruppe 65+ ist demgegenüber nur unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen in nennenswertem Umfang vertreten (7 %). Hier ist zudem gut ein Drittel der Hilfesuchenden zwischen 50 und 64 Jahre alt (35 %). Auf Hilfesuchende aus dieser Altersgruppe entfällt ansonsten nur noch unter Betreuten mit opioidbezogenen Störungen ein wesentlicher Anteil (11 %).

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Der Altersdurchschnitt der stationär behandelten Klientel liegt insgesamt bei 42 Jahren (siehe Abbildung 13). Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen sind im Mittel am ältesten (47 Jahre). Es folgen Hilfesuchende mit stimulanzienbezogenen Störungen (35 Jahre),

Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (34 Jahre) und cannabinoidbezogenen Störungen (31 Jahre).



**Abbildung 13 Altersstruktur (Typ 2)**

Insgesamt (46 %) sowie in fast allen Gruppen werden schwerpunktmäßig 35- bis 49-Jährige behandelt (Alkohol: 45 %; Stimulanzien: 56 %; Multipler Substanzgebrauch: 57 %). Eine Ausnahme bilden Behandelte mit cannabinoidbezogenen Störungen, die mehrheitlich der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen (55 %) angehören. Nur in dieser Gruppe wird zudem ein nennenswerter Anteil an unter 20-Jährigen (7 %) behandelt. Demgegenüber gibt es hier praktisch keine Behandelten ab 50 Jahren. Ein kleiner, aber berichtenswerter Anteil der Behandlungen entfällt bei stimulanzenbezogenen Störungen (4 %) bzw. bei Multiplern Substanzgebrauch (5 %) auf Personen über 50 Jahren. Unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen sind etwa 4 von 9 Behandelten (44 %) mindestens 50 Jahre alt, wobei zudem nur in dieser Gruppe ein nennenswerter Anteil der Behandlungen in der Altersgruppe 65+ (6 %) erfolgt.

#### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe liegt bei 41 Jahren. Jeweils etwa ein Drittel der Betreuten ist zwischen 35 und 49 Jahren (33 %) bzw. zwischen 20 und 34 Jahren alt (33 %). Auf die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen entfällt mit

3 von 10 Betreuungen (30 %) ein nur geringfügig kleinerer Anteil. Hilfesuchende unter 20 Jahren sowie ab 65 Jahren werden nur vereinzelt berichtet (Stichprobe: N = 110 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 14 Einrichtungen; unbekannt: 3,3 %; Bezug: Zugänge).

### **3.3.3 Lebenssituation**

Dieser Abschnitt beschreibt, ob die Betreuten am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung alleine leben oder mit anderen Personen (Partner / Partnerin, Kind(er), Eltern(teil)) zusammen. Hierbei sind für das Zusammenleben mit anderen Personen Mehrfachnennungen möglich.

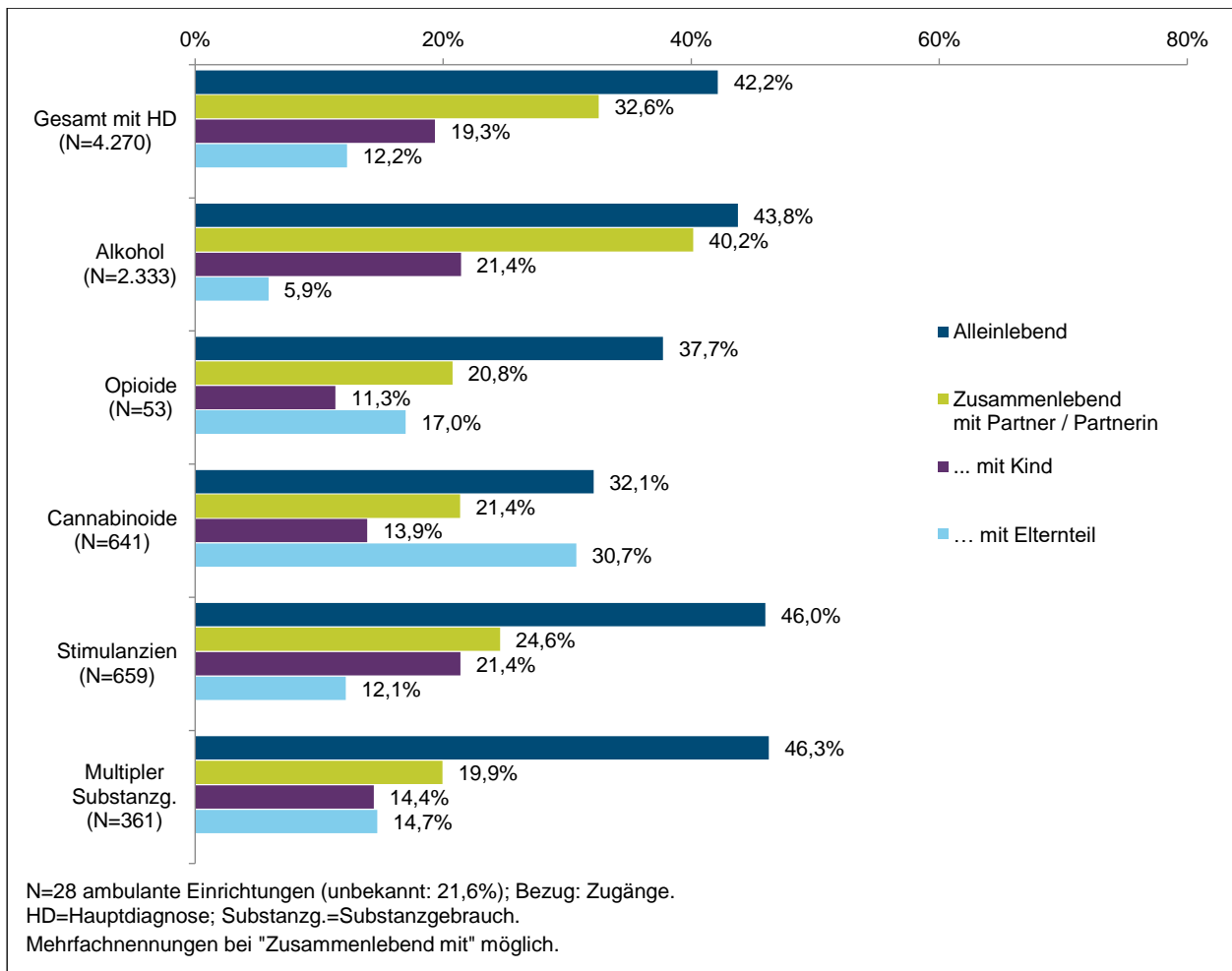
#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

Insgesamt leben gut 2 von 5 ambulant Betreuten allein (42 %; siehe Abbildung 14). Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen leben in einem von 3 Fällen (32 %) und damit am seltensten allein. Mit jeweils etwa 4 von 9 Fällen ist das Alleinleben unter Betreuten mit Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs (46 %), stimulanzen- (46 %) oder alkoholbezogenen Störungen (44 %) vergleichsweise häufig. Zudem leben etwa 2 Fünftel (38 %) der Klientel mit opioidbezogenen Störungen allein.

Mit einem Partner bzw. einer Partnerin lebt rund ein Drittel der Hilfesuchenden (33 %) zusammen. Dies tritt auf Betreute mit alkoholbezogenen Störungen in 2 von 5 Fällen (40 %) zu, und damit etwa doppelt so häufig wie auf Betreute mit opioid- (21 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (21 %) bzw. wie auf Betreute mit Multiplem Substanzgebrauch (20 %). Zudem lebt etwa ein Viertel der Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen mit einem Partner / einer Partnerin zusammen (25 %).

Etwa ein Fünftel aller ambulant Betreuten lebt mit mindestens einem Kind zusammen (19 %). Ein entsprechender Anteilswert findet sich auch bei Betreuten mit stimulanzen- (21 %) oder alkoholbezogenen Störungen (21 %). Unter Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (14 %) oder multiplem Substanzgebrauch (14 %) lebt jeweils etwa ein Siebtel mit mindestens einem Kind zusammen. Betreute mit opioidbezogenen Störungen leben in einem von 9 Fällen (11 %) und damit vergleichsweise selten mit mindestens einem Kind zusammen.

Etwa ein Achtel (12 %) aller Betreuten lebt mit den Eltern bzw. einem Elternteil zusammen. Bei Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen ist diese Konstellation bei 3 von 10 Betreuten (31 %) und damit mit Abstand am häufigsten zu finden. Unter Betreuten mit opioidbezogenen Störungen lebt etwa ein Sechstel (17 %) der Hilfesuchenden mit den Eltern bzw. mit einem Elternteil zusammen, unter Betreuten mit Multiplen Substanzgebrauch ist es ein Siebtel (15 %) und unter Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen ein Achtel (12 %). Nochmals deutlich seltener leben Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen zusammen mit ihren Eltern bzw. zusammen mit einem Elternteil (6 %).



**Abbildung 14 Lebenssituation (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

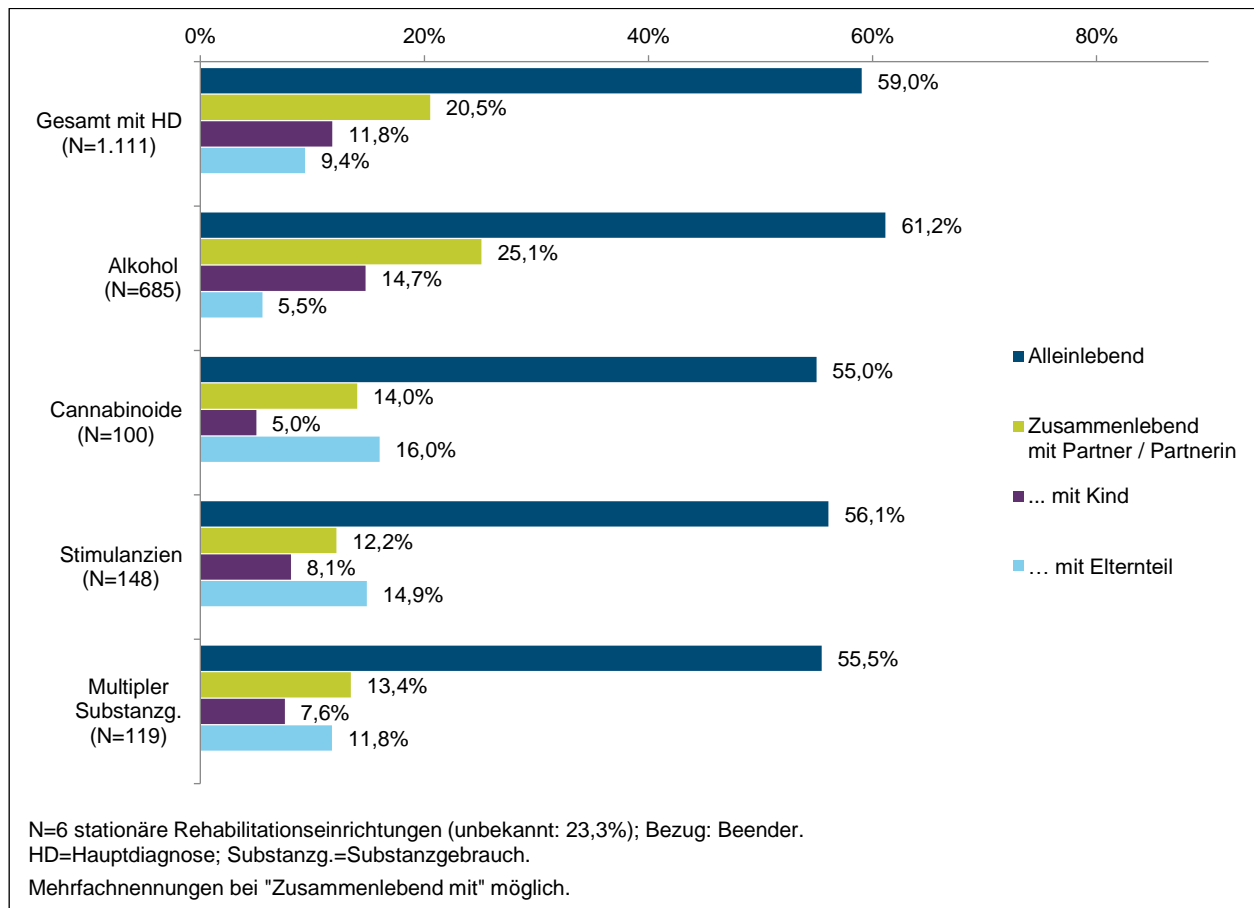
In stationären Rehabilitationseinrichtungen Behandelte leben insgesamt in 3 von 5 Fällen allein (59 %; siehe Abbildung 15). Dies gilt auch für Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (61 %). In den übrigen betrachteten Gruppen leben jeweils etwa 5 von 9 Behandelten allein (Stimulanzien: 56 %; Multipler Substanzgebrauch: 56 %; Cannabinoide: 55 %).

Insgesamt lebt etwa ein Fünftel aller Behandelten mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen (21 %). Unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen ist dieser Anteilswert mit einem Viertel besonders hoch (25 %). In den übrigen betrachteten Gruppen lebt ein Achtel bis ein Siebtel der Behandelten mit einem Partner / einer Partnerin zusammen (Cannabinoide: 14 %; Multipler Substanzgebrauch: 13 %; Stimulanzien: 12 %).

Etwa ein Achtel aller Behandelten lebt mit mindestens einem Kind zusammen (12 %). Bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen ist der entsprechende Anteilswert mit gut einem Siebtel (15 %) etwa doppelt so hoch wie bei Behandelten mit Multiplern Substanzgebrauch (8 %) bzw. bei Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen (8 %).

Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen leben in einem von 20 Fällen mit mindestens einem Kind zusammen (5 %).

Die Hilfesuchenden leben insgesamt in etwa einem von 11 Fällen mit den Eltern bzw. einem Elternteil zusammen (9%). Diese Konstellation findet sich unter Behandelten mit Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide) mindestens doppelt so häufig (Cannabinoide: 16 %; Stimulanzien: 15 %; Multipler Substanzgebrauch: 12 %) wie unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (6 %).



**Abbildung 15 Lebenssituation (Typ 2)**

### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Personen, die in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe betreut werden, leben in über 4 von 5 Fällen allein (83 %). Mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen lebt nur ein kleiner Teil (7 %). Das Zusammenleben mit Kindern oder den Eltern ist hier nur vereinzelt dokumentiert (Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 15,8 %; Bezug: Zugänge).

### 3.3.4 Wohnsituation

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

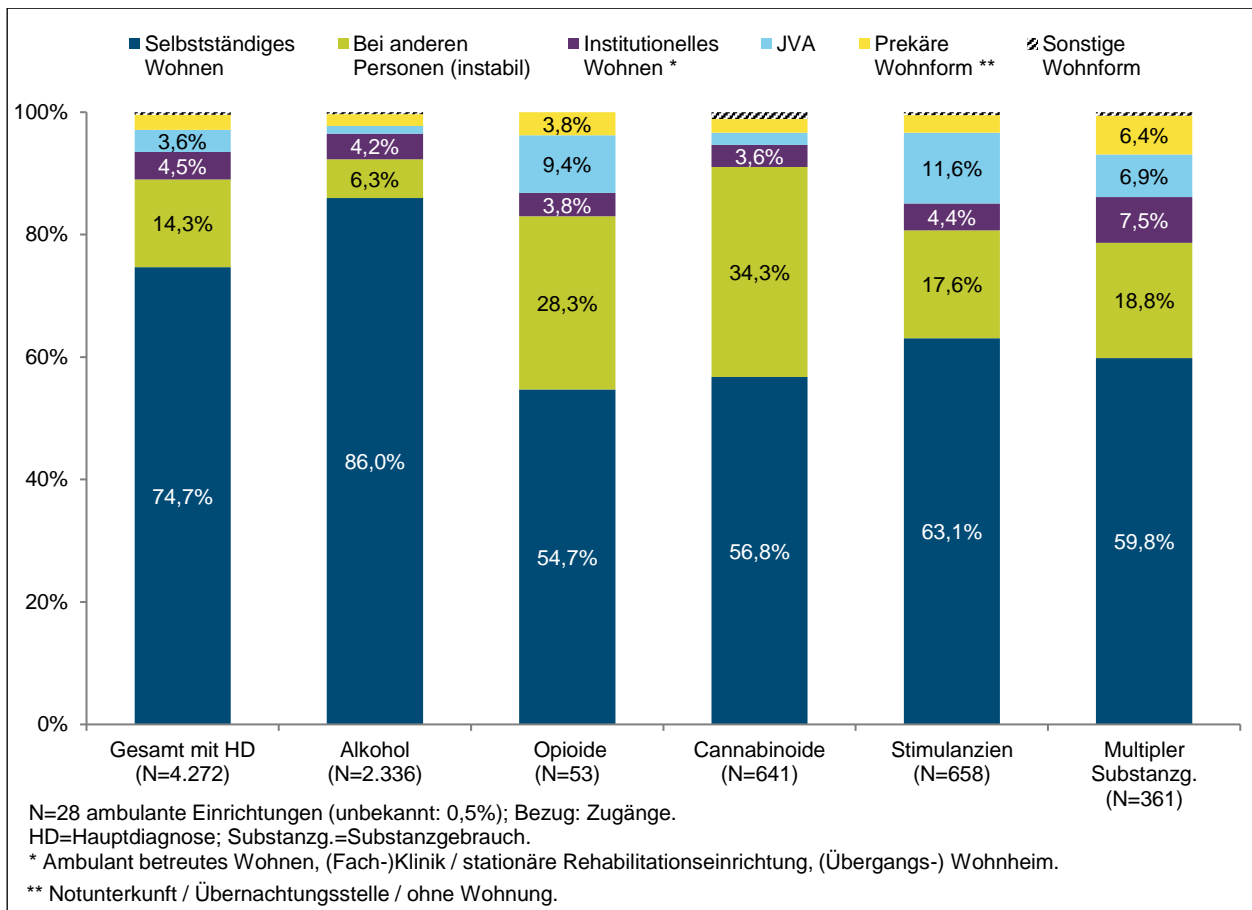
Am Tag vor Betreuungsbeginn leben drei Viertel der Betreuten in ambulanten Einrichtungen selbstständig (75 %), d. h. zur (Unter-)Miete oder in den eigenen vier Wänden, ein Siebtel (14 %) lebt instabil bei anderen Personen (siehe Abbildung 16). In etwa einem von 20 Fällen ist eine institutionelle Wohnform (Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum, (Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung / (Übergangs-)Wohnheim) erfasst (5 %) und in etwa einem von 25 Fällen erfolgte die Unterbringung in den sechs Monaten vor Betreuungsbeginn überwiegend im Justizvollzug (4 %). Die ersten beiden Positionen der Rangreihe finden sich, mit stark schwankenden Anteilswerten, auch auf Ebene der betrachteten Gruppen, ab der dritten Stelle ergeben sich gewisse Abweichungen.

Unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen ist das selbstständige Wohnen mit Abstand am weitesten verbreitet (86 %). Es folgen in absteigender Rangreihe Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen (63 %), Hilfesuchende mit Multiplem Substanzgebrauch (60 %), Hilfesuchende mit cannabinoid- (57 %) und opioidbezogenen Störungen (55 %).

Ein instabiles Wohnen bei anderen Personen findet sich besonders häufig bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (34 %), gefolgt von Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (28 %), Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (19 %) sowie mit stimulanzenbezogenen Störungen (18 %). Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen leben mit Abstand am seltensten instabil bei anderen Personen (6 %).

An dritter Stelle des Häufigkeitsrankings stehen bei Betreuten mit alkohol- bzw. cannabinoidbezogenen Störungen sowie bei Betreuten mit Multiplem Substanzgebrauch institutionelle Wohnformen, bei Betreuten mit opioid- oder stimulanzenbezogenen Störungen, nimmt die vorhergehende Unterbringung im Justizvollzug (9 % bzw. 12 %) noch vor der institutionellen Unterbringung den dritten Rang ein. Zu einer Unterbringung in institutionellen Wohnformen kommt es unter Betreuten mit Multiplem Substanzgebrauch (8 %) dabei doppelt so häufig wie in den übrigen Gruppen (Stimulanzen: 4 %; Alkohol: 4 %; Opioide: 4 %; Cannabinoide: 4 %). Darüber hinaus spielt die vorhergehende Unterbringung im Justizvollzug auch für Betreute mit Multiplem Substanzgebrauch eine gewisse Rolle (7 %).

Aus prekären Wohnverhältnissen (Notunterkunft / Übernachtungsstelle) kommen am ehesten Hilfesuchende mit Multiplem Substanzgebrauch (6 %) oder opioidbezogenen Störungen (4 %) in die Betreuung.



**Abbildung 16 Wohnsituation (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Etwa 7 von 10 der in stationären Rehabilitationseinrichtungen Behandelten wohnen vor Behandlungsbeginn selbstständig (70 %; siehe Abbildung 17). Jeweils ein Elftel kommt aus institutionellen (9 %) oder prekären Wohnformen (9 %) in die Behandlung. In etwa einem von 15 Fällen ist ein instabiles Wohnen bei anderen Personen (7 %) dokumentiert und in einem von 25 Fällen waren die Hilfesuchenden im letzten halben Jahr vor Behandlungsbeginn überwiegend im Justizvollzug untergebracht (4 %).

Auch in den betrachteten Gruppen dominiert das selbstständige Wohnen. Hierbei wohnen Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (82 %) deutlich häufiger selbstständig als Hilfesuchende mit cannabinoid- (56 %) oder stimulanzienbezogenen Störungen (50 %) bzw. als Hilfesuchende mit Multiplem Substanzgebrauch (41%).

Etwa ein Sechstel der Hilfesuchenden mit stimulanzienbezogenen Störungen (18 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (17 %) kommt aus einer prekären Wohnsituation in die Behandlung. Bei Behandelten mit cannabinoidbezogenen Störungen trifft dies auf ein Neuntel (11 %) zu und damit knapp doppelt so häufig wie bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (6 %).

Für etwa ein Fünftel der Behandelten mit Multiplem Substanzgebrauch (21 %) ist eine institutionelle Wohnform erfasst. Es folgen mit Abstand Hilfesuchende mit cannabinoid- (12 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (11 %). Für Behandelte mit alkoholbezogenen Störungen trifft diese Wohnform nochmals deutlich seltener zu (5 %).

Knapp ein Sechstel (16 %) der Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen wohnt instabil bei anderen Personen. Unter Hilfesuchenden mit Multiplem Substanzgebrauch (8 %) bzw. Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) ist der entsprechende Anteilswert halb so hoch. Behandelte mit alkoholbezogenen Störungen leben nochmals deutlich seltener instabil bei anderen Personen (5 %).

Eine vorhergehende Unterbringung im Justizvollzug betrifft jeweils etwa ein Achtel der Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen (13 %) bzw. der Behandelten mit Multiplem Substanzgebrauch (12 %). Ansonsten ist diese Wohnform nur noch für Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen (5 %) in nennenswertem Umfang dokumentiert.

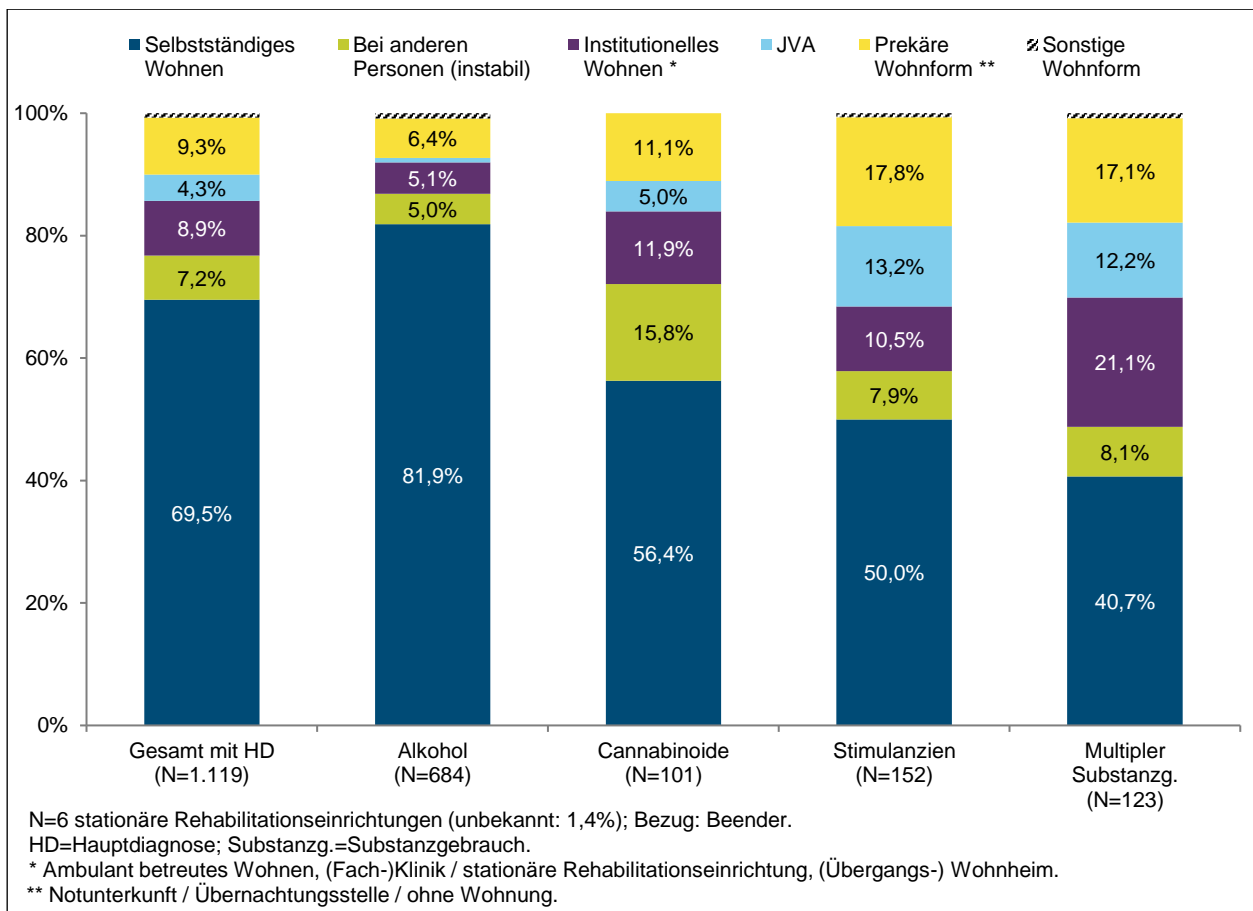


Abbildung 17 Wohnsituation (Typ 2)

### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Jeweils etwa zwei Fünftel der Betreuten in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe wohnen am Tag vor Betreuungsbeginn institutionell (38 %) oder selbstständig (37 %). Eine kleinere Gruppe kommt aus einer prekären Wohnsituation (11 %) oder lebt unmittelbar vor Betreuungsbeginn instabil bei anderen Personen (7 %). Weitere Wohnformen sind von untergeordneter Bedeutung (Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 2,7 %; Bezug: Zugänge).

### **3.3.5 Schulbildung**

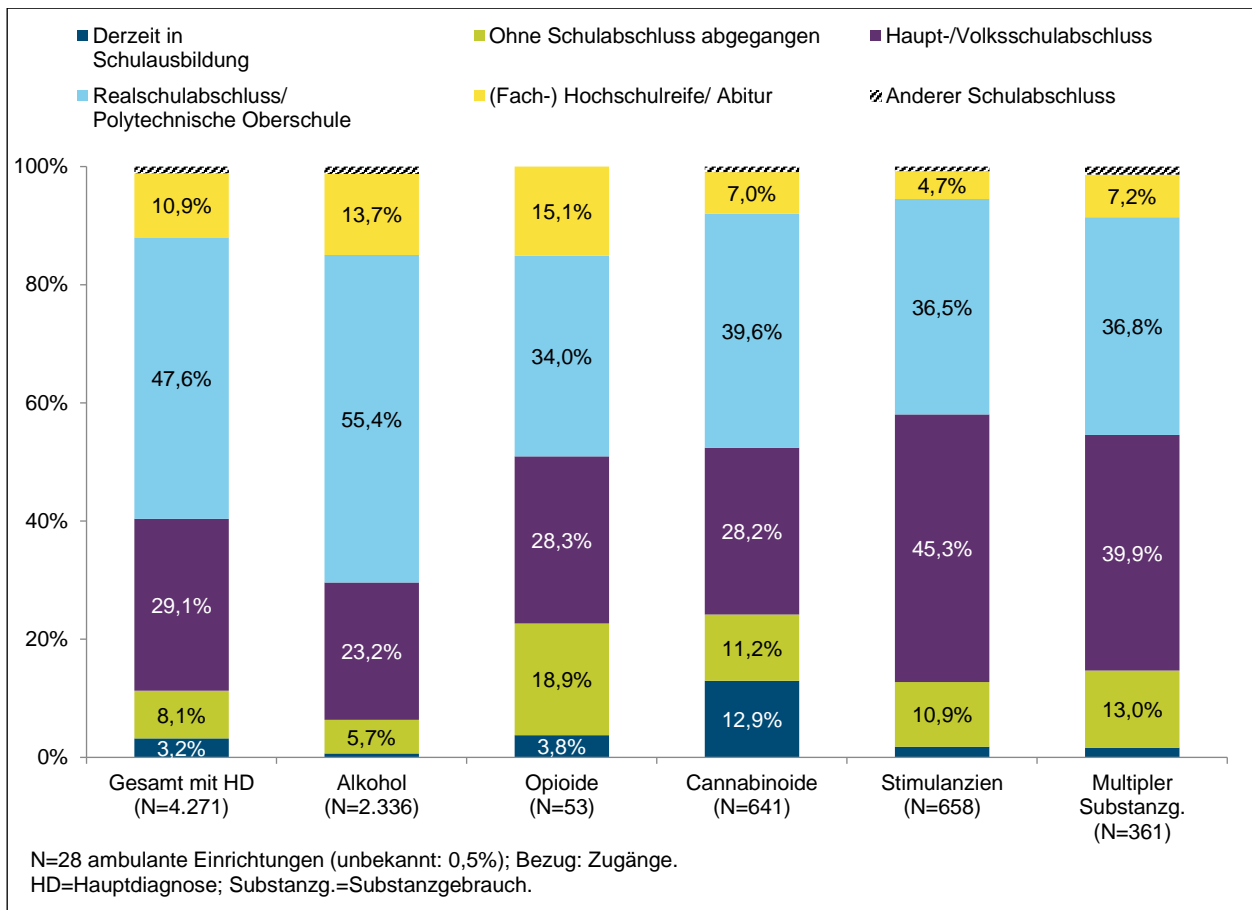
#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

Unter Betreuten in ambulanten Einrichtungen ist die Mittlere Reife (48 %; d. h. Anschluss an Realschule bzw. Polytechnikum) der verbreitetste Schulabschluss, gefolgt von der Berufsbildungsreife (29 %; d. h. Haupt- bzw. Volksschulabschluss) und der (Fach-)Hochschulreife (11 %; d. h. (Fach-)Abitur; siehe Abbildung 18). Etwa ein Zwölftel (8 %) der Betreuten hat die Schule ohne Abschluss verlassen. Ein kleiner aber berichtenswerter Anteil befindet sich noch in schulischer Ausbildung (3 %).

Während Betreute mit alkohol- (55 %), cannabinoid- (39 %) oder opioidbezogenen Störungen (34 %) überwiegend über die Mittlere Reife verfügen, ist die Berufsbildungsreife unter Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (45 %) bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (40 %) am stärksten verbreitet.

Betreute mit opioid- (15 %) bzw. alkoholbezogenen Störungen (14 %) haben etwa doppelt so häufig das (Fach-)Abitur wie Betreute mit Multiplen Substanzgebrauch (7%) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (7%) und dreimal so häufig wie Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen (5 %). Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen haben nicht nur am häufigsten das Abitur, sondern auch mit einem Fünftel der Klientel den mit Abstand höchsten Anteil an Personen ohne Schulabschluss (19 %). Unter Betreuten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (13 %) bzw. unter Betreuten mit cannabinoid- (11 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (11 %) liegt dieser Anteil bei etwa einem Achtel bzw. einem Neuntel. Unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen ist er etwa halb so hoch (6 %).

Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen besuchen in einem von 8 Fällen noch die Schule (13 %). Darüber hinaus findet sich nur unter der Klientel mit opioidbezogenen Störungen (4 %) ein nennenswerter Anteil an Schüler:innen.



**Abbildung 18 Schulbildung (Typ 1)**

### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Etwa 4 von 9 Behandelten in stationären Rehabilitationseinrichtungen haben die Mittlere Reife (47 %), etwa 3 von 10 die Berufsbildungsreife (30 %) und rund ein Zehntel das (Fach-)Abitur (10 %; siehe Abbildung 19). Ein Neuntel hat die Schule abgebrochen (11 %). Personen in laufender schulischer Ausbildung werden nur vereinzelt behandelt.

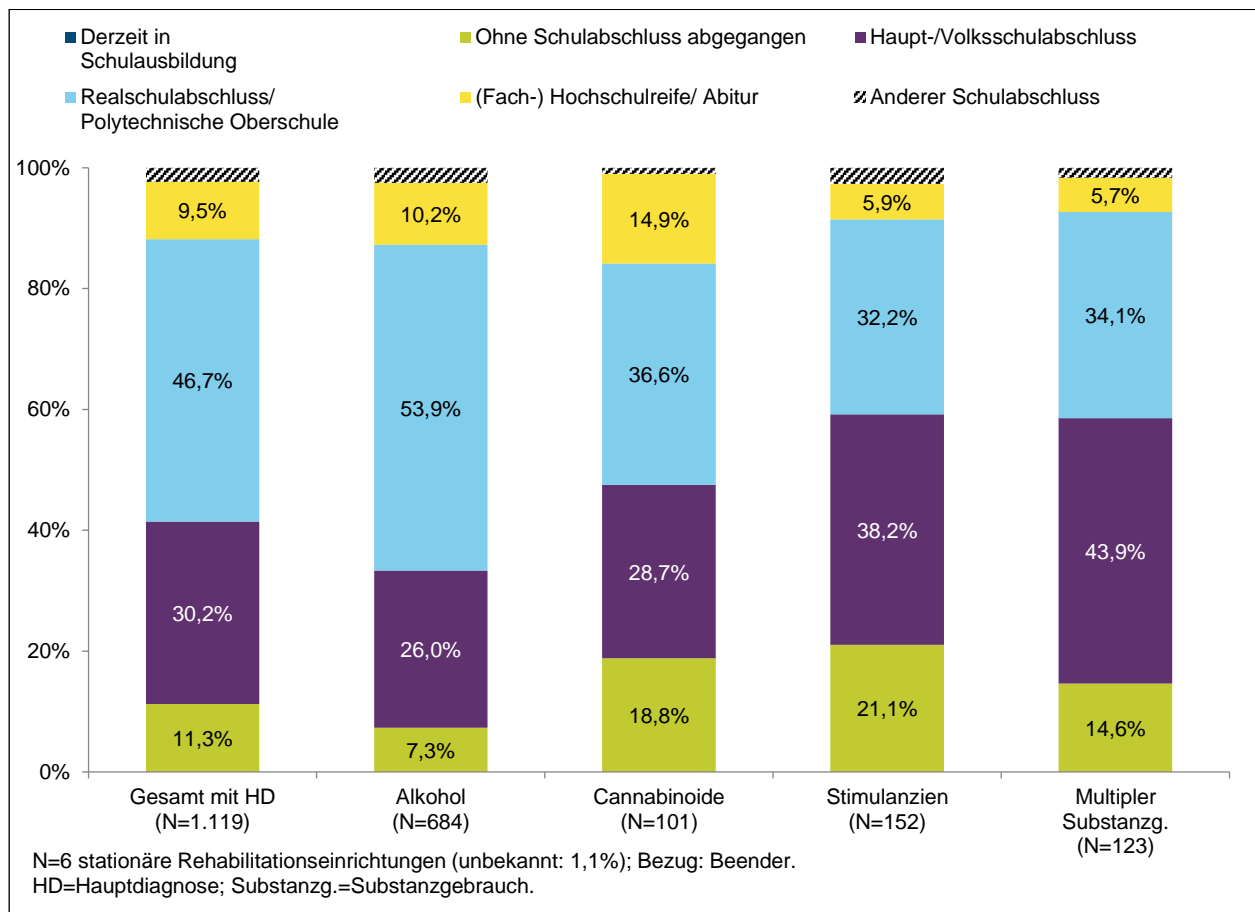
Unter Behandelten mit alkohol- (54 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (37 %) ist die Mittlere Reife der häufigste Schulabschluss. Bei Behandelten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (44 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (38 %) dominiert der Haupt- bzw. Volksschulabschluss.

Etwa ein Siebtel der Behandelten mit cannabinoidbezogenen Störungen hat das (Fach-)Abitur (15 %), unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen ist es ein Zehntel (10 %).

Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen (6 %) oder Störungen durch Multiplen Substanzkonsum (6 %) haben deutlich seltener das (Fach-)Abitur.

Ein Schulabbruch ist bei Behandelten mit Störungen durch illegale Substanzen (inkl. Cannabinoide) doppelt bis dreimal so häufig (Stimulanzien: 21 %; Cannabinoide: 19 %;

Multipler Substanzgebrauch: 15 %) wie unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (7 %).



**Abbildung 19 Schulbildung (Typ 2)**

### Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe haben 4 von 9 Betreuten die Mittlere Reife (44 %), etwa 3 von 10 Betreute die Berufsausbildungsreife (30 %) und etwa ein Neuntel verfügt über das (Fach-)Abitur (11 %). Ein Schulabbruch ist ebenfalls in einem von 9 Fällen (11 %) dokumentiert (Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 2,7 %; Bezug: Zugänge).

### 3.3.6 Erwerbsstatus

Bei der Einordnung des Anteils an arbeitsloser Klientel ist zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Anteile durch den Anteil der Nichterwerbspersonen – die unter anderem berentete bzw. pensionierte Personen sowie Personen in laufender schulischer bzw. akademischer Ausbildung beinhalten – beeinflusst werden und daher nicht im Sinne einer „Arbeitslosenquote“ interpretiert werden dürfen.

### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In ambulanten Einrichtungen bilden Erwerbstätige mit 4 von 9 Fällen (46 %) die größte Gruppe der Betreuten (siehe Abbildung 20). An zweiter Stelle folgen Hilfesuchende, die arbeitslos gemeldet sind (Bezug von Arbeitslosengeld (ALG I) oder Bürgergeld), wobei der Bezug von Bürgergeld mit etwa einem Viertel der Klientel (26 %) etwa viermal so häufig ist wie der Bezug von ALG I (6 %). Berufliche Rehabilitation spielt unter ambulant Betreuten praktisch keine Rolle.

Erwerbstätige bilden die größte Untergruppe bei Betreuten mit alkohol- (52 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (42 %). Arbeitslosigkeit (Summe aus Bezug von ALG I und Bürgergeld) dominiert hingegen bei Hilfesuchenden mit Multiplem Substanzgebrauch (arbeitslos: 49 %; hierbei 42 % Bürgergeldbezug) oder stimulanzenbezogenen Störungen (arbeitslos: 44 %; hierbei 38 % Bürgergeldbezug). In der Klientel mit opioidbezogenen Störungen halten sich Erwerbstätigkeit (38 %) und Arbeitslosigkeit (arbeitslos: 36 %; hierbei 32 % Bürgergeldbezug) in etwa die Waage.

Ein besonders hoher Anteil an Nichterwerbspersonen findet sich unter Betreuten mit cannabinoid- (28 %) oder opioidbezogenen Störungen (26 %). Unter Betreuten mit alkohol- (20 %) und stimulanzenbezogenen Störungen (20 %) oder Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (21 %) gehört jeweils etwa ein Fünftel dieser Gruppe an.

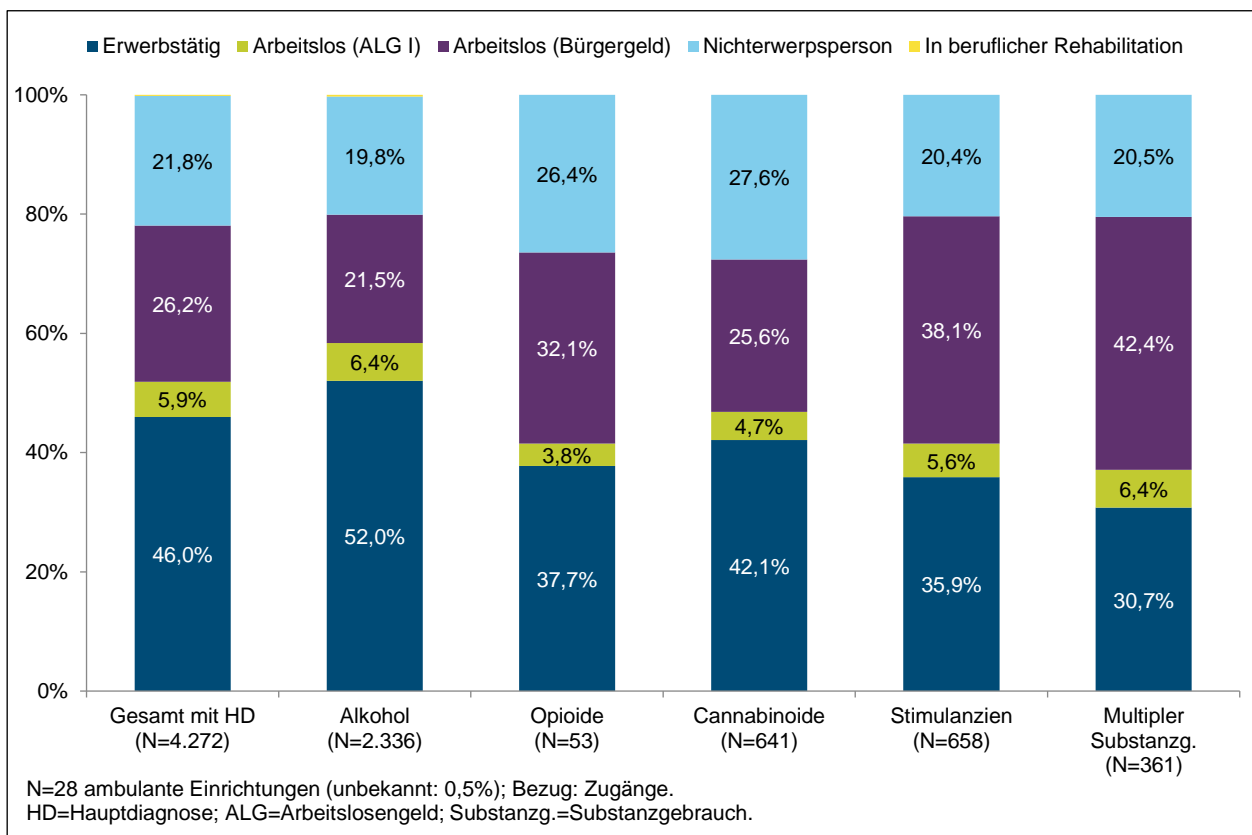


Abbildung 20 Erwerbsstatus (Typ 1)

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen ist insgesamt knapp die Hälfte der Behandelten arbeitslos. Der Bezug von Bürgergeld ist mit über einem Drittel (36 %) mehr als doppelt so häufig wie der Bezug von ALG I (16 %; siehe Abbildung 21). Gut ein Viertel der Behandelten ist erwerbstätig (28 %) und ein Fünftel zählt zu den Nichterwerbspersonen (20 %). Personen in beruflicher Rehabilitation werden nur vereinzelt behandelt.

Grundsätzlich ist Arbeitslosigkeit in allen Gruppen die häufigste Erwerbssituation (Summe ALG I und Bürgergeld). Hierbei ist der Bezug von Bürgergeld bei Behandelten mit Störungen durch illegale Substanzen (Cannabinoide: 53 %; Stimulanzien: 52 %, Multipler Substanzgebrauch: 48 %) deutlich weiter verbreitet als bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen (28 %). Hinsichtlich des Bezugs von ALG I ergeben sich nur geringe Anteilsunterschiede (Alkohol: 17 %; Multipler Substanzgebrauch: 15 %; Cannabinoide: 13 %; Stimulanzien: 13 %). Entsprechend sind Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen mindestens doppelt so häufig erwerbstätig (36 %) wie Hilfesuchende in den übrigen betrachteten Gruppen (Multipler Substanzgebrauch: 17 %; Cannabinoide: 15 %; Stimulanzien: 10 %).

Etwa ein Viertel der Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen sind Nichterwerbspersonen (24 %). In den übrigen Gruppen liegt dieser Anteilswert bei (knapp) einem Fünftel (Multipler Substanzgebrauch: 20 %; Cannabinoide: 19 %; Alkohol: 18 %).

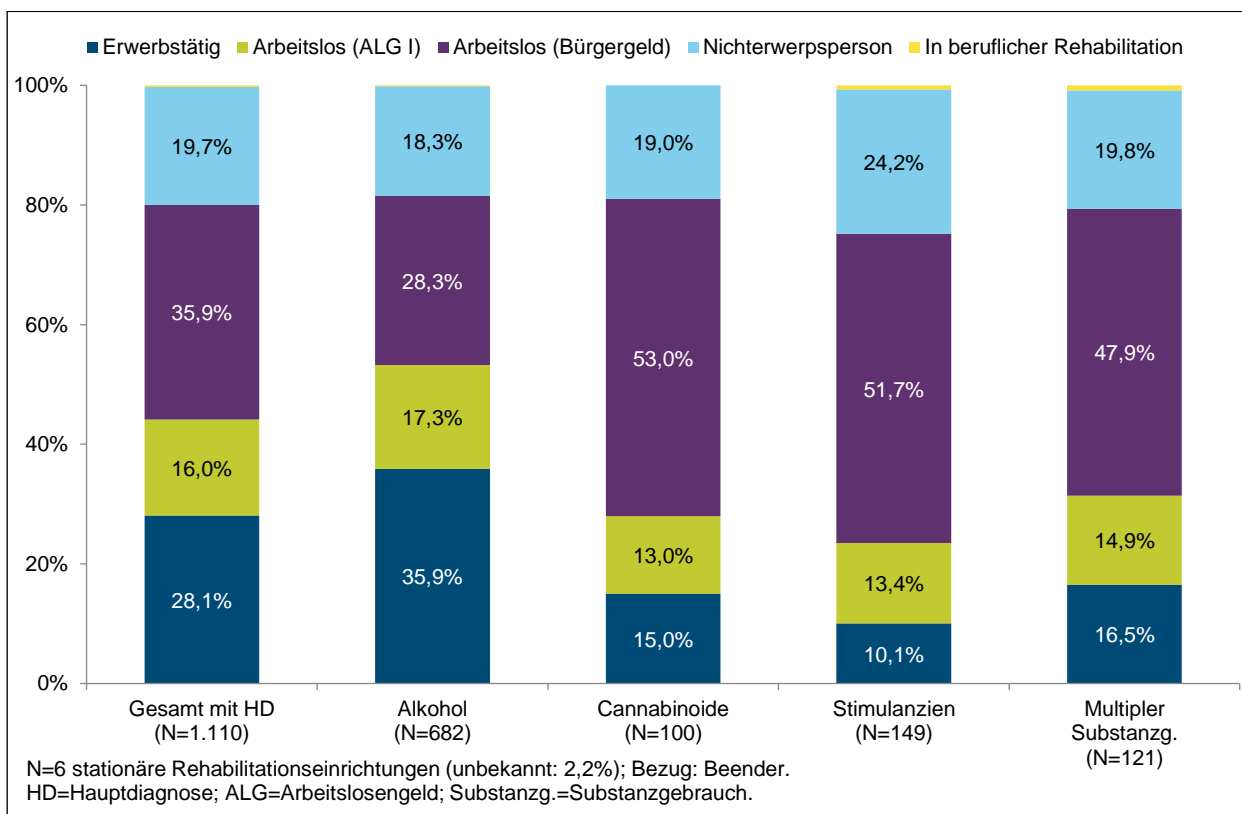


Abbildung 21 Erwerbsstatus (Typ 2)

### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe beziehen 5 von 9 Betreuten Bürgergeld (54 %), ein Drittel gehört zur Gruppe der Nichterwerbspersonen (32 %). Erwerbstätig sind nur wenige Betreute (6 %), während jeweils nur ein vernachlässigbarer Anteil ALG I bezieht oder sich in ambulanter Rehabilitation befindet (Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 2,7 %; Bezug: Zugänge).

### **3.3.7 Elternschaft für minderjährige Kinder**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

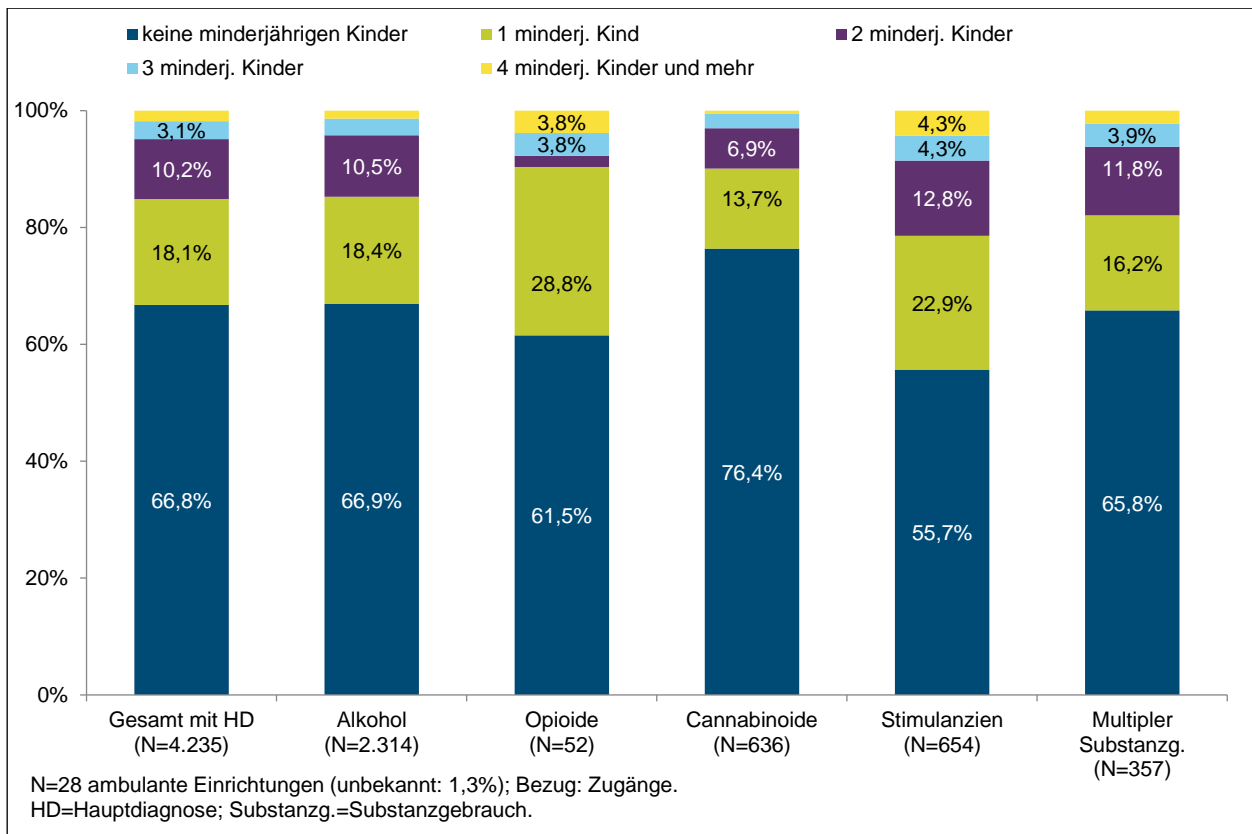
In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) haben zwei Drittel der Betreuten keine minderjährigen Kinder (67 %; siehe Abbildung 22). Knapp ein Fünftel hat ein minderjähriges Kind (18 %) und ein Zehntel hat 2 minderjährige Kinder (10 %). Eltern mit 3 minderjährigen Kindern sind selten (3 %), während Konstellationen mit 4 oder mehr minderjährigen Kindern Ausnahmefälle darstellen. Im Durchschnitt haben ambulant betreute Eltern minderjähriger Kinder 1,7 minderjährige Kinder.

Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen haben in 5 von 9 Fällen keine minderjährigen Kinder (56 %), bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen trifft dies auf 3 von 4 Fälle zu (76 %). In den übrigen betrachteten Gruppen liegt der Anteil jeweils bei etwa zwei Dritteln (Multipler Substanzgebrauch: 66 %; Alkohol: 67 %; Opiode: 62 %).

Unter den Betreuten mit Kindern überwiegt die Konstellation mit einem minderjährigen Kind (Opiode: 29 %; Stimulanzen: 23 %; Alkohol: 18 %; Multipler Substanzgebrauch: 16 %; Cannabinoide: 14 %). Eine Elternschaft von 2 minderjährigen Kindern kommt bei Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (13 %), Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (12 %) oder alkoholbezogenen Störungen (11 %) häufiger vor als bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen (7 %) oder opioidbezogenen Störungen (<3 %).

Eine Elternschaft von 3 minderjährigen Kindern betreffen einen ähnlich kleinen Anteil der Betreuten mit opioid- (4 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (4 %) bzw. mit Multiplen Substanzkonsum (4 %). Bei den beiden erstgenannten Gruppen tritt auch die Elternschaft für mindestens 4 minderjährige Kinder in vergleichbarem Umfang auf (Opiode: 4 %; Stimulanzen: 4 %).

Im Mittel haben unter betreuten Eltern mit minderjährigen Kindern Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen die meisten minderjährigen Kinder (Ø 1,8 minderjährige Kinder), während Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen die wenigsten minderjährigen Kinder haben (Ø 1,5 minderjährige Kinder).



**Abbildung 22 Elternschaft für minderjährige Kinder (Typ 1)**

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) haben gut zwei Drittel der Behandelten keine minderjährigen Kinder (66 %; siehe Abbildung 23). Ein Fünftel hat ein minderjähriges Kind (20 %) und knapp ein Zehntel hat 2 minderjährige Kinder (9 %). Konstellationen mit 3 (4 %) oder mindestens 4 minderjährigen Kindern sind die Ausnahme. Im Gesamtdurchschnitt haben behandelte Eltern mit minderjährigen Kindern 1,6 minderjährige Kinder.

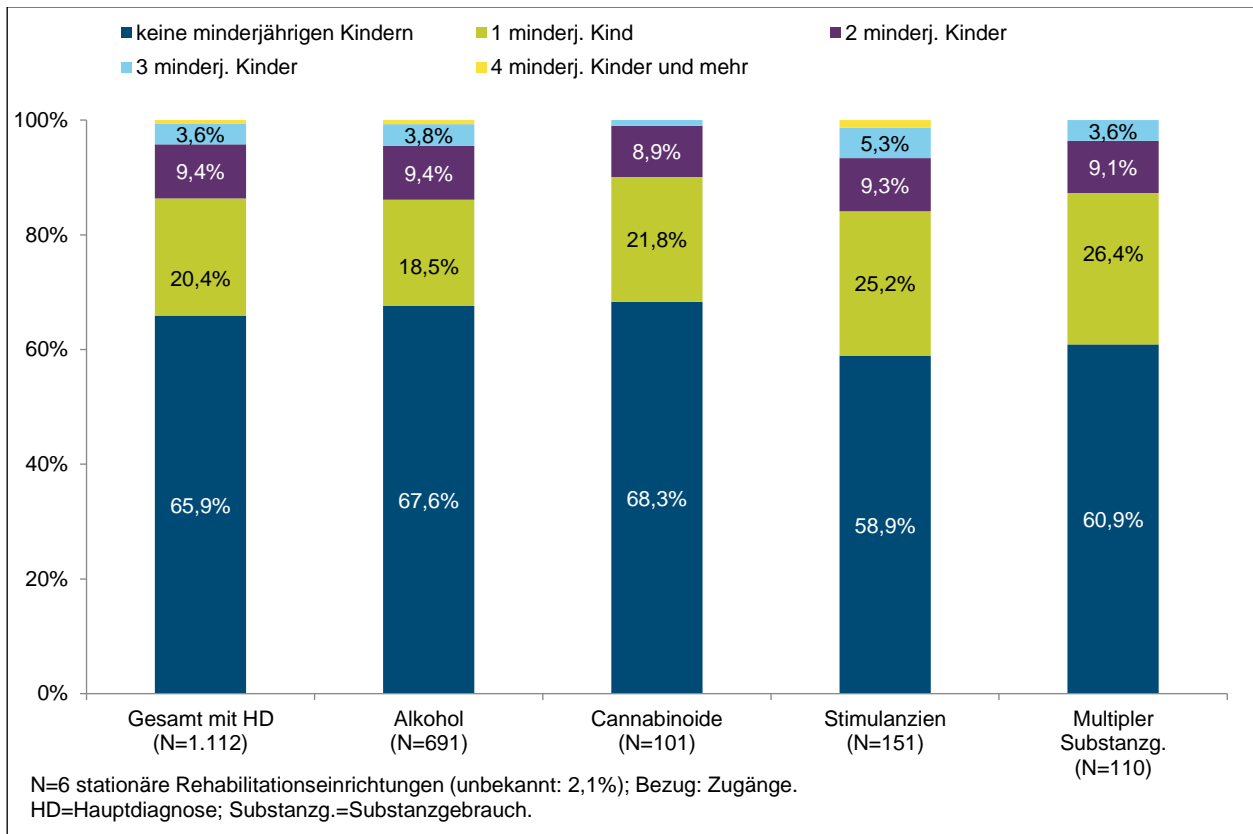
Hilfesuchende mit alkohol- (68 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (68 %) haben in 2 von 3 Fällen keine minderjährigen Kinder und Hilfesuchende mit Multiplern Substanzgebrauch (61 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (59 %) in 3 von 5 Fällen.

Unter Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen hat ein Fünftel ein minderjähriges Kind (19 %), unter Behandelten mit cannabinoid- (22 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (25 %) sowie Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs (26 %) ist es jeweils ein Viertel. In allen betrachteten Gruppen hat ein Elftel der Behandelten 2 minderjährige Kinder (Alkohol: 9 %, Stimulanzien: 9 %, Multipler Substanzgebrauch: 9 %, Cannabinoide: 9 %).

Elternschaft für 3 minderjährige Kinder liegt jeweils bei einem kleinen Anteil der Behandelten mit stimulanzen- (5 %) oder alkoholbezogenen Störungen (4 %) bzw. mit Multiplern

Substanzgebrauch (4 %) vor, wohingegen eine Elternschaft für mindestens 4 minderjährige Kinder jeweils nur Einzelfälle betrifft.

Unter den behandelten Eltern mit minderjährigen Kindern haben Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen im Mittel die wenigsten minderjährigen Kinder (Ø 1,3 minderjährige Kinder) und Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen die meisten minderjährigen Kinder (Ø 1,6 minderjährige Kinder).



**Abbildung 23 Elternschaft für minderjährige Kinder (Typ 2)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Knapp 4 von 5 Hilfesuchenden aus Einrichtungen der Sozialen Teilhabe haben keine minderjährigen Kinder (78 %). Ein Zehntel hat ein minderjähriges Kind (10 %), der Anteil an Betreuten mit 2 minderjährigen Kindern ist noch geringer (7 %). Eine Elternschaft für 3 oder mehr minderjährigen Kindern besteht nur vereinzelt. Im Durchschnitt haben betreute Eltern mit minderjährigen Kindern 1,9 minderjährige Kinder (Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 2,7 %; Bezug: Zugänge).

### 3.4 Betreuungsbezogene Merkmale

#### 3.4.1 Zugangswege in die aktuelle Betreuung / Behandlung

##### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt sind Selbstmeldungen (46 %) der häufigste Zugangsweg in ambulante Suchthilfeeinrichtungen, gefolgt von Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (11 %) sowie durch allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (10 %) (siehe Abbildung 24).

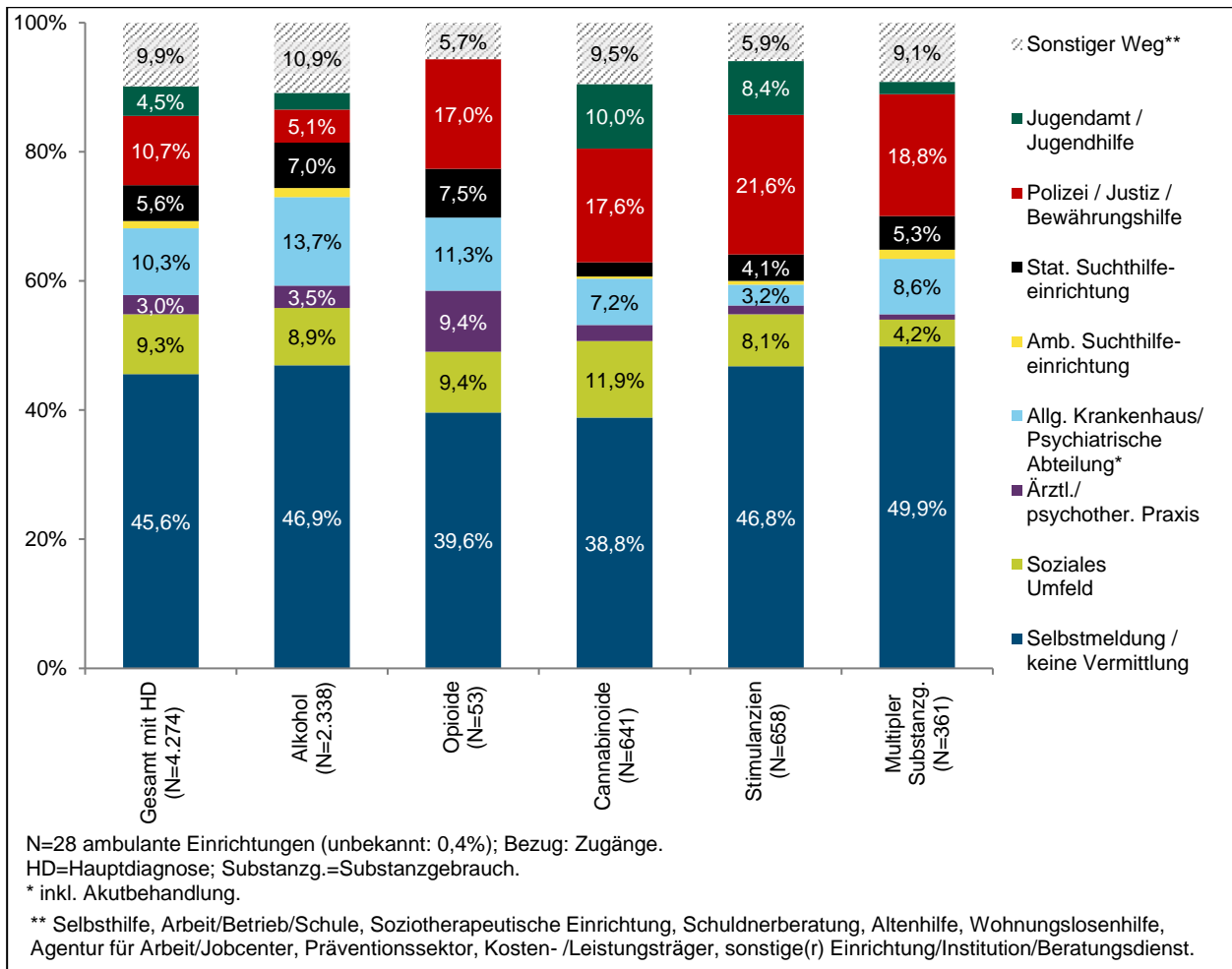


Abbildung 24 Zugangswege (Typ 1)

Die Selbstmeldung ist in allen Störungsgruppen der häufigste Zugangsweg. Ihr Anteil macht bei stimulanzen- (47 %) bzw. alkoholbezogenen Störungen (47 %) sowie bei Multiplem Substanzgebrauch (50 %) etwa die Hälfte der Fälle aus. Bei cannabinoid- (39 %) bzw. opioidbezogenen Störungen (40 %) beläuft sich der entsprechende Anteil auf etwa zwei Fünftel.

An zweiter Stelle stehen bei den Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (inkl. Cannabinoide) Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit einer Sechstel bis einem Fünftel der Vermittlungen (Stimulanzien: 22 %; Multipler Substanzgebrauch: 19 %;

Cannabinoide: 18 %; Opiode: 17 %). Bei alkoholbezogenen Störungen nehmen Vermittlungen durch allgemeine Krankenhäuser bzw. psychiatrische Einrichtungen, über die ein Siebtel der Klientel (14 %) in die ambulante Suchthilfe kommt, den zweiten Rang ein.

Den dritthäufigsten Zugangsweg bilden bei alkohol- (9 %), cannabinoid (12 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) Vermittlungen durch das soziale Umfeld und bei opioidbezogenen Störungen (11 %) bzw. Multiplem Substanzkonsum (9 %) allgemeine Krankenhäuser bzw. psychiatrische Einrichtungen.

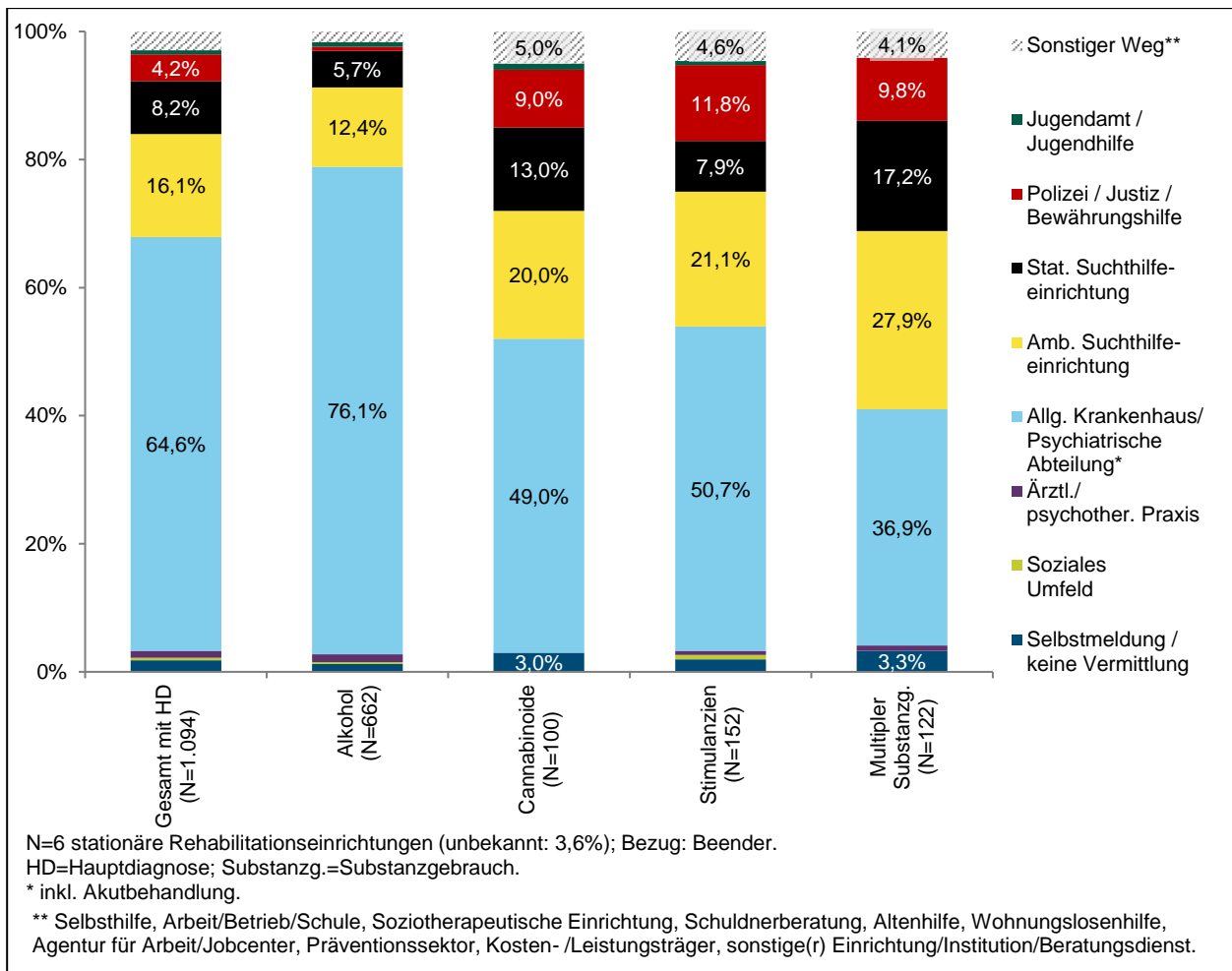
Zudem spielen insbesondere für Hilfesuchende mit opioid- (9 %) aber auch alkoholbezogenen Störungen (4 %) ärztliche bzw. Psychotherapeutische Praxen als Vermittlungsinstanz eine gewisse Rolle. Bei Hilfesuchenden mit cannabinoid- (10 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) gilt dies für Einrichtungen der Jugendhilfe.

#### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Etwa zwei Drittel der Behandelten werden über allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung vermittelt (65 %; siehe Abbildung 25). Weitere 16 % gelangen über ambulante Suchthilfeeinrichtungen in die Behandlung. In 8 % der Fälle erfolgt die Vermittlung über andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen. Etwa eine von 25 Personen wird über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (4 %) in die Einrichtung vermittelt. Weitere Zugangswege spielen keine nennenswerte Rolle.

In allen Störungsgruppen erfolgt die Vermittlung überwiegend über allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen. Der Anteil ist bei alkoholbezogenen Störungen mit rund drei Vierteln besonders hoch (76 %). In den übrigen Gruppen ist der Anteil deutlich niedriger (Stimulanzen: 51 %; Cannabinoide: 49 %; Multipler Substanzgebrauch: 37 %).

Ambulante Suchthilfeeinrichtungen stellen in allen Gruppen den zweithäufigsten Zugangsweg dar (Multipler Substanzgebrauch: 28 %; Stimulanzen: 21 %; Cannabinoide: 20 %; Alkohol: 12 %). Vermittlungen durch (andere) stationäre Suchthilfeeinrichtungen bilden bei den meisten Gruppen den dritthäufigsten Zugangsweg (Multipler Substanzgebrauch: 17 %; Cannabinoide: 13 %; Stimulanzen: 8 %). Bei Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen stehen Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (12 %) noch vor den Vermittlungen durch (andere) stationäre Suchthilfeeinrichtungen (8 %) an dritter Stelle. Auch bei den übrigen Störungen durch illegale Substanzen erfolgt ein Teil der Zugänge über diese Institutionen (Multipler Substanzgebrauch: 11 %; Cannabinoide: 9 %).



**Abbildung 25 Zugangswege (Typ 2)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Ein Viertel, der in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe betreuten Klientel, wird über stationäre Suchthilfeeinrichtungen (25 %) oder allgemeine Krankenhäuser / Psychiatrische Einrichtungen (23 %) vermittelt. Etwa ein Fünftel kommt eigeninitiativ über Selbstmeldung (18 %) in die Betreuung. Etwa ein Elftel der Hilfesuchenden gelangt direkt über Kostenträger (9 %) oder (andere) Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (9 %) in die Betreuung. Andere vermittelnde Instanzen spielen eine untergeordnete Rolle (Stichprobe: N = 110 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 14 Einrichtungen; unbekannt: 3,3 %; Bezug: Zugänge).

### 3.4.2 Erstbetreuungen

Insgesamt hat etwas mehr als ein Drittel der in ambulanten Einrichtungen betreuten Klientel im Vorfeld der aktuellen Betreuung noch keinerlei suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen (36 %; siehe Abbildung 26). Erstbetreuungen sind in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (48 %) mit knapp der Hälfte der Fälle deutlich häufiger als bei den übrigen Gruppen (Alkohol: 35 %; Stimulanzien: 29 %; Opioide: 23 %; Multipler Substanzgebrauch: 20 %).

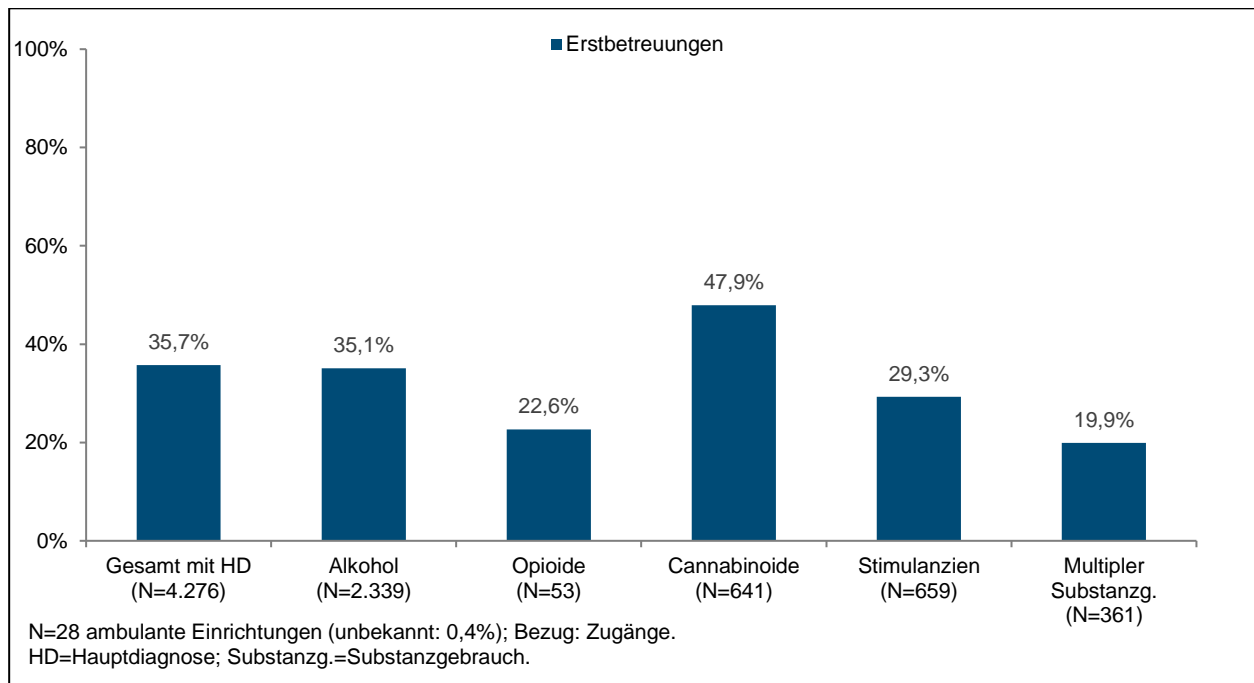


Abbildung 26 Erstbetreuungen (Typ 1)

### 3.4.3 Hauptmaßnahmekategorie

#### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Die in ambulanten Einrichtungen betreute Klientel erhält insgesamt (94 %) sowie in den betrachteten Gruppen (82 % bis 97 %) überwiegend eine Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe „Beratung & Betreuung“ (siehe Tabelle 3). Bei Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen bzw. Multiplen Substanzgebrauch wird in einem nennenswerten Anteil der Fälle eine Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe „Suchtbehandlung“ (3 %) erbracht. Hauptmaßnahmen aus der Maßnahmengruppe „Justiz“ treten vor allem bei opioid- (16 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) sowie bei Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (6 %) auf.

**Tabelle 3 Hauptmaßnahmekategorie (Typ 1)**

	<b>Gesamt mit HD (N=3.860)</b>	<b>Alkohol (N=2.104)</b>	<b>Opiode (N=56)</b>	<b>Cannabinoide (N=590)</b>	<b>Stimulanzien (N=616)</b>	<b>Multipler Substanzg. (N=296)</b>
<b>Beratung &amp; Betreuung</b>	94,0%	94,7%	82,1%	97,1%	90,1%	91,2%
<b>Suchtbehandlung</b>	2,3%	3,0%	1,8%	0,5%	1,5%	2,7%
<b>Soziale Teilhabe</b>	0,5%	0,7%	0,0%	0,2%	0,3%	0,3%
<b>Justiz</b>	3,3%	1,5%	16,1%	2,2%	8,1%	5,7%
<b>Andere Maßnahmengruppe*</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

\* Prävention und Frühintervention, Akutbehandlung, Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Suchtberatung im Betrieb, Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung, Altenhilfe und Pflege, Selbsthilfe.

N =28 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 0,2%); Bezug: Beender. HD=Hauptdiagnose; Substanzg=Substanzgebrauch

#### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

In stationären Rehabilitationseinrichtungen erhalten alle behandelten Personen Maßnahmen aus der Maßnahmengruppe „Suchtbehandlung“ (N = 1.132 Fälle in N = 6 Einrichtungen; unbekannt: 0,0 %; Bezug: Beender).

#### *Einrichtungen der sozialen Teilhabe (Typ 5)*

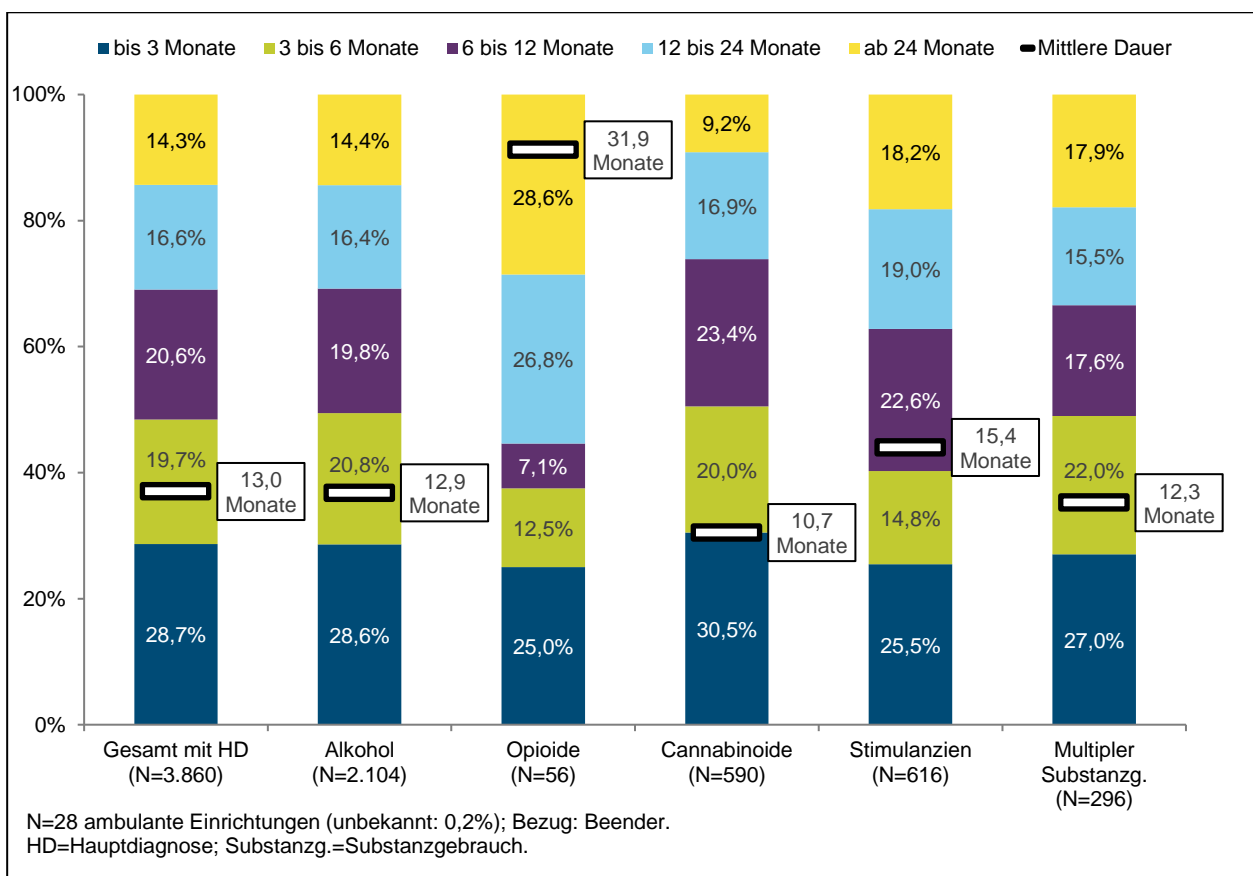
In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe dominieren Hauptmaßnahmen aus der Maßnahmengruppe „Eingliederungshilfe“ (82 %). Jeweils etwa ein Zwölftel der Betreuten erhält eine Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe „Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung“ (9 %) oder der Maßnahmengruppe „Beratung und Betreuung“ (9 %). Weitere Maßnahmengruppen spielen keine Rolle (Stichprobe: N = 114 Fälle mit Hauptdiagnose in 14 Einrichtungen; unbekannt; 2,4 %; Bezug: Beender).

### **3.4.4 Dauer der Betreuung / Behandlung**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

In ambulanten Einrichtungen dauern Betreuungen im Mittel 13 Monate (siehe Abbildung 27). Der Schwerpunkt liegt auf Kurzzeitbetreuungen von bis zu 3 Monaten (29 %). Etwa ein Drittel der Betreuungen dauern mindestens 1 Jahr (31 %), wobei Betreuungen mit einer Dauer von 12 bis 24 Monaten (17 %) häufiger sind als solche mit einer Dauer von über 24 Monaten (14 %). In den meisten Gruppen beläuft sich die durchschnittliche Betreuungsdauer auf etwa ein Jahr (Alkohol: Ø 13 Monate; Multipler Substanzgebrauch: Ø 12 Monate; Cannabinoide: Ø 11 Monate). Betreuungen im Kontext von stimulanzenbezogenen Störungen dauern im Mittel etwas länger (Ø 15 Monate). Die mit Abstand längste mittlere Betreuungsdauer findet sich mit über 2,5 Jahren bei Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (32 Monate).

Entsprechend kommt es bei opioidbezogenen Störungen am häufigsten zu Betreuungen mit einer Dauer von über 2 Jahren (29 %). Allerdings sind Kurzzeitbetreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten mit einem Viertel (25 %) ähnlich häufig wie bei stimulanzenbezogenen Störungen (26 %) oder bei Multiplem Substanzgebrauch (27 %). Etwas höher ist der entsprechende Anteil mit 3 von 10 Fällen bei alkohol- (29 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (31 %). Langzeitbetreuungen mit einer Dauer von mehr als 2 Jahren finden sich hier bei einem Elftel bis einem Sechstel der Fälle (Stimulanzen: 18 %; Multipler Substanzgebrauch: 18 %; Alkohol: 14 %; Cannabinoide: 9 %). Damit erhalten Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen schwerpunktmäßig Langzeitbetreuungen, während Betreute aus den übrigen Gruppen überwiegend Kurzzeitbetreuungen erhalten.

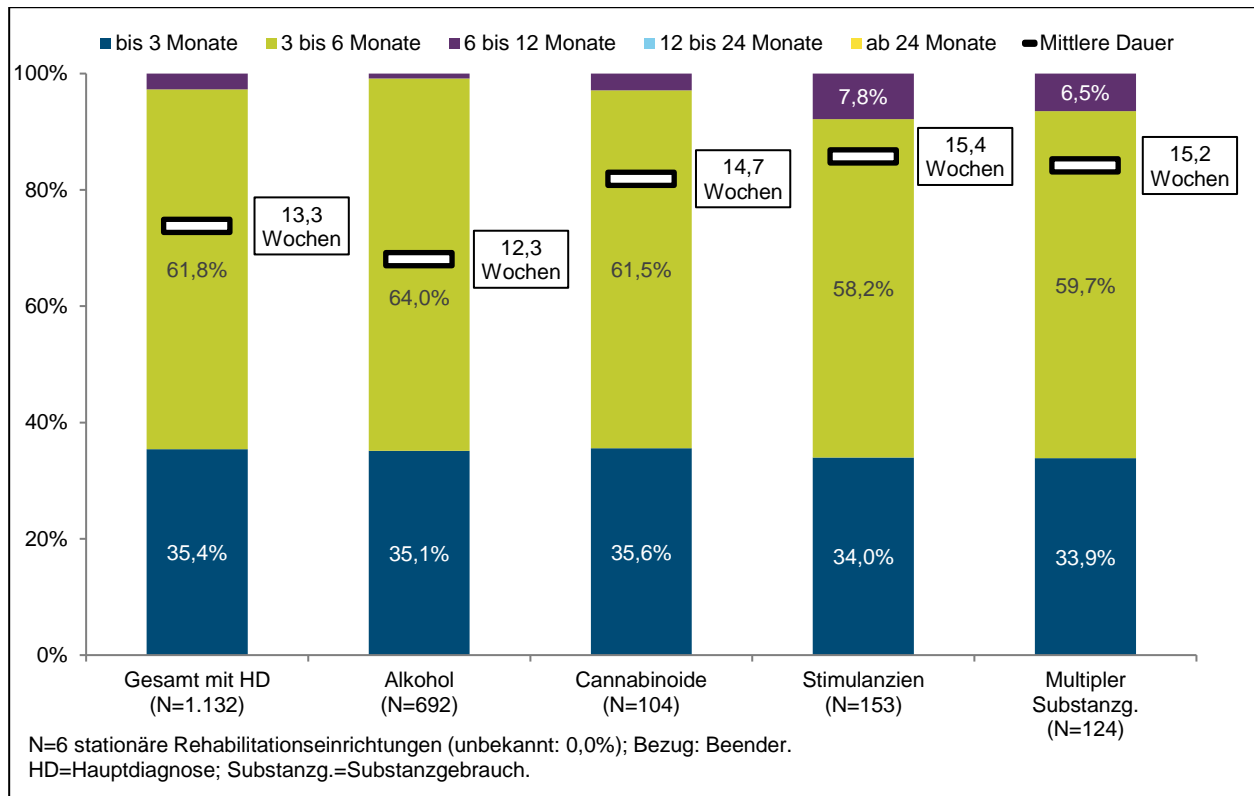


**Abbildung 27 Mittlere Betreuungsdauer (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen dauern im Mittel 13 Wochen (Ø 3 Monate; siehe Abbildung 28). Hierbei ist die durchschnittliche Behandlungsdauer für Behandelte mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen jeweils identisch (Cannabinoide: Ø 15 Wochen; Multipler Substanzgebrauch: Ø 15 Wochen; Stimulanzen: Ø 15 Wochen) und etwas länger als bei alkoholbezogenen Störungen (Ø 12 Wochen). Insgesamt dauert gut ein Drittel der Behandlungen bis zu 3 Monaten (35 %),

nahezu alle übrigen Behandlungen dauern 3 bis 6 Monate (62 %). Der Anteil an Kurzzeitbetreuungen ist bei allen betrachteten Gruppen ähnlich (Cannabinoide: 36 %; Alkohol: 35 %; Multipler Substanzgebrauch: 34 %; Stimulanzen: 34 %), allerdings kommt es nur bei stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) und Multiplern Substanzgebrauch (7 %) in nennenswertem Umfang zu Betreuungen, die länger als 6 Monate dauern.



**Abbildung 28 Mittlere Behandlungsdauer (Typ 2)**

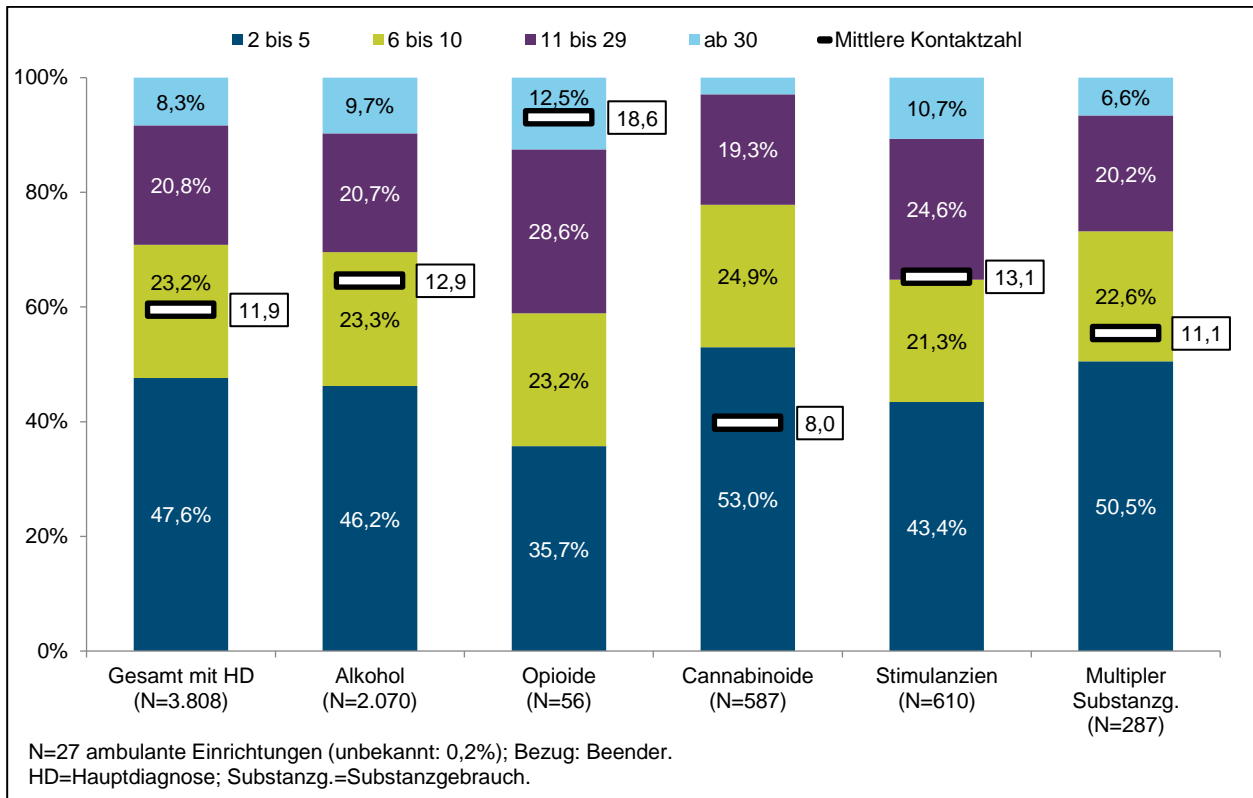
*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Betreuungen in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe sind auf eine lange Dauer ausgelegt: Die mittlere Betreuungsdauer beträgt 27 Monate. Rund zwei Fünftel der Hilfesuchenden werden länger als 2 Jahre betreut (40 %) und etwa ein Siebtel zwischen einem und 2 Jahren (14 %). Auf Betreuungen von 6 bis 12 Monaten entfällt ein Fünftel der Fälle (20 %) und nur ein kleiner Anteil der Hilfesuchenden erhält eine Kurzzeitbetreuung von bis zu 3 Monaten (6 %) (Stichprobe: N = 114 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 14 Einrichtungen; unbekannt: 2,4 %; Bezug: Beender).

### 3.4.5 Anzahl der Kontakte

#### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)<sup>6</sup>

Betreuungen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen umfassen im Mittel 12 Kontakte (siehe Abbildung 29). Bei etwa der Hälfte der Hilfesuchenden kommt es zu 2 bis 5 Kontakten (48 %) und bei etwa einem Zwölftel zu mehr als 30 Kontakten (8%).



**Abbildung 29 Kontaktzahl (Typ 1)**

Im Gruppenvergleich haben Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen im Durchschnitt die wenigsten Kontakte (Ø 8 Kontakte) und Betreute mit opioidbezogenen Störungen die meisten (Ø 19 Kontakte) innerhalb einer Betreuungsepisode. In den übrigen Gruppen liegt die durchschnittliche Kontaktzahl zwischen 11 und 13 Kontakten (Ø Alkohol: 13 Kontakte; Stimulanzien: Ø 13 Kontakte; Multipler Substanzgebrauch: Ø 11 Kontakte).

In allen Gruppen dominieren Betreuungen mit 2 bis 5 Kontakten. Der Anteil reicht von etwas mehr als einem Drittel bei opioidbezogenen Störungen (36 %) über 4 von 9 Fällen bei stimulanzen- (43 %) bzw. alkoholbezogenen Störungen (46 %) bis hin zu (gut) der Hälfte der Fälle bei Multiplem Substanzgebrauch (51 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (53 %).

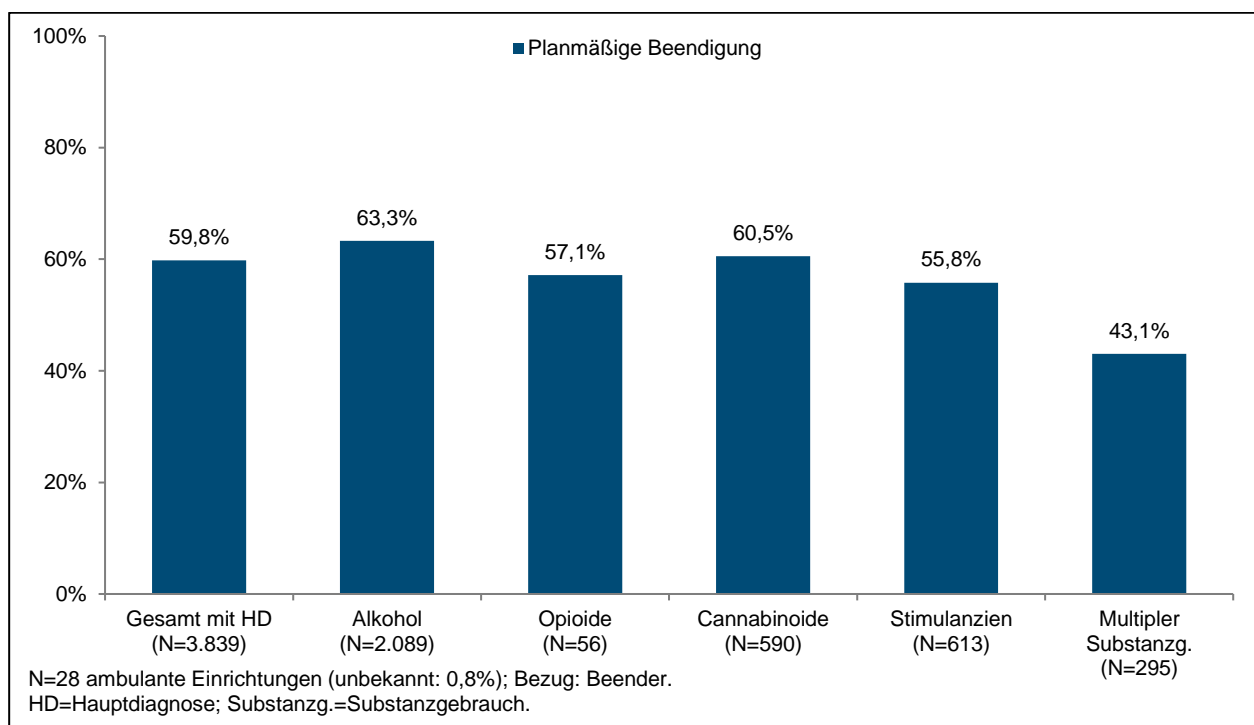
<sup>6</sup> Der Parameter Kontaktanzahl wird nur bei ambulanten Einrichtungen berichtet, da der Verweis auf Kontaktzahlen bei stationären Maßnahmen (insb. Maßnahmen in stationären Rehabilitationseinrichtungen) nicht sinnvoll erscheint.

Mehr als 30 Kontakte umfassen Betreuungen insbesondere bei Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (13 %), knapp gefolgt von Hilfesuchenden mit stimulanzen- (11 %) bzw. alkoholbezogenen Störungen (10 %). Derart kontaktintensive Betreuungen sind merklich seltener in der Klientel mit Multiplem Substanzgebrauch (7 %) und kommen bei der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen nur vereinzelt vor.

### 3.4.6 Planmäßige Beendigung

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

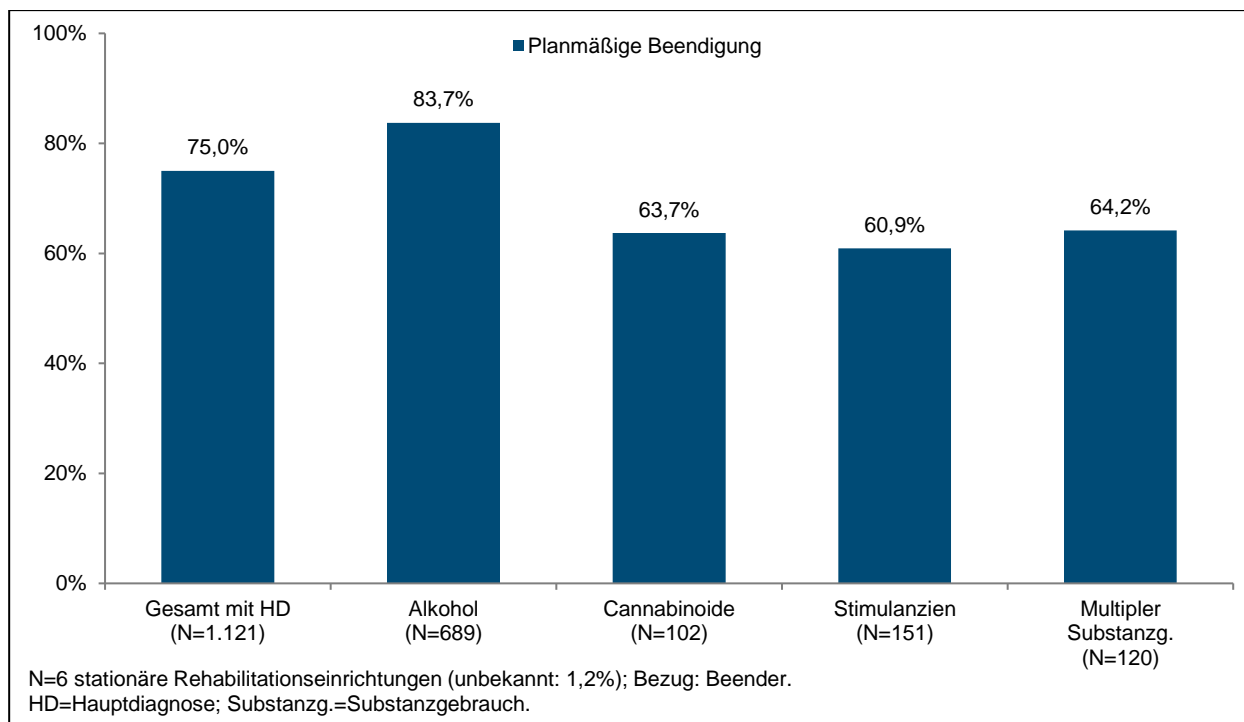
In ambulanten Einrichtungen enden insgesamt 6 von 10 Betreuungen planmäßig (60 %; siehe Abbildung 30). Diese sogenannte Haltequote ist unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen mit zwei Dritteln am höchsten (63 %). Es folgen Betreuungen im Kontext von cannabinoid- (61 %), opioid- (57 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (56 %). Hilfesuchende mit Multiplem Substanzgebrauch beenden ihre Betreuung in weniger als der Hälfte der Fälle planmäßig (43 %).



**Abbildung 30 Planmäßige Beendigungen (Typ 1)**

#### *Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

In stationären Rehabilitationseinrichtungen enden insgesamt drei Viertel der Behandlungen planmäßig (75 %, siehe Abbildung 31). Diese Haltequote ist bei alkoholbezogenen Störungen mit Abstand am höchsten (84 %). Bei Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen unterscheiden sich die Haltequoten nur unwesentlich (Multipler Substanzgebrauch: 64 %; Cannabinoide: 63 %; Stimulanzen: 61 %).



**Abbildung 31 Planmäßige Beendigungen (Typ 2)**

#### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe enden Betreuungen in 5 von 9 Fällen planmäßig (53 %; Stichprobe: N = 99 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 12 Einrichtungen; unbekannt: 2,9 %; Bezug: Beender).

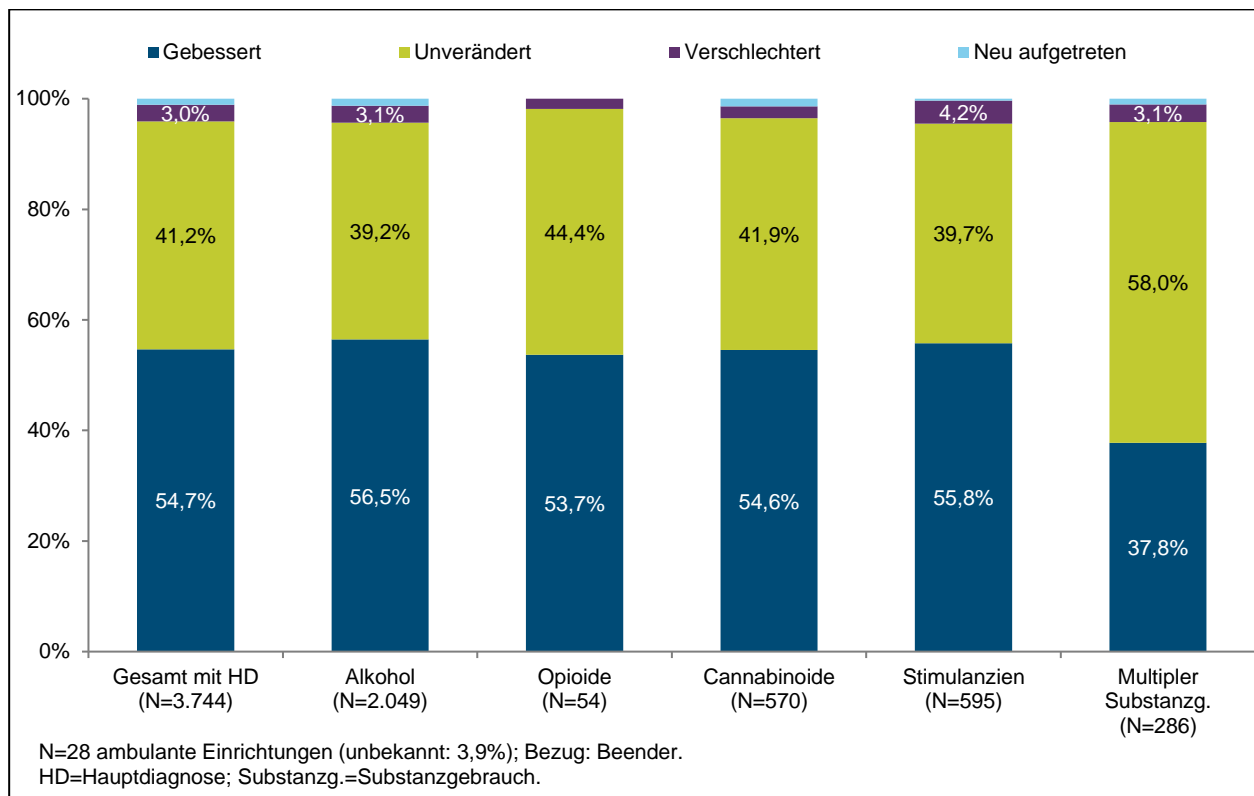
### **3.4.7 Entwicklung der Suchtproblematik**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

In ambulanten Einrichtungen zeigt sich am Betreuungsende bei insgesamt 5 von 9 Hilfesuchenden eine Verbesserung der Suchtproblematik (55 %) und bei zwei Fünfteln eine Stabilisierung des Ausgangsniveaus (41 %; siehe Abbildung 32). Eine Verschlechterung wird nur bei einem kleinen Anteil der Betreuten dokumentiert (3 %), ein Neuauftreten nur in Einzelfällen.

Jeweils etwa 5 von 9 Betreuten mit alkohol- (57 %), opioid- (54 %), stimulanzien- (56 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (55 %) erfahren eine Verbesserung der anfänglichen Suchtproblematik. In (gut) 2 von 5 Fällen kommt es zu einer Stabilisierung (Opioide: 44 %; Cannabinoide: 42 %; Stimulanzien: 40 %; Alkohol: 39 %). Bei Betreuten mit Multiplem Substanzgebrauch ist das Verhältnis umgekehrt, bei knapp zwei Fünfteln zeigt sich eine Verbesserung (38 %) und bei knapp drei Fünfteln eine Stabilisierung (58 %). Zudem wird bei einem berichtenswerten Anteil der Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (3 %),

Multiplen Substanzgebrauch (3 %) oder stimulanzenbezogenen Störungen (4 %) eine Verschlechterung dokumentiert.

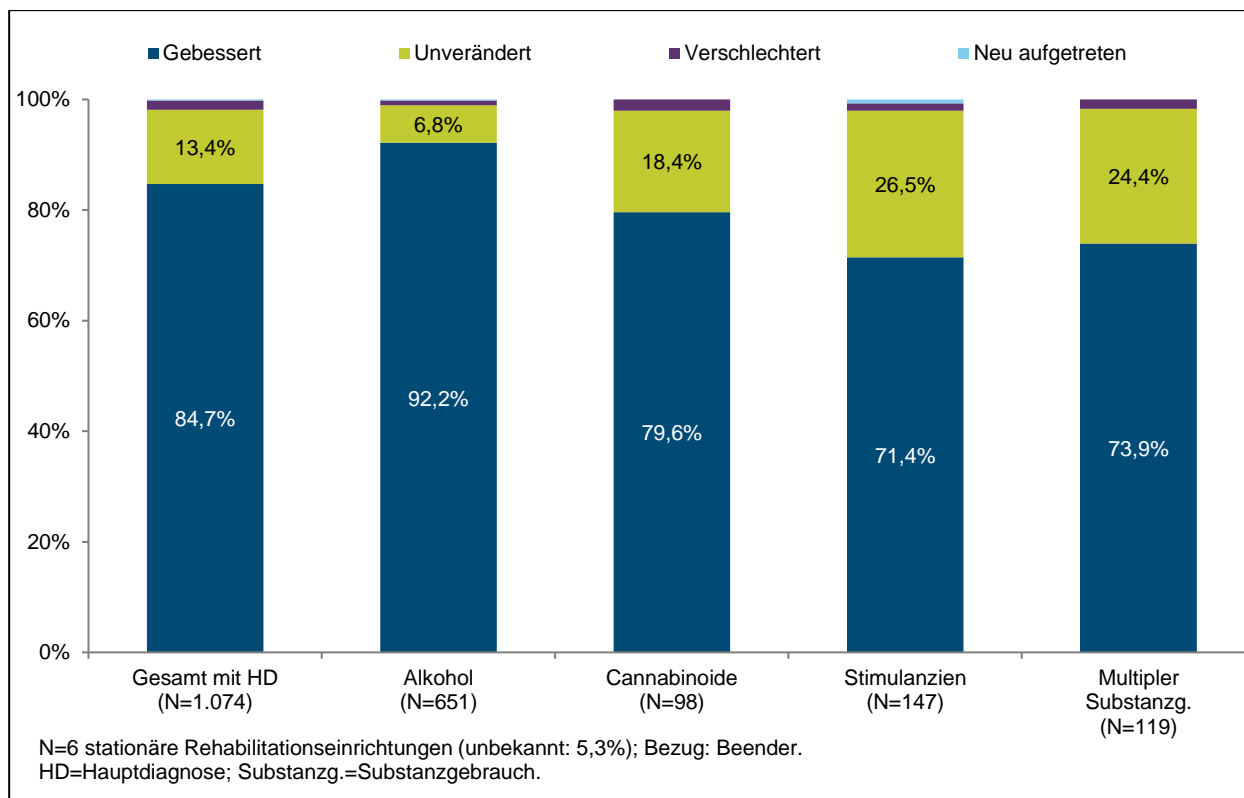


**Abbildung 32 Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Typ 1)**

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen hat sich die Suchtproblematik am Behandlungsende bei einem Großteil der Behandelten verbessert (85 %), eine Stabilisierung zeigt sich bei fast allen anderen Fällen (13 %; siehe Abbildung 33).

Während über 9 von 10 Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (92 %) bzw. 8 von 10 Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (80 %) eine Verbesserung erfahren, liegen die Anteilswerte bei Multiplen Substanzgebrauch mit 3 von 4 Fällen (74 %) und bei stimulanzenbezogenen Störungen mit 7 von 10 Fällen (71 %) niedriger. Entsprechend ist hier eine Stabilisierung mit jeweils (gut) einem Viertel der Fälle (Stimulanzen: 27 %, Multipler Substanzgebrauch: 24 %) weiter verbreitet als bei cannabinoid- (18 %) und alkoholbezogenen Störungen (7 %). In keiner der betrachteten Gruppen kommt es in nennenswertem Umfang zu einer Verschlechterung der Suchtproblematik oder einem Neuauftreten.



**Abbildung 33 Suchtproblematik am Ende der Behandlung (Typ 2)**

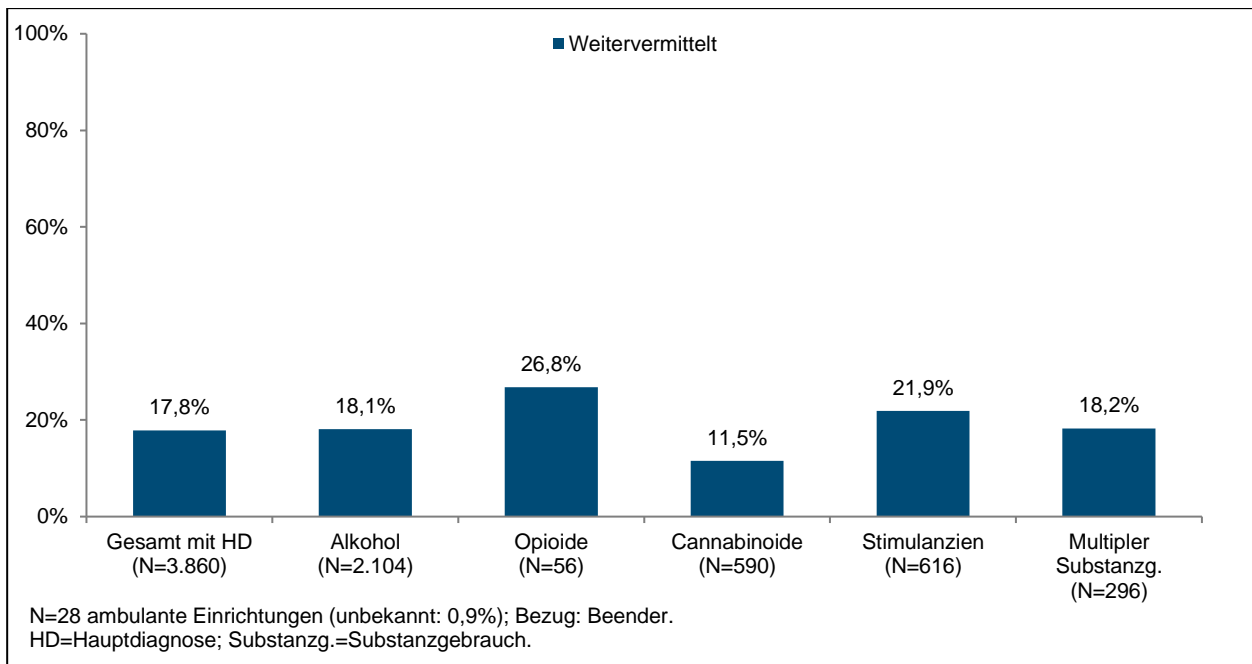
#### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe zeigt sich bei über der Hälfte (52 %) der Betreuten eine Verbesserung der Suchtproblematik, in knapp einem Drittel der Fälle (32 %) wird eine Stabilisierung erzielt. Ein Sechstel der Betreuten (16 %) erfährt hingegen eine Verschlechterung der Ausgangsproblematik. Ein Neuauftreten wird nicht dokumentiert (Stichprobe: N = 93 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 11 Einrichtungen; unbekannt: 2,0 %; Bezug: Beender).

### **3.4.8 Weitervermittlung**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

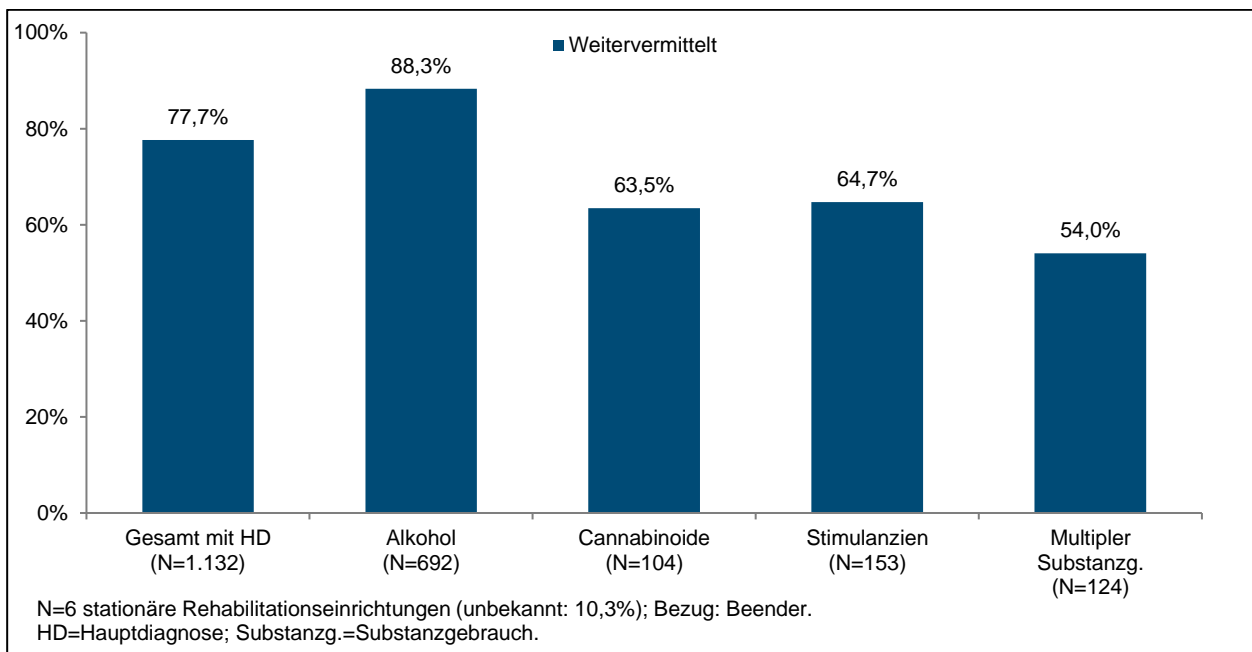
Aus ambulanten Einrichtungen wird insgesamt knapp ein Fünftel der betreuten Klientel am Ende der Maßnahme weitervermittelt (18 %; siehe Abbildung 34). Bei Betreuten mit opioidbezogenen Störungen ist die Weitervermittlungsquote mit gut einem Viertel am höchsten (27 %), bei cannabinoidbezogenen Störungen mit einem Achtel am niedrigsten (12 %). In den übrigen betrachteten Gruppen wird etwa ein Fünftel der Klientel am Betreuungsende weitervermittelt (Stimulanzien: 22 %; Alkohol: 18 %; Multipler Substanzgebrauch: 18 %).



**Abbildung 34 Weitervermittlungen (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Aus stationären Rehabilitationseinrichtungen werden am Ende der Behandlung knapp 8 von 10 Hilfesuchenden weitervermittelt (78 %; siehe Abbildung 35). Behandelte mit alkoholbezogenen Störungen werden in fast 9 von 10 Fällen weitervermittelt (88%) und damit deutlich häufiger als Behandelte mit Störungen in Folge des Konsums illegaler Substanzen (Stimulanzien: 65 %; Cannabinoide: 64 %; Multipler Substanzgebrauch: 54 %).



**Abbildung 35 Weitervermittlungen (Typ 2)**

### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Aus Einrichtungen der Sozialen Teilhabe werden etwa 4 von 9 Betreute weitervermittelt (43 %; Stichprobe: N = 106 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 6,1 %; Bezug: Beender).

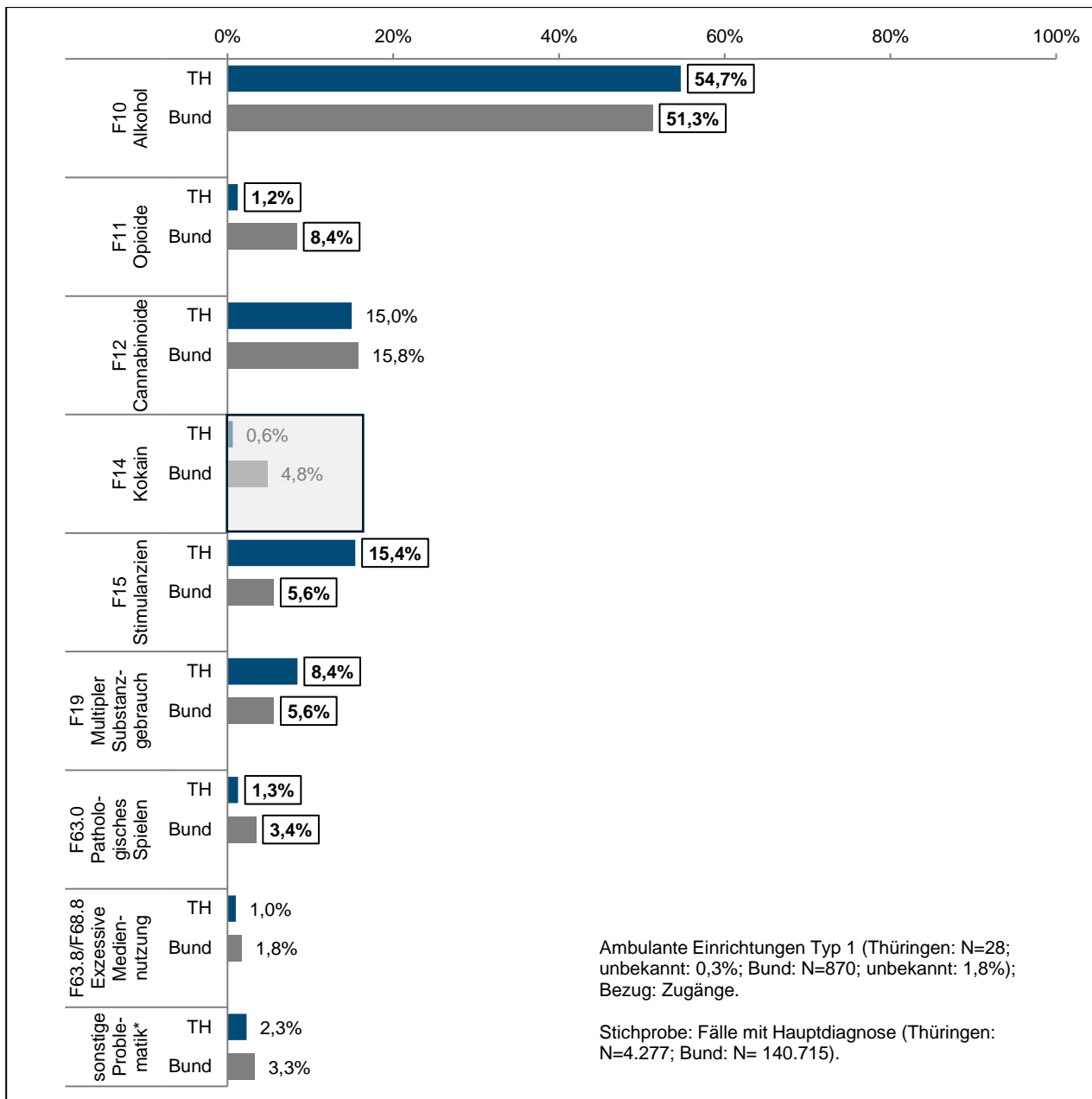
## **4 Vergleich zu den bundesweiten Daten**

In diesem Kapitel werden für ausgewählte Parameter die Thüringer Daten der Einrichtungstypen 1, 2 und 5 den entsprechenden Bundesdaten der DSHS (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025a, 2025b, 2025c) gegenübergestellt. Da die Thüringer Daten in den bundesweiten DSHS-Daten enthalten sind, werden diese als eine Teilstichprobe der DSHS aufgefasst (Bundesdaten als Grundgesamtheit). Die statistischen Tests auf Unterschiede adressieren daher die Repräsentativität der Teilstichprobe (Thüringen) für die Grundgesamtheit (DSHS). Hierbei wird bei  $p$ -Werten von  $\leq 0,05$  ein signifikanter Unterschied angenommen. Aus Gründen der Interpretierbarkeit der Unterschiede werden Klientelgruppen, bei denen für den interessierenden Parameter ein formelbasiert ermittelter kritischer Stichprobenumfang unterschritten wird, im Fließtext nicht interpretiert. Die betroffenen Hauptdiagnosen werden in den Grafiken jeweils kenntlich gemacht. Falls der Anteilswert sowohl in Thüringen als auch auf Gesamtbundesebene  $< 3\%$  ist, wird von einem Vergleich gänzlich abgesehen. Bei kleinen Anteilswerten bzw. Stichprobengrößen sollten die aus dem Vergleich resultierenden relativen Unterschiede nicht überinterpretiert werden.

### **4.1 Hauptdiagnoseverteilung**

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

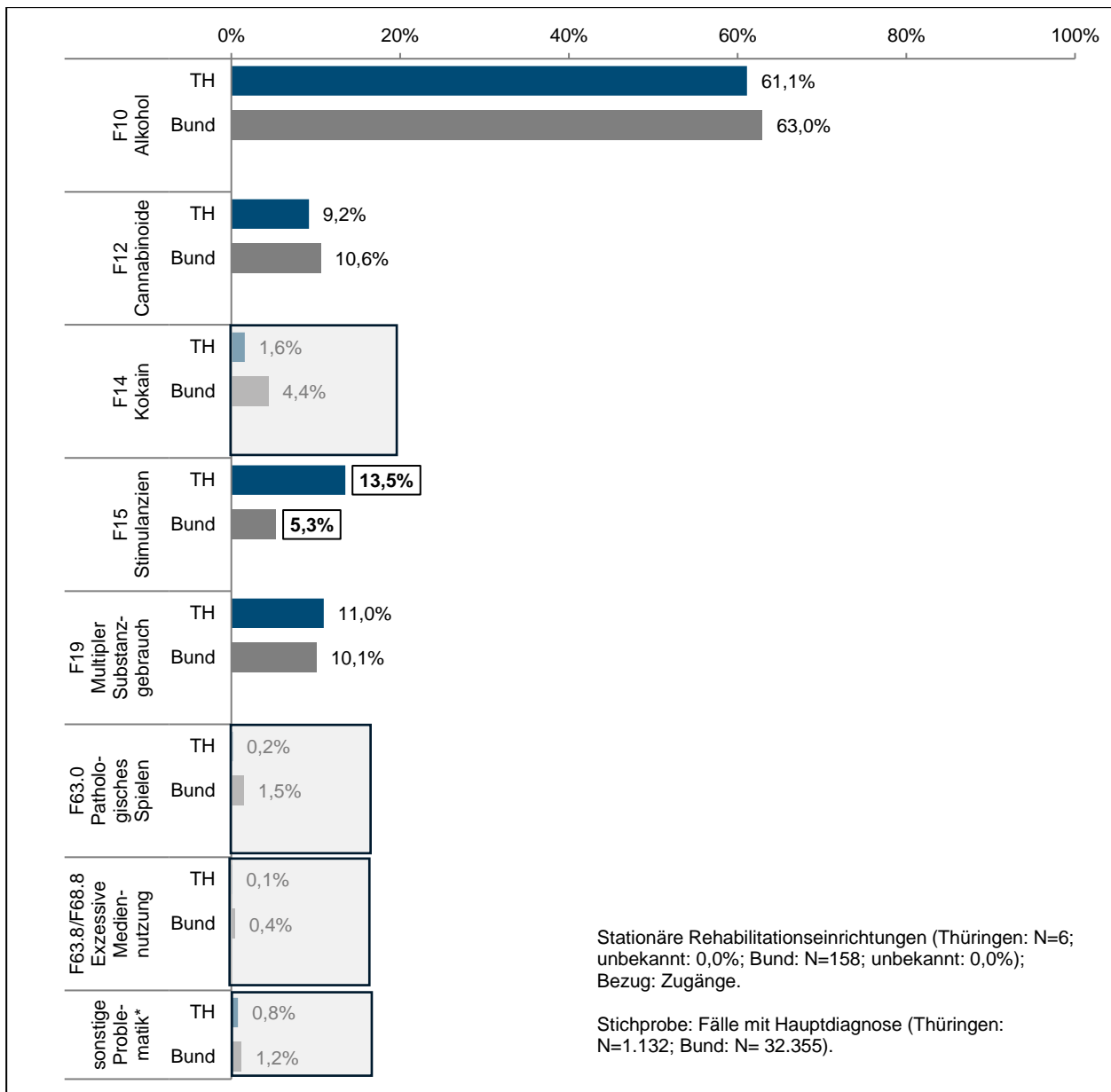
Die Hauptdiagnoseverteilung in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) Thüringens wird in Abbildung 36 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen bilden alkohol- (55 % vs. Bund 51 %; +7 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) bzw. stimulanzenbezogene Störungen (15 % vs. Bund 6 %; +176 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) sowie Multipler Substanzgebrauch (8 % vs. Bund 6 %; +51 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) häufiger den Betreuungsanlass als im Bundesgebiet insgesamt. Demgegenüber sind in Thüringen Betreuungen aufgrund von opioidbezogenen Störungen (1 % vs. Bund 8 %; -85 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) bzw. aufgrund einer Glücksspielproblematik (1 % vs. Bund 3 %; -63 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) seltener als auf Bundesebene.



**Abbildung 36 Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)**

### Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

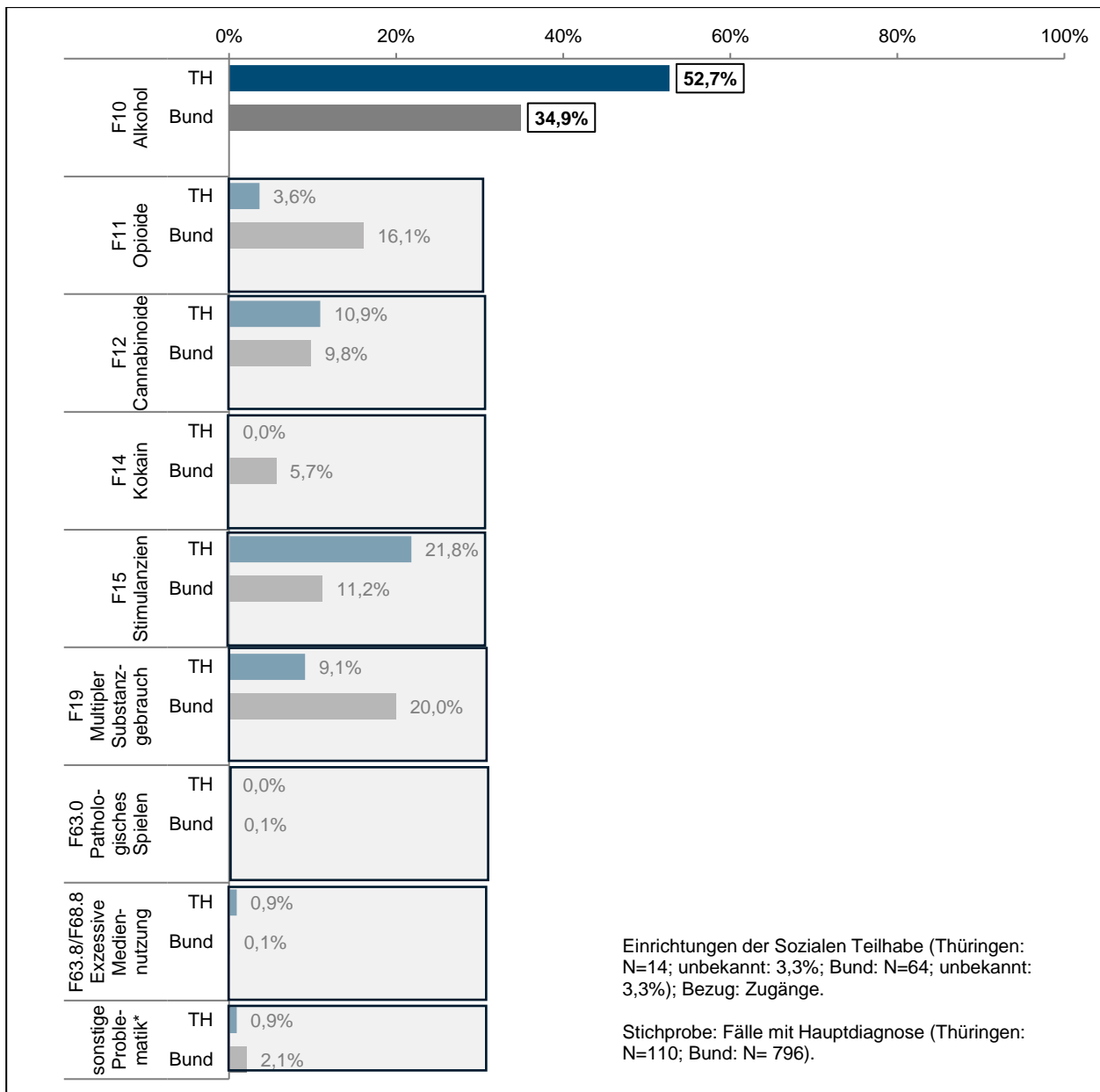
Die Hauptdiagnoseverteilung in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) Thüringens wird in Abbildung 37 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen sind Behandlungen aufgrund von stimulanzenbezogenen Störungen (14 % vs. Bund 5 %; +155 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) häufiger als bundesweit. Darüber hinaus lassen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen.



**Abbildung 37 Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Die Hauptdiagnoseverteilung in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) Thüringens wird in Abbildung 38 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen sind alkoholbezogenen Störungen (53 % vs. Bund 35 %; +18 % in Thüringen;  $p < 0,001$ ) häufiger als bundesweit. Darüber hinaus lassen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen.

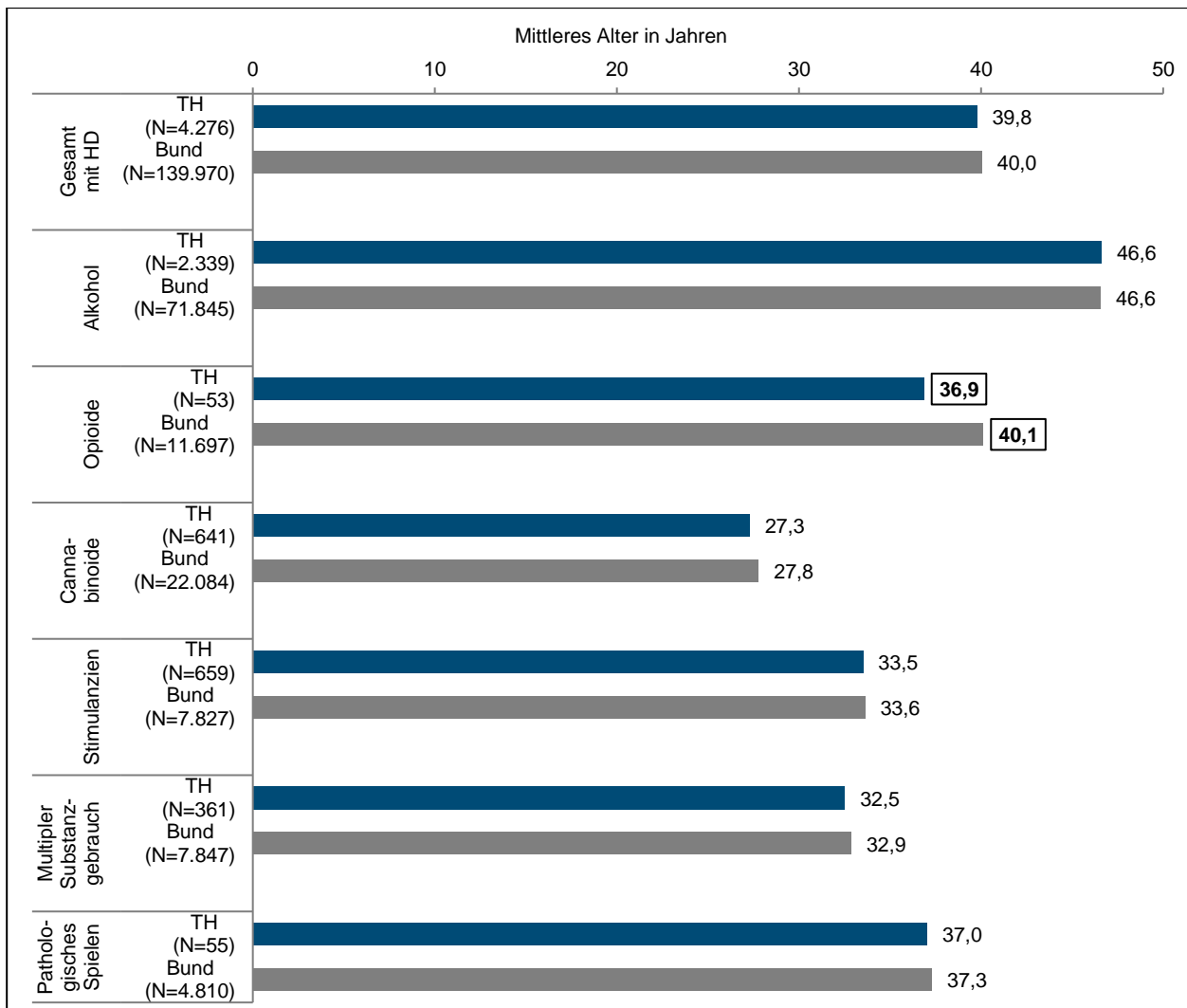


**Abbildung 38 Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 5)**

## 4.2 Durchschnittsalter

### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

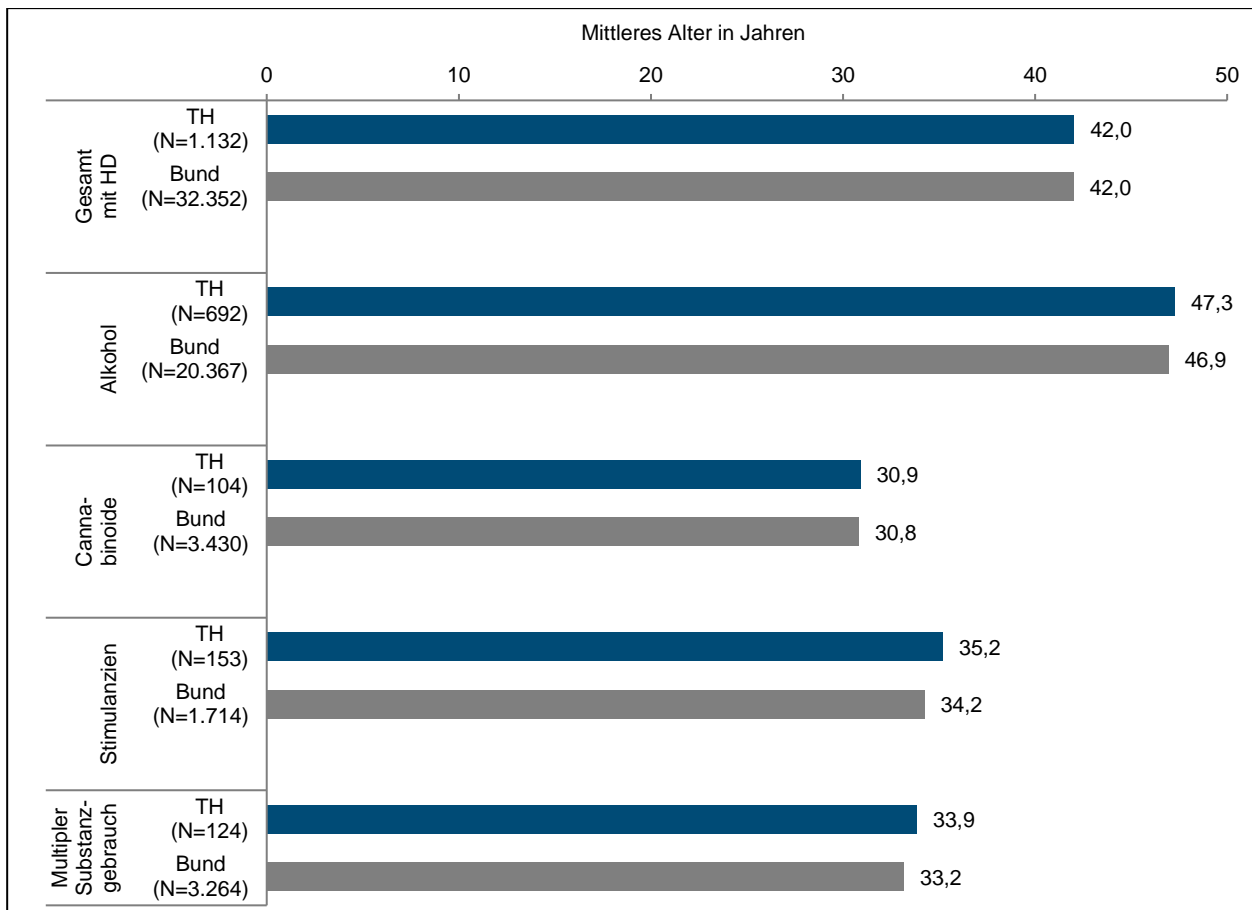
Das Durchschnittsalter der in Thüringen betreuten Klientel wird Abbildung 39 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. Innerhalb der betrachteten Gruppen lässt sich nur für Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen ein signifikanter Unterschied nachweisen: Sie sind in Thüringen jünger als auf Gesamtbundesebene (37 Jahre vs. 40 Jahre im Bund; -8,1 % in Thüringen;  $p = 0,005$ ).



**Abbildung 39 Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)**

*Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)*

Das Durchschnittsalter der in Thüringen behandelten Klientel unterscheidet sich nicht von den auf Bundesebene beobachteten Werten (jeweils 42 Jahre; siehe Abbildung 40). Auch für die einzelnen Klientelgruppen lassen sich keine signifikanten Altersunterschiede nachweisen.



**Abbildung 40 Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

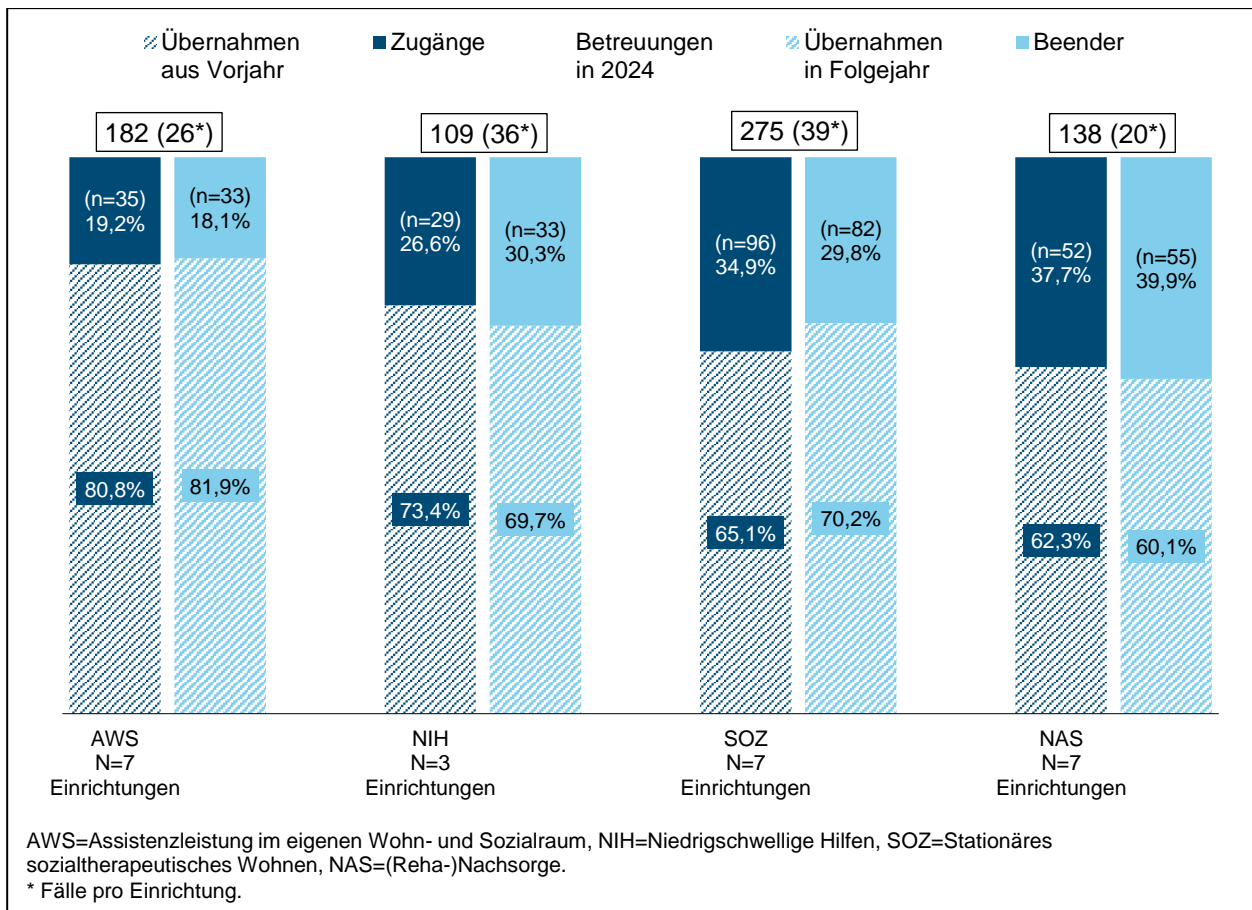
Das mittlere Alter der Betreuten in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe ist in Thüringen (41 Jahre) mit dem Wert auf Bundesebene (39 Jahre) vergleichbar (Stichprobe: Thüringen N = 110 Fälle; Bund N = 795 Fälle).

## 5 Versorgungsgeschehen nach Hauptmaßnahme

Ergänzend zu den Auswertungen nach Einrichtungstyp werden wesentliche Merkmale der Zugänge bzw. Beender (vgl. Kapitel 2 Methodik) auch entlang folgender Hauptmaßnahmen ausgewertet: Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS), Niedrigschwellige Hilfen (NIH), (Reha-)Nachsorge (NAS) und Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ) (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025e, 2025f, 2025g, 2025h). Diese Analysen umfassen alle ambulanten Betreuungs- und stationären Behandlungsfälle, bei denen die entsprechende Maßnahme als Hauptmaßnahme dokumentiert wurde. Fälle, in denen die entsprechende Maßnahme zwar erbracht wurde, aber nicht die Hauptmaßnahme darstellte, bleiben unberücksichtigt.

### 5.1 Betreuungsvolumen

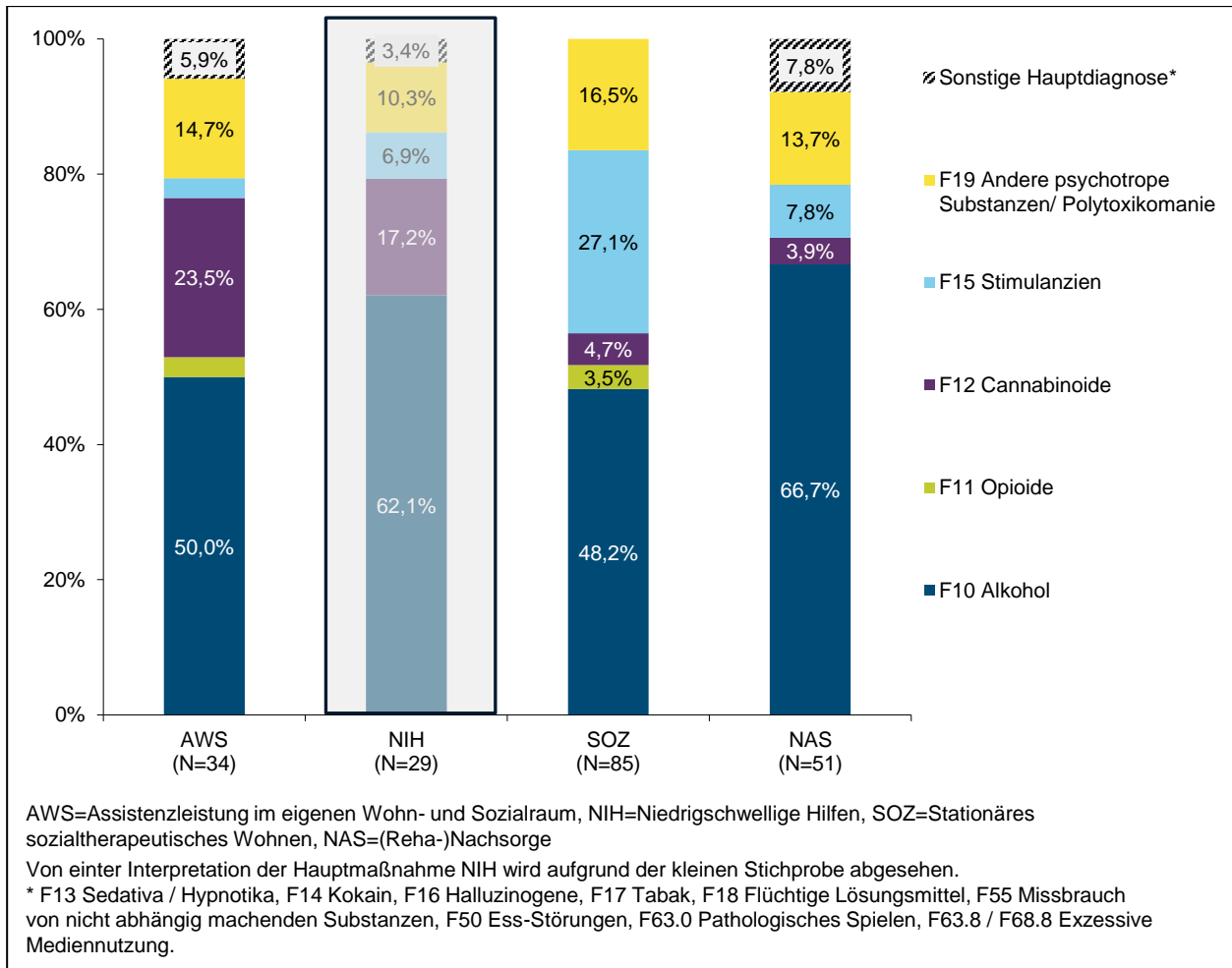
AWS wurde 2024 in N = 182 Fällen in N = 7 Einrichtungen als Hauptmaßnahme dokumentiert, NIH in N = 109 Fällen in N = 3 Einrichtungen, SOZ in N = 275 Fällen in N = 7 Einrichtungen und NAS in N = 138 Fällen in N = 7 Einrichtungen (siehe Abbildung 41). Grundsätzlich sind Zugänge seltener als Übernahmen aus dem Vorjahr: Etwa ein Fünftel der Hilfesuchenden beginnt die AWS im Laufe des Jahres 2024 (19 %), für NIH gilt das in einem von 4 Fällen (27 %), für SOZ in einem von 3 Fällen (35 %) und für NAS in knapp 2 von 5 Fällen (38 %). Beendigungen sind ebenfalls seltener als Übernahmen in das Folgejahr: AWS endet in einem Sechstel der Fälle im Jahr 2024 (18 %), NIH (30 %) ebenso wie SOZ (30 %) in 3 von 10 Fällen und NAS in 2 von 5 Fällen (40 %).



**Abbildung 41 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Hauptmaßnahme**

## 5.2 Hauptdiagnoseverteilung

Fortfolgend wird die Hauptdiagnoseverteilung für AWS, SOZ und NAS dargestellt. Auf eine Darstellung für NIH wird aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet. Jede zweite AWS (50 %) bzw. SOZ (48 %) sowie 2 von 3 NAS erfolgen aufgrund von alkoholbezogenen Störungen (67 %; siehe Abbildung 42). Den zweithäufigsten Betreuungsanlass bilden in AWS cannabinoidbezogene Störungen (24 %) und in SOZ stimulanzenbezogene Störungen (27 %), mit jeweils etwa einem Viertel der Fälle. In NAS nimmt Multipler Substanzgebrauch mit rund einem Siebtel (14 %) der Betreuungen den zweiten Rang ein. Multipler Substanzgebrauch steht außerdem in AWS (15 %) und SOZ (17 %) an dritter Stelle des Häufigkeitsrankings. In NAS bilden Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) mit einem Achtel der Fälle die drittgrößte Gruppe. Weitere Störungen spielen in AWS keine nennenswerte Rolle. In SOZ entfällt lediglich ein geringer Anteil der Betreuungen auf Multiplen Substanzgebrauch (5 %) und opioidbezogene Störungen (4 %), in NAS gilt dies für cannabinoidbezogene Störungen (4 %).



**Abbildung 42 Hauptdiagnoseverteilung, je Hauptmaßnahme**

## 6 Versorgungsgeschehen in den vier Teilregionen Thüringens

Da die Datenschutzstandards der DSHS eine Auswertung erst erlauben, wenn Daten aus mindestens 3 Einrichtungen in die Auswertung eingehen, lässt sich eine vollständige Thüringenregionale Auswertung nur für ambulante Einrichtungen (Typ 1) durchführen (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025j, 2025k, 2025l, 2025m). Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) war in keiner der vier Regionen die Aggregationsvoraussetzung gegeben. Für Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) sind lediglich die Regionen Thüringen MITTE und Thüringen OST auswertbar (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025p, 2025q). Eine Auflistung der im Datenjahr 2024 teilnehmenden Einrichtungen je Typ und Region findet sich in Tabelle 4.

**Tabelle 4** Teilnehmenden Einrichtungen (je Region und Einrichtungstyp)

	Thüringen NORD	Thüringen MITTE	Thüringen OST	Thüringen SÜDWEST	Gesamt
<b>Ambulante Einrichtungen (Typ1)</b>	4	10	8	6	<b>28</b>
<b>Stationäre Rehabilitations- einrichtungen (Typ 2)</b>	1	1	2	2	<b>6</b>
<b>Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)</b>	2	7	5	0	<b>14</b>
<b>Gesamt</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>48</b>

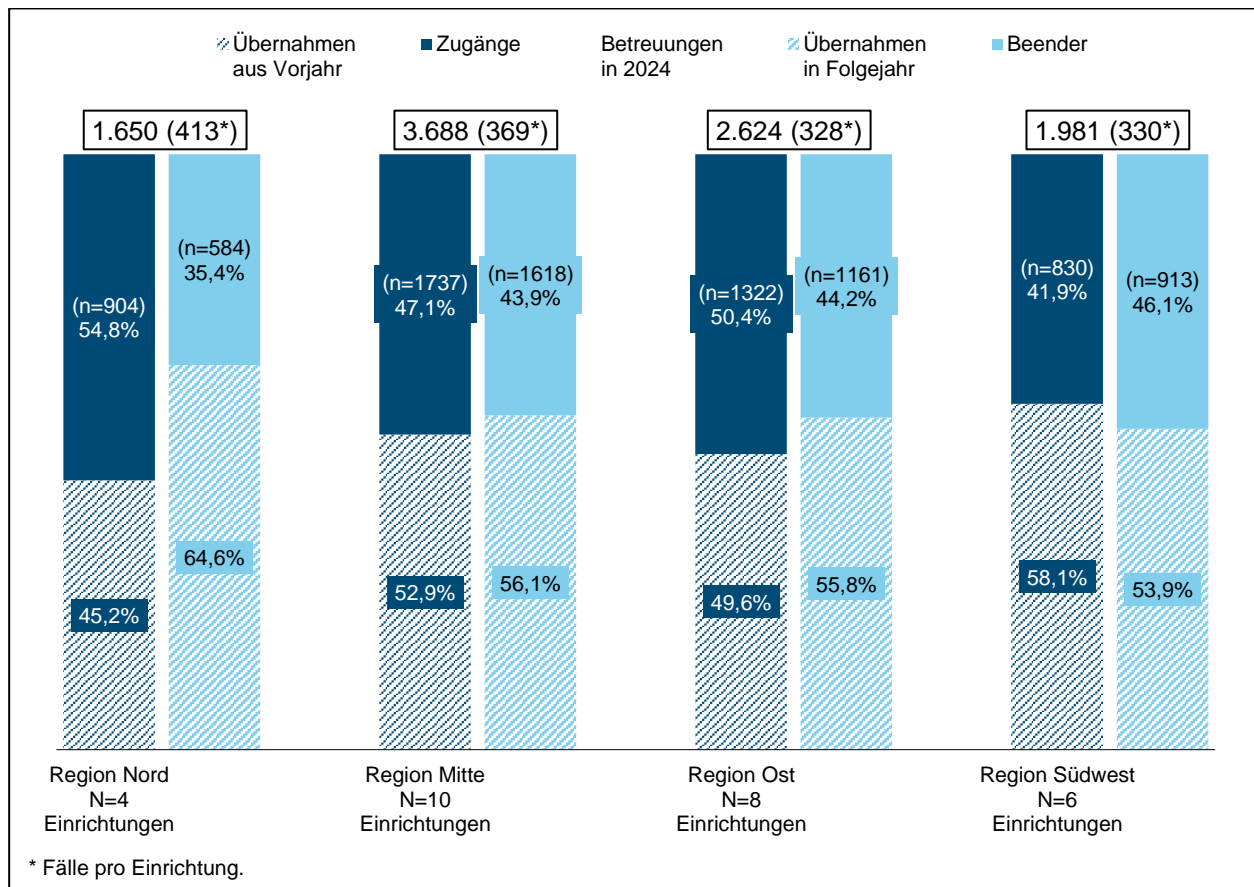
### 6.1 Betreuungsvolumen

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

In der Region Thüringen MITTE ist sowohl die Zahl der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen mit N = 10 Einrichtungen als auch das Betreuungsvolumen mit N = 3.688 Fällen am höchsten (siehe Abbildung 43). Danach folgen in absteigender Reihenfolge Thüringen OST mit N = 8 Einrichtungen und N = 2.624 Fällen, Thüringen SÜDWEST mit N = 6 Einrichtungen und N = 1.981 Fällen sowie Thüringen NORD mit N = 4 Einrichtungen und N = 1.650 Fällen.

Das durchschnittliche Betreuungsaufkommen pro Einrichtung ist in Thüringen NORD mit 413 Fällen am höchsten. An zweiter Stelle liegt Thüringen MITTE mit durchschnittlich 369 Fällen pro Einrichtung, gefolgt von Thüringen SÜDWEST mit durchschnittlich 330 Fällen und Thüringen OST mit 328 Fällen.

Während in Thüringen NORD überwiegend Zugänge betreut werden (55 %), sind Neuzugänge im Datenjahr 2024 in Thüringen SÜDWEST in der Minderheit (42 %). In Thüringen OST und Thüringen MITTE halten sich Zugänge (OST: 50 %; MITTE: 47 %) und Übernahmen aus Vorjahren (OST: 50 %; MITTE: 53 %) in etwa die Waage. In allen vier Regionen werden die Betreuungen mehrheitlich 2025 fortgesetzt (NORD: 65 %; MITTE: 56 %; OST: 56 %; SÜDWEST: 54 %).

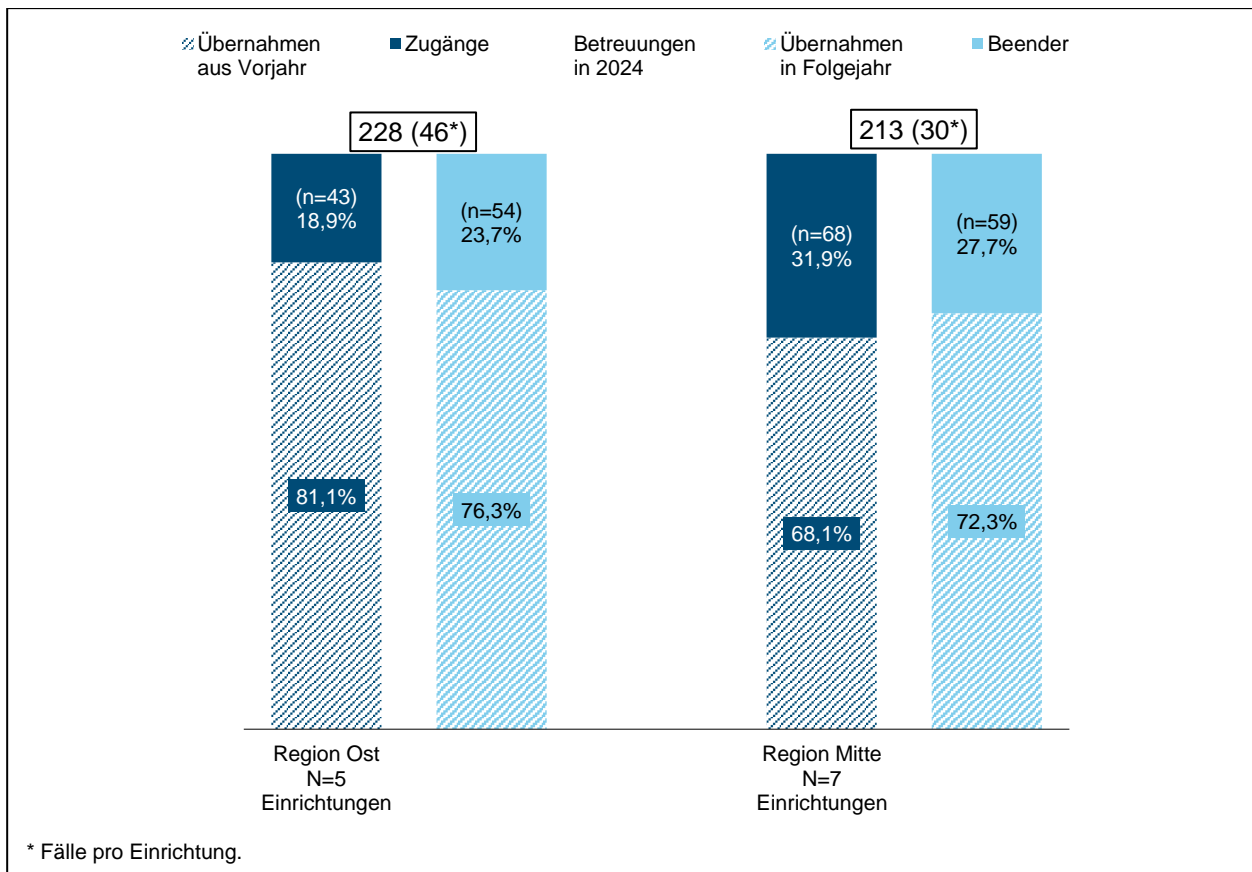


**Abbildung 43 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 1)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Thüringen MITTE nehmen N = 7 Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) teil, in denen N = 213 Betreuungen dokumentiert sind (siehe Abbildung 44). In Thüringen OST sind es N = 5 Einrichtungen mit insgesamt N = 228 Betreuungen. Dies ergibt ein durchschnittliches Betreuungsvolumen von 30 Fällen pro Einrichtung für Thüringen MITTE und von 46 Fällen pro Einrichtung für Thüringen OST.

In beiden Regionen entfällt nur ein geringer Anteil des Betreuungsvolumens auf Zugänge des laufenden Jahres (OST: 19 %; MITTE: 32 %). Auch im laufenden Jahr beendete Fälle sind in Thüringen MITTE (28 %) und in Thüringen OST (24 %) in der Minderheit.

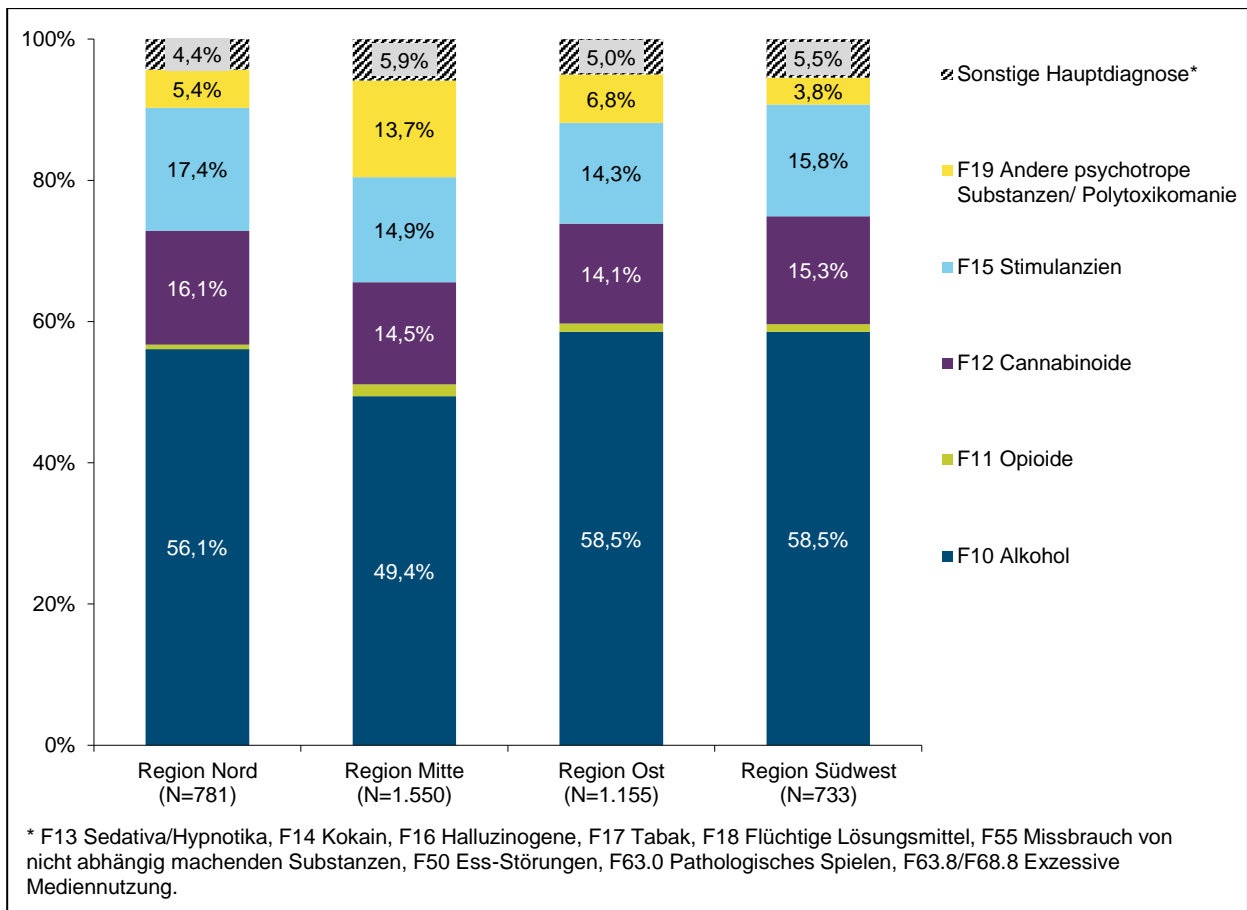


**Abbildung 44 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 5)**

## 6.2 Hauptdiagnoseverteilung

### Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) bilden alkoholbezogene Störungen in allen Regionen mit Abstand den häufigsten Betreuungsanlass. Ihr Anteil ist in Thüringen OST (59 %) und Thüringen Südwest (59 %) am höchsten, gefolgt von Thüringen NORD (56 %) und Thüringen MITTE (49 %; siehe Abbildung 45). An zweiter und dritter Stelle stehen jeweils stimulanzenbezogene Störungen (NORD: 17 %; SÜDWEST: 16 %; MITTE: 15 %; OST: 14 %), dicht gefolgt von cannabinoidbezogenen Störungen (NORD: 16 %; MITTE: 15 %; SÜDWEST: 15 %; OST: 14 %). Darüber hinaus entfällt in allen Regionen ein nennenswerter Anteil der Betreuungen auf Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch. Diese Störung ist in Thüringen MITTE besonders weit verbreitet (14 %), gefolgt von Thüringen OST (7 %), Thüringen NORD (5 %) und Thüringen SÜDWEST (4 %). Weitere Hauptdiagnosen sind nur vereinzelt dokumentiert.

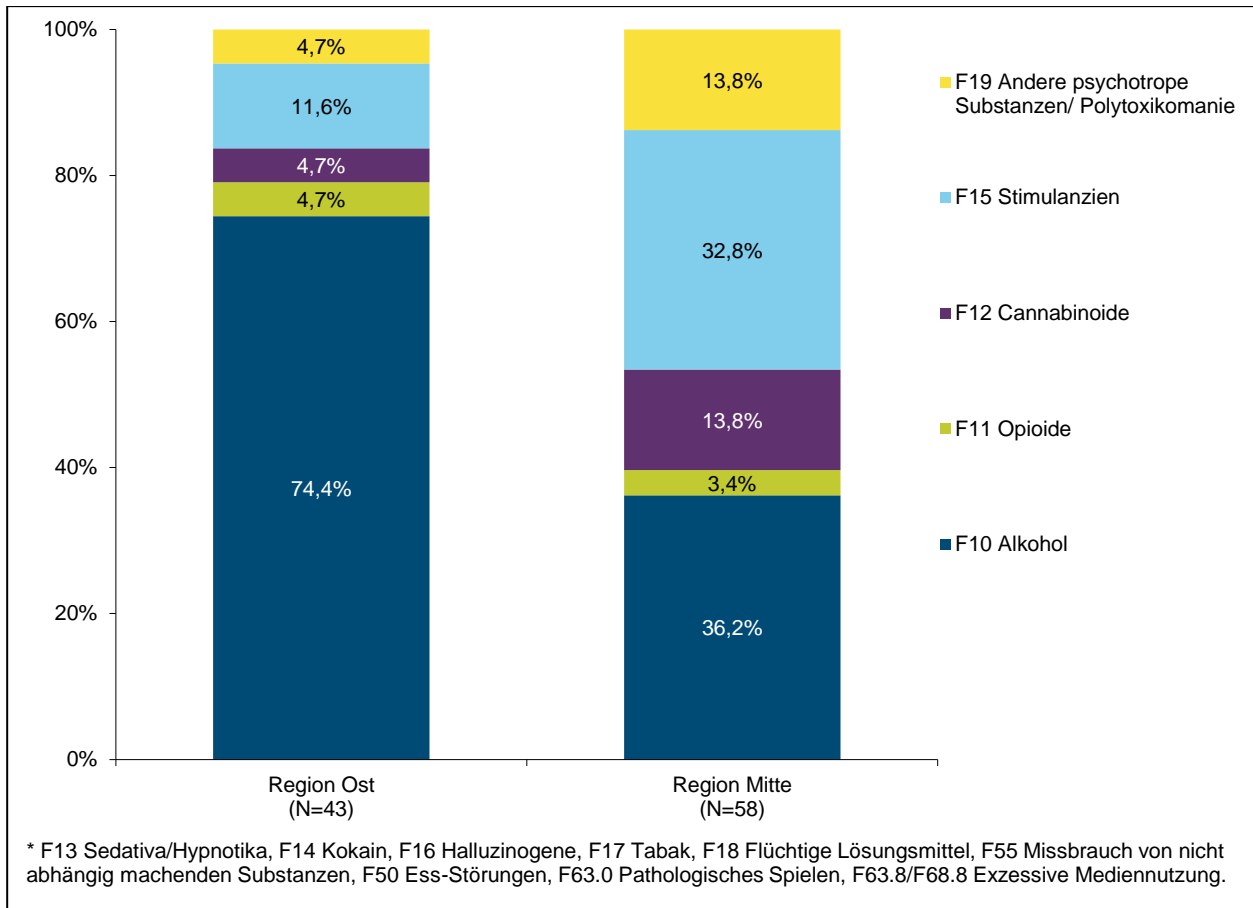


**Abbildung 45 Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 1)**

#### *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) der Region Thüringen OST bilden (bei kleiner Gesamtfallzahl) alkoholbezogene Störungen den häufigsten Betreuungsanlass (74 %; siehe Abbildung 46). An zweiter Stelle stehen mit einem Achtel der Betreuungen stimulanzenbezogene Störungen (12 %). Es folgen mit jeweils etwa einem von 20 Fällen cannabinoid- (5 %) bzw. opioidbezogene Störungen (5 %) sowie Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (5 %).

In Thüringen MITTE entfällt (bei kleiner Gesamtfallzahl) (gut) ein Drittel der Betreuungen auf alkohol- (36 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (33 %). Jeweils etwa ein Siebtel der Hilfesuchenden wird aufgrund cannabinoidbezogener Störungen (14 %) bzw. aufgrund von Multiplen Substanzgebrauch (14 %) betreut. Opioidbezogene Störungen (3 %) sind nur vereinzelt der Betreuungsanlass.

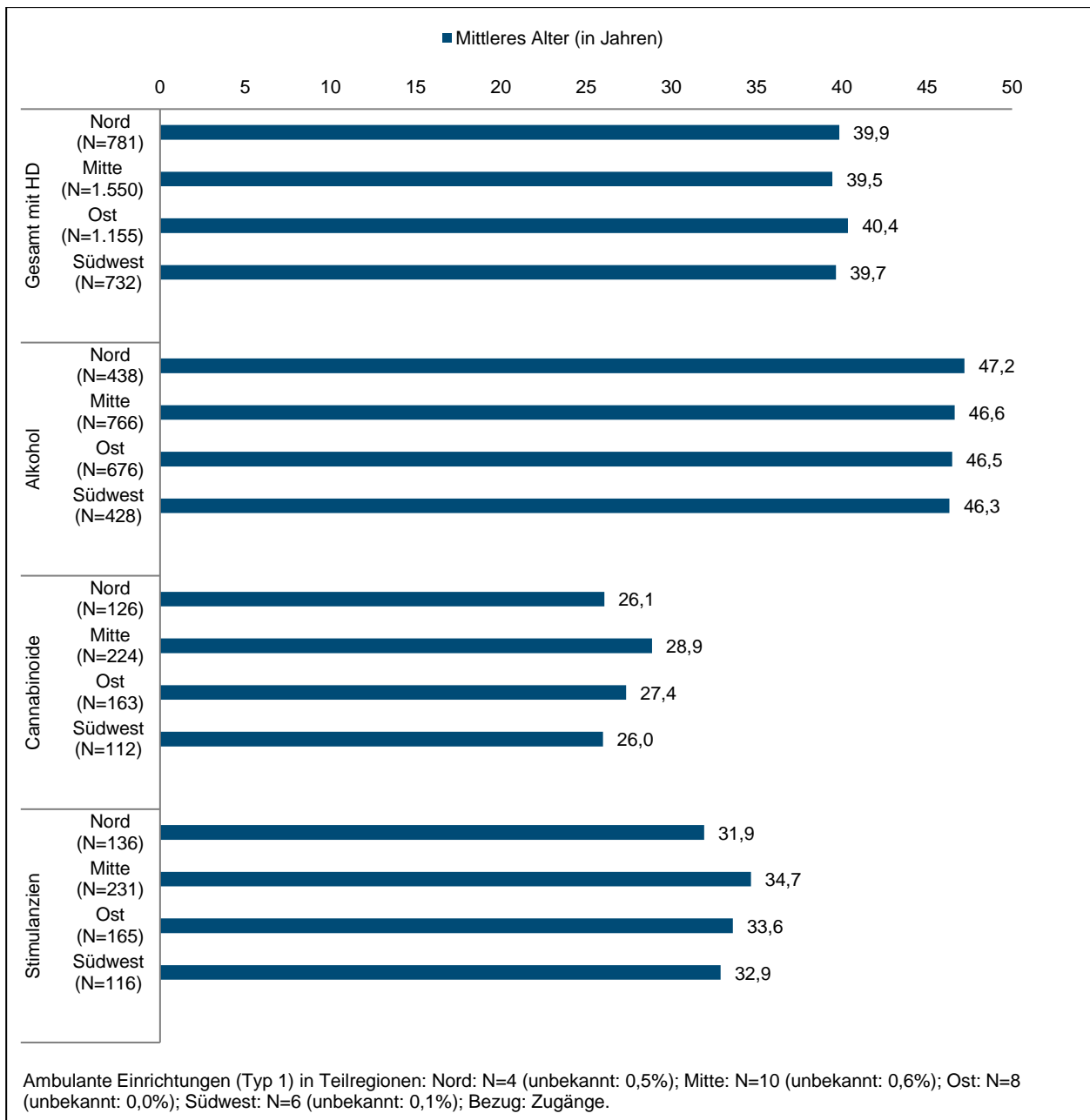


**Abbildung 46 Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 5)**

### 6.3 Durchschnittsalter

#### *Ambulante Einrichtungen (Typ 1)*

Das Durchschnittsalter der Betreuten in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) liegt in allen vier Regionen bei etwa 40 Jahren (siehe Abbildung 47). In allen Regionen haben Betreute mit alkoholbezogenen Störungen, bei geringer regionaler Schwankung, das mit Abstand höchste Durchschnittsalter (Spanne: 46 bis 47 Jahre). Es folgen Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen (Spanne: 32 bis 35 Jahre) sowie Betreute mit cannabinoidebezogenen Störungen (Spanne: 26 bis 29 Jahre), wobei hier die regionale Altersspanne größer ausfällt.



**Abbildung 47 Durchschnittsalter je Region (Typ 1)**

*Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)*

Betreute in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe sind in Thüringen MITTE im Durchschnitt 36 Jahre alt, in Thüringen OST liegt das Durchschnittsalter der Betreuten bei 46 Jahren.

## **7 Sonderkapitel: Erstbetreute mit cannabinoidbezogener Störung**

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Hilfesuchenden dargestellt, die in den Jahren 2022 bis 2024 aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen (Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ F12.1; F12.2) erstmalig in ambulanten Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben (vgl. Kapitel 2 Methodik; IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2025i). Die betreute Klientel wird über die drei Erhebungsjahre hinweg analysiert und hinsichtlich signifikanter Unterschiede betrachtet. Für die statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$  zugrunde gelegt, wobei der Bezugspunkt stets 2024 im Vergleich zu den Jahren 2023 bzw. 2022 ist.

Insgesamt geben 5,1 Millionen erwachsene Deutsche (9,8 %) an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Geschätzt 770.000 Personen zeigen in Deutschland einen problematischen Cannabiskonsum, d. h. einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit (Olderbak et al., 2025). Cannabinoidbezogene Störungen stellen aktuell nach den alkoholbezogenen Störungen den zweithäufigsten Anlass für den Zugang zu ambulanten Suchthilfeangeboten in Deutschland dar (Schwarzkopf et al., 2025).

Die Betrachtung der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen über einen 3-Jahres-Zeitraum soll Hinweise darauf geben, ob sich, durch das, am 01. April 2024 in Kraft getretene Konsumcannabisgesetz (KCanG; BMG, 2024) bereits Auswirkungen auf das Hilfesuchverhalten bzw. das Versorgungsgeschehen im Bereich der ambulanten Suchthilfe zeigen.

### **7.1 Einrichtungsbezogene Merkmale**

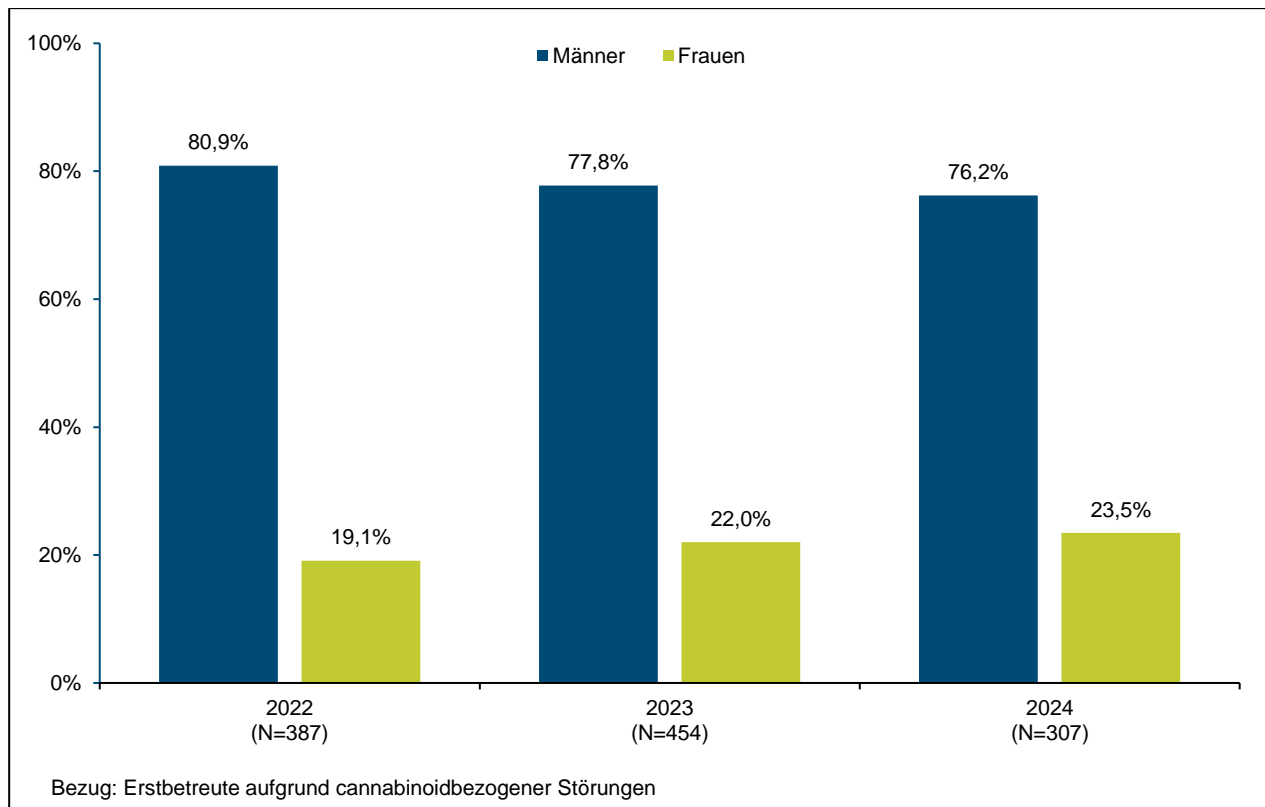
#### **7.1.1 Betreuungsvolumen**

Im Jahr 2022 wurden in ambulanten Einrichtungen Thüringens  $N = 387$  Zugänge aufgrund cannabinoidbezogener Störungen dokumentiert, die erstmalig in suchtbezogener Beratung/Betreuung waren (sog. Erstbetreute). Im Jahr 2023 waren es  $N = 454$  Erstbetreute, im Jahr 2024  $N = 307$  Erstbetreute, die aufgrund cannabinoidbezogener Störungen Hilfe suchten.

### **7.2 Soziodemographische Merkmale**

#### **7.2.1 Geschlechterverteilung und Altersstruktur**

Etwa jeder vierte bis fünfte Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen ist weiblich (2022 19 %, 2023: 22%, 2024: 24 %) (siehe Abbildung 48). Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.



**Abbildung 48 Geschlechterverteilung unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

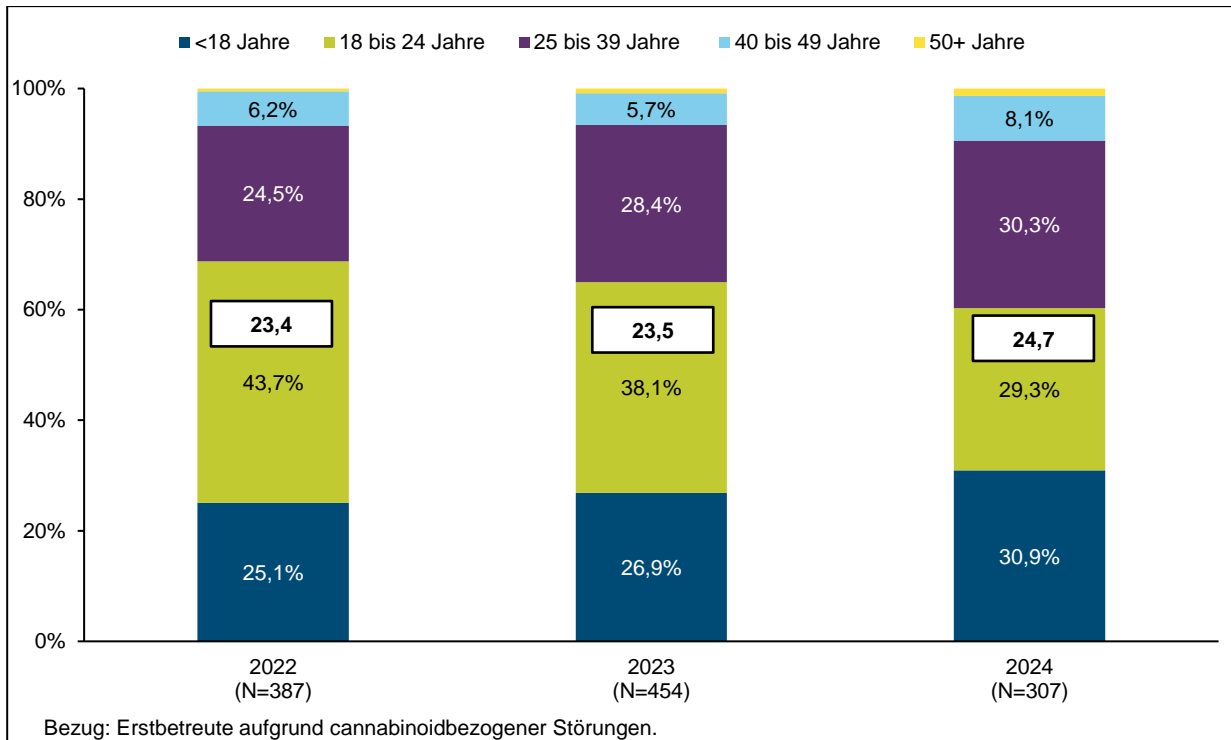
### 7.2.2 Altersstruktur

Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen waren 2022 im Mittel 23,4 Jahre alt, 2023 waren es 23,5 Jahre und im Jahr 2024 24,7 Jahre (siehe Abbildung 49). Somit ist das durchschnittliche Alter von 2022 bis 2024 um 1,3 Jahre gestiegen.

In den Jahren 2022 bis 2023 gehörte der größte Anteil der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen an (2022: 44 %, 2023: 38 %), jedoch reduzierte sich dieser Anteil im Jahr 2024 signifikant auf 29% (vs. 2022: - 33%,  $p < 0,001$  | vs. 2023: -23%,  $p = 0,012$ ).

Etwa ein Viertel bis zu einem Drittel der Betreuungen erfolgt in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen (2022: 25 %, 2023: 27 %, 2024: 31 %) bzw. der Altersgruppe der 25 bis 39-Jährigen (2022: 25 %, 2023: 28 %, 2024: 30 %). Der Anteil der 40 bis 49-Jährigen beläuft sich in allen drei Jahren auf unter 10 % der Erstbetreuten (2022: 6 %, 2023: 6 %, 2024: 8 %). Für diese Altersgruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.

Es finden sich nur vereinzelt Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen aus der Altersgruppe ab 50 Jahren. Insgesamt sind etwa zwei Drittel der Hilfesuchenden jünger als 25 Jahre.



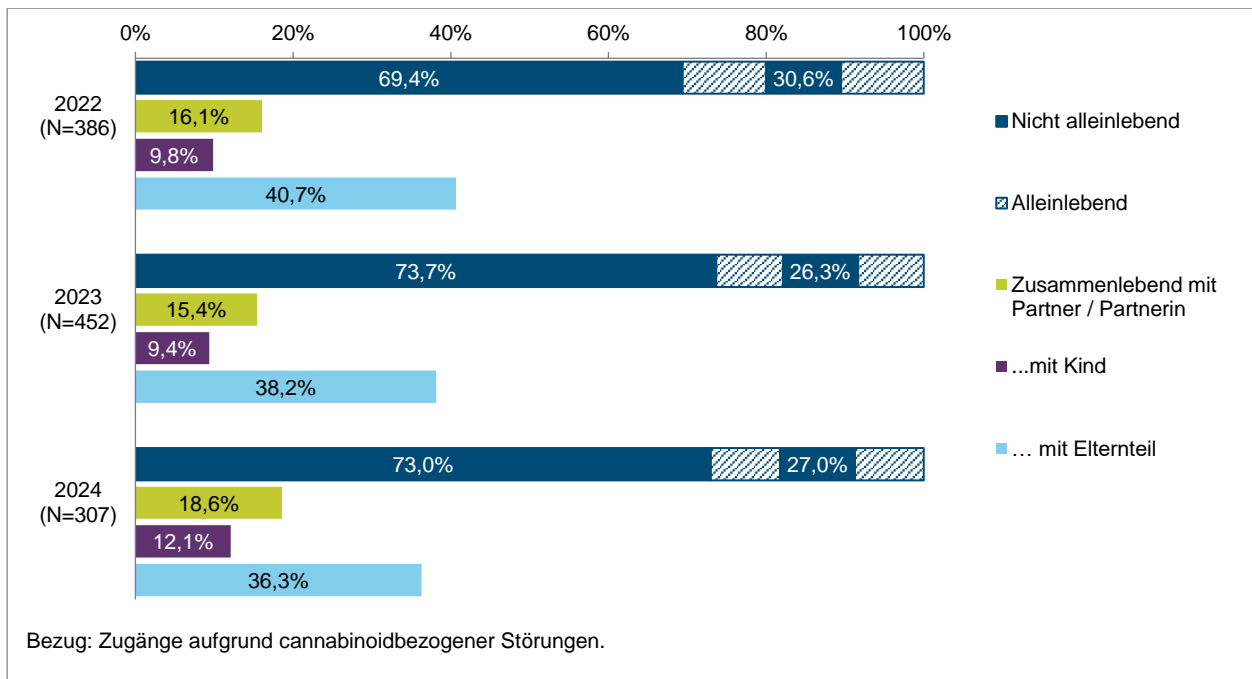
**Abbildung 49 Altersstruktur der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.2.3 Lebenssituation

Gut ein Viertel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt 2024 allein (27%), wobei dieser Anteilswert ähnlich hoch ist, wie in den beiden Vorjahren (2022: 31 %; 2023: 26 %; siehe Abbildung 50).

Ein Fünftel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt 2024 mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen (19 %). In den beiden Vorjahren galt dies für jeweils rund ein Siebtel (2022: 16 %; 2023: 15 %). Etwa ein Achtel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt 2024 mit mindestens einem Kind zusammen (12 %), was in den beiden Vorjahren auf jeweils etwa ein Zehntel zutraf (2022: 10 %; 2023: 9 %). Darüber hinaus lebt 2024 gut ein Drittel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen gemeinsam mit den Eltern bzw. einem Elternteil (36 %), wobei sich dieser Anteilswert in den beiden Vorjahren auf etwa zwei Fünftel belief (2022: 41 %; 2023: 38 %).

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Lebenssituation zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.

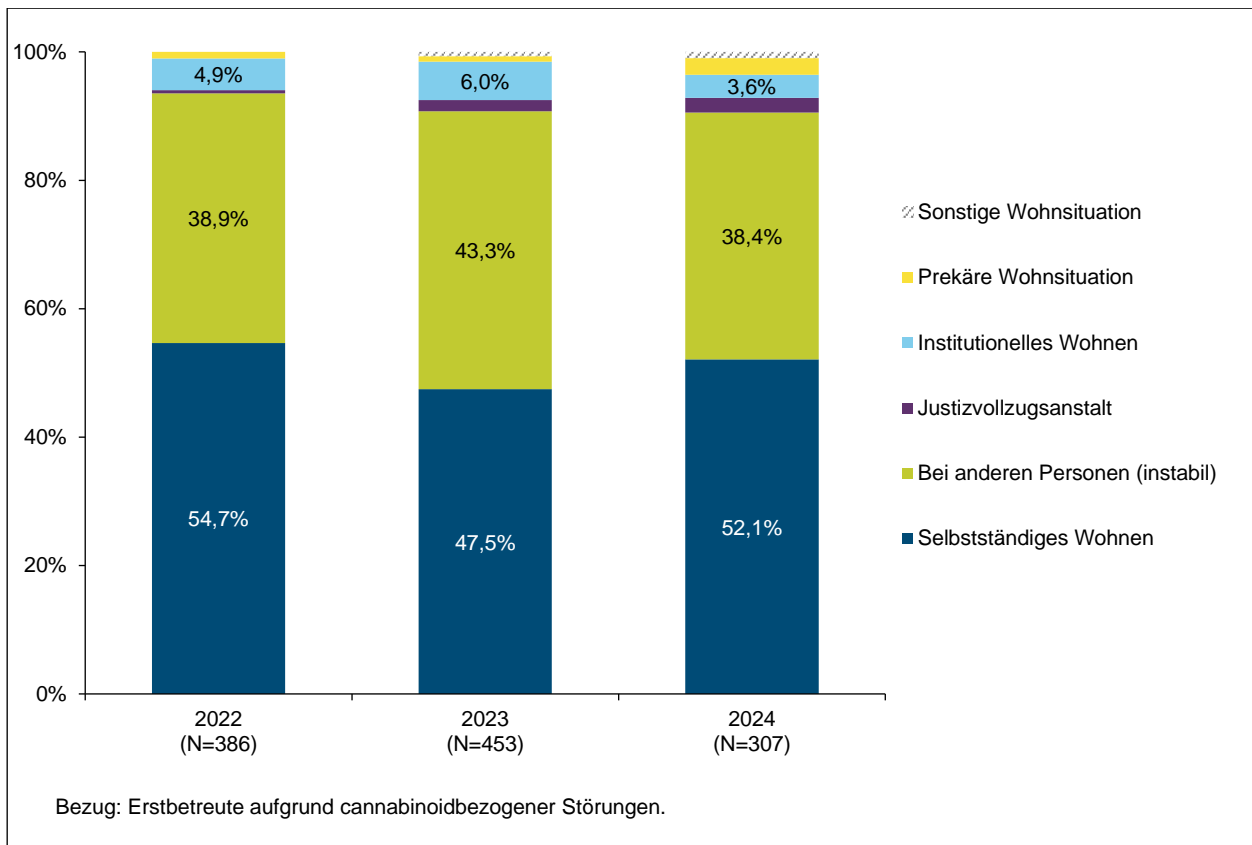


**Abbildung 50 Lebenssituation unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.2.4 Wohnsituation

In allen drei Jahren wohnt etwa die Hälfte der Erstbetreuten mit einer cannabinoidbezogenen Störung unmittelbar vor Betreuungsbeginn selbstständig (2022: 55 %, 2023: 48 %, 2024: 52 %, siehe Abbildung 51). Die zweitgrößte Gruppe bilden mit etwa zwei Fünftel der Fälle Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen, die vor Betreuungsbeginn instabil bei anderen Personen wohnten (2022: 39 %, 2023: 43 %, 2024: 38 %). Ein weiterer berichtenswerter Anteil der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen war vor Betreuungsbeginn institutionell untergebracht (Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (bzw. Ambulant betreutes Wohnen), (Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung, (Übergangs-) Wohnheim) (2022: 5%, 2023: 6%, 2024: 4%). Eine überwiegende Unterbringung im Justizvollzug in den 6 Monaten vor Betreuungsbeginn betrifft ebenso wie eine prekäre Wohnsituation nur einzelne Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen.

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Wohnsituation zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.



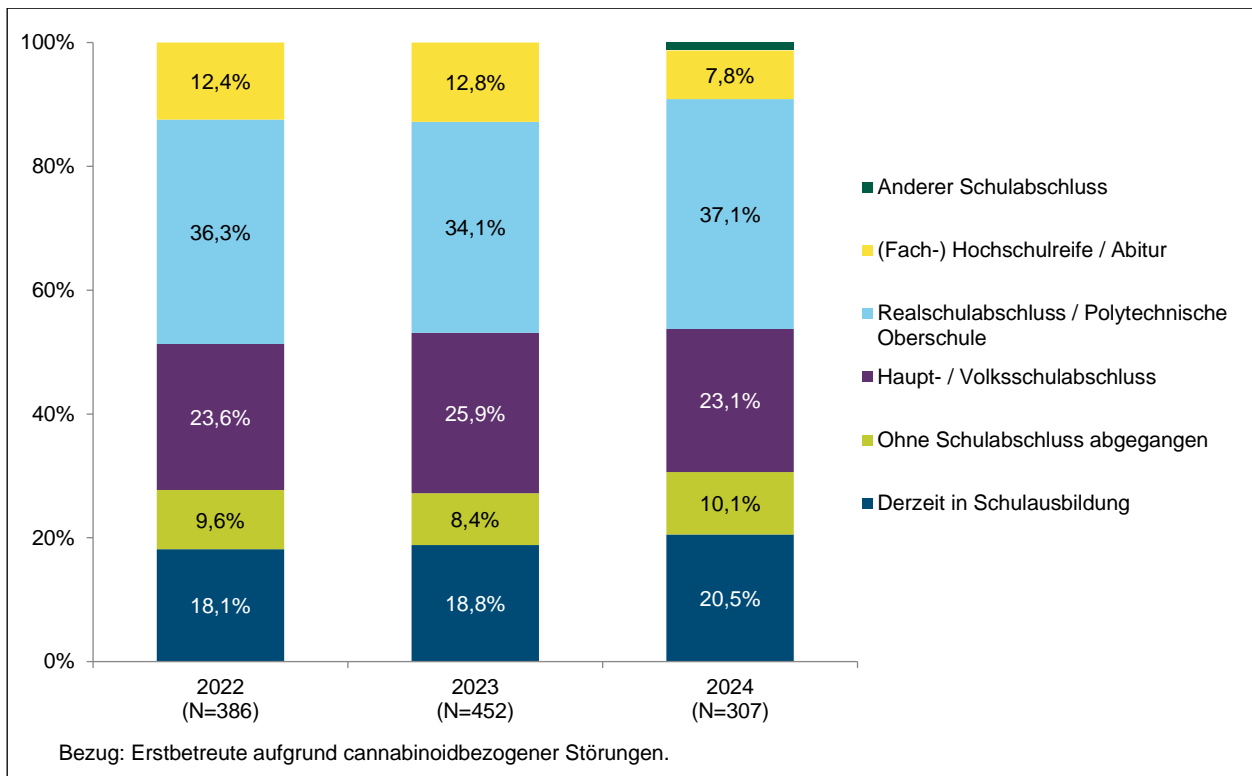
**Abbildung 51 Wohnsituation unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.2.5 Schulbildung

Von 2022 bis 2024 befindet sich etwa ein Fünftel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen in einer laufenden schulischen Ausbildung (2022: 18 %, 2023: 19%, 2024: 21 %; siehe Abbildung 51). In allen drei Jahren besitzt etwa ein Drittel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen die mittlere Reife (2022: 36 %, 2023: 34 %, 2024: 37 %) und jeweils knapp ein Viertel einen Haupt- / Volksschulabschluss (2022: 24 %, 2023: 26 %, 2024: 23 %). Für diese drei Untergruppen sind keine signifikanten Unterschiede nachweisbar.

Allerdings liegt der Anteil an Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen und (Fach-) Abitur 2024 mit einem Zwölftel (8 %) signifikant unter dem für 2022 (12 %; -37 %,  $p = 0,048$ ) und 2023 (13 %; -39 %,  $p = 0,029$ ) beobachteten Anteil von jeweils einem Achtel.

Jeweils etwa ein Zehntel ist von 2022 bis 2024 ohne Schulabschluss abgegangen (2022: 10 %, 2023: 8 %, 2024: 10 %), wobei sich auch hier kein signifikanter Unterschied nachweisen lässt.



**Abbildung 52 Schulbildung unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

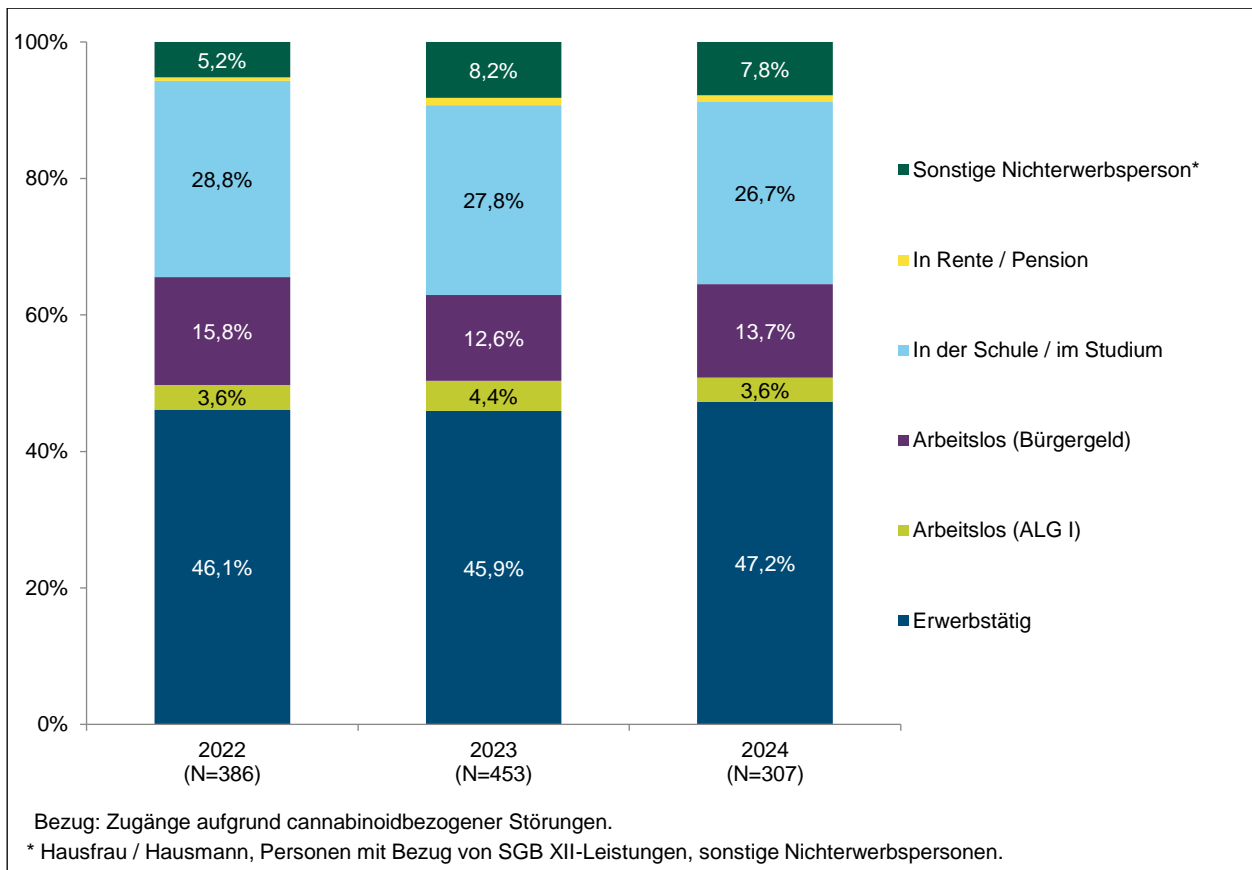
### 7.2.6 Erwerbsstatus

Der Anteil an Erwerbstätigen unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt in allen drei Jahren bei knapp der Hälfte (2022: 46%, 2023: 46 %, 2024: 47%, siehe Abbildung 53).

Der Anteil an Arbeitslosen mit Bürgergeldbezug unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt in allen drei Jahren bei etwa einem Siebtel der Fälle (2022: 16%, 2023: 13%, 2024: 14%). Der Anteil an arbeitslosen Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen, die ALG I beziehen, liegt in allen drei Jahren bei 4%.

Über alle Jahre hinweg sind etwa 3 von 10 Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen Schüler:innen oder Studierende (2022: 29 %, 2023: 28 %, 2024: 27 %). In einem von 20 (2022: 5 %) bis einem von 12 Fällen (2023: 8 %, 2024: 8 %) wurden sonstige Nicht-Erwerbspersonen betreut. Erstbetreuungen für verrentete Personen beschränken sich auf Einzelfälle. Personen in beruflicher Rehabilitation kommen unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen über alle Jahre hinweg nicht vor.

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede im Erwerbsstatus zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.



**Abbildung 53 Erwerbsstatus unter Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.3 Störungsbezogene Merkmale

#### 7.3.1 Problembereiche

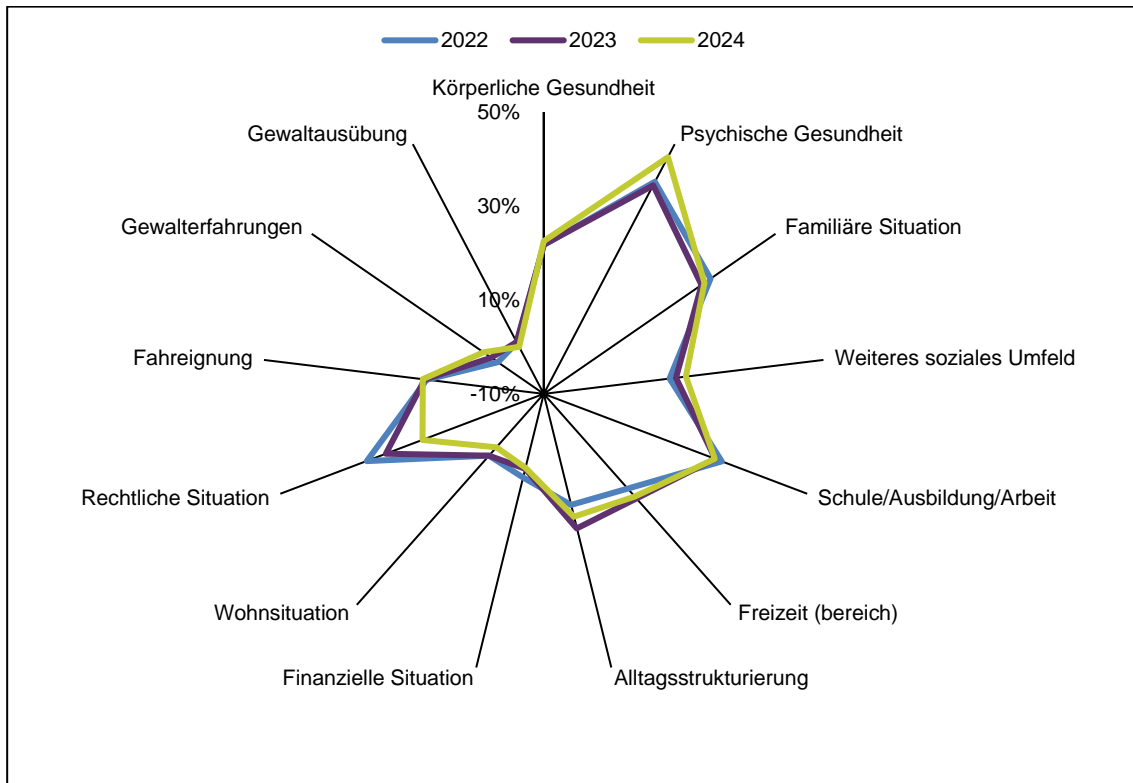
Bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen zeigen sich am häufigsten Probleme im Bereich der psychischen Gesundheit (siehe Abbildung 54). Entsprechende Belastungen waren 2024 in knapp der Hälfte dokumentiert (47 %), in den beiden Vorjahren in 2 von 5 Fällen (2022: 41 %, 2023: 40 %).

Die familiäre Situation wurde in allen drei Jahren für etwa ein Drittel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen als belastend eingestuft (2022: 33 %, 2023: 31 %, 2024: 32 %), ähnlich häufig waren Belastungen in Schule / Ausbildung / Arbeitssituation, die in jeweils etwa 3 von 10 Fällen erfasst wurden (2022: 30 %, 2023: 29 %, 2024: 29 %). Probleme im Bereich der Fahreignung wurden von etwa jeder sechsten bis siebten Person berichtet (2022: 15%, 2023: 15%, 2024: 16%). In diesen Untergruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.

Während die rechtliche Situation 2024 für etwa ein Sechstel der Erstbetreuten als problematisch eingestuft wurde (18 %), lag dieser Anteilswert 2022 noch fast doppelt so hoch (30 %; -42 %;

$p < 0.001$ ) und belief sich 2023 immerhin noch auf gut ein Viertel (26 %; -32%;  $p = 0,007$ ). Damit ergibt sich ein signifikanter Rückgang in diesem Bereich.

Besonders selten werden Probleme hinsichtlich Gewalterfahrung (max. 5 %) oder Gewaltausübung (< 3 %) erfasst.

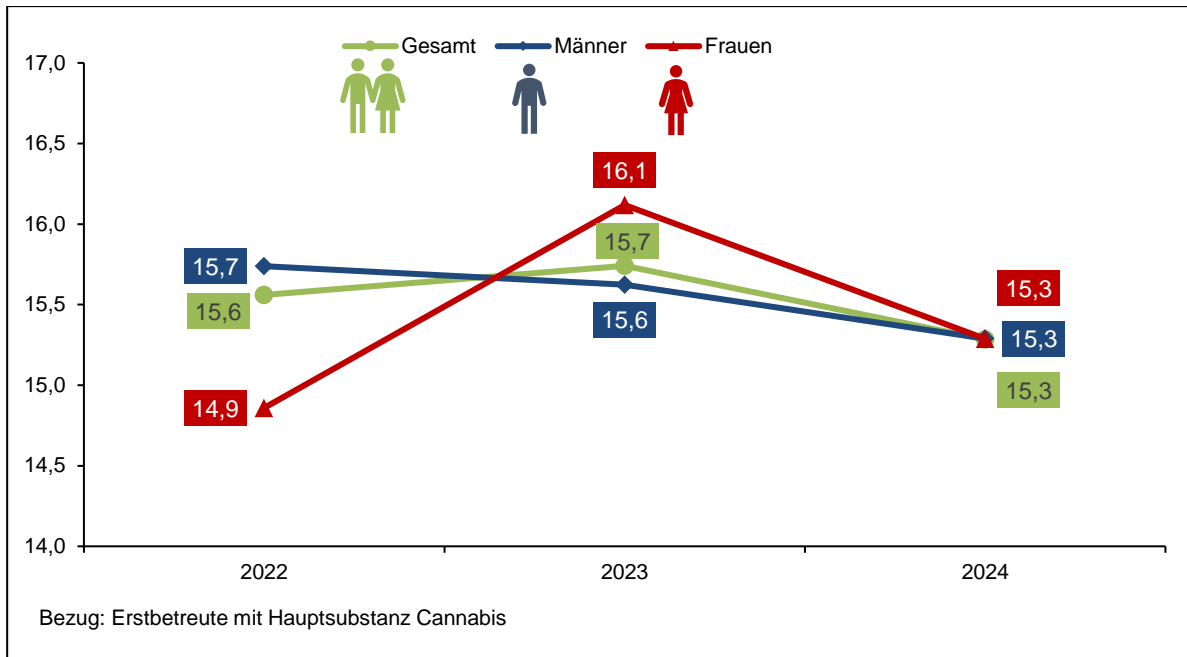


**Abbildung 54 Problembereiche (außer Suchtproblematik) bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.3.2 Alter bei Erstkonsum

Unter Erstbetreuten mit der Hauptsubstanz Cannabis liegt das mittlere Alter bei Erstkonsum zwischen 15 und 16 Jahren (2022: Ø 15,6 Jahre, 2023: Ø 15,7 Jahre, 2024: Ø 15,3 Jahre, siehe Abbildung 55). Hier zeigen sich keine signifikanten Veränderungen im Beobachtungszeitraum.

Während das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Cannabis für Männer konstant leicht rückläufig ist (2022: Ø 15,7 Jahre, 2023: Ø 15,6 Jahre, 2024: Ø 15,3 Jahre), zeigen sich bei den erstbetreuten Frauen, bezüglich des Alters bei Erstkonsum von Cannabis, stärkere Schwankungen (2022: Ø 14,9 Jahre, 2023: Ø 16,1 Jahre, 2024: Ø 15,3 Jahre).



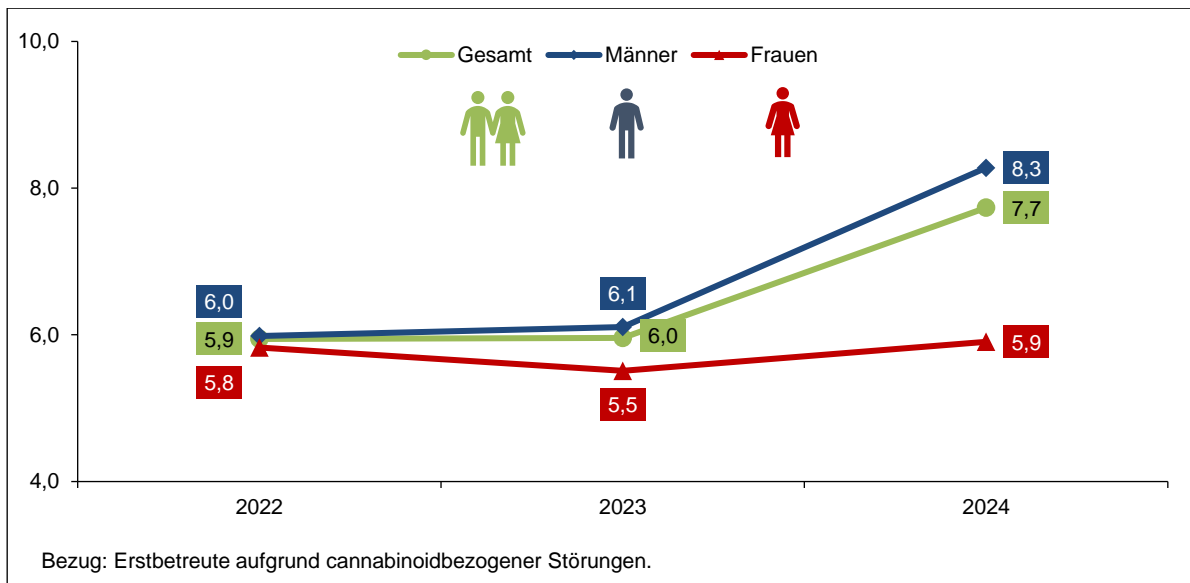
**Abbildung 55 Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum unter Erstbetreuten mit Hauptsubstanz Cannabis, 2022 bis 2024**

### 7.3.3 Störungsdauer

Zwischen dem Störungsbeginn und dem Beginn der aktuellen Betreuungsepisode liegen bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen im Jahr 2024 im Mittel 8 Jahre ( $\emptyset$  7,7 Jahre). Damit liegt die mittlere Störungsdauer um fast 2 Jahre höher als noch 2022 (+1,8 Jahre;  $\emptyset$  5,9 Jahre) und 2023 (+1,7 Jahre;  $\emptyset$  6,0 Jahre; siehe Abbildung 56).

Die mittlere Störungsdauer lag 2022 bei erstbetreuten Männern ( $\emptyset$  6,0 Jahre) und Frauen ( $\emptyset$  5,8 Jahre) mit cannabinoidbezogenen Störungen auf einem vergleichbaren Niveau. Von 2022 bis 2024 hat sich die mittlere Störungsdauer bei Männern um gut zwei Jahre erhöht (+2,5 Jahre; 2024:  $\emptyset$  8,3 Jahre), wobei dies das Ergebnis eines sprunghaften Anstiegs von 2023 nach 2024 ist (+2,2 Jahre; 2023:  $\emptyset$  6,1 Jahre).

Demgegenüber ist der Wert bei erstbetreuten Frauen 2024 ( $\emptyset$  5,9 Jahre) ähnlich hoch wie 2022 ( $\emptyset$  5,8 Jahre) und 2023 (2023:  $\emptyset$  5,5). Frauen suchen somit aktuell durchschnittlich 2,4 Jahre früher erstmalig suchtbezogene Hilfe aufgrund cannabinoidbezogener Störungen als Männer.

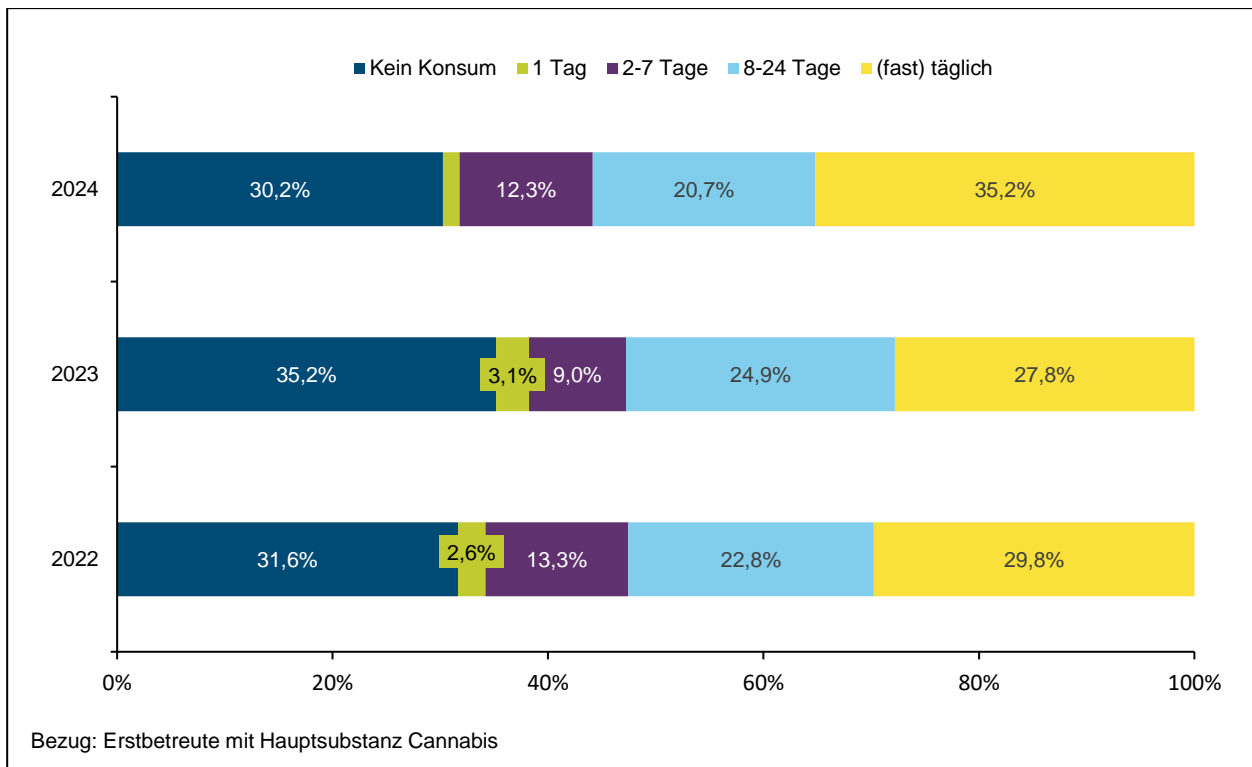


**Abbildung 56 Durchschnittliche Störungsdauer bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung nach Geschlecht, 2022 bis 2024**

### 7.3.4 Konsumhäufigkeit

Von 2022 bis 2024 gibt jeweils etwa ein Drittel der Erstbetreuten mit Hauptsubstanz Cannabis an, in den 30 Tagen vor Beginn der Beratung / Betreuung kein Cannabis konsumiert zu haben (2022: 32 %, 2023: 35 %, 2024: 30 %, siehe Abbildung 57). Etwa genauso groß ist der Anteil derjenigen, die von täglichem Cannabiskonsum in den vorhergehenden 30 Tagen berichten (2022: 30 %, 2023: 28 %, 2024: 35 %). Hierbei ist der entsprechende Anteil 2024 signifikant höher als im Vorjahr (+26,5 %;  $p = 0,017$ ).

Eine mittlere Konsumfrequenz mit Cannabiskonsum an 8 bis 24 Tagen findet sich bei etwa einem Fünftel bis einem Viertel der Erstbetreuten (2022: 23 %, 2023: 25 %, 2024: 21 %) und etwa halb so viele Erstbetreute teilen mit, an 2 bis 7 Tagen Cannabis konsumiert zu haben (2022: 13 %, 2023: 9 %, 2024: 12 %). Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2024 und den beiden Vorjahren. Ein lediglich einmaliger Konsum im Vormonat ist nur vereinzelt dokumentiert.



**Abbildung 57 Konsumhäufigkeit bei Erstbetreuten mit Hauptsubstanz Cannabis, 2022 bis 2024**

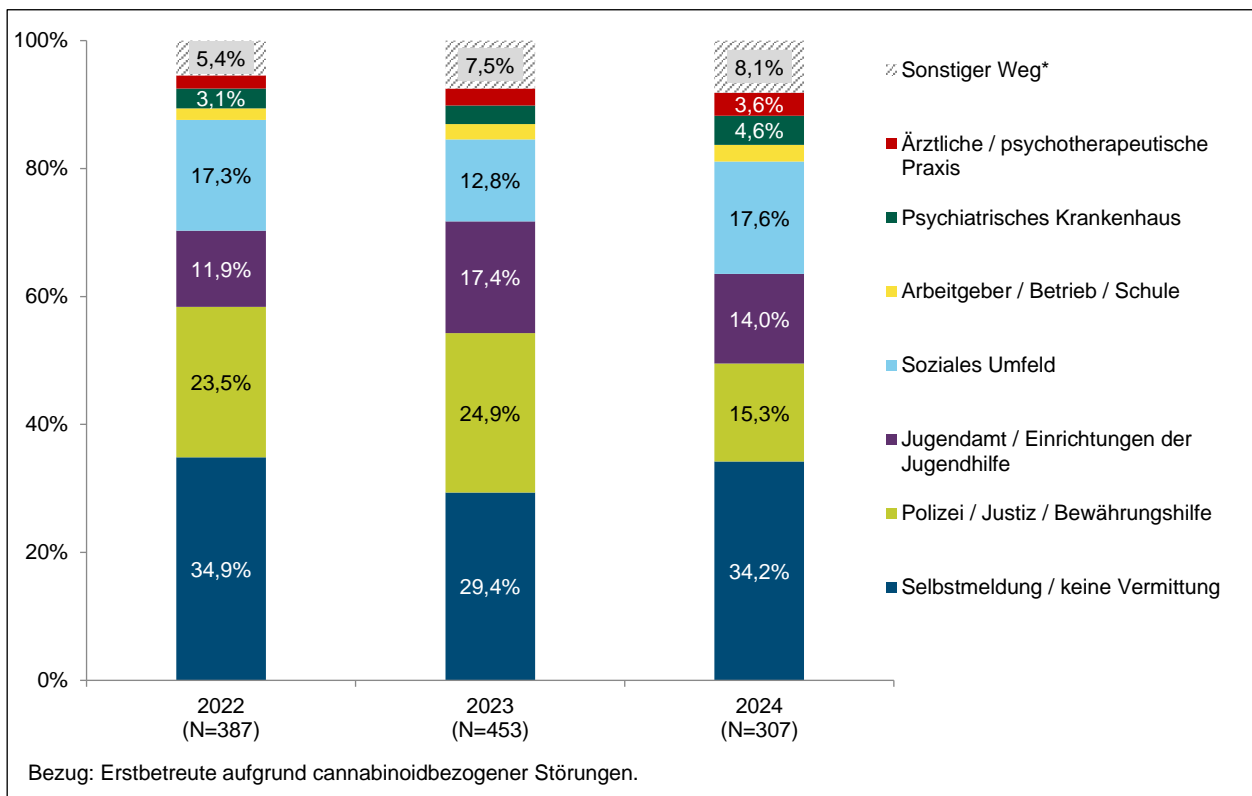
## 7.4 Betreuungsbezogene Merkmale

### 7.4.1 Zugangsweg zur Betreuung

Erstbetreute mit cannabinoidbezogenen Störungen kommen von 2022 bis 2024 zu etwa einem Drittel auf Eigeninitiative in die ambulante Beratung / Betreuung (2022: 35 %, 2023: 29 %, 2024: 34 %, siehe Abbildung 58).

Etwa halb so häufig sind in den einzelnen Jahren Vermittlungen über das soziale Umfeld (2022: 17 %, 2023: 13 %, 2024: 18 %). Auf ebenfalls etwa ein Achtel beläuft sich der Anteil an Vermittlungen durch das Jugendamt / Einrichtungen der Jugendhilfe (2022: 12 %, 2023: 17 %, 2024: 14 %). In geringem Umfang erfolgen 2024 zudem Vermittlungen durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen (2024: 4 %), die in den beiden Vorjahren kein berichtenswertes Ausmaß erreichten. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln ebenfalls einen erwähnenswerten Anteil der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (2022 und 2023: 3 %, 2024: 5%). Bezüglich der genannten Vermittlungswege lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.

Während 2022 (24 %) und 2023 (25 %) noch ein Viertel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe vermittelt wurde, liegt dieser Anteil 2024 mit jeweils einem Siebtel signifikant niedriger (15%, vs. 2022: -35%;  $p = 0,007$  | vs. 2023: -39 %,  $p = 0,001$ ).



**Abbildung 58 Zugangswege bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

#### 7.4.2 Auflagen

Im Jahr 2024 kommen 2 von 3 Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen ohne Auflagen in die Betreuung (67 %; siehe Abbildung 59). Dies ist ein signifikant höherer Anteil als in den beiden Vorjahren, in denen jeweils 3 von 5 Erstbetreuten keine Auflagen hatten (59%, vs. 2022: +14 %;  $p = 0,028$  | vs. 2023: +14 %;  $p = 0,022$ )

Im Fall von Auflagen, waren 2022 und 2023 Auflagen nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BTMG) („Therapie statt Strafe“) und andere strafrechtliche Auflagen – wenn auch in veränderter Reihenfolge – die häufigsten Formen. 2024 bilden andere strafrechtliche Auflagen und Auflagen durch sonstige Institutionen die zentralen Anlässe.

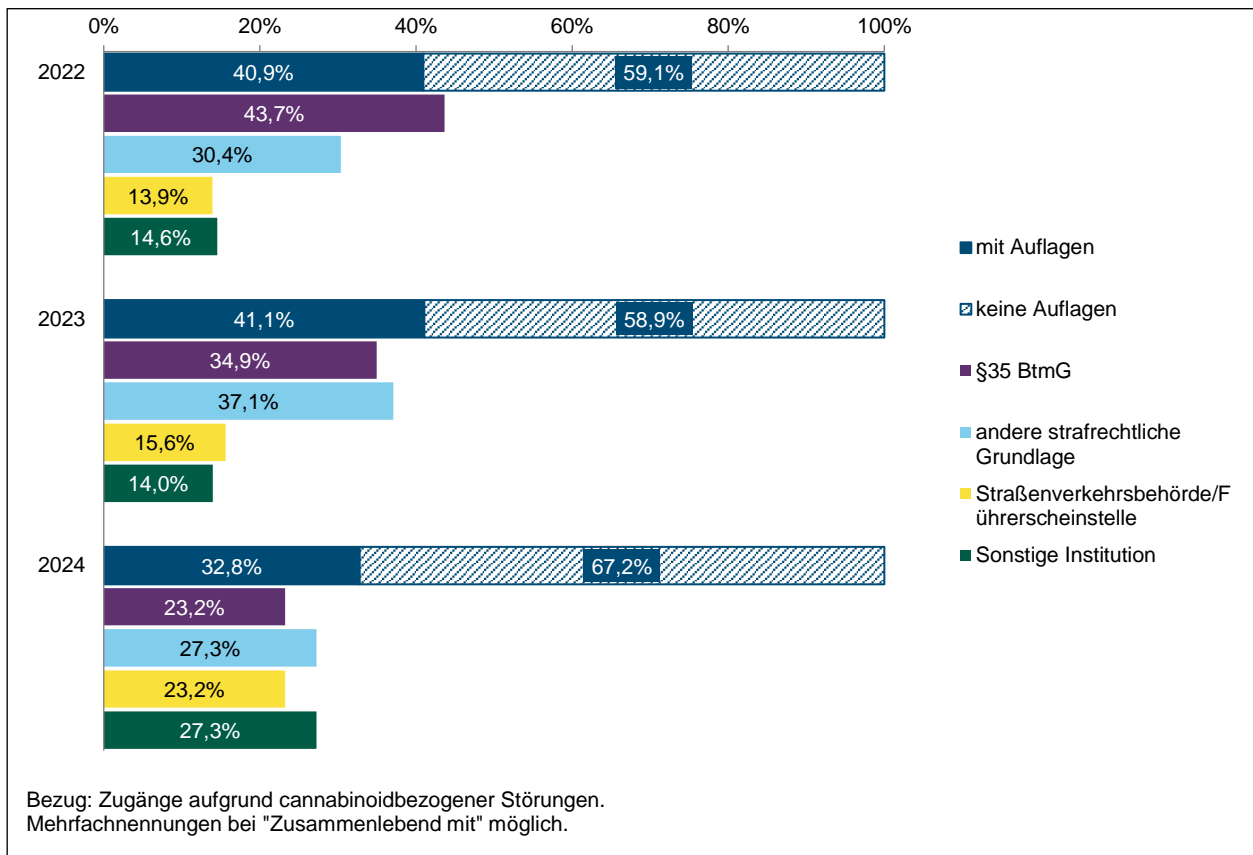
Auflagen nach § 35 BTMG betreffen 2024 etwa ein Viertel der Fälle mit Auflagen (23 %) und sind damit seltener als in den beiden Vorjahren. 2022 betrafen sie noch 4 von 9 Fälle mit Auflagen (44 %; -17 %;  $p < 0,001$ ) und 2023 noch gut ein Drittel der Fälle mit Auflagen (35 %; -9 %;  $p = 0,001$ ).

Auf andere strafrechtliche Anlässe entfielen 2022 (30 %) und 2024 (27 %) etwa 3 von 10 Fälle mit Auflagen, 2023 war es gut ein Drittel (37 %). Demnach kommt es 2024 seltener zu anderen

strafrechtlichen Auflagen als 2023 (-27 %;  $p = 0,005$ ), im Vergleich zu 2022 bestand kein Unterschied (-10 %;  $p = 0,373$ ).

In einem von vier Fällen mit Auflagen werden diese aktuell durch Straßenverkehrsbehörden ausgesprochen (2024: 23 %). Dieser Anteilswert lag in den beiden Vorjahren bei jeweils etwa einem Siebtel und damit signifikant niedriger (vs. 2022: 14 %; +67 %,  $p = 0,002$  | vs. 2023: 16 %; +49 %,  $p = 0,008$ ).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei Auflagen durch andere Institutionen ab (2022: 13 %; 2023: 12 %; 2024: 26 %), die 2024 ebenfalls signifikant häufiger dokumentiert wurden als zuvor (vs. 2022: +118 %;  $p < 0,001$  | vs. 2023: +112 %;  $p < 0,001$ ).



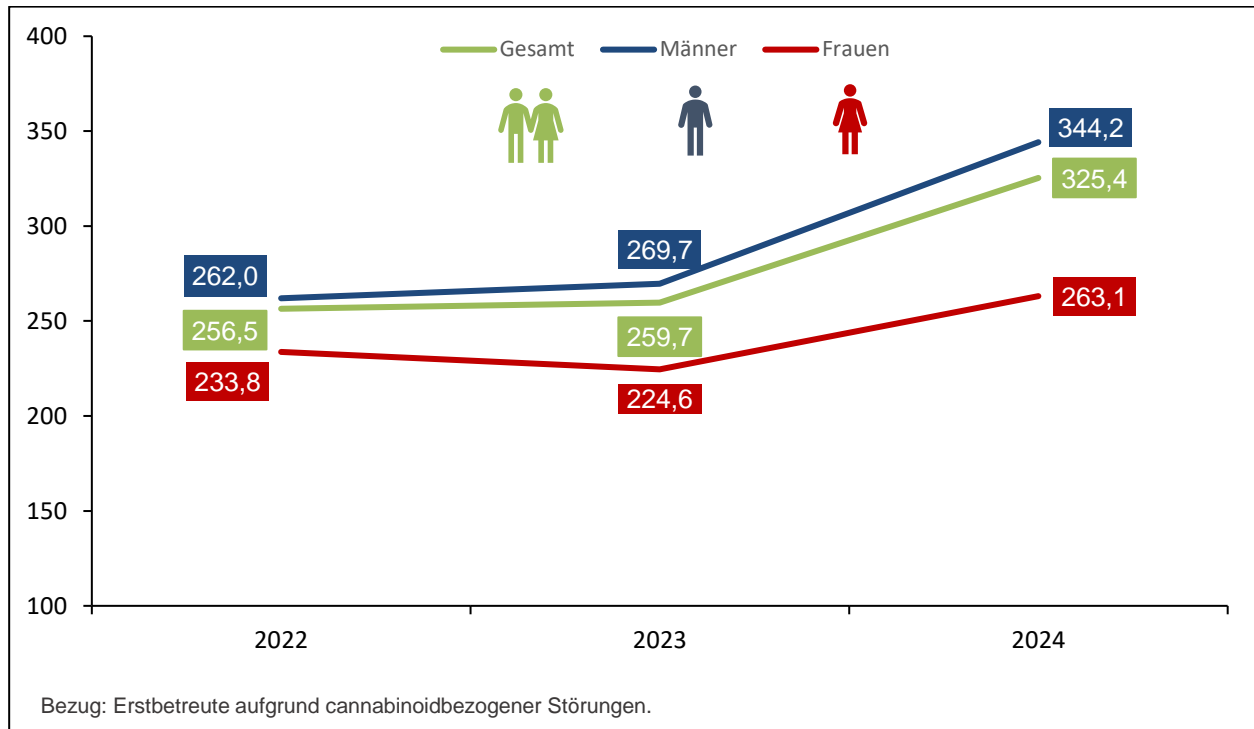
**Abbildung 59 Auflagen bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

### 7.4.3 Betreuungsdauer

Erstbetreuungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen dauern 2024 im Durchschnitt 325 Tage, d. h. knapp 11 Monate. Die mittlere Betreuungsdauer ist im Vergleich zu den beiden Vorjahren (2022: Ø 257 Tage, 2023: Ø 260 Tage) somit um 68 bzw. 65 Tage, d. h. um etwa zwei Monate, länger (siehe Abbildung 60).

Hierbei zeigen sich bei erstbetreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen grundsätzlich ähnliche Verläufe, allerdings übersteigt die mittlere Betreuungsdauer

der Männer (2022: Ø 262 Tage, 2023: Ø 270 Tage, 2024: Ø 344 Tage) in allen drei Jahren die mittlere Betreuungsdauer der Frauen (2022: Ø 234, 2023: Ø 225, 2024: Ø 263 Tage). Der Anstieg der mittleren Betreuungsdauer von 2022 bis 2024 ist bei Frauen weniger stark ausgeprägt (+29 Tage) als bei Männern (+82 Tage).



**Abbildung 60 Durchschnittliche Betreuungsdauer bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

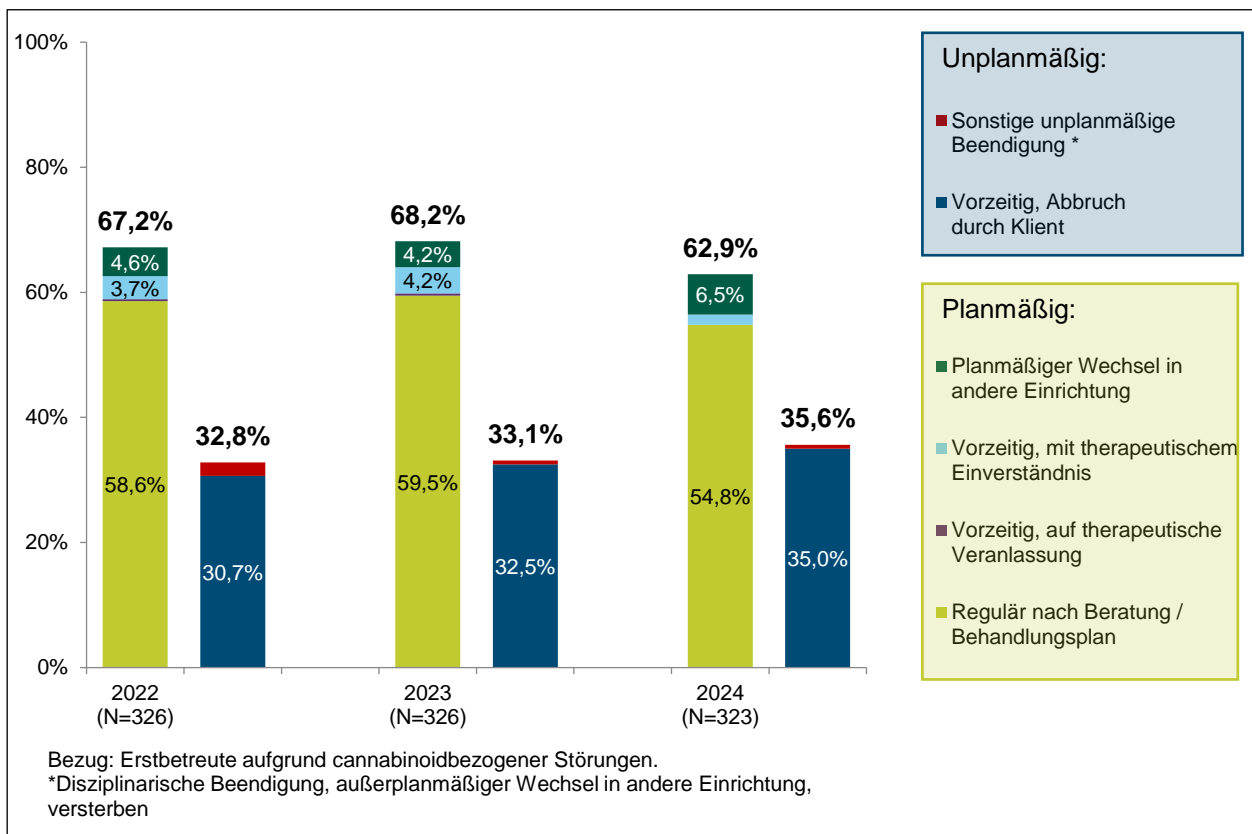
#### 7.4.4 Art der Beendigung

Jeweils etwa zwei Drittel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung (2022: 67 %, 2023: 67 %, 2024: 64 %) beenden die Betreuung planmäßig (siehe Abbildung 61).

Hierbei sind reguläre Beendigungen nach Beratungs- / Betreuungsplan (2022: 59 %, 2023: 56 %, 2024: 57 %) der Hauptanlass für planmäßige Beendigungen. Nur ein kleiner Teil der Erstbetreuten wechselt planmäßig in eine andere Einrichtung (2022: 5 %, 2023: 4 %, 2024: 3 %) oder beendet die Betreuung vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis (2022: 4 %, 2023: 6 %, 2024: 5 %).

Etwa ein Drittel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung beendet die Betreuung unplanmäßig (2022: 33 %, 2023: 33 %, 2024: 36 %). Hier ist nahezu ausnahmslos ein Abbruch durch die betreute Person der Grund (2022: 31 %, 2023: 33 %, 2024: 35 %).

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Art der Beendigung zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.

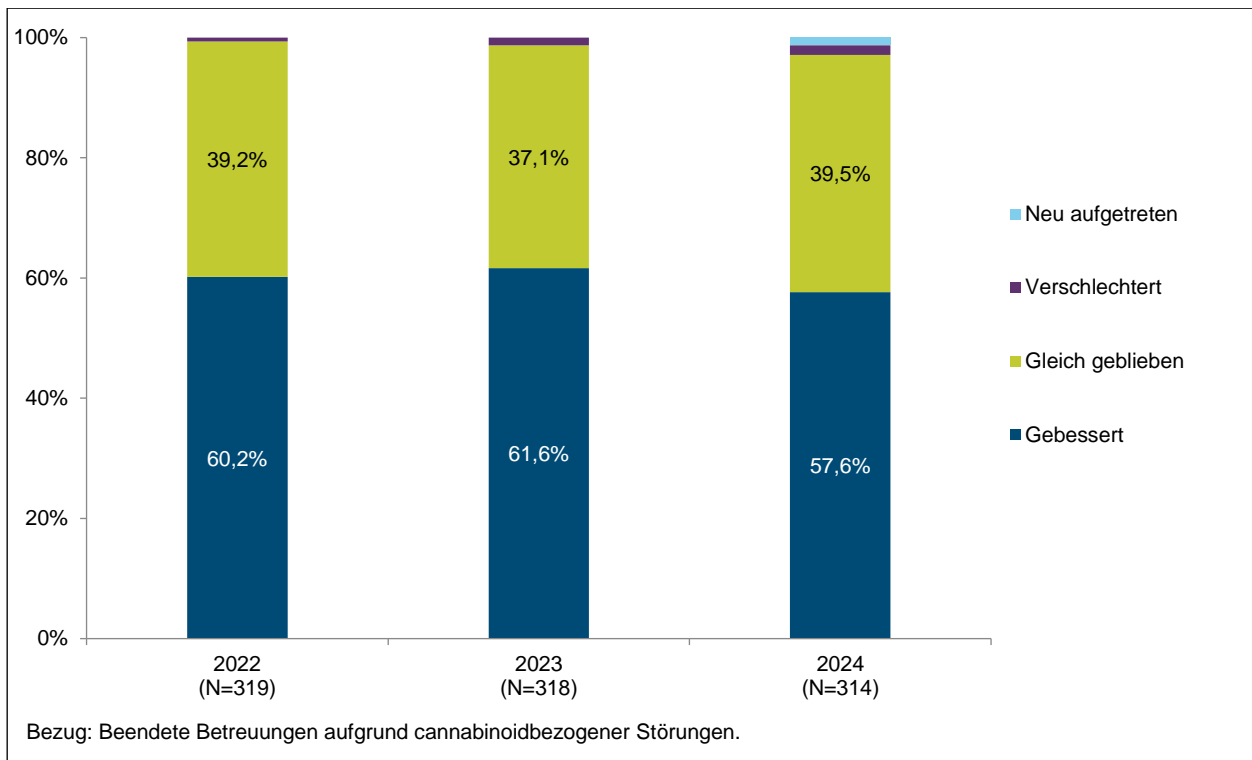


**Abbildung 61 Art der Beendigung bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

#### 7.4.5 Entwicklung der Suchtproblematik

In allen drei Beobachtungsjahren hat sich die cannabinoidbezogene Problematik bei etwa 3 von 5 Erstbetreuten (2022: 60 %, 2023: 62 %, 2024: 58 %) am Betreuungsende verbessert (siehe Abbildung 62). In fast allen anderen Fällen ist die Suchtproblematik gleichgeblieben (2022: 39 %, 2023: 37 %, 2024: 40 %). Eine Verschlechterung oder ein Neuauftreten sind nur vereinzelt dokumentiert.

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Art der Entwicklung der Suchtproblematik zwischen 2024 und den beiden Vorjahren nachweisen.



**Abbildung 62 Suchtproblematik am Ende der Betreuung bei Erstbetreuten mit cannabinoidbezogener Störung, 2022 bis 2024**

#### 7.4.6 Weitervermittlung

Weniger als ein Zehntel der Erstbetreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen wird am Ende der Betreuung weitervermittelt (2022: 9%, 2023: 9%, 2024: 8%). Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2024 und den beiden Vorjahren.

## 8 Entwicklung über die Jahre 2009 bis 2024

Dieses Kapitel zeigt Entwicklungen in der Thüringer Suchthilfestatistik für den Zeitraum von 2009 bis 2024 auf. Zunächst wird dargestellt, wie sich Teilnahme und Betreuungsvolumen der Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen insgesamt sowie der ambulanten Einrichtungen<sup>7</sup> im Besonderen in den letzten 15 Jahren entwickelt haben.

Anschließend werden für die ambulanten Einrichtungen Trends bezüglich zentraler soziodemographischer und betreuungsbezogener Parameter für die gesamte betreute Klientel sowie für die Untergruppen der Hilfesuchenden mit alkohol-, opioid-, cannabinoid- sowie stimulanzenbezogenen Störungen betrachtet. Für Anteilswerte wird dabei berichtet, ob sich die Ausprägung im aktuellen Datenjahr 2024 statistisch signifikant vom Basis Jahr 2009 unterscheidet, wobei ein Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  zu Grunde gelegt wird.

Bei der Einordnung der Befunde ist die jeweils zugrunde liegende Stichprobengröße zu beachten, da Schwankungen aufgrund kleiner Fallzahlen auftreten können. Insbesondere für Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen ist anzumerken, dass die Stichprobengrößen seit 2014 mit  $N < 100$  Fällen klein ausfallen. Die Ergebnisse der einzelnen Datenjahre sowie die jeweils zugrundeliegende Stichprobengröße sind dem Tabellenanhang zu entnehmen.

### 8.1 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen

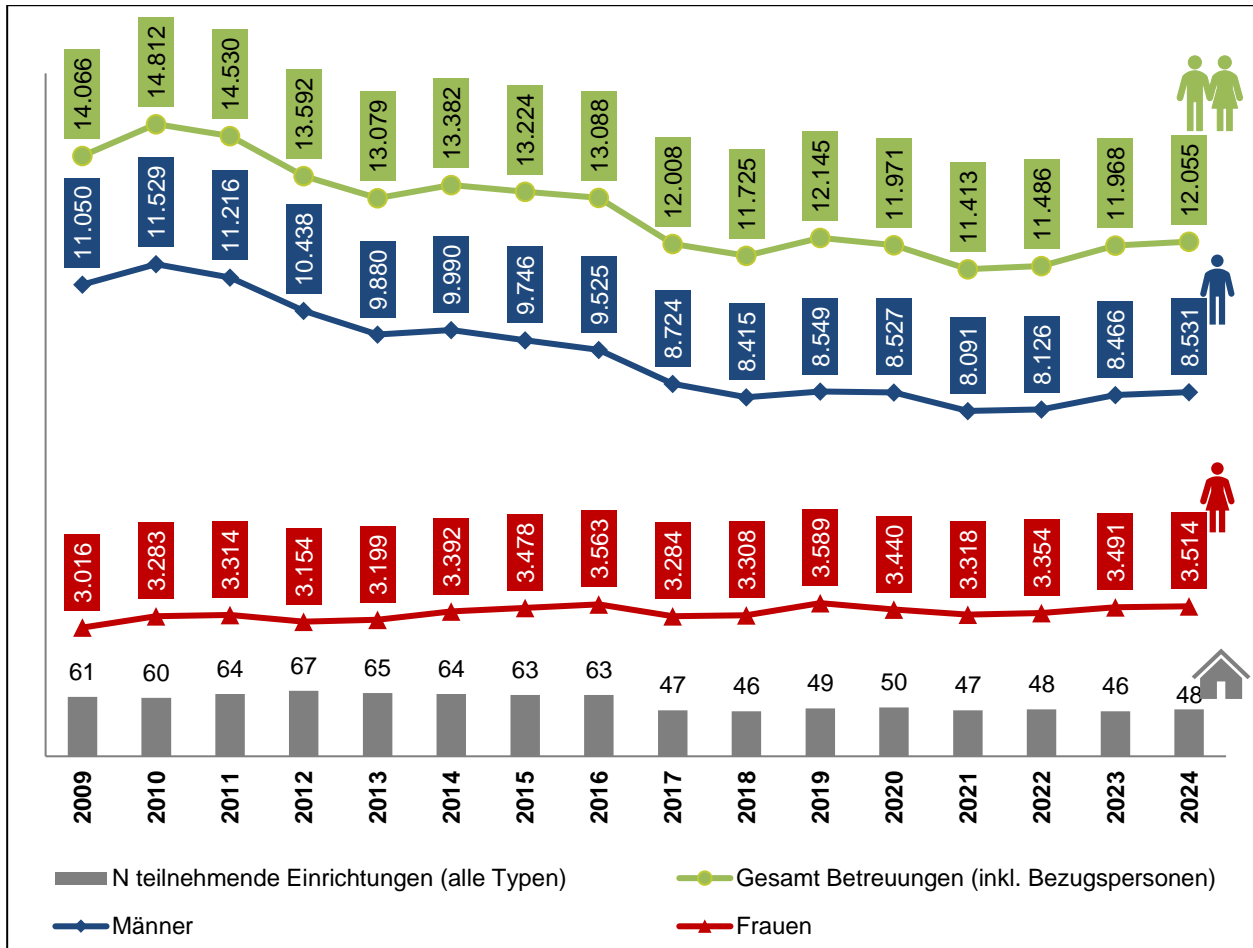
Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen schwankt im Beobachtungszeitraum zwischen  $N = 46$  Einrichtungen (2018 und 2023) und  $N = 67$  Einrichtungen (2012; siehe Abbildung 63 und Tabelle A- 1 im Anhang). Während der Laufzeit des KDS 2.0 (gültig 2007 bis 2016) beteiligten sich grundsätzlich mehr Einrichtungen als nach der Einführung des KDS 3.0. Dies steht mit der durch den KDS 3.0 eingeräumten Möglichkeit, organisatorisch zusammengehörige Einrichtungen zu einer gemeinsam veranlagten „Verbundeinrichtung“ zusammenzuführen, in Verbindung. Infolgedessen kam es 2017 zu einem Rückgang der teilnehmenden Einrichtungen. Seitdem sind die Zahlen weitgehend stabil.

Die schwankende Zahl teilnehmender Einrichtungen ist bei der Einordnung des Betreuungsvolumens über die Zeit mitzudenken. Die Anzahl der Betreuungen (einschließlich der Bezugspersonen) bewegt sich zwischen  $N = 11.413$  (2021) und  $N = 14.812$  Fällen (2010). Zwischen 2010 und 2021 gingen die Fallzahlen sukzessive zurück, bevor sie bis zum Jahr 2024 wieder anstiegen.

---

<sup>7</sup> Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS bis 2016 findet sich bei Bauer et al. (2009). Nähere Informationen zur Erhebung der einzelnen Parameter finden sich im jeweils gültigen Manual des KDS, verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de).

In Bezug auf die Betreuung von Männern zeigt sich ein ähnliches Verlaufsmuster: Der Höchstwert liegt bei N = 11.529 Betreuungen (2010), der Tiefststand bei N = 8.091 Betreuungen (2021). Im Gegensatz dazu ist bei den Frauen eine allmähliche Zunahme der Betreuungsfälle von N = 3.016 (2009) auf N = 3.589 Betreuungen (2019) zu beobachten, seitdem bleibt die Zahl der Betreuungsfälle weitgehend stabil.



**Abbildung 63 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen – alle Typen (2009–2024)**

Die Anzahl der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen schwankt zwischen N = 27 (2017, 2021, 2022, 2023) und N = 32 (2009, 2011, 2012; siehe Abbildung 64 und Tabelle A- 2 im Anhang). Seit der Einführung des KDS 3.0 werden insgesamt weniger ambulante Einrichtungen erfasst als im KDS 2.0, wobei diese Einrichtungszahl weitgehend stabil bleibt.

Das dokumentierte Betreuungsvolumen zeigt im Zeitverlauf ein schwankendes Muster mit einem Tiefststand von N = 9.871 Betreuungen (2022) und einem Höchststand von N = 11.639 Betreuungen (2010). Der Verlauf der Betreuungsfälle unter Männern spiegelt diesen Gesamttrend wider, allerdings mit zeitlich leicht versetztem Höchststand (N = 8.984 Betreuungen; 2009). Der Tiefststand wurde ebenfalls 2022 mit N = 6.823 Betreuungen erreicht. Für Frauen sind am Ende des Beobachtungszeitraums höhere Fallzahlen zu verzeichnen als zu

Beginn. Hierbei kam es nach einer weitgehend stabilen Phase von 2009 bis 2017 zwischen 2017 (N = 2.626; Tiefststand) und 2019 (N = 3.338; Höchststand) zu einem deutlichen Fallzahlenanstieg. Seit 2020 sind die Fallzahlen wieder nahezu unverändert.

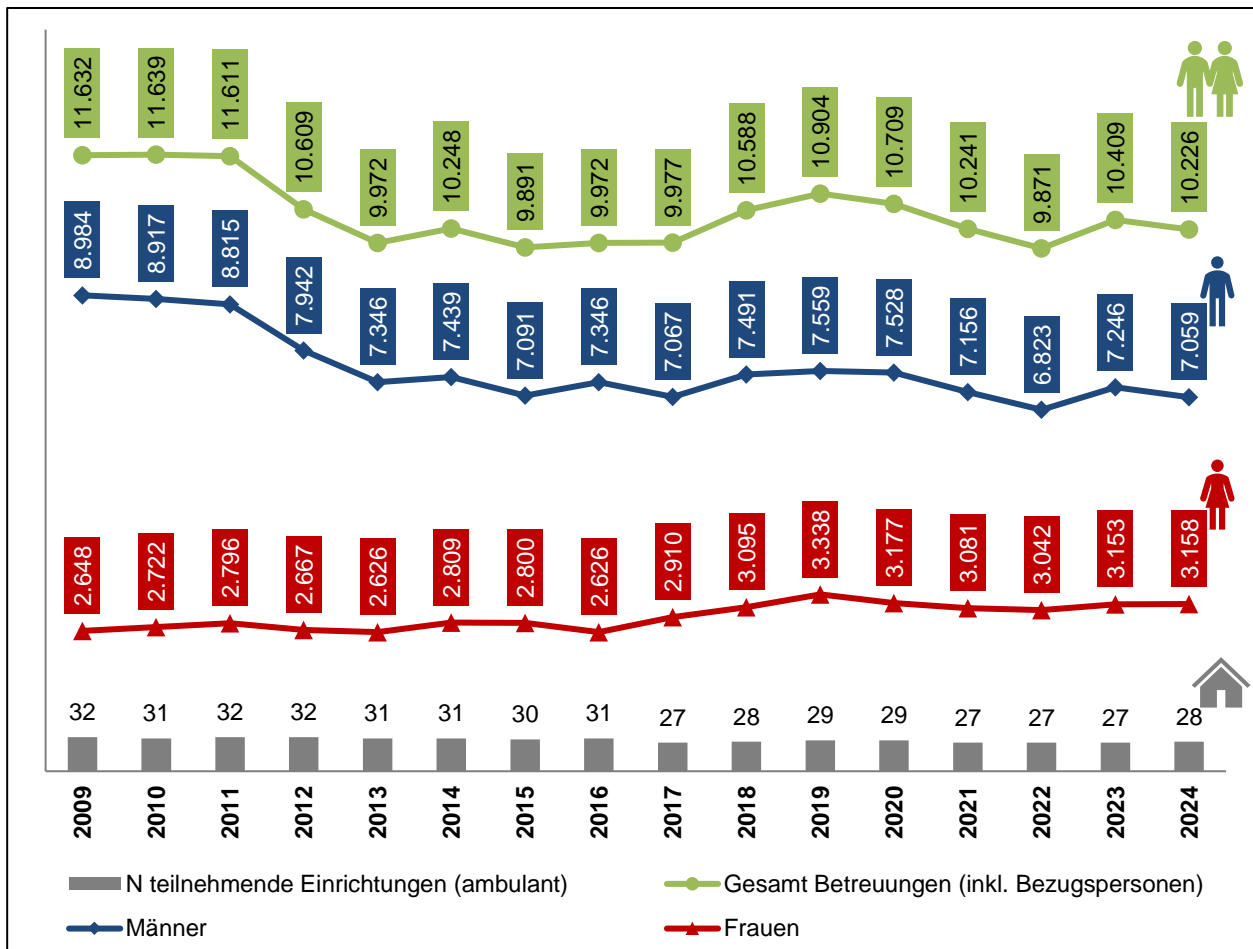


Abbildung 64 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen – ambulant (2009–2024)

## 8.2 Frauenanteil

Der Frauenanteil der ambulant Betreuten im Jahr 2009 (19 %) unterscheidet sich nicht signifikant von dem im Jahr 2024 beobachteten Wert (27 %; siehe Abbildung 65 und Tabelle A-3 im Anhang). Die Zunahme erfolgt nahezu kontinuierlich. Nach einem deutlichen Anstieg des Frauenanteils zwischen 2009 (19 %) und 2019 (27 %) hat sich der Anteil der Klientinnen seit 2020 weitgehend stabilisiert.

Innerhalb der betrachteten Gruppen lässt sich für alkohol- (2009: 19 % vs. 2024: 27 %; +44 %), cannabinoid- (2009: 13 % vs. 2024: 23 %; +87 %) sowie stimulanzenbezogene Störungen (2009: 22 % vs. 2024: 31 %; +44 %) eine signifikante Zunahme des Frauenanteils feststellen. Während bei den ersten beiden Gruppen eine kontinuierliche Zunahme zu beobachten ist, zeigt sich bei stimulanzenbezogenen Störungen seit 2019 ein leichter Rückgang.

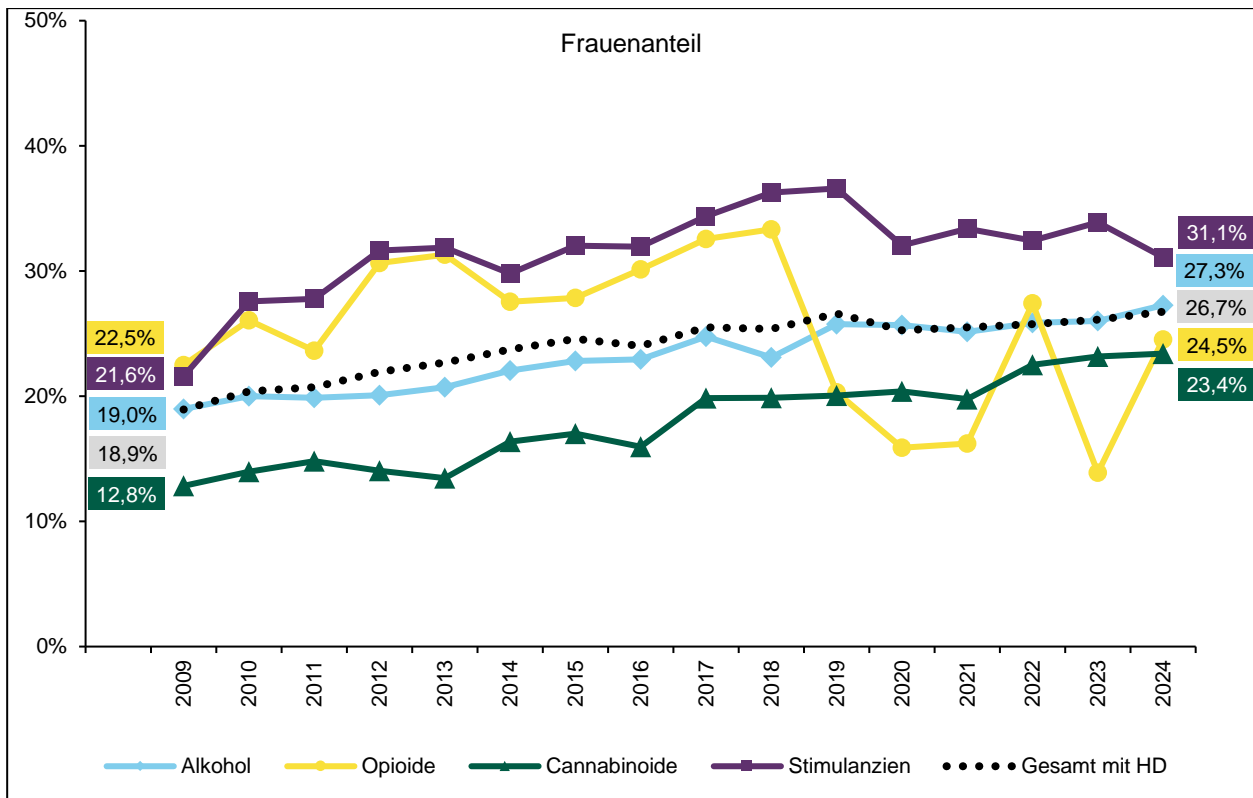


Abbildung 65 Frauenanteil (ambulante Einrichtungen, 2009–2024)

### 8.3 Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der Betreuten ist zwischen 2009 (38 Jahre) und 2024 (40 Jahre) insgesamt um 1,6 Jahre gestiegen (siehe Abbildung 66 und Tabelle A- 4 im Anhang), wobei sich in den betrachteten Gruppen verschiedene Muster zeigen. So ist das Durchschnittsalter der Betreuten mit stimulanzienbezogenen Störungen kontinuierlich zwischen 2009 (25 Jahre) und 2024 (34 Jahre) um über 8 Jahre gestiegen.

In der Klientel mit opioidbezogenen Störungen (Achtung: kleine Fallzahlen, insb. ab 2017) lag das Durchschnittsalter 2009 (30 Jahre) rund 7 Jahre unter dem Wert von 2024 (37 Jahre). Hier kam es zwischen 2013 und 2015 zu einem sprunghaften Anstieg des Durchschnittalters, seitdem sind die Werte nahezu unverändert.

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen stieg von 2009 (24 Jahre) auf 2024 (27 Jahre) um etwa 3 Jahre. Hierbei ist der Wert nach einem anfänglichen Anstieg seit 2013 weitgehend stabil.

Bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen lag das Durchschnittsalter 2009 (42 Jahre) rund 5 Jahre unter dem Wert von 2024 (47 Jahre). Nach einem leichten, kontinuierlichen Anstieg bis 2017 blieb das Durchschnittsalter in den darauffolgenden Jahren nahezu unverändert.

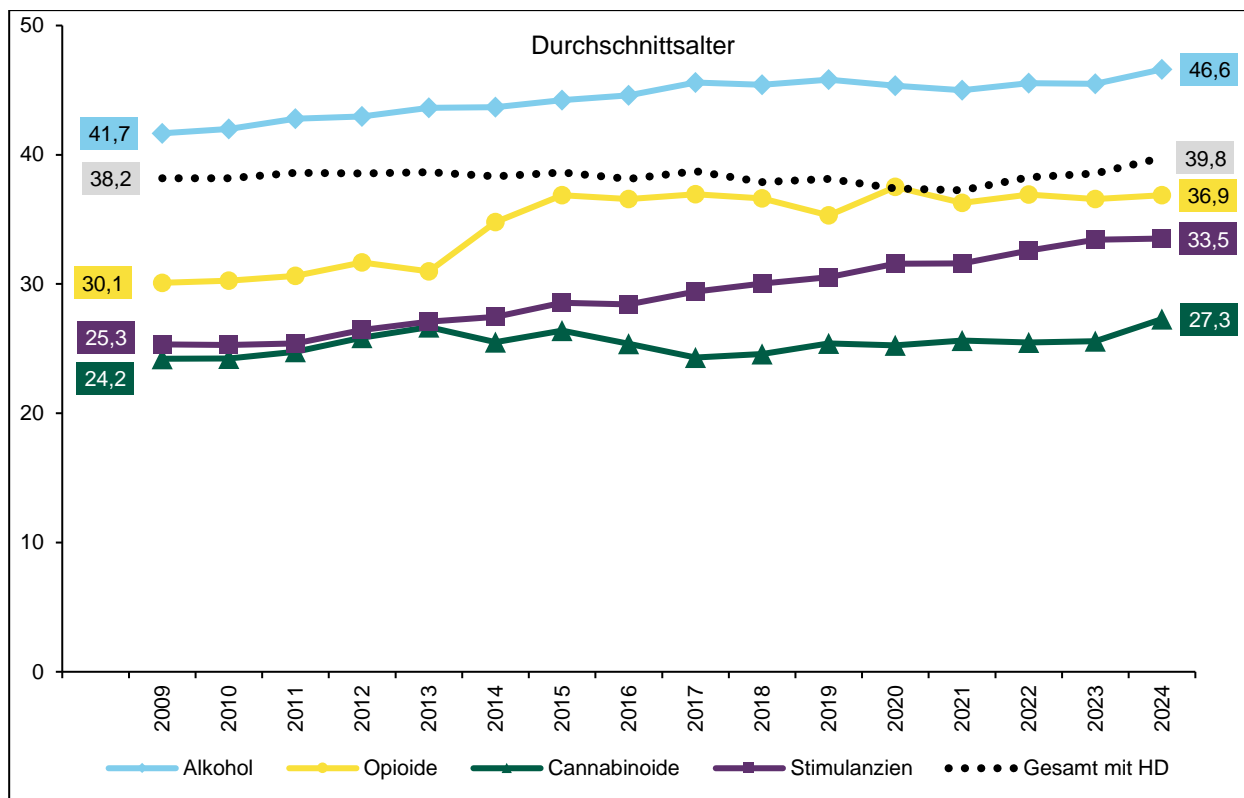


Abbildung 66 Durchschnittsalter (ambulante Einrichtungen, 2009–2024)

### 8.4 Betreuungsdauer

Die mittlere Dauer der beendeten Betreuungen lag 2009 bei 11,2 Monaten, während Betreuungen im Jahr 2024 nach durchschnittlich 13,0 Monaten und damit fast zwei Monate später beendet wurden (siehe Abbildung 67 und Tabelle A- 5 im Anhang).

Die Betreuungsdauer in der Klientel mit alkoholbezogenen Störungen spiegelt diesen Verlauf nahezu deckungsgleich wider: 2009 lag die mittlere Dauer bei 11,5 Monaten, 2024 bei 12,9 Monaten. Bei Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (Achtung: kleine Fallzahlen, insb. ab 2017) betrug die mittlere Betreuungsdauer 2009 im Mittel 15,5 Monate, während sie 2024 mit 32,0 Monaten rund 17 Monate höher lag. Die Werte schwanken von Jahr zu Jahr deutlich, so dass keine belastbare Trendaussage möglich ist. In der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen lag die mittlere Betreuungsdauer 2009 bei 9,2 Monaten und stieg bis 2024 um etwa eineinhalb Monate auf 10,7 Monate. Nach anfänglichen Schwankungen, gefolgt von einer deutlichen Abnahme zwischen 2014 und 2018, ist seither wieder eine kontinuierliche Zunahme zu beobachten. Hilfesuchende mit stimulanzienbezogenen Störungen wurden 2009 im Mittel 9,6 Monate betreut, 2024 dauerte die Betreuung mit im Mittel 15,4 Monaten fast ein halbes Jahr länger. Nach weitgehend stabilen Werten bis 2017 nimmt die durchschnittliche Betreuungsdauer seit 2018 leicht aber kontinuierlich zu.

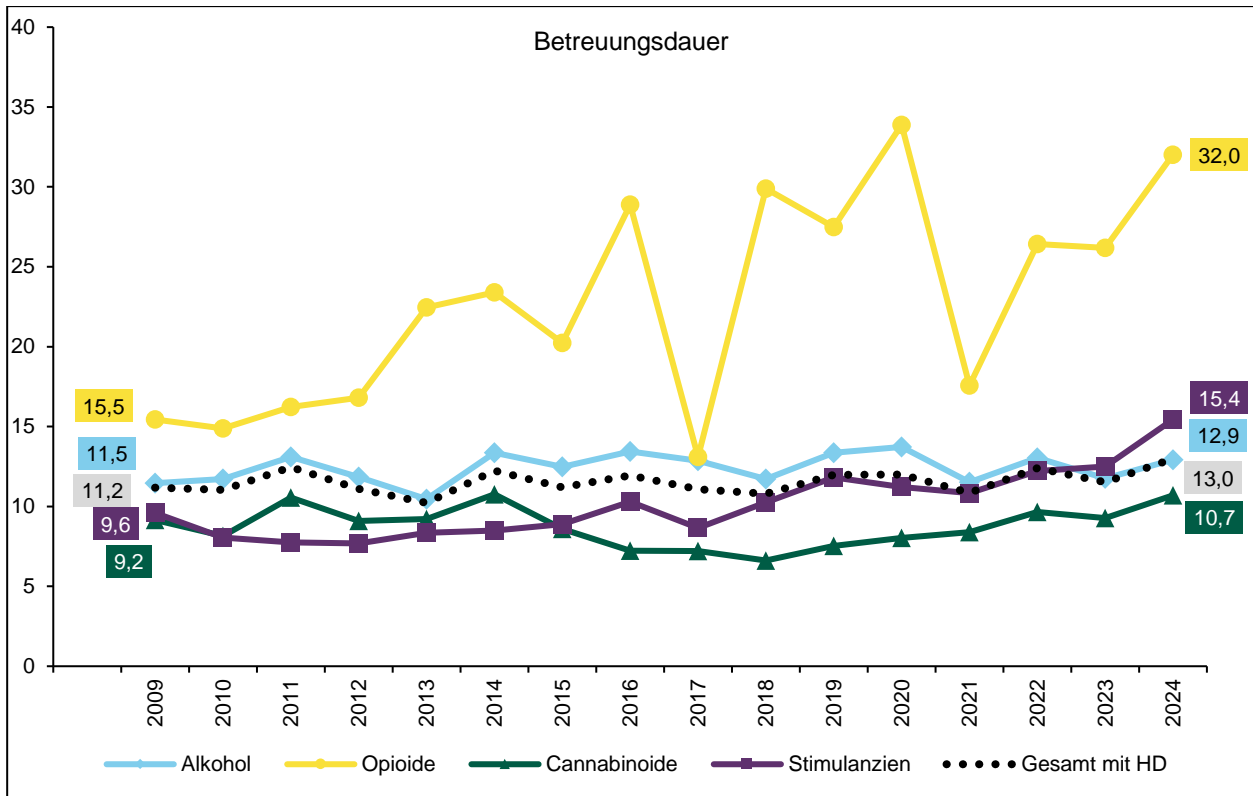


Abbildung 67 Mittlere Betreuungsdauer (ambulante Einrichtungen, 2009–2024)

### 8.5 Planmäßigkeit der Beendigung

Der Anteil an Hilfesuchenden, die ihre Betreuung nach Plan<sup>8</sup> beenden, hat sich zwischen 2009 (42 %) und 2024 (47 %) nicht signifikant verändert (siehe Abbildung 68 und Tabelle A- 6 im Anhang). Der leichte Anstieg erfolgte überwiegend kontinuierlich, unterbrochen lediglich durch einen kurzen Rückgang im Jahr 2019.

Innerhalb der betrachteten Störungsgruppen zeigt sich für alkohol- (2009: 43 % vs. 2024: 51 %; +18 %) bzw. opioidbezogene Störungen (Achtung: kleine Fallzahlen, insb. ab 2017) (2009: 28 % vs. 2024: 48 %; +18 %) eine signifikante Zunahme dieser sogenannten Haltequote. Bei alkoholbezogenen Störungen verläuft dieser Anstieg weitgehend kontinuierlich, mit einem kurzen Rückgang im Jahr 2019. Bei opioidbezogenen Störungen bleibt der Anteil planmäßiger Beendigungen bis 2023 relativ stabil und stieg erst im letzten Jahr sprunghaft an.

<sup>8</sup> Für einen Vergleichbarkeit über die KDS-Versionen wird Planmäßigkeit abweichend von vorangehenden Darstellungen definiert. Damit werden hier nicht eingeschlossen: Entlassungen auf ärztliche/therapeutische Veranlassung bzw. mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis oder planmäßige Wechsel in andere Einrichtungen.

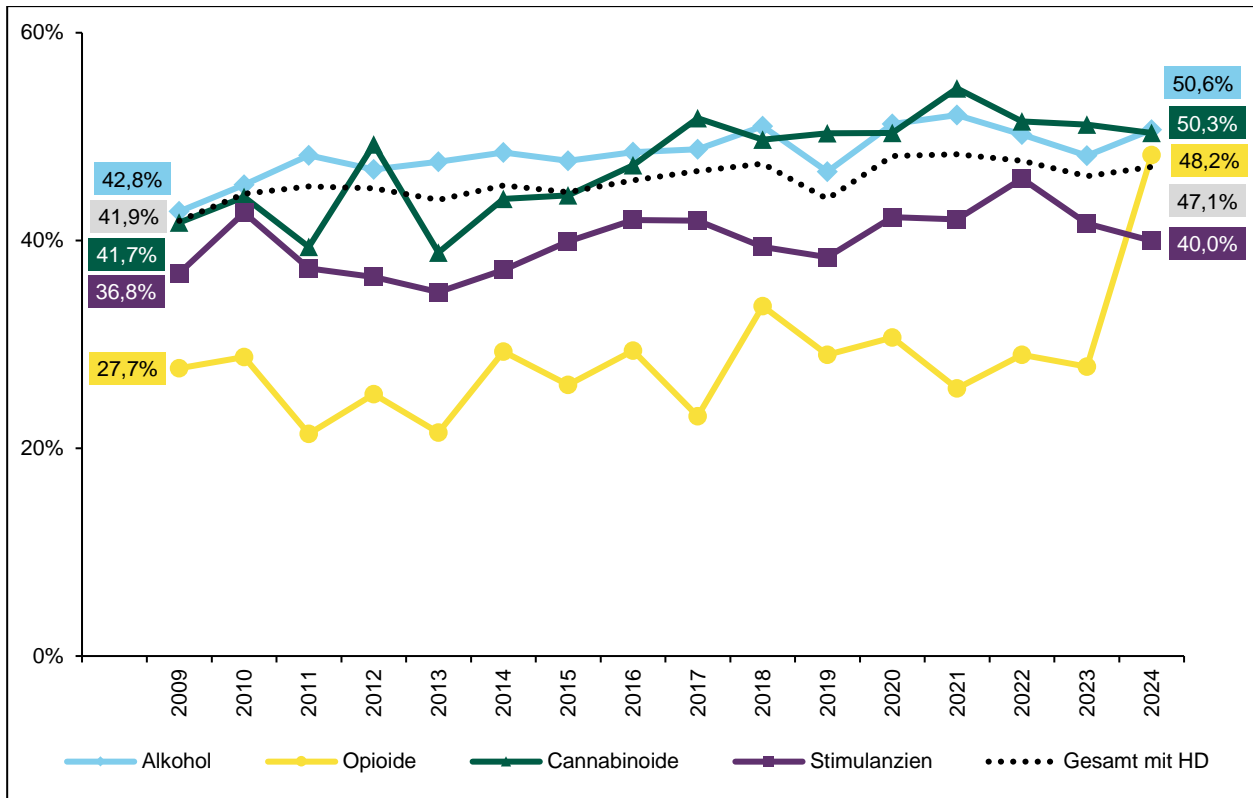


Abbildung 68 Planmäßige Beendigungen (ambulante Einrichtungen, 2009–2024)

## 9 Literaturverzeichnis

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

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024a): Cannabisgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/cannabisgesetz.html>, Zugriff: 24.11.2025.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2023). 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>, Zugriff: 24.11.2025.

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 (2025a). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 24.11.2025.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025b). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 24.11.2025.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025c). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>, Zugriff: 24.11.2025.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025d). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025e). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH (Niedrigschwellige Hilfen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025f). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS ((Reha-)Nachsorge). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33%-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025g). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ (Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025h). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme AWS (Assistenzleistungen im eigenen Wohn- und Sozialraum). Bezugsgruppe:

- Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025i). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025j). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Mitte. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025k). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Nord. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025l). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Ost. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025m). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Südwest. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025n). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025o). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025p). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe – Region Ost. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2025q). Deutsche Suchthilfestatistik 2024. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe – Region Südwest. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, E.-M., Möckl, J., & Hoch, E. (2025). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland - Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 2024. *Deutsches Ärzteblatt International*, 122: online first. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0157>
- 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/>, Zugriff: 24.11.2025.

Schwarzkopf, L., Dauber, H. & Riemerschmid, C. (2025). Suchthilfe in Deutschland 2024. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>, Zugriff: 24.11.2025.

## 10 Tabellenanhang

**Tabelle A-1 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, alle Einrichtungstypen 2009–2024**

Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N Einrichtungen gesamt*	61	60	64	67	65	64	63	65	47	46	49	50	47	48	46	48
N Betreuungen gesamt (inkl. Bezugspersonen)	14.066	14.812	14.530	13.592	13.079	13.382	13.224	13.079	12.008	11.725	12.145	11.971	11.413	11.486	11.968	12.055
N Betreuungen Männer	11.050	11.529	11.216	10.438	9.880	9.990	9.746	9.880	8.724	8.415	8.549	8.527	8.091	8.126	8.466	8.531
N Betreuungen Frauen	3.016	3.283	3.314	3.154	3.199	3.392	3.478	3.199	3.284	3.308	3.589	3.440	3.318	3.354	3.491	3.514

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

**Tabelle A-2 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, ambulante Einrichtungen 2009–2024**

Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N ambulante Einrichtungen*	32	31	32	32	31	31	30	31	27	28	29	29	27	27	27	28
N Betreuungen gesamt (inkl. Bezugspersonen)	11.632	11.639	11.611	10.609	9.972	10.248	9.891	9.972	9.977	10.588	10.904	10.709	10.241	9.871	10.409	10.226
N Betreuungen Männer	8.984	8.917	8.815	7.942	7.346	7.439	7.091	7.346	7.067	7.491	7.559	7.528	7.156	6.823	7.246	7.059
N Betreuungen Frauen	2.648	2.722	2.796	2.667	2.626	2.809	2.800	2.626	2.910	3.095	3.338	3.177	3.081	3.042	3.153	3.158

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

**Tabelle A- 3 Frauenanteil unter Zugängen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024**

Frauenanteil unter Zugängen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	4.125	3.883	3.637	3.297	3.335	2.934	2.844	2.649	3.010	2.620	2.610	2.437	2.255	2.278	2.480	2.340
Alkohol	19,0%	20,0%	19,9%	20,1%	20,7%	22,1%	22,8%	23,0%	24,8%	23,1%	25,7%	25,7%	25,1%	25,9%	26,0%	27,3%
N	169	165	127	111	115	69	79	83	86	75	64	63	74	62	72	53
Opioide	22,5%	26,1%	23,6%	30,6%	31,3%	27,5%	27,8%	30,1%	32,6%	33,3%	20,3%	15,9%	16,2%	27,4%	13,9%	24,5%
N	631	580	520	413	394	409	435	583	650	785	793	854	759	720	790	641
Cannabinoide	12,8%	14,0%	14,8%	14,0%	13,5%	16,4%	17,0%	16,0%	19,8%	19,9%	20,1%	20,4%	19,8%	22,5%	23,2%	23,4%
N	227	330	432	594	825	869	915	864	887	896	899	986	923	700	723	659
Stimulanzien	21,6%	27,6%	27,8%	31,6%	31,9%	29,8%	32,0%	31,9%	34,4%	36,3%	36,6%	32,0%	33,4%	32,4%	33,9%	31,1%
N	5.487	5.295	5.068	4.750	4.987	4.636	4.617	4.559	5.198	4.898	4.970	5.025	4.653	4.354	4.664	4.277
Gesamt mit Hauptdiagnose*	18,9%	20,4%	20,7%	22,0%	22,7%	23,7%	24,6%	24,0%	25,5%	25,4%	26,6%	25,3%	25,5%	25,7%	26,1%	26,7%

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

**Tabelle A- 4 Durchschnittsalter der Zugänge je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024**

Durchschnittsalter (in Jahren) der Zugänge	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	4.125	3.883	3.637	3.296	3.336	2.934	2.844	2.649	3.005	2.619	2.607	2.437	2.253	2.276	2.477	2.339
Alkohol	41,7	42,0	42,8	43,0	43,6	43,7	44,2	44,6	45,6	45,4	45,8	45,3	45,0	45,5	45,5	46,6
N	169	165	127	111	115	69	79	83	86	75	64	63	74	62	72	53
Opioide	30,1	30,3	30,6	31,7	31,0	34,8	36,9	36,6	37,0	36,6	35,3	37,5	36,3	36,9	36,6	36,9
N	631	579	520	413	394	409	435	583	650	785	793	853	759	720	790	641
Cannabinoide	24,2	24,2	24,8	25,8	26,7	25,5	26,4	25,4	24,3	24,6	25,4	25,3	25,6	25,5	25,6	27,3
N	227	329	432	594	825	869	915	864	887	894	898	985	923	700	723	659
Stimulanzien	25,3	25,3	25,4	26,4	27,1	27,4	28,6	28,4	29,4	30,0	30,5	31,6	31,6	32,6	33,4	33,5
N	5.487	5.293	5.068	4.749	4.988	4.636	4.617	4.559	5.192	4.894	4.964	5.022	4.649	4.351	4.661	4.276
Gesamt mit Hauptdiagnose*	38,2	38,2	38,6	38,6	38,7	38,3	38,6	38,1	38,7	37,9	38,1	37,4	37,3	38,3	38,6	39,8

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

**Tabelle A-5 Mittlere Dauer der beendeten Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024**

Mittlere Dauer (in Monaten) der beendeten Betreuungen	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	3.794	3.619	3.960	3.556	2.881	3.019	2.601	2.904	2.569	2.574	2.605	2.388	2.009	2.038	2.024	2.104
Alkohol	11,5	11,7	13,1	11,8	10,5	13,4	12,5	13,4	12,9	11,7	13,4	13,7	11,5	13,0	11,8	12,9
N	132	140	160	124	94	99	69	102	66	100	74	68	66	69	62	56
Opioide	15,5	14,9	16,2	16,8	22,5	23,4	20,2	28,9	13,1	29,9	27,5	33,9	17,6	26,4	26,2	32,0
N	554	578	546	457	347	384	397	543	539	655	681	769	679	627	618	590
Cannabinoide	9,2	8,1	10,6	9,1	9,2	10,8	8,6	7,2	7,2	6,6	7,5	8,0	8,4	9,7	9,3	10,7
N	209	247	327	496	590	736	822	952	738	840	895	795	857	701	629	616
Stimulanzen	9,6	8,1	7,7	7,7	8,4	8,5	8,9	10,3	8,6	10,2	11,8	11,2	10,8	12,2	12,5	15,4
N	4.962	4.903	5.316	5.014	4.183	4.552	4.188	4.889	4.330	4.671	4.746	4.609	4.159	3.951	3.844	3.860
Gesamt mit Hauptdiagnose*	11,2	11,0	12,5	11,1	10,2	12,2	11,2	11,9	11,1	10,8	12,0	12,0	10,9	12,4	11,5	13,0

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

**Tabelle A-6 Anteil regulär nach Behandlungsplan beendeter Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2009–2024**

Anteil regulär beendeter Betreuungen*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	3.767	3.607	3.940	3.507	2.845	3.012	2.592	2.899	2.518	2.533	2.340	2.201	1.980	1.994	1.987	2.089
Alkohol	42,8%	45,4%	48,2%	46,8%	47,6%	48,5%	47,7%	48,5%	48,8%	51,0%	46,6%	51,2%	52,1%	50,2%	48,2%	50,6%
N	130	139	159	123	93	99	69	102	65	98	69	62	66	69	61	56
Opioide	27,7%	28,8%	21,4%	25,2%	21,5%	29,3%	26,1%	29,4%	23,1%	33,7%	29,0%	30,6%	25,8%	29,0%	27,9%	48,2%
N	549	577	546	455	345	384	397	542	535	646	652	723	668	610	606	590
Cannabinoide	41,7%	44,2%	39,4%	49,2%	38,8%	44,0%	44,3%	47,2%	51,8%	49,7%	50,3%	50,3%	54,6%	51,5%	51,2%	50,3%
N	209	246	327	496	588	732	822	951	735	828	865	743	835	692	627	613
Stimulanzen	36,8%	42,7%	37,3%	36,5%	35,0%	37,2%	39,9%	42,0%	41,9%	39,4%	38,4%	42,3%	42,0%	46,0%	41,6%	40,0
N	4.927	4.887	5.294	4.960	4.139	4.539	4.179	4.882	4.264	4.606	4.393	4.299	4.089	3.867	3.784	3.839
Gesamt mit Hauptdiagnose**	41,9%	44,5%	45,2%	45,0%	43,9%	45,3%	44,7%	45,8%	46,7%	47,4%	44,0%	48,1%	48,3%	47,7%	46,2%	47,1%

\*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de))

© November 2025 IFT Institut für Therapieforschung, München  
All rights reserved