

Suchthilfestatistik 2022

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

Jutta Künzel

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

München, Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Methodik	6
2.1	Design und Stichprobe.....	6
2.2	Datenerhebung und Diagnostik	6
2.3	Hinweise zum Verständnis des Berichts	7
3	Einrichtungsbezogene Merkmale	8
4	Klientelbezogene Merkmale	11
4.1	Betreuungsvolumen und -grund.....	11
4.2	Störungsbezogene Merkmale	13
4.3	Soziodemographische Merkmale.....	17
5	Betreuungsbezogene Merkmale	28
6	Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen	40
6.1	Soziodemographische Merkmale.....	40
6.2	Störungsbezogene Merkmale	46
6.3	Betreuungsbezogene Merkmale	49
7	Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2022	55
8	Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens	64
9	Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten	68
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	70
11	Quellen	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einrichtungstypen und Software	8
Tabelle 2:	Umfang Betreuungen 2022.....	12
Tabelle 3:	Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2022.....	12
Tabelle 4:	Betreuungsgrund der Zugänge 2022 (Einrichtungstypen).....	12
Tabelle 5:	Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp; Geschlecht)	15
Tabelle 6:	Hauptdiagnosen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen	16
Tabelle 7:	Altersdurchschnitt (in Jahren; Einrichtungstyp; Hauptdiagnose)	18
Tabelle 8:	Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*	22
Tabelle 9:	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	22
Tabelle 10:	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; alkoholbezogene Hauptdiagnose).....	23
Tabelle 11:	Höchster Schulabschluss (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	25
Tabelle 12:	Problematische Schulden (Einrichtungstyp).....	27
Tabelle 13:	Häufigste Vermittlungsarten (Einrichtungstypen)	30
Tabelle 14:	Häufigste Vermittlungsarten (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	31
Tabelle 15:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp).....	32
Tabelle 16:	Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen).....	32
Tabelle 17:	Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp)	33
Tabelle 18:	Dauer der Betreuung (Hauptdiagnose, Typ 1)	34
Tabelle 19:	Art der Beendigung (Einrichtungstyp)	35
Tabelle 20:	Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1).....	35
Tabelle 21:	Art der Beendigung und Einrichtungstyp (alkoholbezogene Hauptdiagnose)	36
Tabelle 22:	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten bei Betreuungsende (Hauptdiagnosen; Typ 1)	38
Tabelle 23:	Veränderung der Konsummenge/Spieldauer (Betreuungsanfang – Betreuungsende; Hauptsubstanzen/-spielform, Typ 1)	39
Tabelle 24:	Geschlechterverteilung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	40
Tabelle 25:	Partnerschaft (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	41
Tabelle 26:	Lebenssituation (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	42
Tabelle 27:	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	43
Tabelle 28:	Schulden (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	46
Tabelle 29:	Suchtbezogene Komorbidität (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	47
Tabelle 30:	Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum	47
Tabelle 31:	Übersicht Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region	64
Tabelle 32:	Übersicht Fallzahlen (eigene Symptomatik) nach Region	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der 2022 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen	10
Abbildung 2: Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen)	13
Abbildung 3: Durchschnittliches Alter in Jahren bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform; Gesamt)	16
Abbildung 4: Störungsdauer (\emptyset Alter in Jahren bei Betreuungsbeginn – \emptyset Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; Gesamt)	17
Abbildung 5: Altersverteilung bei Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1).....	19
Abbildung 6: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)	20
Abbildung 7: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen; Geschlecht)	21
Abbildung 8: Kein Schulabschluss (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen, Geschlecht).....	24
Abbildung 9: Anteil Arbeitslosigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen; Geschlecht).....	26
Abbildung 10: Auflagen ja (Hauptdiagnosen; Gesamt)	28
Abbildung 11: Häufigste Auflagen (Hauptdiagnosen; Gesamt)	29
Abbildung 12: Anteil der Erstbetreuten (Hauptdiagnosen)	31
Abbildung 13: Problematik zu Betreuungsbeginn (Einrichtungstypen).....	37
Abbildung 14: Problematik am Betreuungsende „gebessert“ (Einrichtungstypen).....	38
Abbildung 15: Alter bei Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	41
Abbildung 16: Höchster Schulabschluss (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	44
Abbildung 17: Berufsausbildung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	45
Abbildung 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	45
Abbildung 19: Störungsdauer (\emptyset Alter bei Störungsbeginn – \emptyset Alter bei Betreuungsbeginn; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	48
Abbildung 20: Problematik zu Betreuungsbeginn (alle Problembereiche; Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	49
Abbildung 21: Vermittlung in die Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	50
Abbildung 22: Weitervermittlung/Verlegung nach Beendigung der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen).....	50
Abbildung 23: Dauer der Betreuung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	51
Abbildung 24: Planmäßige Beendigungen (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	52
Abbildung 25: Gebesserte Problematik am Betreuungsende (alle Problembereiche, Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)	53
Abbildung 26: Hauptsubstanz Cannabis: Veränderung der Konsummenge zum Ende der Betreuung.....	54
Abbildung 27: Einrichtungs-beteiligung (alle Einrichtungstypen).....	55

Abbildung 28: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)	56
Abbildung 29: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund (Hauptdiagnose; alle Einrichtungstypen)	57
Abbildung 30: Durchschnittliche Anzahl der Kontakte je beendeter Betreuung (ambulant)	58
Abbildung 31: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)	59
Abbildung 32: Planmäßige Beendigung (Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)	60
Abbildung 33: Beendigung der Betreuung durch Abbruch von Seiten der Patientinnen/Patienten (alle Einrichtungstypen).....	62
Abbildung 34: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant).....	65
Abbildung 35: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär).....	66
Abbildung 36: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren).....	67
Abbildung 37: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren).....	67
Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen.....	68
Abbildung 39: Durchschnittsalter (in Jahren)	69

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht gibt eine Übersicht über die Auswertung der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2022 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patientinnen und Patienten. In Thüringen wird bereits seit mehr als 20 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe durchgeführt. Im Laufe der Jahre wurde die Thüringer Standarddokumentation um weitere Einrichtungstypen aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich erweitert.

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

2 Methodik

2.1 Design und Stichprobe

Die Daten, die der aktuellen Auswertung zugrunde liegen, stammen von einer großzahligen Gelegenheitsstichprobe aller Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die sich im Jahr 2022 an der zentralen Auswertung für die DSHS beteiligt haben (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Specht, 2022). In die Erhebung von 2022 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 48 ambulanten und stationären Einrichtungen ein. Grundlage des vorliegenden, vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Auftrag gegebenen, Berichts sind die Daten der Suchthilfestatistik für Thüringen des Jahres 2022, für die Trendanalyse die Jahre 2003 bis 2022 (aktuelle bundesweite Auswertung: Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Riemerschmid, 2023). Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann folgenden Publikationen entnommen werden: Erhebungsmethodik bis 2016: Bauer, Sonntag, Hildebrand, Bühringer und Kraus (2009), Erhebungsmethodik ab 2017: Schwarzkopf et al. (2020).

2.2 Datenerhebung und Diagnostik

Die Datenerhebung wurde im Jahr 2022 in den Suchthilfeeinrichtungen auf der Grundlage des *Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS)* durchgeführt. Die aktuelle Version des KDS, der KDS 3.0, wurde – wie die Vorgängerversion – vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2023) erstellt und ist seit 2017 gültig. Für die Erhebung kompatibler Daten in den Einrichtungen wird jeweils eine KDS-zertifizierte Dokumentationssoftware eingesetzt.

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

Ebenfalls (teilweise) einbezogen werden Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik ihrer Angehörigen bzw. Personen im sozialen Umfeld aufsuchten.

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

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

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungstypen¹ (Typ 1 und Typ 5) erfolgt die Auswertung soziodemographischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der „Zugänge“, d.h. der Fälle, deren Betreuung im Bezugsjahr 2022 neu begonnen wurde. Zugänge werden deshalb zur Auswertung herangezogen, damit die Jahresverläufe korrekt abgebildet werden können und Übernahmen aus den Vorjahren nicht erneut gezählt werden. Die Auswertung der behandlungsbezogenen Daten erfolgt über die Bezugsgruppe der „Beender“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Datenjahr 2022 beendet wurden. Das gleiche Vorgehen findet für die Gesamtstichprobe aller Einrichtungen (im Text abgekürzt mit „Gesamt“) statt. Für den stationären Einrichtungstyp (Typ 2) erfolgt die Auswertung aller Daten für die „Beender“, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt.

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

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

¹ Zur Systematik der Einrichtungstypen siehe Kapitel 3.

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

3 Einrichtungsbezogene Merkmale

2022 beteiligten sich insgesamt 48 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik für den Freistaat Thüringen (27 ambulante, 65 stationäre und 15 soziotherapeutische Einrichtungen; Tabelle 1). Im Vergleich zum Vorjahr, in dem 47 Einrichtungen teilgenommen haben, ist ein geringfügiger Anstieg der Beteiligung zu verzeichnen.

Die Zuordnung einer Einrichtung zu einem Einrichtungstyp erfolgt durch die Einrichtungsmitarbeiter und -mitarbeiterinnen selbst. Da viele Einrichtungen über unterschiedliche Angebote verfügen, wird häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenden Einrichtungstyp vorgenommen. Die Dokumentation der Daten erfolgt auch im aktuellen Datenjahr überwiegend mit der Software „Ebis“ (88 %; Tabelle 1).

Seit dem Datenjahr 2017 gilt folgende Einteilung der Einrichtungstypen³:

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

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software

Einrichtungstyp*	Typennummer	Software/System		Gesamt 2022	Gesamt 2021
		Ebis	Sonstige		
Ambulante Einrichtungen (Typ 1)	1	26	1	27	27
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) + Adaptionseinrichtungen (Typ 2)	2	3	2	6	5
Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe/Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Typ 5)	5	13	3	15	15
Gesamt		42	6	48	47

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

³ Aufgelistet sind nur im Bericht berücksichtigte Einrichtungstypen.

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

Abbildung 1 zeigt, in wie vielen der teilnehmenden Einrichtungen bestimmte Angebote/Dienste von den Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 in Anspruch genommen wurden. Berücksichtigt werden hierbei nur Angebote/Dienste, die mindestens einmal im Jahr 2022 genutzt wurden. Darüber hinaus angebotene/geplante Angebote/Dienste, die nicht genutzt bzw. deren Nutzung nicht dokumentiert wurde, bleiben unberücksichtigt.

In den meisten Einrichtungen wird 2022 Sucht- und Drogenberatung (SBS: 56 %), gefolgt von Reha-Nachsorge (NAS: 40 %) sowie psychosozialer Begleitung Substituierter (PSB: 31 %) in Anspruch genommen. In etwas über einem Viertel der Einrichtungen werden jeweils Maßnahmen im Bereich Niedrigschwellige Hilfen (NIH: 27%) und Ambulant Betreutes Wohnen (ABW: 27 %), in einem Viertel der Einrichtungen Maßnahmen der Prävention und Frühintervention (PF: 25 %) genutzt. Selbsthilfeangebote (SH) werden in 19 % der Einrichtungen von den Betroffenen in Anspruch genommen, in jeweils 13 % der Einrichtungen werden Tagesstrukturierende Maßnahmen (TSM) und Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ) genutzt. Das Angebot einer Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten wird in 10 % der Einrichtungen wahrgenommen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der 2022 genutzten Angebote/Dienste über alle Einrichtungen



N(Gesamt)= 48 Einrichtungen; Mehrfachnennungen möglich.

4 Klientelbezogene Merkmale

In diesem Kapitel werden die 2022 in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten hinsichtlich soziodemographischer und diagnostischer Merkmale beschrieben.

Bei der Darstellung der Daten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen, Hauptdiagnosegruppen oder Hauptmaßnahmen sowie Geschlecht. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Personen dargestellt sowie auch differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Zudem werden die Daten ausgewählter Hauptdiagnosegruppen⁴ (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien, Multiplen Substanzgebrauch oder Pathologisches Spielen) für einige Merkmale vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung vorrangig auf die Daten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, da hier die mit Abstand höchsten Fallzahlen vorliegen. Für die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung, die in der Thüringer Suchthilfe ebenso wie bundesweit (Schwarzkopf, Künzel, Murawski & Riemerschmid, 2023) den größten Anteil der Betreuten darstellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Störungen wird aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungstypen auf diese Darstellung verzichtet. Die Ergebnisse werden partiell für Männer und Frauen getrennt dargestellt, um geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen.

4.1 Betreuungsvolumen und -grund

Die Auswertung des Jahres 2022 basiert auf insgesamt 11.486 dokumentierten Betreuungsfällen. Die Stichprobengröße hat damit gegenüber dem Vorjahr etwas zugenommen (2021: 11.413), jedoch hat sich 2022, wie in Kap. 3 bereits erwähnt, eine Einrichtung mehr als im Jahr 2021 an der Suchthilfestatistik Thüringen beteiligt.

Die Fallzahlen für Übernahmen, Zugänge und Beender sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Wie in den Vorjahren sind auch im Jahr 2022 die betreuten Personen überwiegend männlich. (Verhältnis Männer: Frauen = 2:1).

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

Daten zur ICD-10 - Diagnose F63.8/F68.8 (Exzessive Mediennutzung) werden ab Datenjahr 2021 aufgrund der sehr geringen Fallzahlen für die Jahresberichte nicht mehr berücksichtigt.

Tabelle 2: Umfang Betreuungen 2022⁵

Betreuungen	M	F	G	n
Übernahmen nach 2022	46,6%	49,1%	47,1%	5.438
Zugänge 2022	53,4%	50,9%	52,7%	6.048
Beender 2022	49,8%	46,8%	48,9%	5.616
Übernahmen nach 2023	50,2%	53,2%	51,1%	5.870
	8.126	3.354		11.486*
*Gesamt %	70,7%	29,2%		-

M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt, n= 48 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

*enthält 6 Nennungen „Geschlecht: ohne Angabe“.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über den Betreuungsumfang nach ausgewählten Hauptmaßnahmen. Die Betreuungszahlen 2022 bewegen sich zwischen n=85 für Niedrigschwellige Hilfen (NIH) und n=254 für (Reha-)Nachsorge (NAS).

Tabelle 3: Anzahl der Betreuungen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen 2022

Hauptmaßnahme	N*	Übernahme nach 2022	Zugänge 2022	Beender 2022	Übernahme nach 2023	Betreuungen Gesamt 2022
ABW	9	151	51	41	161	202
NIH	3	59	26	15	70	85
SOZ	7	145	80	73	152	225
NAS	9	181	73	81	173	254

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

In allen Einrichtungstypen werden sowohl Männer als auch Frauen in der Regel aufgrund einer eigenen Symptomatik betreut (Männer: 98 % - 100 %; Frauen 80 %-100 %). Während stationäre und sozialtherapeutische Einrichtungen von beiden Geschlechtern ausschließlich aufgrund einer eigenen Symptomatik aufgesucht werden, kontaktieren vor allem Frauen ambulante Einrichtungen auch wegen der Problematik von Personen aus ihrem sozialen Umfeld (20 %), bei Männern ist dieser Anteil mit 2% dagegen sehr gering (Tabelle 4).

Tabelle 4: Betreuungsgrund der Zugänge 2022 (Einrichtungstypen)

Betreuungsgrund	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt		N	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Eigene Symptomatik	98,3	79,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,6	82,0	5.678
Familienangehörige	1,7	20,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	18,0	370
Gesamt N	3.518	1.511	716	169	103	28	4.337	1.708	6.048*	

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

* enthält 6 Nennungen „Geschlecht: keine Angabe“; Typ 1: n= 27 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 2: n=6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 15 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 48 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

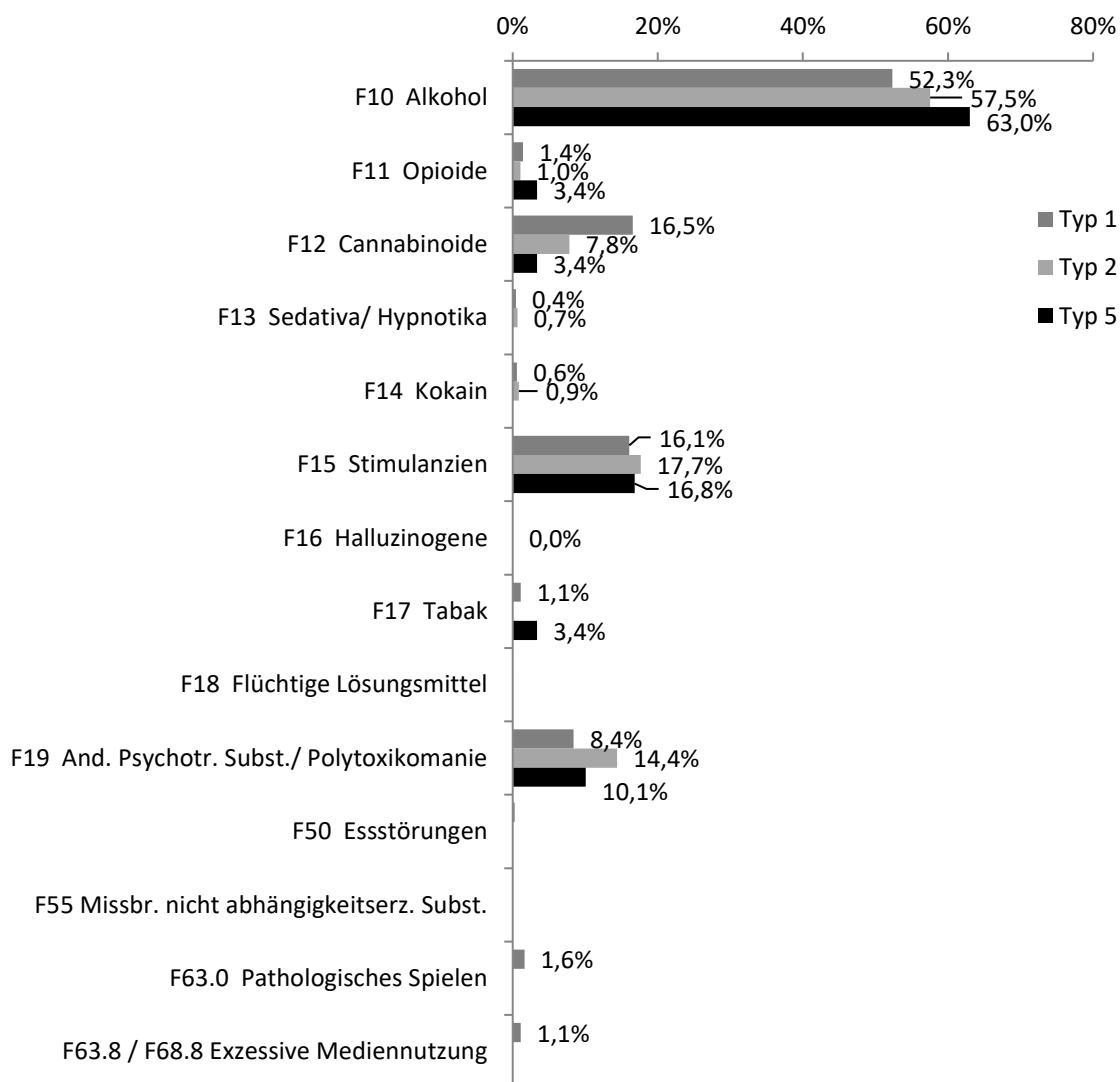
⁵ Nur in den Tabellen 2,3,4, nicht aber in allen darauffolgenden Analysen, sind auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchproblematik eines Familienmitglieds oder einer anderen Bezugsperson durchgeführt wurden.

4.2 Störungsbezogene Merkmale

Für 5.337 (95 %) der 5.610 erfassten Betreuungsfälle wurde in den teilnehmenden Einrichtungen eine Hauptdiagnose vergeben. Für 273 (5 %) Betreuungsfälle wurde ein Grund für das Fehlen einer Hauptdiagnose dokumentiert. In insgesamt 68 Fällen wurde weder eine Hauptdiagnose kodiert noch ein Grund für die fehlende Kodierung angegeben (1 %).

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

Abbildung 2: Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen)



Die über alle Einrichtungstypen mit Abstand am häufigsten vergebenen Hauptdiagnose ist nach wie vor der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol (Anteil gesamt 2022: 54 %; 2021: 47 %). Der höchste Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen wird in soziotherapeutischen Einrichtungen (63 %) betreut, der geringste in den ambulanten (52 %). Insgesamt besteht kein geschlechtsspezifischer Unterschied (je 54 %), jedoch ist in den stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen der Anteil der Frauen jeweils höher als der der Männer (Typ 2: 63 %/56 %; Typ 5: 68 %/58 %).

Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen bilden – wie im Vorjahr – auch 2022 die zweitgrößte Gruppe an Betreuten (16 %; 2021: 21 %). Der höchste Anteil an Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen findet sich in stationären Einrichtungen (18 %), der niedrigste in ambulanten Einrichtungen (16 %). Insgesamt sind Frauen häufiger als Männer wegen stimulanzenbezogener Störungen in Betreuung (20 % vs. 15 %).

An dritter Stelle stehen, ebenfalls wie im Vorjahr Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, (15 %; 2021: 16 %). Der höchste Anteil an Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt in ambulanten Einrichtungen vor (16 %), der geringste in soziotherapeutischen Einrichtungen (3 %). Unter betreuten Männern finden sich etwas häufiger Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen als unter betreuten Frauen (15 % vs. 13 %).

Den vierten Rang nehmen Patientinnen und Patienten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch ein (9 %; 2021: 11 %) ein. Der Anteil an Betreuten mit entsprechender Diagnose ist in stationären Einrichtungen etwas höher (14 %) als in ambulanten und soziotherapeutischen Einrichtungen (8 %; 10 %). Insgesamt werden in der männlichen Klientel anteilmäßig mehr Personen mit Multiplem Substanzgebrauch betreut als in der weiblichen Klientel (10 % vs. 7 %).

Der Anteil an Betreuten mit opioidbezogenen Störungen liegt insgesamt bei 1 % und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr nicht verändert. Den höchsten Anteil an Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen weisen soziotherapeutische Einrichtungen auf (3 %), in ambulanten und stationären Einrichtungen liegt er bei 1 %. Es liegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vor.

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

Tabelle 5: Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp; Geschlecht)

Hauptdiagnose	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt			N
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Alkohol	52,2	52,5	52,3	56,2	63,1	57,5	67,7	46,2	63,0	54,3	54,0	54,3	2.896
Opioide	1,4	1,5	1,4	0,9	1,5	1,0	4,3	0,0	3,4	1,3	1,5	1,4	73
Cannabinoide	17,3	14,5	16,4	8,6	4,5	7,8	4,3	0,0	3,4	15,1	13,1	14,6	779
Sedativa/ Hypnotika	0,3	0,7	0,3	0,7	0,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7	0,5	27
Kokain	0,7	0,3	0,6	0,9	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3	0,7	35
Stimulanzien	14,6	20,2	16,1	17,6	17,7	17,7	14,0	26,9	16,8	14,8	19,8	16,0	856
Halluzinogene	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1
Tabak	0,8	2,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,1	11,5	3,4	0,7	1,9	1,0	52
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2
Multipler Substanzge- brauch	9,1	6,3	8,4	14,9	12,1	14,4	8,6	15,4	10,1	9,7	7,1	9,1	483
Essstörungen	0,1	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,2	11
Missbrauch. nicht abhän- gigkeitserzeu- gender Substanzen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1
Pathologi- sches. Spie- len	2,0	0,5	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,5	1,3	71
Exzessive Me- diennutzung	1,3	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,9	49
Gesamt	3.231	1.121	4.354*	850	198	1.048	93	26	119	4.026	1.309		5.337'

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

* enthält 2 Nennungen „Geschlecht unbestimmt“. Typ 1: n=27 Einrichtungen (unbekannt:1,4%). Typ 2: n= 6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n=15 Einrichtungen (unbekannt:1,5%). Gesamt: n= 48 Einrichtungen (unbekannt: 1,2%).

In den vier ausgewählten Hauptmaßnahmen (Tabelle 6) sind die Hauptdiagnosen zum Teil sehr unterschiedlich verteilt. So sind Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mit hohen (ABW: 66 % - NAS: 55 %) und Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen mit mittleren Anteilen (SOZ: 18 % - NIH: 6 %) in allen vier Hauptmaßnahmen vertreten, ebenso wie Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (NIH; 24 % - ABW: 13 %). Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen finden sich dagegen nur in der (Reha-)Nachsorge (NAS; (8 %), in niedrigschwelligen Hilfen (NIH) und im Stationären sozialtherapeutischen Wohnen (SOZ; je 4%). Personen mit opioidbezogenen Störungen sind nur im sozialtherapeutischen (6 %) und Ambulant betreuten Wohnen (ABW; 2 %) dokumentiert (Tabelle 6).

Tabelle 6: Hauptdiagnosen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen

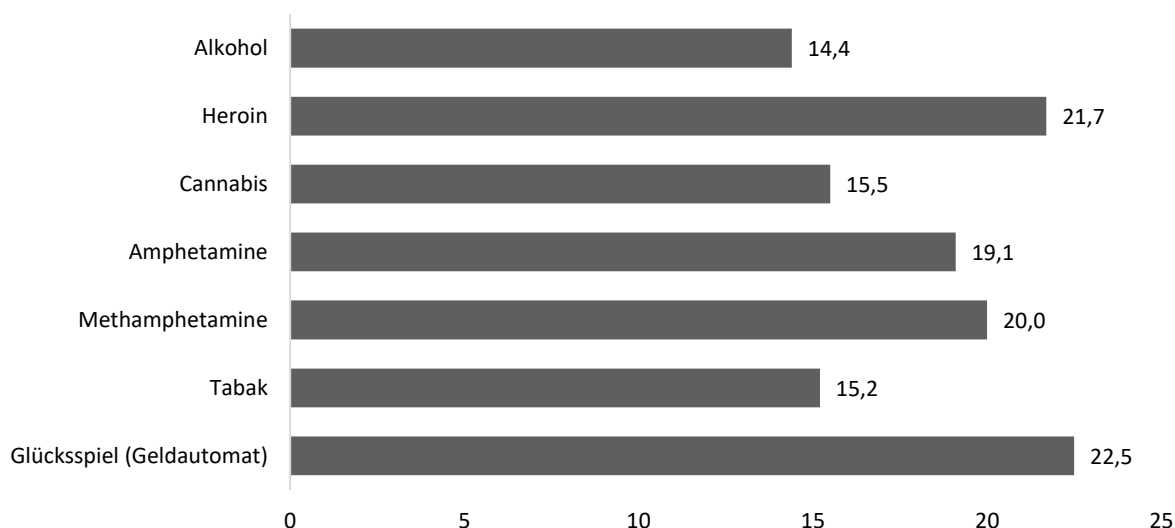
Hauptdiagnose	ABW	NIH	SOZ	NAS
Alkohol	66,0	64,0	60,0	55,4
Opioide	2,1	0,0	6,0	0,0
Cannabinoide	0,0	4,0	4,0	8,1
Kokain	0,0	0,0	0,0	0,0
Stimulanzien	17,0	6,3	17,6	16,0
Multipler Substanzgebrauch	12,8	24,0	14,0	18,5
Pathologisches Spielen	0,0	0,0	0,0	1,4
Gesamt	47	25	50	74

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent ; ABW: Ambulant betreutes Wohnen ; NIH: Niedrigschwellige Hilfen; SOZ: Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen; NAS: Reha-Nachsorge.

Alter bei Erstkonsum

Zur Ermittlung des Alters bei Erstkonsum wird jeweils die Hauptsubstanz bzw. Hauptglücksspielform herangezogen (Abbildung 3). Für den ersten Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Tabak geben die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt ein Alter von 14 bzw. 15 Jahren an. Das Durchschnittsalter für den Konsum illegaler Substanzen liegt bei Cannabis mit 16 Jahren am niedrigsten. Der Erstkonsum von Amphetaminen und Methamphetaminen erfolgt später mit im Mittel 19 bzw. 20 Jahren. Heroin wird zum ersten Mal mit 22 Jahren konsumiert. Mit 23 Jahren ist das Durchschnittsalter für das erstmalige Spielen an Geldautomaten (in Spielhallen) am höchsten (Abbildung 4).

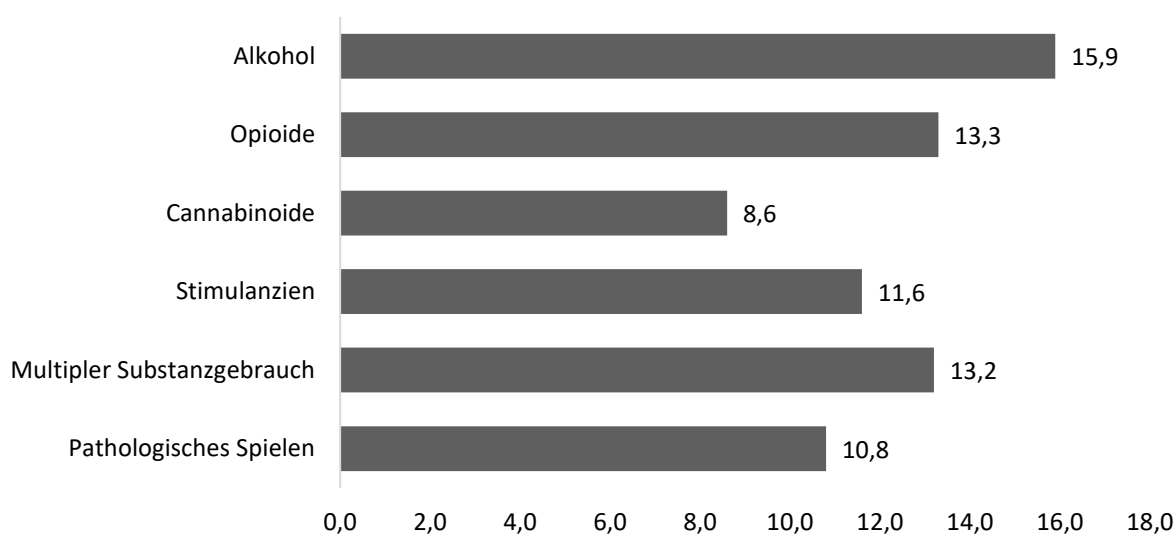
Abbildung 3: Durchschnittliches Alter in Jahren bei Erstkonsum (Hauptsubstanzen / Hauptglücksspielform; Gesamt)



Störungsdauer

Von den Personen, die 2022 in einer Suchthilfeeinrichtung betreut wurden, haben diejenigen mit alkoholbezogenen Störungen die längste mittlere Störungsdauer, d.h. die Dauer zwischen Auftreten einer Störung und dem Beginn der laufenden Betreuung (16 Jahre) . Bei diesen Patientinnen und Patienten handelt es sich allerdings auch, wie in Kapitel 4.3 dargestellt wird, um die im Durchschnitt älteste Gruppe. Dementsprechend sind Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die im Mittel jüngsten Patientinnen und Patienten, auch diejenigen mit der kürzesten mittleren Störungsdauer (9 Jahre). Personen mit der substanzungebundenen Störung „Pathologisches Spielen“ liegen mit einer Störungsdauer von 11 Jahren im Mittelfeld (Abbildung 4).

Abbildung 4: Störungsdauer (Ø Alter in Jahren bei Betreuungsbeginn – Ø Alter bei Störungsbeginn; Hauptdiagnosen; Gesamt)



4.3 Soziodemographische Merkmale

Die folgenden Darstellungen differenzieren durchgängig nach den Hauptdiagnosen „alkohol-, opioid-, cannabinoid-, und stimulanzienbezogenen Störungen, Multipler Substanzgebrauch und Pathologisches Spielen“.

Geschlecht

Von den Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind zwischen 81% (Multipler Substanzgebrauch) und 70 % (stimulanzienbezogene Störungen) Männer. Bei der nicht substanzbezogenen Störung „Pathologisches Spielen“ ist der Männeranteil mit 92 % ebenfalls sehr hoch.

Alter bei Betreuungsbeginn

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen haben mit Abstand das höchste Durchschnittsalter (46 Jahre), die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen ist im Mittel deutlich am jüngsten (26 Jahre). Das gilt für Personen mit alkoholbezogenen Störungen für jeden der drei Einrichtungstypen, wobei sie in stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen geringfügig älter sind (je 47 Jahre) als in ambulanten Einrichtungen (46 Jahre). Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen sind

in stationären Einrichtungen durchschnittlich älter (34 Jahre) als in ambulanten (26 Jahre) oder soziotherapeutischen Einrichtungen (31 Jahre). Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen sind in soziotherapeutischen Einrichtungen im Durchschnitt jünger (36 Jahre) als in ambulanten (37 Jahre) oder stationären Einrichtungen (41 Jahre). Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen sind in stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen im Mittel etwas älter (je 34 Jahre) als in ambulanten Einrichtungen (33 Jahre). Auch Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch sind in soziotherapeutischen (37 Jahre) und stationären Einrichtungen (36 Jahre) älter als in ambulanten Einrichtungen (31 Jahre). Personen mit einer Glücksspielproblematik gehören mit durchschnittlich 37 Jahren zur älteren Klientel (Tabelle 7).

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

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	45,5	2.276	46,6	603	47,2	75	45,9	2.894
Opioide	36,9	62	41,2	11	35,5	4	37,5	73
Cannabinoide	25,5	720	33,8	81	30,5	4	26,1	778
Stimulanzen	32,6	700	33,6	185	34,2	20	32,8	856
Multipler Substanzgebrauch	31,4	365	36,3	151	36,6	12	32,9	483
Pathologisches. Spielen	36,8	71	-	-	-	-	37,1	71
Gesamt	38,3	4.351	41,7	1.047	42,9	119	39,0	5.333

In den ambulanten Einrichtungen bilden Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen die älteste Gruppe (46 Jahre). Zu Beginn der ambulanten Betreuung sind 42 % von ihnen bereits über 50 Jahre alt. Sehr junge Personen unter 19 Jahren sind dagegen kaum aufgrund von alkoholbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung (5 %). Die Altersverteilung der Frauen und Männer unterscheidet sich nicht.

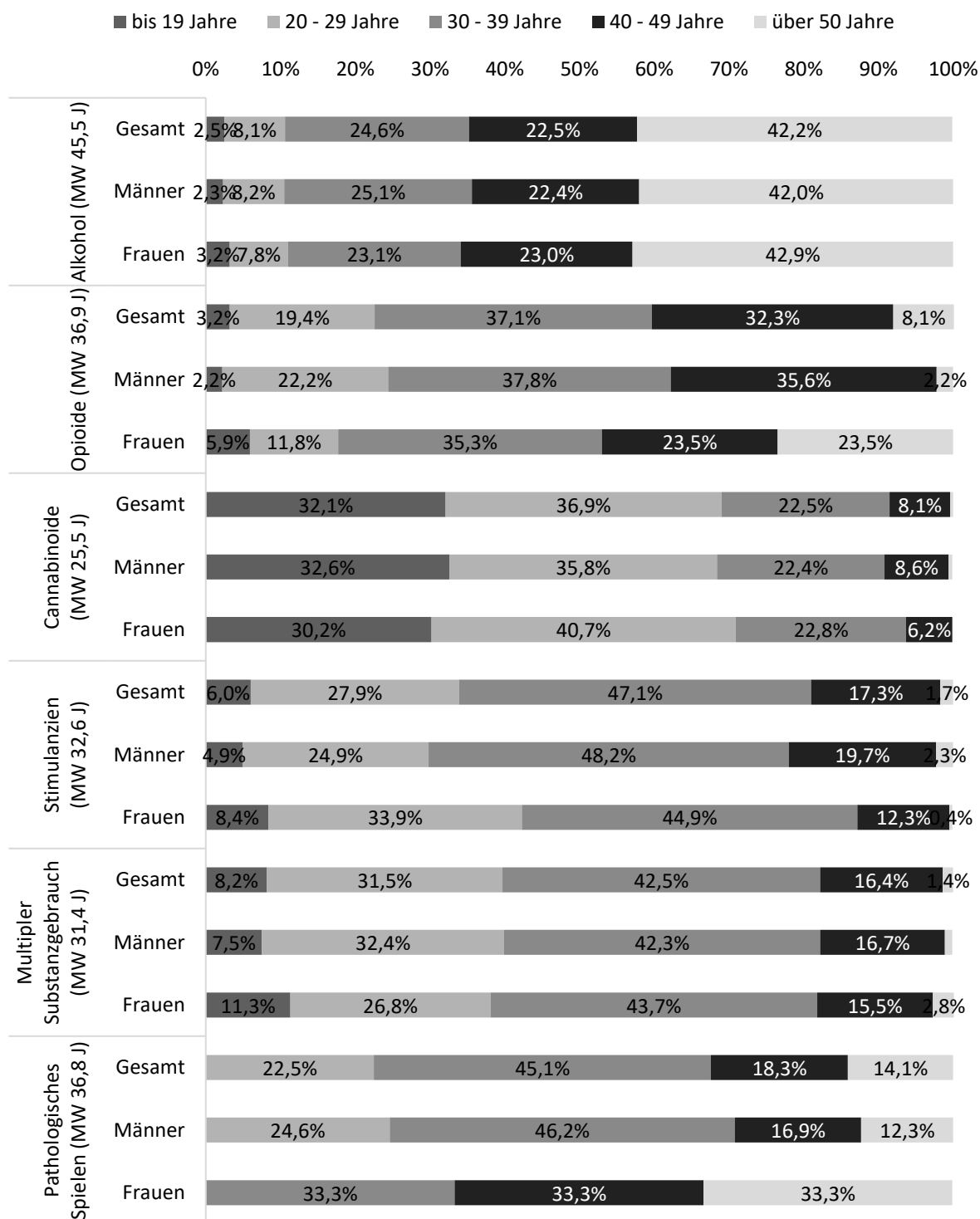
Personen mit opioidbezogenen Störungen sind im Durchschnitt deutlich jünger (37 Jahre). Etwas über ein Drittel ist zwischen 30 und 39 Jahre alt (37 %). Frauen weisen eine etwas andere Altersstruktur auf als Männer: 53 % von ihnen sind bis 39 Jahre alt, bei Männer liegt dieser Anteil mit 62 % höher.

Eine noch deutlich jüngere Altersstruktur findet sich bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Im Durchschnitt sind sie 26 Jahre alt und bilden damit die jüngste Gruppe in den ambulanten Einrichtungen. Ein Drittel (32 %) fällt in die Altersgruppe der bis 19-Jährigen, über 50-Jährige gibt es unter ihnen keine. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nicht vor.

Auch Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch sind mit einem Durchschnittsalter von 32 bzw. 31 Jahren vergleichsweise jung. Etwas weniger als die Hälfte der Betroffenen gehört jeweils der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen an (47 % bzw. 43 %). Bei den Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen unterscheidet sich die Altersstruktur bei den Geschlechtern: so sind 42 % der Frauen unter 30 Jahre alt, was nur für 30 % der Männer zutreffend ist. Bei der Klientel mit Multiplem Substanzgebrauch liegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vor.

Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik weisen mit 36 Jahren den dritthöchsten Altersdurchschnitt auf. Insgesamt ist knapp ein Drittel der Betreuten über 40 Jahre alt (32 %), sehr junge Personen unter 20 Jahre sind in dieser Gruppe nicht vertreten. Während ein Viertel (25%) der Männer mit Glücksspielproblematik zwischen 20 und 29 Jahre alt ist, gibt es in dieser Altersgruppe keine betroffenen Frauen.(Abbildung 5).

Abbildung 5: Altersverteilung bei Betreuungsbeginn (Hauptdiagnosen; Typ 1)

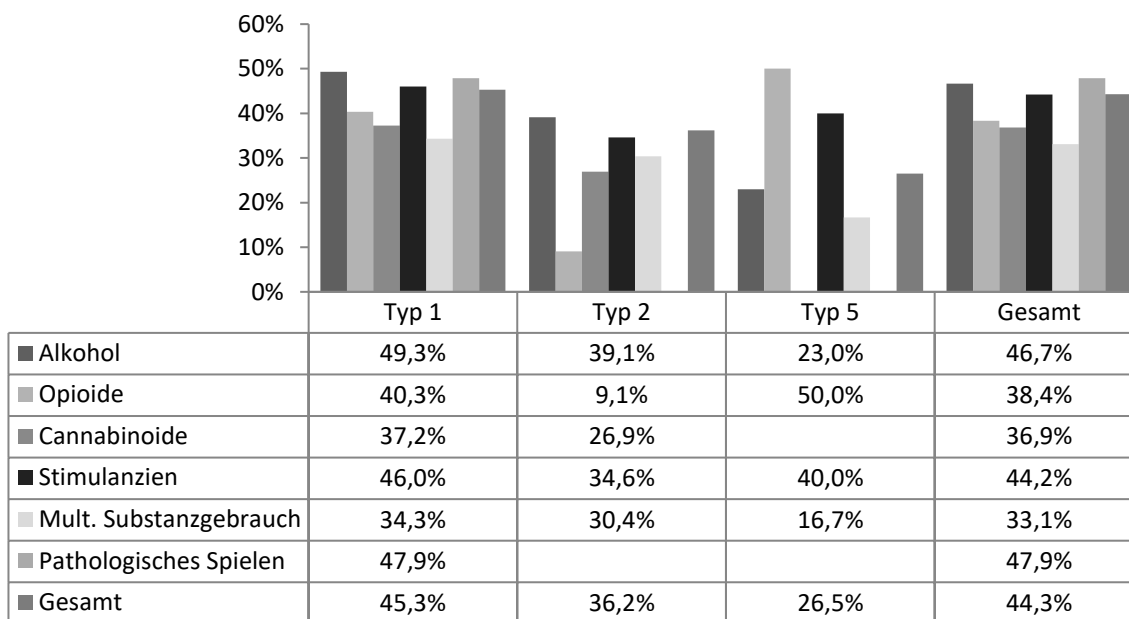


MW=Mittelwert; J= Jahre

Partnerschaft

Insgesamt leben 44 % aller Patientinnen und Patienten in einer Partnerschaft. Am häufigsten trifft dies auf Personen mit einer Glücksspielproblematik zu (48 %), am seltensten auf Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (33 %). Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass am häufigsten bei den Patientinnen und Patienten in ambulanten Einrichtungen eine Partnerschaft vorliegt (45 %), am seltensten bei Betreuten in sozialtherapeutischen Einrichtungen (27%; Abbildung 6).

Abbildung 6: Partnerschaft ja (Hauptdiagnosen; Einrichtungstypen)



Lebenssituation

Insgesamt lebt über die Hälfte der betreuten Personen mit einer oder mehreren Personen zusammen (55 %; Abbildung 7). Auf Frauen trifft das deutlich öfter zu (63%) als auf Männer (52 %). Am häufigsten leben Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (65 %) mit jemandem zusammen, gefolgt von Personen mit Glücksspielproblematik (58 %). Am seltensten leben Patientinnen und Patienten mit opioid- oder alkoholbezogenen Störungen sowie Multiplem Substanzgebrauch mit anderen zusammen (je 51 %).

Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die nicht allein leben, ist in ambulanten Einrichtungen am höchsten (59 %), in soziotherapeutischen Einrichtungen am geringsten (21 %).

Frauen leben insgesamt deutlich häufiger mit jemandem zusammen als Männer (63 %/ 52 %). Das gilt auch für Patientinnen in allen drei Einrichtungstypen (Abbildung 7).

Abbildung 7: Lebenssituation: nicht alleinlebend (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen; Geschlecht)

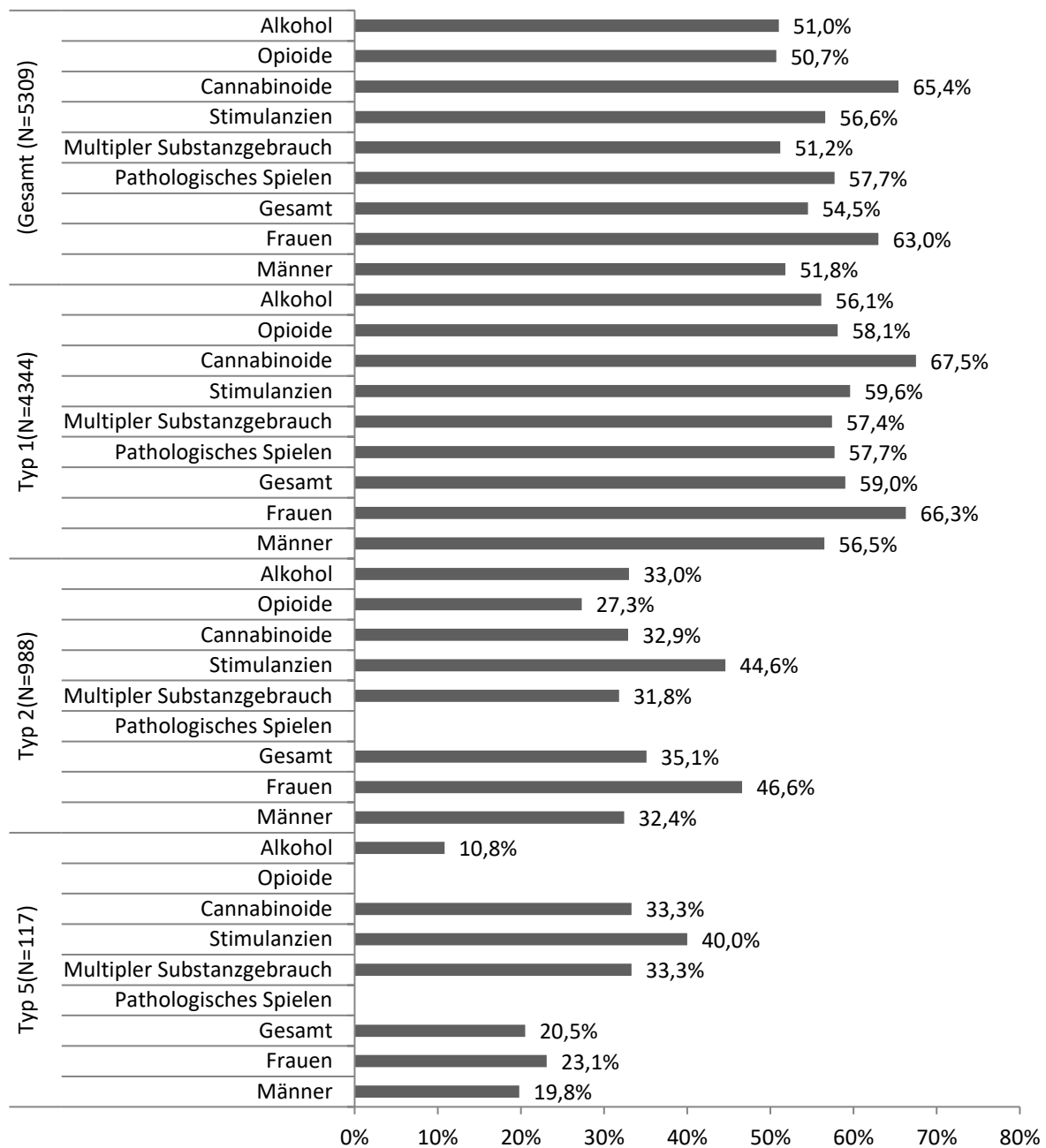


Tabelle 8 gibt einen Überblick darüber, mit wem Patientinnen und Patienten der einzelnen Einrichtungstypen vor Beginn ihrer Betreuung zusammengelebt haben. Personen in ambulanten Einrichtungen leben am häufigsten mit Partnern bzw. Partnerinnen (54 %) oder Kindern zusammen (31 %). Dies gilt in ähnlichem Umfang auch für die Personen in stationären Einrichtungen (53 % bzw. 26 %). Auch Patientinnen und Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen leben überwiegend mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen (38 %), häufiger als mit Kindern oder Eltern (je 25 %) oder sonstigen (Bezugs-)Personen (29 %).

Jeweils etwa die Hälfte der Frauen bzw. Männer in ambulanten (55 %/54 %) und stationären Einrichtungen (57 %/51 %) lebt mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. In soziotherapeutischen Einrichtungen trifft dies jedoch nur auf 28 % der

Männer zu (Frauen: 67 %, aber kleines N). Durchwegs häufiger ist bei den Frauen ein Zusammenleben mit Kindern (Typ 1: 41 %/27 %; Typ 2: 34 %/23 %; Typ 5: 50 %/17 %, aber: kleines N der Frauen). Männer dagegen leben häufiger noch bei den Eltern (Typ 1: 26 %/16 %; Typ 2: 21 %/14 %; Typ 5: 33 %/-) (Tabelle 8).

Tabelle 8: Lebenssituation (zusammenlebend mit; Einrichtungstyp)*

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	
Nicht alleinlebend	56,5	66,4	59,0	32,4	46,6	35,1	19,8	23,1	20,5	54,5
Zusammenlebend mit*:										
Partner/Partnerin	53,8	55,0	54,1	51,4	56,8	52,7	27,8	66,7	37,5	54,5
Kind(ern)	27,1	41,1	31,1	23,2	34,1	25,9	16,7	50,0	25,0	30,8
Eltern	26,2	16,0	23,3	20,5	13,6	18,7	33,3	0,0	25,0	22,6
Sonstige (Bezugs-) Personen	21,4	13,6	19,2	29,0	22,7	27,4	38,9	0,0	29,2	19,8
Gesamt N)	3221	1.121	4344	799	189	988	91	6	117	5.309

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

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

Wohnsituation

Von den Patientinnen und Patienten, die 2022 in ambulanten Einrichtungen betreut werden, leben am Tag vor Betreuungsbeginn vor allem diejenigen mit einer alkoholbezogenen Störung selbstständig (86 %), d.h. sie wohnen zur (Unter-) Miete bzw. in den eigenen vier Wänden. Am seltensten selbstständig leben Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (59 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (60 %). Bei anderen Personen leben vor allem Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (34 %). Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen kommt das kaum vor (7 %).

Im Justizvollzug befinden sich am häufigsten Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (7 %) oder opioidbezogenen Störungen (5 %). Ebenso leben Personen aus diesen beiden Gruppen am häufigsten in prekären Wohnverhältnissen (4 % bzw. 6 %), d.h. in Notunterkünften oder Obdachlosigkeit (Tabelle 9).

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

Wohnsituation	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipl. Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Selbstständiges Wohnen	86,0	66,1	58,6	70,3	59,7	77,1	3.293
Bei anderen Personen	7,1	21,0	33,5	18,9	22,7	18,6	689
Ambulant betreutes Wohnen (Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,5	0,0	0,8	0,7	1,4	0,0	52
Wohnheim/Übergangswohnheim	0,8	0,0	0,7	1,4	2,5	0,0	44
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	1,7	1,6	3,6	2,3	2,5	0,0	95
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	0,7	4,8	1,4	3,0	7,4	2,9	80
Notunterkunft/ohne Wohnung	1,6	4,8	1,2	2,9	3,0	1,4	79

Wohnsituation	Alkohol	Opioide	Canna- binoide	Stimulan- zien	Multipl. Substanz- gebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Sonstiges	0,2	1,6	0,3	0,4	0,8	0,0	13
Gesamt N	2.273	62	717	698	365	70	4.341

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

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen am Tag vor Betreuungsbeginn gibt Tabelle 10. In ambulanten sowie in stationären Einrichtungen wohnen 86 % bzw. 80 % von ihnen selbstständig. In soziotherapeutischen Einrichtungen trifft dies nur auf 57 % zu. Dort betreute Patientinnen und Patienten leben vor Beginn ihrer Betreuung häufig in stationären Suchthilfeeinrichtungen (20 %), (Übergangs-)Wohnheimen (7 %) oder waren in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht (4 %). Von den in stationären Einrichtungen betreuten Personen leben unmittelbar vor Beginn der Betreuung 4 % und von den ambulant Betreuten 2 % in prekären Wohnverhältnissen (Tabelle 10).

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

Wohnsituation	Einrichtungstypen			Gesamt
	Typ 1	Typ 2	Typ 5	
Selbständiges Wohnen	86,0	80,2	56,8	74,2
Bei anderen Personen	7,1	4,1	5,4	14,3
Ambulant betreutes Wohnen	1,5	1,6	4,1	1,4
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,8	6,7	20,3	2,6
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,7	1,0	6,8	2,0
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	0,7	1,4	4,1	2,7
Notunterkunft/Übernachtungsstelle/ohne Wohnung	1,6	4,3	1,4	2,6
Gesamt N	2.273	510	74	5.255

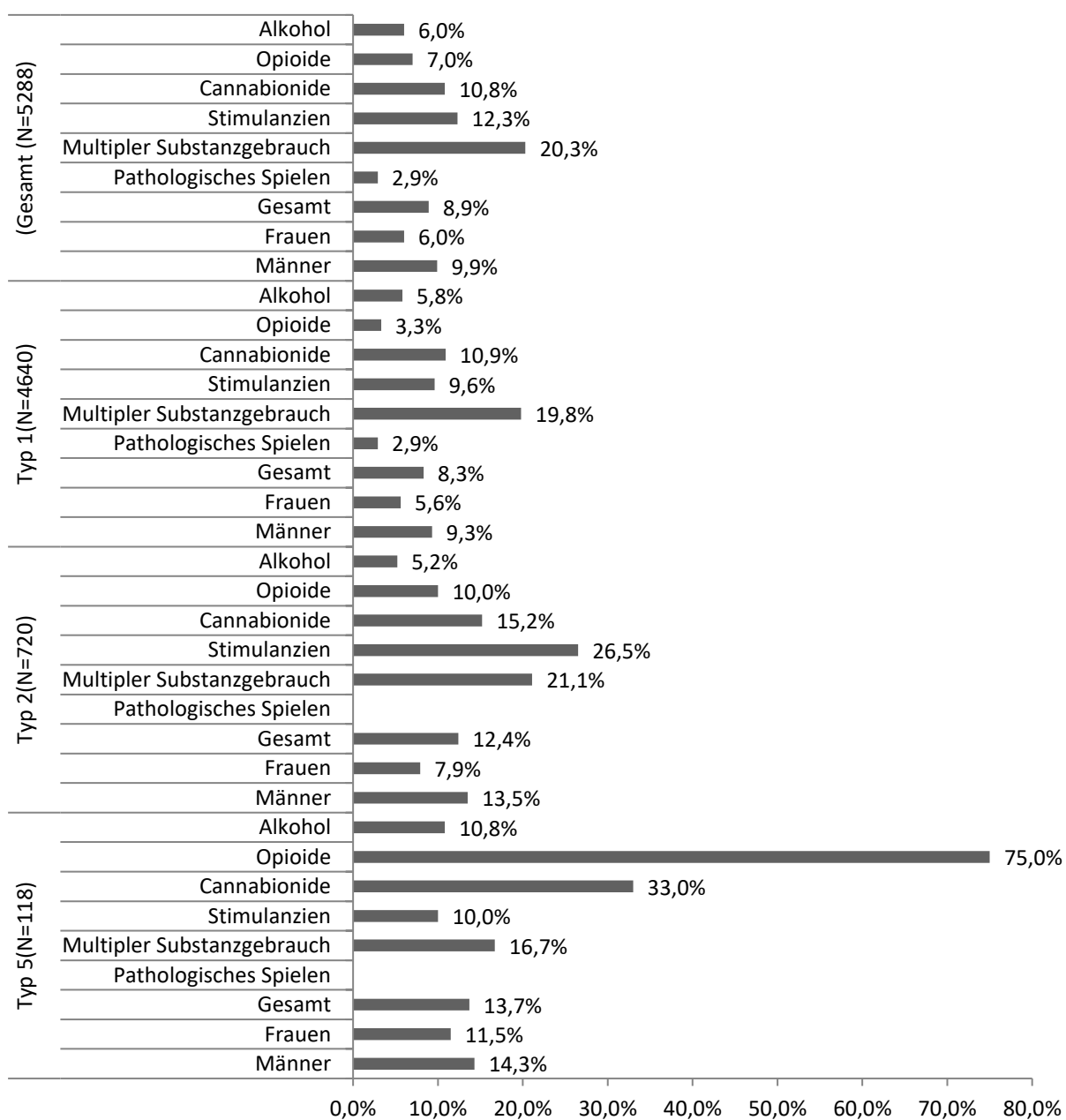
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Schulbildung

Abbildung 8 zeigt welcher Anteil der Patientinnen und Patienten die Schule ohne Abschluss verlassen hat. Die höchsten Schulabbruchquoten finden sich insgesamt bei Betreuten mit Multiplem Substanzgebrauch (20 %) und stimulanzenbezogenen Störungen (12 %). Am seltensten brechen Personen mit einer Glücksspielproblematik (3%) oder alkoholbezogenen Störungen (6 %) die Schule ab. Patientinnen und Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen haben die Schule häufiger ohne Abschluss verlassen (14 %) als Patientinnen und Patienten aus stationären (12 %) oder ambulanten Einrichtungen (8 %).

Männer, sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Einrichtungstypen, haben häufiger als Frauen keinen Schulabschluss (10 %/6 %) (Abbildung 8).

Abbildung 8: Kein Schulabschluss (Einrichtungstyp; Hauptdiagnosen, Geschlecht)



Der größte Teil der Patientinnen und Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen hat einen niedrigen oder mittleren Bildungsstand, d.h. einen Haupt- oder Realschulabschluss. Ein höherer Schulabschluss (Abitur/(Fach-)hochschulreife) liegt vor allem bei Personen Glücksspielproblematik (21 %), opioid- (15 %) oder alkoholbezogenen Störungen (14 %) vor. Am seltensten findet sich ein entsprechender Abschluss bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (6 %). Noch in Schulausbildung befinden sich insbesondere Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (12 %; Tabelle 11).

Tabelle 11: Höchster Schulabschluss (Hauptdiagnosen; Typ 1)

Schulabschluss	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Derzeit in Schulausbildung	1,1	3,3	12,2	1,9	3,3	2,9	158
Ohne	5,8	3,3	10,9	9,6	19,8	2,9	361
Haupt-/Volksschule	22,4	42,6	28,9	40,7	37,4	17,1	1.193
Realschule/Polytechnische Oberschule	54,8	36,1	36,7	40,7	28,8	55,7	2.035
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	14,4	14,8	11,0	6,2	9,6	21,4	543
Anderer Schulabschluss	1,4	0,0	0,3	1,0	1,1	0,0	45
Gesamt N	2.270	61	76	698	364	70	4.335

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

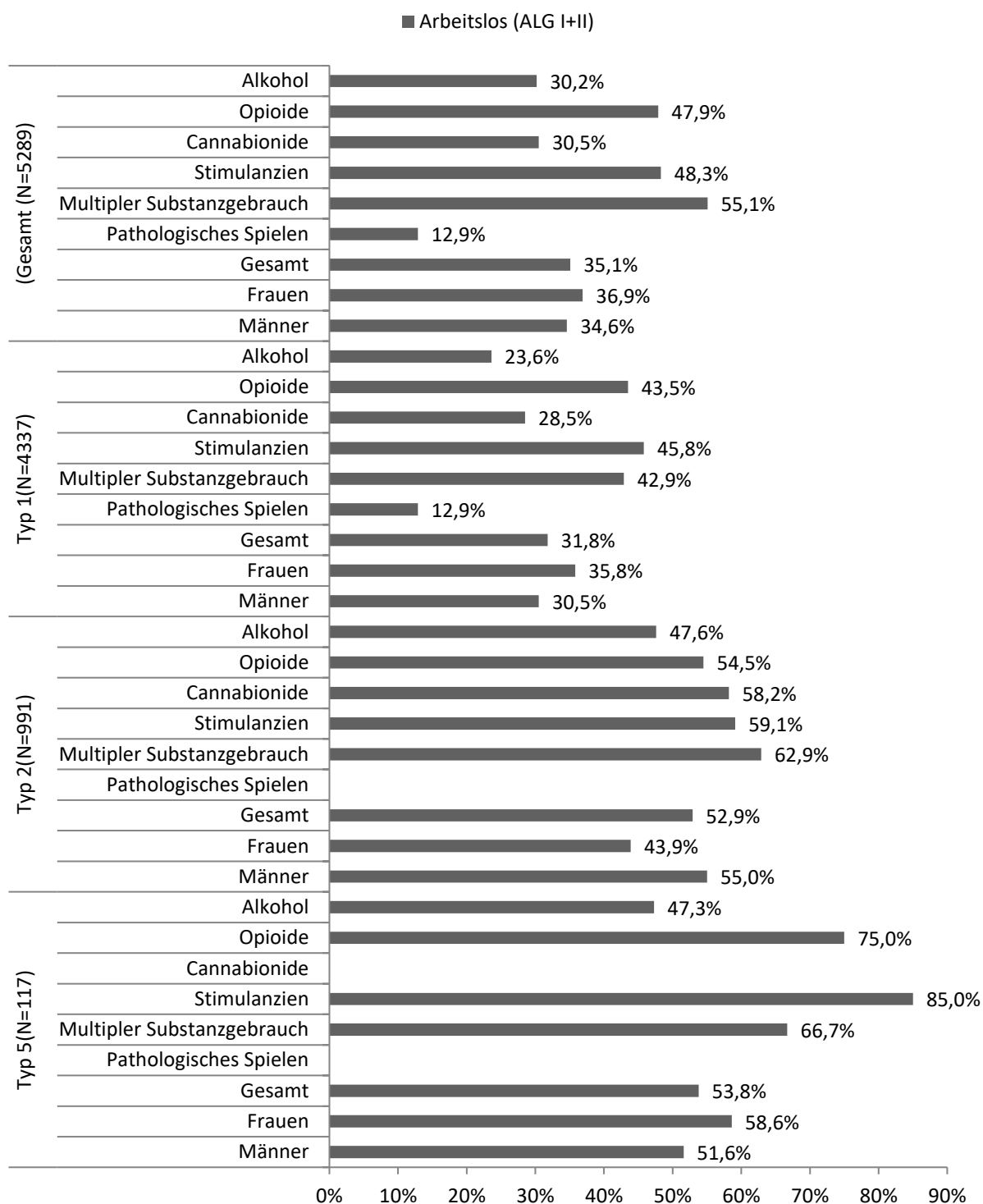
Erwerbssituation

Insgesamt ist etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten arbeitslos (35 %, ALG I und II). Die Betroffenen beziehen dabei mehrheitlich Leistungen nach SGB II (ALG II; 28 %), sind also bereits länger als ein Jahr arbeitslos. Am häufigsten von Arbeitslosigkeit betroffen sind Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (55 %), stimulanzen- oder opioidbezogenen Störungen (je 48 %). Mit Abstand am seltensten findet sich Arbeitslosigkeit unter Patientinnen und Patienten mit einer Glücksspielproblematik (13 %).

Unter Patientinnen und Patienten in soziotherapeutischen und stationären Einrichtungen ist Arbeitslosigkeit deutlich häufiger (54 % bzw. 53 %) als in der Klientel der ambulanten Einrichtungen (32 %).

Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen insgesamt nur in sehr geringem Umfang vor: Frauen sind geringfügig häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer (37 %/35 %). In den einzelnen Einrichtungstypen fallen die Unterschiede deutlicher aus: am deutlichsten in den stationären Einrichtungen, hier sind 55 % der Männer und 44 % der Frauen arbeitslos (Abbildung 9).

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



Problematische Schulden

Insgesamt ist ein Drittel der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten von problematischen Schulden betroffen. Am höchsten ist die Schuldenbelastung bei Personen in soziotherapeutischer Betreuung: Von ihnen haben insgesamt 62 % Schulden, 11 % sind mit zwischen 10.000 und 25.000 Euro verschuldet, 6 % mit über 50.000 Euro. Die geringste Schuldenlast liegt bei Patientinnen und Patienten in ambulanter Betreuung vor: hier hat nur insgesamt 26% der Klientel Schulden, 18 % sind mit bis zu 10.000 Euro und nur 8 % noch höher verschuldet. Frauen haben insgesamt seltener (Ausnahme: Typ 5) Schulden und sind niedriger verschuldet als Männer (Tabelle 12).

Tabelle 12: Problematische Schulden (Einrichtungstyp)

Schulden	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	G
Keine	73,1	76,3	73,9	42,8	57,7	45,6	37,5	38,5	37,7	69,1
Bis 10.000 EUR	17,9	18,2	18,0	26,8	19,5	25,3	42,0	53,8	44,7	19,5
Bis 25.000 EUR	4,8	3,7	4,5	16,5	13,2	16,0	13,6	3,8	11,4	6,2
Bis 50.000 EUR	2,8	1,4	2,4	9,5	6,6	8,9	0,0	0,0	0,0	3,4
Mehr	1,5	0,4	1,2	4,3	3,3	4,1	6,8	3,8	6,1	1,8
Gesamt N	3.198	1.113	4.313	768	182	951	88	26	114	5.253

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

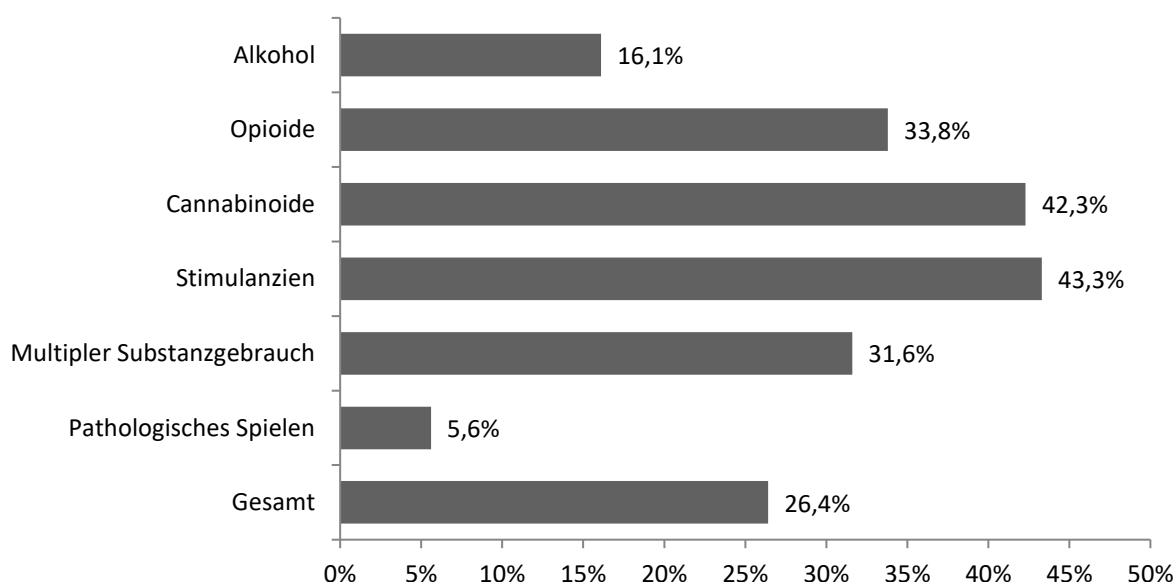
5 Betreuungsbezogene Merkmale

In diesem Kapitel werden Daten zum Zugang zur Betreuung sowie zu deren Art, Abschluss und Ergebnis berichtet. Die Art der Darstellung ist analog zu Kapitel 4, d.h. sie differenziert nach Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der betreuten Patientinnen und Patienten; differenziert wieder nach sechs ausgewählten Hauptdiagnosen, gesondert für einzelne Aspekte für die Personen mit alkoholbezogenen Störungen sowie gesondert für ambulante Einrichtungen.

Auflagen für die Betreuung

Insgesamt kommen 26 % der Patientinnen und Patienten in thüringischen Suchthilfeeinrichtungen mit Auflagen⁶ in die Betreuung. Am häufigsten trifft das auf Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen zu (43 %), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (42 %). Eher selten kommen Personen mit Glücksspielproblematik mit Auflagen in die Betreuung (6 %; Abbildung 10).

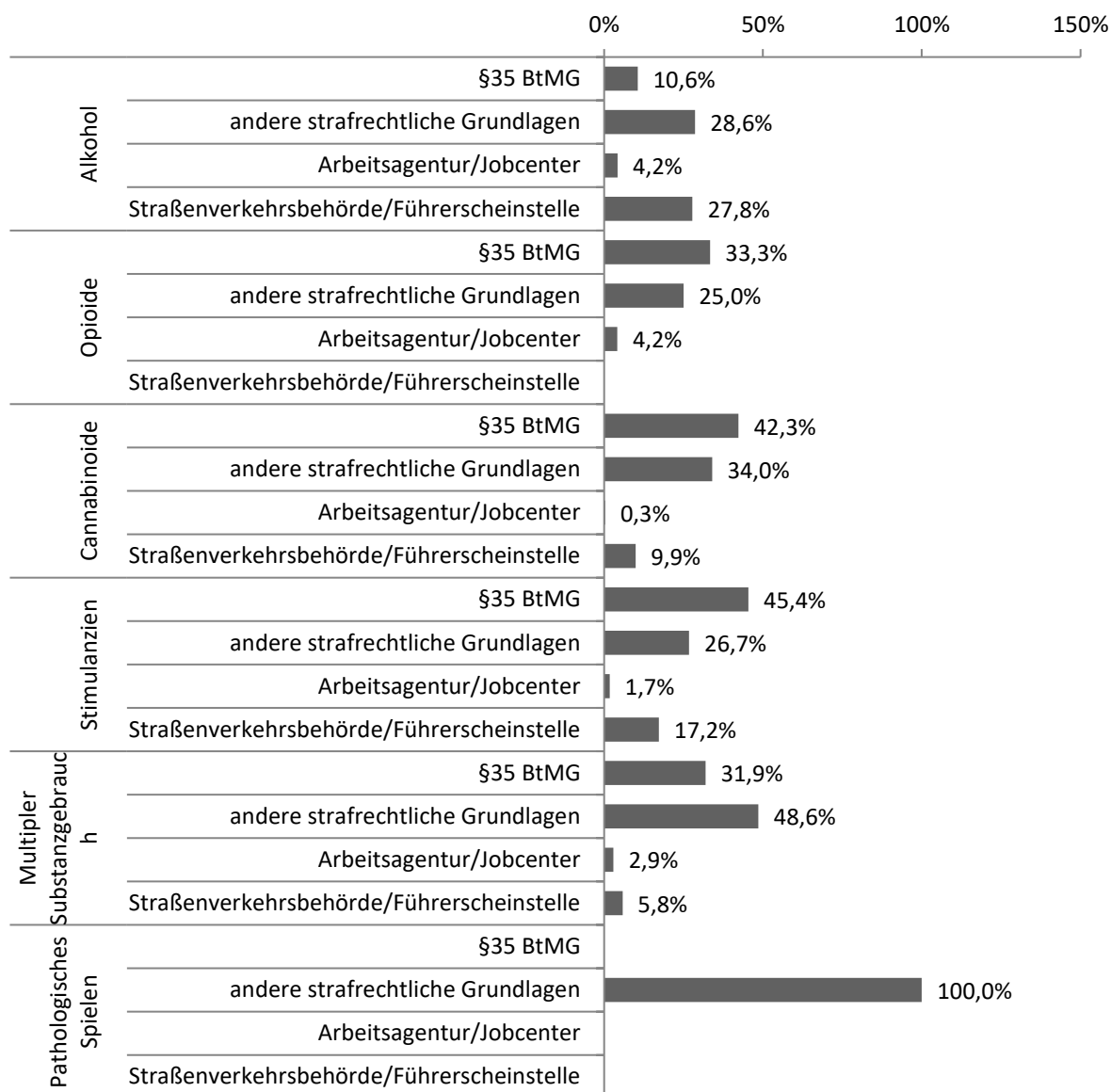
Abbildung 10: Auflagen ja (Hauptdiagnosen; Gesamt)



⁶ „Mit Auflagen sind hier Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung/Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für den Patienten bzw. die Patientin im Handlungsbereich des Auflagengebers zur Folge haben“ (DHS, 2023).

Mit einer Auflage nach §35 BtMG („Therapie statt Strafe“) kommen in erster Linie Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (45 %) in die Betreuung, in etwas geringerem Umfang auch Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen (42 %). Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen liegen mit deutlichem Abstand bei Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (49 %) oder einer Glücksspielproblematik (100 %; geringes N) vor, liegt aber auch bei den anderen Störungsbildern zwischen 25 % (opioidbezogene Störungen) und 34 % (cannabinoidbezogene Störungen). Auflagen der Straßenverkehrsbehörde bzw. Führerscheinstelle betreffen hauptsächlich Personen mit alkoholbezogenen Störungen (28 %). Auflagen von Arbeitsagentur oder Jobcenter spielen nur bei Personen mit alkohol- oder opioidbezogenen Störungen eine gewisse Rolle (je 4 %) (Abbildung 11).

Abbildung 11: Häufigste Auflagen (Hauptdiagnosen; Gesamt)



Mehrfachnennungen möglich.

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

Vermittlung

Insgesamt kommen 40 % der Patientinnen und Patienten ohne Vermittlung, d.h. auf eigene Initiative in die Betreuung. Dies gilt für fast die Hälfte der Betreuten aus ambulanten Einrichtungen (46 %) und für ein Fünftel der Betreuten aus soziotherapeutischen Einrichtungen (21 %). Bei Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen kommt diese Art des Zugangs – bedingt durch die reglementierten Zugangsvoraussetzungen – so gut wie nie vor (6 %). Dort überwiegen Vermittlungen durch psychiatrische Kliniken (52 %) mit Abstand gefolgt von Vermittlungen durch ambulante (19 %) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (7 %). Auch bei der Vermittlung in soziotherapeutische Einrichtungen spielen psychiatrische Kliniken (22 %) und, in deutlich geringerem Umfang, auch stationäre Suchthilfeeinrichtungen (8 %) eine wichtige Rolle. Vermittlungen durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe erfolgen am häufigsten in ambulante Suchthilfeeinrichtungen (13 %).

Frauen kommen insgesamt etwas häufiger als Männer ohne Vermittlung in die Betreuung (44 %/40 %). Die zweithäufigste Vermittlungsart ist bei Männern diejenige durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe (14 %; Frauen 5 %), bei Frauen die Vermittlung durch psychiatrische Kliniken (13 %), die bei Männern mit annähernd gleicher Häufigkeit (14 %), die dritthäufigste Vermittlungsart bildet (Tabelle 13).

Tabelle 13: Häufigste Vermittlungsarten (Einrichtungstypen)

Vermittlung durch	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Keine/Selbstmelder	46,4	6,0	21,0	38,2	43,8	39,6	2.081
Soziales Umfeld	9,7	0,3	5,0	8,2	8,0	8,2	431
Psychiatrisches. Krankenhaus	6,5	51,7	21,8	13,8	13,2	13,7	719
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,2	19,4	5,0	4,3	3,6	5,1	214
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	5,2	7,3	7,6	5,3	6,4	5,6	294
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	13,1	5,7	3,4	14,1	3,9	11,6	611
Gesamt N	4.342	947	119	3.959	1.296		5.257

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

Bei allen Hauptdiagnosegruppen ist Selbstmeldung der überwiegende Zugang in ambulante Einrichtungen und liegt bei Anteilen zwischen 52 % (Pathologisches Spielen) und 38 % (cannabinoidbezogene Störungen). In den übrigen Arten der Vermittlung in ambulante Einrichtungen unterscheiden sich die Gruppen jedoch zum Teil. So werden durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe am häufigsten Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch oder stimulanzenbezogenen Störungen (je 23 %) in die Betreuung vermittelt, wohingegen dies bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen mit 5 % nur eine geringe Rolle spielt. Das soziale Umfeld ist vor allem für Personen mit Glückspielproblematik (21 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (12 %), weniger für Personen mit opioidbezogenen Störungen (7 %) relevant für die Vermittlung. Psychiatrische Krankenhäuser vermitteln vor allem Personen mit alkoholbezogenen Störungen (10 %), kaum jedoch Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (2 %). Eine Vermittlung durch Stationäre Einrichtungen findet in erster Linie bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch oder alkoholbezogenen Störungen (je 7 %) statt. Nicht aufgeführt in der Tabelle, da nur für jeweils eine Hauptdiagnose relevant, sind ärztliche Praxen, die 12 % der Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen vermitteln und Einrichtungen der Jugendhilfe oder Jugendämter, durch die

10 % der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen vermittelt werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Häufigste Vermittlungsarten (Hauptdiagnosen; Typ 1)

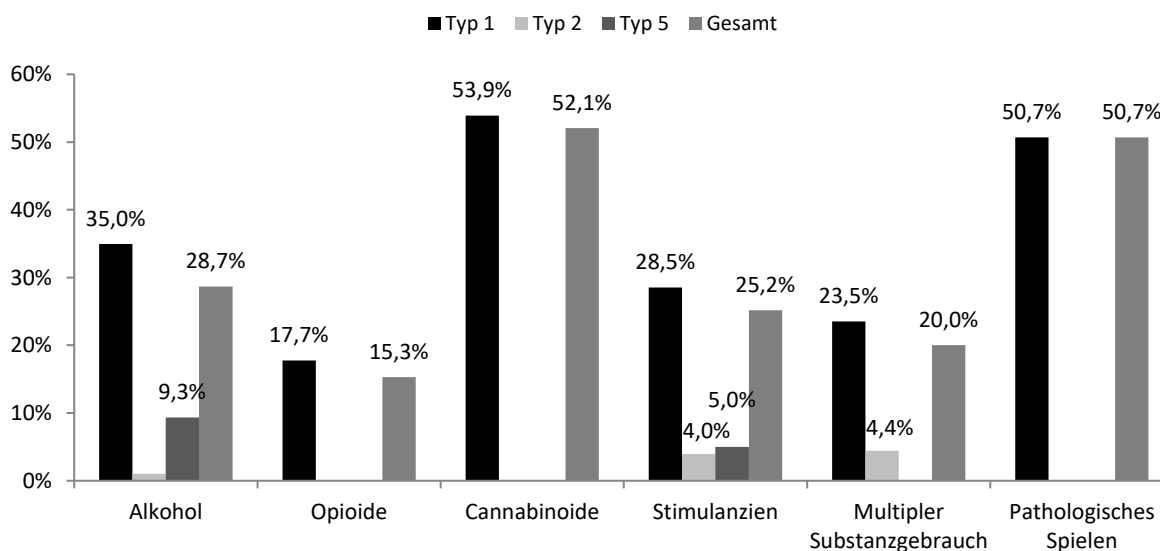
Vermittlung durch	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzen	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen
Keine/Selbstmelder	49,1	48,4	37,8	45,8	44,8	52,1
Soziales Umfeld	9,2	6,5	11,6	7,9	7,9	21,1
Psychiatrisches Krankenhaus	9,5	3,2	3,6	1,7	4,1	4,2
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,2	3,2	0,8	2,0	0,8	0,0
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	6,6	1,6	1,3	5,0	7,1	2,8
Polizei/Justiz/Bewährungshilfe	5,3	14,5	5,8	22,7	23,0	7,0
Gesamt N	2.271	62	717	697	366	71

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Erstbetreuungen

Die höchsten Anteile an Erstbetreuungen finden sich unter Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (52 %) oder Glücksspielproblematik (51 %). Bei allen weiteren Hauptdiagnosen liegen die Anteile deutlich niedriger. Am niedrigsten ist der Anteil insgesamt bei Personen mit opioidbezogenen Störungen (15 %) oder Multiplem Substanzgebrauch (20%). Der höchste Anteil an Erstbetreuungen liegt bei allen Hauptdiagnosegruppen in den ambulanten Einrichtungen vor (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anteil der Erstbetreuten (Hauptdiagnosen)



Art der Betreuung

Im KDS 3.0 wurde die Dokumentation der Maßnahmen, die den Patientinnen und Patienten in den Suchthilfeeinrichtungen angeboten werden, stark ausgeweitet, damit die Betreuung möglichst differenziert erfasst werden kann. Aus den Oberkategorien des Maßnahmenkatalogs werden für die Darstellung im Bericht nur diejenigen Maßnahmenbereiche mit den größten Häufigkeiten dargestellt. Alle Bereiche, die in der Darstellung nicht berücksichtigt werden (Prävention u. Frühintervention, Akutbehandlung,

Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII) Suchtberatung im Betrieb, Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung, Altenhilfe und Pflege, Selbsthilfe) hatten entweder keine oder nur sehr geringe Nennungen. Gesondert betrachtet werden somit die Hauptmaßnahmen „Beratung und Betreuung“, „Suchtbehandlung“, „Eingliederungshilfe“ und „Justiz“.

Tabelle 15 stellt die häufigsten Hauptmaßnahmenbereiche nach Einrichtungstyp dar. Die Verteilung der Häufigkeiten entspricht erwartungsgemäß den Einrichtungstypen. In ambulanten Einrichtungen wird hauptsächlich Beratung und Betreuung durchgeführt (96 %), zusätzlich ein geringer Anteil an Suchtbehandlung (4 %) und Maßnahmen aus dem Bereich der Justiz (2 %; hier vor allem Suchtberatung im Justizvollzug). In stationären Einrichtungen finden ausschließlich Suchtbehandlungen – genauer: stationäre medizinische Rehabilitation – statt (100 %). In den soziotherapeutischen Einrichtungen sind die häufigsten Hauptmaßnahmen die Eingliederungshilfe (86 %) sowie Beratung und Betreuung (6 %) (Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigste Hauptmaßnahmen (Einrichtungstyp)

Hauptmaßnahme	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt			
	G	G	G	M	F	G	N
Beratung und Betreuung	96,3	0,0	7,5	70,9	79,3	73,0	3.709
Suchtbehandlung	4,0	99,8	0,0	24,3	18,9	22,9	1164
Eingliederungshilfe	0,4	0,0	85,8	2,6	1,6	2,3	118
Justiz	2,0	0,0	0,0	2,0	0,0	1,5	78
Gesamt N	3.951	1.008	120	3.811	1.267		5.079

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

Die häufigsten Maßnahmen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen sind Beratung und Betreuung mit Anteilen zwischen 85 % (cannabinoidbezogene Störungen) und 58 % (Multipler Substanzgebrauch). Eine Suchtbehandlung, darunter auch stationäre Rehabilitation, wird in der Hauptsache bei substanzgebundenen Störungen durchgeführt. Der höchste Anteil beträgt hier 33 % bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch, der geringste Anteil bei 13 % bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Eingliederungshilfe spielt vor allem bei Personen mit alkohol- (3 %) oder opioidbezogenen Störungen (2 %) eine Rolle. Maßnahmen im Bereich der Justiz betreffen vor allem Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch (7 %) (Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigste Hauptmaßnahmen (Hauptdiagnosen; alle Typen)

Hauptmaßnahme	Alkohol	Opiode	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipl. Substanzgebrauch	Path. Spielen
Beratung und Betreuung	71,6	81,7	84,5	72,2	57,8	91,9
Suchtbehandlung	24,8	14,6	12,8	23,3	32,7	8,1
Eingliederungshilfe	2,9	2,4	1,0	2,1	0,0	0,0
Justiz	0,5	1,2	1,4	2,0	7,3	0,0
Gesamt N	2.677	82	718	908	495	62

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Dauer der Betreuung

Im stationären Bereich ist die durchschnittliche Betreuungsdauer erwartungsgemäß deutlich kürzer als in ambulanten Einrichtungen. Sie liegt bei insgesamt 95 Tagen, ambulant bei 377 Tagen. In der stationären Betreuung weisen Personen mit Multiplem Substanzgebrauch die längste durchschnittliche Dauer (110 Tage), Personen mit alkoholbezogenen Störungen die kürzeste Dauer auf (86 Tage).

In den ambulanten Einrichtungen findet sich die mit Abstand längste mittlere Betreuungsdauer bei Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (804 Tage). An zweiter Stelle stehen Personen mit alkoholbezogenen Störungen (397 Tage). Am durchschnittlich kürzesten werden hier Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (294 Tage) und Glückspielproblematik (295 Tage) betreut.

In den soziotherapeutischen Einrichtungen, die zum Teil Wohnheimcharakter haben, sind die mittleren Betreuungsdauern eher lang. Die durchschnittliche Betreuungsdauer beträgt hier 801 Tage. Mit Abstand am längsten werden Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (928 Tage) betreut. Die kürzeste Dauer der Betreuung liegt bei Personen mit opioidbezogenen Störungen vor (251 Tage) (Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittlere Betreuungsdauer in Tagen (Einrichtungstyp)

Hauptdiagnose	Typ 1		Typ 2		Typ 5		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	396,7	2.038	85,4	603	928,2	76	342,5	2.717
Opioide	803,7	69	92,3	11	250,5	2	694,7	82
Cannabinoide	293,8	627	104,5	82	669,7	9	276,9	718
Stimulanzien	371,7	701	108,3	185	495,3	22	321,1	908
Multipl. Substanzgebrauch	383,1	334	110,0	151	590,0	10	304,0	495
Path. Glücksspielen	295,2	62	0,0	0	0,0	0	295,2	82
Gesamt	376,9	3.951	94,6	1.048	801,0	120	329,0	5119

In ambulanten Einrichtungen werden 29 % der Patientinnen und Patienten bis zu drei Monate betreut. Am häufigsten betrifft dies Personen mit opioid- (36 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (35 %). Der Großteil (61 %) der Patientinnen und Patienten beendet die Betreuung spätestens nach 9 Monaten. Betreuungsdauern zwischen einem und zwei Jahren findet man am häufigsten bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (20 %), Betreuungsdauern von mehr als zwei Jahren am häufigsten bei Personen mit opioidbezogenen Störungen (29 %), gefolgt von Personen mit alkoholbezogenen Störungen (13 %) (Tabelle 18).

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

Betreuungsdauer	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt
Bis 3 Monate	28,0	36,2	34,6	25,0	25,1	29,0	29,0
Bis 6 Monate	18,7	14,5	20,1	20,1	17,7	29,0	19,6
Bis 9 Monate	13,3	4,3	12,1	13,1	12,3	4,8	12,5
Bis 12 Monate	8,8	2,9	9,6	9,6	13,2	8,1	9,3
Bis 24 Monate	18,2	13,0	16,1	21,4	20,4	21,0	18,2
Mehr als 24 Monate	13,0	29,0	7,5	10,8	11,4	8,1	12,6
Gesamt N	2.038	69	627	701	334	62	3.951

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Anzahl der Kontakte

In den ambulanten Einrichtungen haben Patientinnen und Patienten im Verlauf der Betreuung im Durchschnitt 13 Kontakte. Bei 46 % umfasst die Betreuung 2 bis 5 Kontakte, 23 % haben sechs bis zehn Kontakte und zu über 30 Kontakten kommt es bei 9 %. Die höchste Kontaktzahl mit durchschnittlich 20 Kontakten liegt bei Personen mit opioidbezogenen Störungen vor, gefolgt von Personen mit alkoholbezogenen Störungen (14 Kontakte). Die wenigsten Kontakte weisen Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen auf (9 Kontakte).

Frauen haben mit durchschnittlich 16 Kontakten eine deutlich höhere Kontaktfrequenz als Männer (11 Kontakte).

Art der Beendigung

Insgesamt beendet die Hälfte der Klientel die Betreuung planmäßig, knapp ein Drittel (32 %) bricht die Betreuung ab. Im Vergleich der verschiedenen Einrichtungstypen weisen die stationären Einrichtungen mit 60 % die höchste Quote an planmäßigen Beendigungen auf, Abbrüche durch Patientinnen und Patienten spielen mit 13 % hier nur eine geringere Rolle. Planmäßig beenden in ambulanten Einrichtungen 48 % der Klientel die Betreuung, zum vorzeitigen Abbruch durch die Patientinnen und Patienten kommt es in 38 % der Fälle. Die mit 36% niedrigste Quote an planmäßigen Beendigungen weisen die soziotherapeutischen Einrichtungen auf, 22 % brechen hier vorzeitig ihre Betreuung ab.

Disziplinarische Entlassungen erfolgen nur in stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen (je 10 %).

Sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen unterscheidet sich der Anteil an planmäßigen Beendigungen bei Frauen und Männern nur geringfügig (Typ 1: 47 %/48 %; Typ 2: 58 %/60 %). In soziotherapeutischen Einrichtungen beenden Frauen häufiger als Männer die Betreuung planmäßig (43 %/35 %). Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede liegen bei den Abbrüchen vor (Tabelle 19).

Tabelle 19: Art der Beendigung (Einrichtungstyp)

Art der Beendigung	Typ 1			Typ 2			Typ 5			Gesamt
	M	F	G	M	F	G	M	F	G	G
Planmäßig	47,8	47,4	47,7	60,0	58,1	59,7	34,7	42,9	36,1	49,9
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,8	0,3	0,6	4,4	6,1	4,7	7,1	0,0	5,9	1,6
Vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	5,1	4,8	5,0	5,0	9,1	5,8	9,2	0,0	7,6	5,2
Vorzeitig, Abbruch durch Patientin/Patient	37,7	37,7	37,7	12,6	12,1	12,5	22,4	23,8	22,7	32,1
Disziplinarisch	0,1	0,1	0,1	10,0	7,6	9,5	9,2	14,3	10,1	2,3
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,7	1,5	1,6	0,5	1,0	0,5	3,1	4,8	3,4	1,5
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	6,1	7,4	6,4	7,6	6,1	7,3	7,1	14,3	8,4	6,7
Verstorben	0,8	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	5,9	0,8
Gesamt N	2.835	1.031	3.867	843	198	1.041	98	21	119	5.027

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

In ambulanten Einrichtungen weisen Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen oder alkoholbezogenen Störungen die höchsten Quoten an planmäßigen Beendigungen auf (52 %/50 %). Am seltensten beenden hier Personen mit opioidbezogenen Störungen (29%) oder Multiplem Substanzgebrauch die Betreuung planmäßig (35 %). Dementsprechend wird die Betreuung auch von diesen beiden Gruppen am häufigsten abgebrochen (Opioid: 52 %; Multipler Substanzgebrauch: 51 %). Disziplinarische Entlassungen finden nur in wenigen Einzelfällen statt (Tabelle 20).

Tabelle 20: Art der Beendigung (Hauptdiagnose; Typ 1)

Art der Beendigung	Alkohol	Opioid	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen
Planmäßig	50,2	29,0	51,5	46,0	34,9	37,1
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,8	0,0	0,2	0,7	0,6	1,6
Vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	5,9	5,8	3,3	3,2	5,2	6,5
Vorzeitig, Abbruch durch Patientin/Patient	34,7	52,2	37,5	39,5	51,1	41,9
Disziplinarisch	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,1	4,3	2,0	1,9	2,8	3,2
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	6,2	8,7	5,2	8,2	4,6	9,7
Verstorben	1,2	0,0	0,2	0,4	0,9	0,0
Gesamt N)	1.994	69	610	692	327	62

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

Die Art der Beendigung unterscheidet sich bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen je nach Einrichtungstyp (Tabelle 21). In den stationären Einrichtungen beenden 69 % dieser Patientinnen und Patienten die Betreuung planmäßig. Dieser Anteil ist deutlich höher als in den ambulanten (50 %) und insbesondere den soziotherapeutischen Einrichtungen (36 %). Die höchste Quote an Abbrüchen durch

Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen findet sich in ambulanten (35 %), die geringste in stationären Einrichtungen (10 %). Disziplinarisch entlassen werden Personen mit alkoholbezogenen Störungen am häufigsten in soziotherapeutischen Einrichtungen (8 %; Tabelle 21).

Tabelle 21: Art der Beendigung und Einrichtungstyp (alkoholbezogene Hauptdiagnose)

Art der Beendigung	Typ 1	Typ 2	Typ 5	Gesamt
Planmäßig	50,2	69,4	36,0	54,1
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,8	5,8	6,7	2,1
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	5,9	7,5	5,3	6,2
Abbruch durch Patient/Patientin	34,7	10,1	21,3	28,8
Disziplinarisch	0,1	2,3	8,0	0,8
Außerplanmäßiger Wechsel	1,1	0,3	4,0	1,0
Planmäßiger Wechsel	8,2	4,5	10,7	5,9
Verstorben	1,2	0,0	8,0	1,1
Gesamt N	1.994	601	75	2.670

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

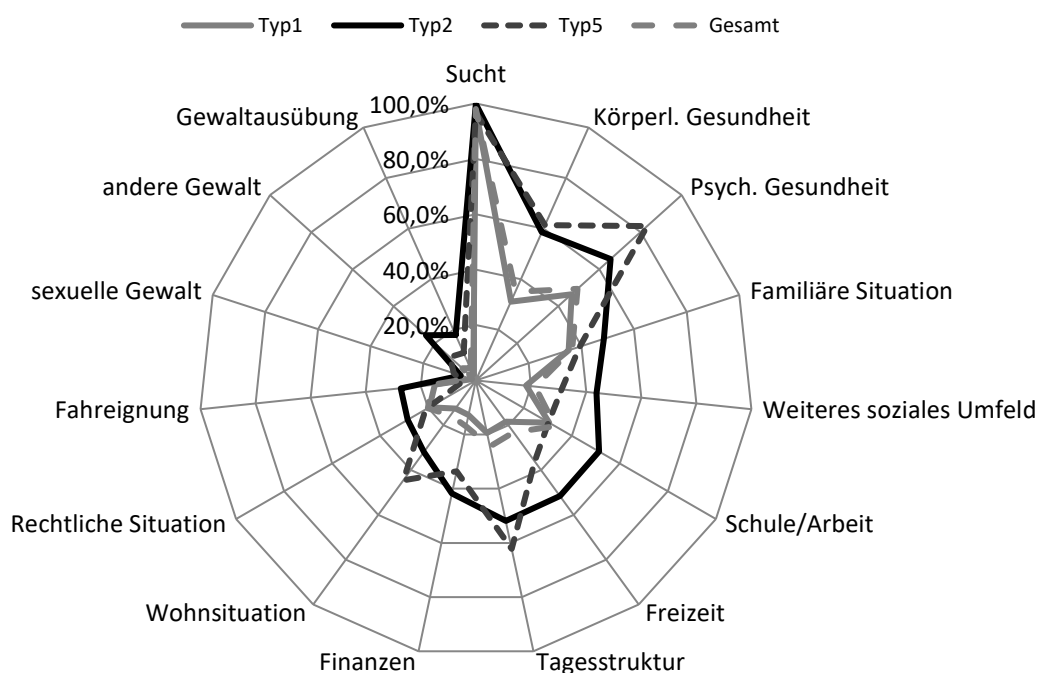
Entwicklung der Problematik

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

Abbildung 13 zeigt die Problemlage der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungstypen 1, 2 und 5 sowie insgesamt zu Beginn ihrer Betreuung. Allerdings muss beachtet werden, dass in stationären Einrichtungen und soziotherapeutischen Einrichtungen wesentlich häufiger eine grundsätzliche Problembelastung dokumentiert wird als in ambulanten Einrichtungen, die dadurch wesentliche geringere Häufigkeiten bei den Problembereichen aufweisen (Ausnahme: Sucht).

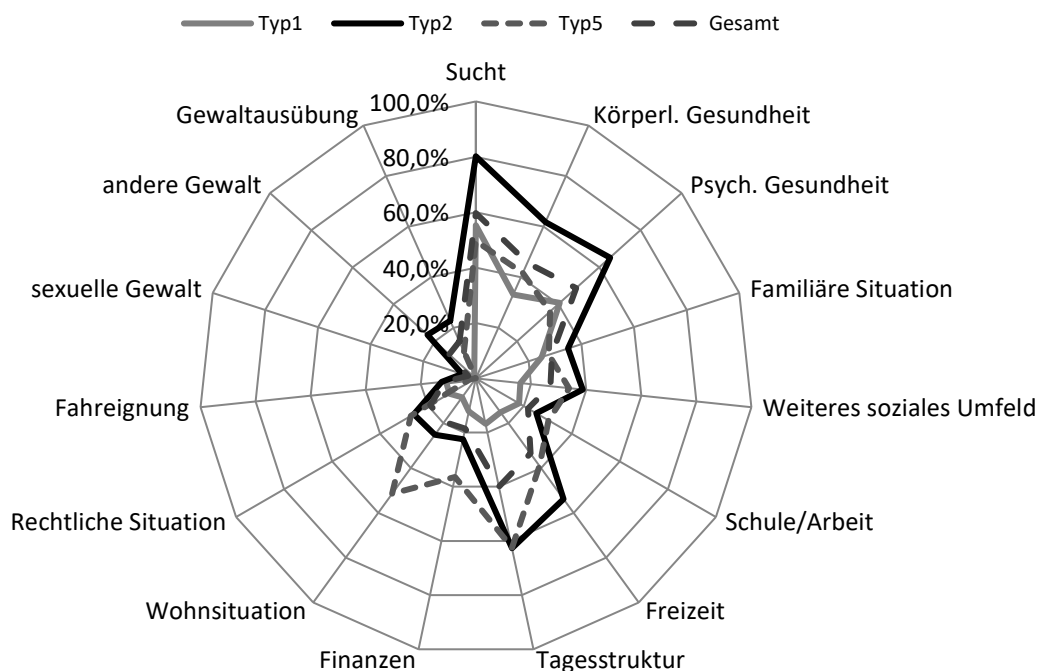
Die Klientel aller drei Einrichtungstypen hat zu Beginn der Betreuung eine starke Suchtproblematik. Daneben ist die psychische Gesundheit eines der Hauptprobleme (Typ 5: 83 %; Typ 2: 65 %, Typ 1: 47 %). Auch die körperliche Gesundheit ist eine vorrangige Problematik bei Patientinnen und Patienten, vor allem in stationären (61 %) und soziotherapeutischen Einrichtungen (59 %), deutlich weniger in ambulanten Einrichtungen (31 %). Für Personen in stationären Einrichtungen sind Tagesstruktur, Schule/Arbeit und Freizeit weitere problematische Bereiche (je 52 %). Bei Patientinnen und Patienten in soziotherapeutischen Einrichtungen sind weitere Problemschwerpunkte die Bereiche Tagesstruktur (62 %) und Wohnsituation (45 %). Bei Personen in ambulanten Einrichtungen sind vor allem noch die familiäre (35 %) und schulische/Arbeitssituation (31 %) problembehaftet (Abbildung 13).

Abbildung 13: Problematik zu Betreuungsbeginn (Einrichtungstypen)



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

Abbildung 14 zeigt, wie häufig bestimmte Problembereiche bei Betreuungsende als „verbessert“ gegenüber der Situation zu Betreuungsbeginn eingestuft wurden. Am häufigsten kommt es bei Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen zu einer Verbesserung der Ausgangssituation. Allerdings gab es hier bei Betreuungsbeginn jeweils häufiger Probleme in den einzelnen Bereichen als in der Klientel ambulanter Einrichtungen. Bei dem zu Beginn der Betreuung für die Patientinnen und Patienten bedeutsamsten Problembereich Sucht ist es bei Betreuten in allen Einrichtungstypen zu deutlichen Verbesserungen gekommen, vor allem aber bei Patientinnen und Patienten im stationären Bereich (81 %; Typ 1: 55 %; Typ 5: 50 %). Auch in weiteren Problembereichen wie der psychischen Gesundheit sind Verbesserungen zu verzeichnen, auch hier insbesondere bei Personen in stationärer Betreuung (65%; Typ 1: 41 %; Typ 5: 35 %). Auch in Bezug auf die körperliche Gesundheit wurden Verbesserungen erzielt, ebenfalls am häufigsten bei der stationären Klientel (62%; Typ 1: 33 %, Typ 5: 42 %). Die Bereiche Tagesstruktur (Typ 1: 17 %; Typ 2 und 5: je 63 %) und Freizeit (Typ 1: 15 %; Typ 2: 54 %; Typ 5: 39 %) weisen ebenso besonders häufig Verbesserungen auf; auch hier mit durchwegs höheren Quoten in stationären Einrichtungen. (Abbildung 14).

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


Nach Einschätzung der Betreuerinnen und Betreuer in ambulanten Einrichtungen hat sich am Ende der Betreuung bei einer Vielzahl der Patientinnen und Patienten das Suchtverhalten verbessert. Besonders häufig trat dies bei Personen mit einer Glücksspielproblematik (62 %) oder alkoholbezogenen Störungen ein (59 %). Am seltensten kam es bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch zu einer Verbesserung (39 %). Eine Verschlechterung in Bezug auf das Suchtverhalten liegt am häufigsten bei Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch oder opioidbezogenen Störungen (6 %/5 %) vor. Ein unverändertes Suchtverhalten findet sich am häufigsten bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (56 %) und am seltensten bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen (37 %) (Tabelle 22).

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

Status zum Betreuungsende	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Multipler Substanzgebrauch	Path. Spielen	Gesamt N
Gebessert	59,4	35,8	54,3	53,6	38,6	61,7	2.116
Unverändert	36,8	59,7	44,4	43,8	55,6	36,7	1.584
Verschlechtert	3,5	4,5	1,2	2,3	5,6	1,7	115
Neu aufgetreten	0,4	0,0	0,2	0,3	0,3	0,0	12
Gesamt N	1.975	67	606	683	324	60	3.827

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

Am Ende der Betreuung kommt es bei Patientinnen und Patienten, die in ambulanten Einrichtungen betreut werden, in sehr unterschiedlichem Ausmaß zu Veränderungen in der Konsummene hinsichtlich der Hauptsubstanz bzw. der Hauptspielform. Zu einer leichten bis deutlichen Verringerung der Konsummene kommt es vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Hauptsubstanz Alkohol (37 %), gefolgt von Personen mit Hauptsubstanz Cannabis (25 %). Besonders selten ist eine Konsumverringereung

bei Personen mit Hauptsubstanz Heroin (8 %) zu verzeichnen, 90% weisen hier keine Änderung der Konsummenge am Betreuungsende auf. Eine Steigerung des Konsums am Ende der Betreuung liegt vor allem bei der Klientel mit alkohol- (6 %) oder methamphetaminbezogenen Störungen (5 %) vor.

Von den Personen mit Hauptspielform „Spielen an Geldspielautomaten“ weist knapp ein Drittel (32 %) zu Betreuungsende eine verringerte Spieldauer auf, mehr als doppelt so hoch ist jedoch der Anteil mit gleich gebliebener Spieldauer (68 %) (Tabelle 23).

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

Konsummenge/ Spieldauer/ Nutzungsdauer	Alkohol	Heroin	Cannabis	Methamphet- amine	Geldspiel- automaten*
Deutlich/leicht verringert	37,2	8,4	24,6	19,9	31,7
Gleich geblieben	56,6	89,6	72,0	74,9	68,3
Leicht/Stark gesteigert	6,2	1,9	3,4	5,1	0,0
Gesamt	2.531	154	1.486	1.128	41

*in Spielhallen; Angaben in Prozent

6 Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Patientinnen und Patienten dargestellt, die 2022 aufgrund der Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ (F12.1; F12.2) in ambulanten (Typ 1) und stationären (Typ 2) Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden.

6.1 Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht

In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe⁷ werden 2022, wie im Vorjahr, deutlich häufiger Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen betreut als in den stationären Einrichtungen (Typ 1: 17 %; 2021: 16 %); Typ 2: 8 %; 2021: 10 %). Der Männeranteil ist dabei mit 78 % in ambulanten Einrichtungen annähernd viermal so hoch wie der der Frauen (23 %). In den stationären Einrichtungen⁸ liegt der Anteil der männlichen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit 79 % noch geringfügig höher (Tabelle 24).

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

	Typ 1			N	Typ 2			N
	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt	
Anteil	77,5	22,5	16,5	720	79,3	20,7	7,8	82

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent.

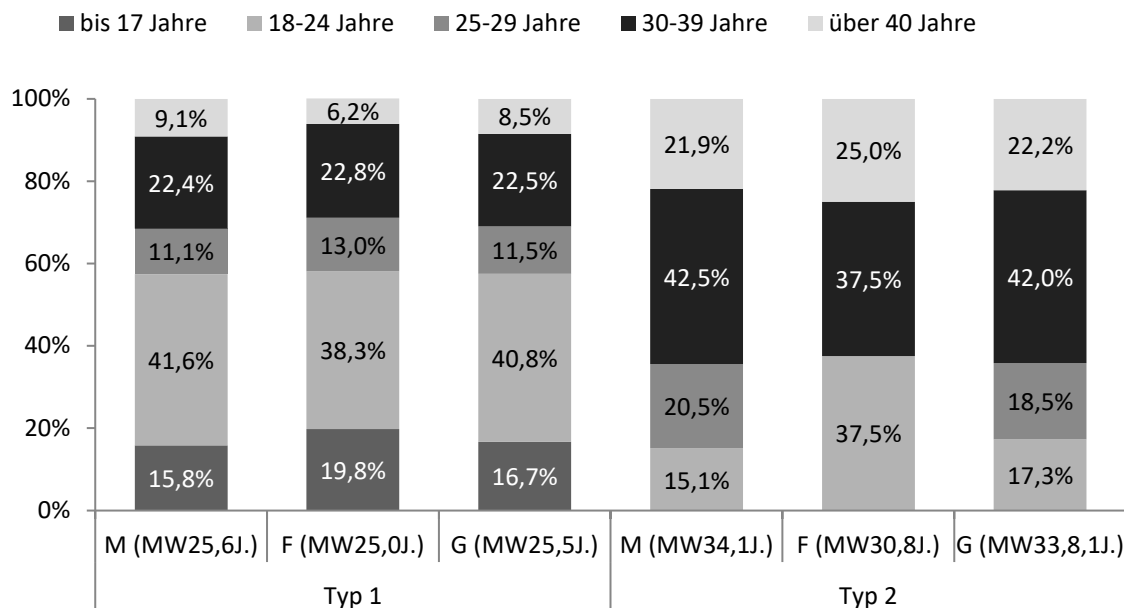
Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind die insgesamt jüngste Gruppe, die in den thüringischen Einrichtungen betreut wird. Ambulant Betreute sind im Durchschnitt jünger (26 Jahre) als stationär Betreute (34 Jahre). Von ersteren sind 17 % noch unter 18 Jahre alt, 41 % befinden sich im Alter zwischen 18 und 24 Jahren. In stationären Einrichtungen befinden sich keine Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen in Betreuung, die unter 18 Jahre alt sind, 15% sind zwischen 18 und 24 Jahre alt. Die meisten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen im stationären Bereich gehören der Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen an (42 %). Ambulant liegt nur knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten in diesem Altersbereich (23 %).

Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen weisen in den ambulanten Einrichtungen annähernd das gleiche Durchschnittsalter auf wie Männer (25 Jahre/26 Jahre), in den stationären Einrichtungen sind sie etwas jünger (31 Jahre/34 Jahre) (Abbildung 15).

⁷ Auf eine vergleichende Darstellung der Patientinnen und Patienten aus Typ 5- Einrichtungen wird verzichtet, da dort die Gesamtzahl der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen zu gering ist (N=4).

⁸ In stationären Einrichtungen (Typ 2): N (Frauen)= 9. Die Interpretation von Geschlechterunterschieden ist daher nur eingeschränkt möglich.

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



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

Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund

96 % der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanten und 98 % der Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein Migrationshintergrund liegt ambulant bei 6 % und stationär bei 4 % der Betreuten vor.

Partnerschaft

In einer festen Partnerschaft lebt etwas über ein Drittel (37 %) der ambulant Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen, Frauen deutlich häufiger als Männer (54 % vs. 32 %). Im stationären Bereich ist der Anteil der Patientinnen und Patienten in fester Partnerschaft mit 27 % deutlich geringer. Zwei Drittel der Frauen (67 %) und etwa ein Fünftel (22 %) der Männer haben hier einen Partner oder eine Partnerin (Tabelle 25).

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

Partnerschaft	Typ 1			Typ 2				
	Männer	Frauen	Gesamt	N	Männer	Frauen	Gesamt	N
vorhanden	32,3	54,3	37,2	717	21,7	66,7	26,9	78

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Lebenssituation

Ein Großteil der ambulant betreuten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt nicht allein (68 %). Knapp die Hälfte von ihnen (49 %) lebt, aufgrund des noch jungen Alters, bei den Eltern, etwas über ein Viertel (28 %) zusammen mit einem Partner oder einer Partnerin. Der Anteil der Frauen, die nicht allein leben, ist etwas höher als der der Männer (70 %/67 %). Im Vergleich zu den Männern leben Frauen seltener noch bei den Eltern (39 %/52 %), dafür doppelt so häufig mit einem oder mehreren Kindern (32 %/16 %) und auch etwas häufiger mit einem Partner oder einer Partnerin (31 %/27 %) zusammen.

Von den Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär behandelt werden, leben 33 % nicht allein. Von ihnen lebt über die Hälfte (52 %) mit dem Partner oder der Partnerin zusammen, 32 % leben noch bei den Eltern und 16 % leben zusammen mit einem oder mehreren Kindern. Frauen leben wesentlich häufiger als Männer nicht allein (67 %/29 %). Sie leben genauso häufig mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen wie Männer (jeweils 50 %). Männer leben etwas häufiger bei ihren Eltern als Frauen (25 %/18 %; jedoch kleines N) (Tabelle 26).

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

Lebenssituation	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Nicht alleinlebend	66,7	70,4	67,5	28,6	66,7	33,0
zusammenlebend mit*:						
Partner	27,1	30,7	28,0	50,0	50,0	52,0
Kind(ern)	16,0	31,6	19,7	20,0		16,0
Eltern	52,3	38,6	49,1	25,0	16,7	32,0
Sonstige (Bezugs-) Personen	25,2	24,6	25,1	25,0	14,3	24,0
Gesamt	555	114	717	70	9	79

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

Wohnsituation

Deutlich über die Hälfte (59 %) der ambulant und fast zwei Drittel (63 %) der stationär betreuten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt vor Beginn der Betreuung selbstständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Haus). Ein Drittel der ambulant Betreuten lebt bei anderen Personen (34 %). Im stationären Setting trifft dies nur auf 16 % der Betreuten zu. Ein kleiner Anteil von 1 % der ambulant und ein deutlich höherer Anteil von 9 % der stationär betreuten Patientinnen und Patienten lebt in prekären Wohnverhältnissen, d.h. die Betroffenen haben keine Wohnung, leben in Notunterkünften bzw. Übernachtungsstellen oder auf der Straße. Im Justizvollzug befinden sich vor Beginn der Betreuung 1 % der ambulant und 5 % der stationär betreuten Personen. Im stationären Bereich waren 7 % der Patientinnen und Patienten vor Betreuungsbeginn in einer (Fach-)Klinik oder stationären Rehabilitationsklinik untergebracht, was bei ambulant Betreuten so gut wie nicht vorkommt (1 %).

Frauen in ambulanter als auch stationärer Betreuung leben häufiger selbstständig als Männer (Typ 1: 62%/58 %); Typ 2: 78%/61 %). Bei den Männern in stationärer Betreuung waren 5% vor Beginn der Betreuung im Justizvollzug untergebracht, ambulant trifft dies nur auf 2% der Männer zu (Tabelle 27).

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

Wohnsituation	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Selbstständiges Wohnen	57,7	61,7	58,6	61,1	77,8	63,0
Bei anderen Personen	35,1	27,8	33,5	15,3	22,2	16,0
Ambulant betreutes Wohnen	0,9	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,9	0,0	0,7	8,3	0,0	7,2
Wohnheim / Übergangswohnheim	2,7	6,8	3,6	0,0	0,0	0,0
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	1,8	0,0	1,4	5,6	0,0	4,9
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	0,4	0,0	0,3	1,4	0,0	1,2
Ohne Wohnung	0,5	1,9	0,8	8,3	0,0	7,4
Sonstiges	0,0	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	555	162	717	72	9	81

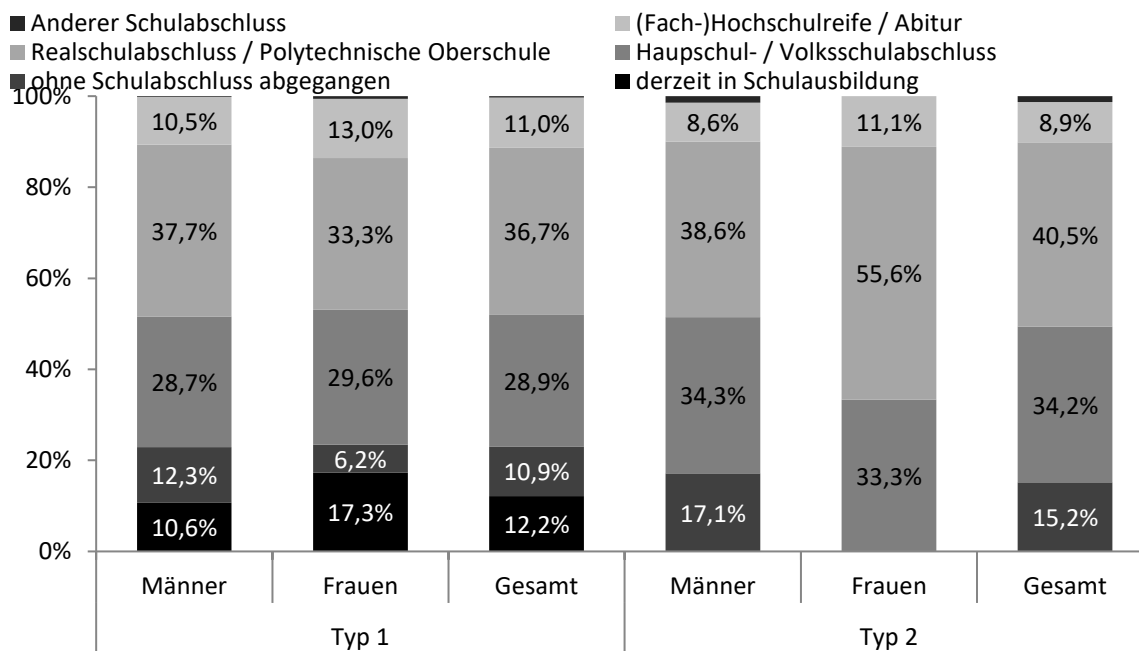
Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

Schulbildung

Eine mittlere bis höhere Schulbildung, d.h. einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule oder (Fach-)Abitur, haben 48 % sowohl der ambulant als auch stationär Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen. Stationär liegt der Anteil an Personen, die die Schule ohne Abschluss verlassen haben, mit 15% etwas höher als ambulant (11 %). Personen, die aktuelle noch in schulischer Ausbildung sind (12 %), finden sich nur in den ambulanten aber nicht in den stationären Einrichtungen.

Im ambulanten ebenso wie im stationären Bereich haben Frauen geringfügig häufiger als Männer (Fach-)Hochschulreife/Abitur (Typ 1: 13 %/11 %; Typ 2: 11%/9%). Schulabbrüche sind bei Männern ambulant und stationär häufiger als bei Frauen (Typ 1: 12 %/6 %; Typ 2: 17%/-- (Abbildung 16)).

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

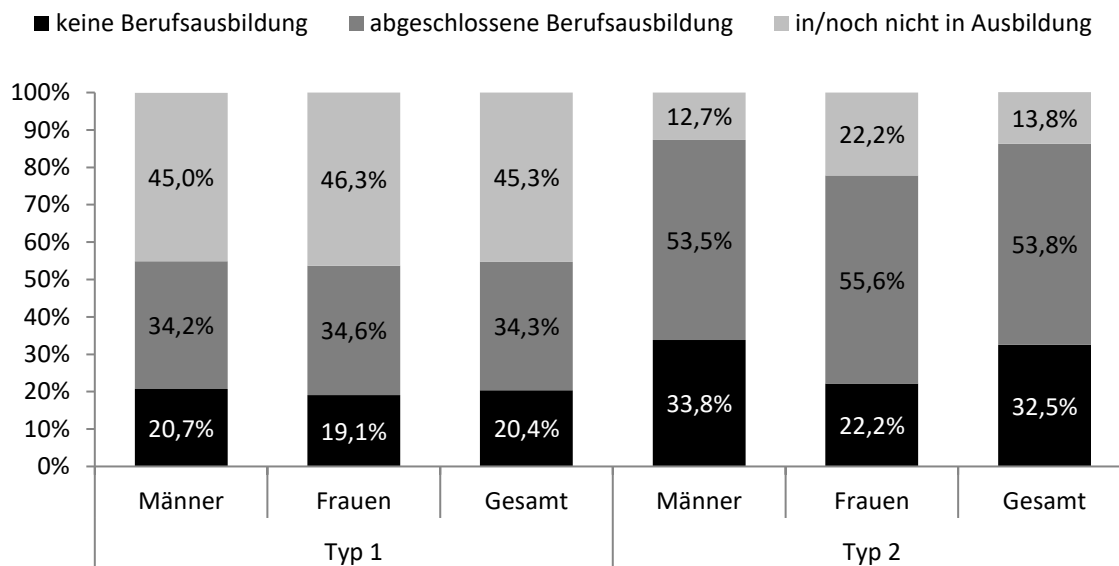


Berufsausbildung

Da das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung recht niedrig ist, befinden sich 45 % aktuell noch in einer Berufsausbildung oder haben noch keine Ausbildung begonnen. 34 % haben bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung und 20 % der Patientinnen und Patienten sind ohne Berufsausbildung, ein Anteil, der im stationären Bereich mit 33 % deutlich höher liegt. Im Vergleich zum ambulanten Bereich sind stationär weniger Patientinnen und Patienten noch bzw. noch nicht in Ausbildung (14 %), dafür hat ein höherer Anteil seine Ausbildung abgeschlossen (54 %), was vermutlich auf das höhere Durchschnittsalter im stationären Bereich zurückzuführen ist.

Männer sind sowohl ambulant als auch stationär häufiger ohne beruflichen Abschluss als Frauen (Typ 1: 21 %/19 %; Typ 2: 34 %/22 %; aber nur geringes N bei Frauen) (Abbildung 17).

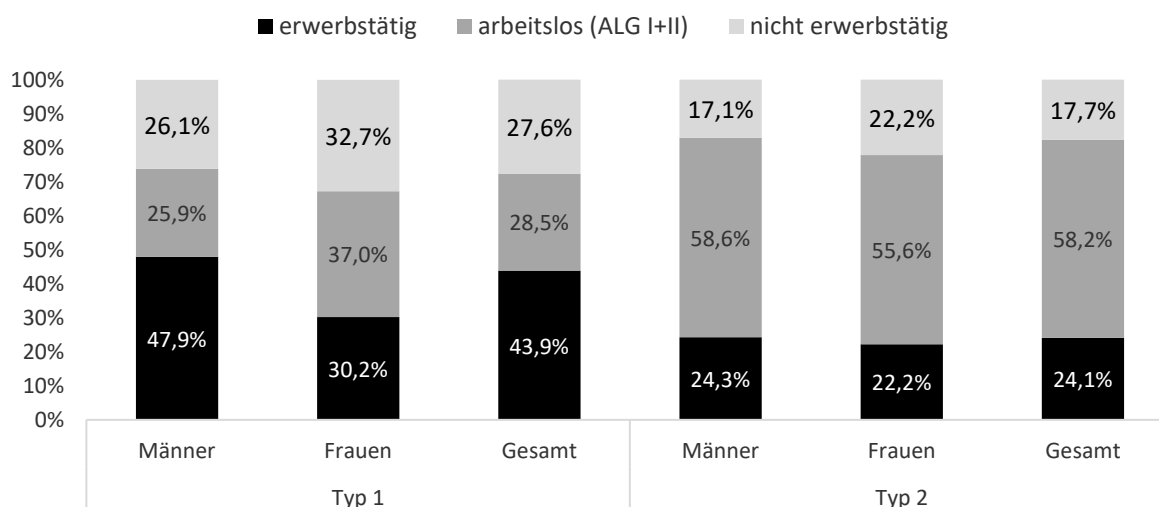
Abbildung 17: Berufsausbildung (Patientinnen/Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen)



Erwerbssituation

Zwischen Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter und stationärer Betreuung liegen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Erwerbssituation vor. Während im ambulanten Bereich 44 % der Patientinnen und Patienten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist das stationär nur bei etwa einem Viertel der Betroffenen der Fall (24 %). Demgegenüber sind hier 58 % der Betreuten, und damit ein sehr hoher Anteil, arbeitslos (ALG I oder II), während dies nur für 29 % der ambulant Betreuten gilt. Frauen sind ambulant häufiger arbeitslos als Männer (37 %/26 %), stationär gibt es nur einen geringfügigen Unterschied: 24 %/22 %) (Abbildung 18).

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



Schulden

Im Gegensatz zu stationär betreuten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen sind ambulant betreute Personen überwiegend schuldenfrei (77 %/40 %). Insgesamt liegen die Schulden der Patientinnen und Patienten vor allem im Bereich bis 10.000 Euro (Typ 1: 18 %; Typ 2: 38 %). Eine Verschuldung in Höhe von 25.000 bis über 50.000 Euro liegt im ambulanten Bereich nur bei 2 %, stationär bei 13 % der Betreuten vor.

Frauen in ambulanter Betreuung sind etwas öfter als Männer von Schulden betroffen (26%/22%), in der Höhe der Schulden gibt es jedoch kaum Unterschiede. Stationär liegt bei Frauen seltener eine Schuldenproblematik vor als bei Männern (11 %/66%; jedoch geringes N bei den Frauen). Von den Männern haben hier 15% über 25.000 Euro Schulden (Tabelle 28).

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

Schulden	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Keine	77,9	74,1	77,0	33,8	88,9	40,3
Bis 10.000 EUR	16,6	22,2	17,9	41,2	11,1	37,7
Bis 25.000 EUR	2,9	3,7	3,1	10,3	0,0	9,1
Bis 50.000 EUR	1,8	0,0	1,4	13,2	0,0	11,7
Mehr	0,7	0,0	0,6	1,5	0,0	1,3
Gesamt	548	162	710	68	9	77

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent;

6.2 Störungsbezogene Merkmale

Zusätzliche Suchtdiagnosen

In ambulanten Einrichtungen betreute Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen haben zusätzlich vor allem Probleme mit Stimulanzen (24 %) und Alkohol (20 %) und in geringerem Umfang mit Kokain (4 %). Deutlich belasteter mit zusätzlichen Suchtdiagnosen ist die Klientel in stationären Einrichtungen. Auch hier sind stimulanzenbezogene Störungen die häufigste zusätzliche Problematik bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (63 %). Die zweithäufigste Zusatzdiagnose bilden mit 50 % alkoholbezogene Störungen. Weitere Zusatzdiagnosen betreffen Störungen im Zusammenhang mit Kokain (16 %), Opioiden (15%) und Sedativa/Hypnotika (15%).

Frauen in ambulanten Einrichtungen haben häufiger als Männer Zusatzdiagnosen im Zusammenhang mit Stimulanzen (30 %/24 %), Männer häufiger mit Alkohol (21 %/17%), mit Kokain (4 % /1%) und Opioiden (3%/ 1%). Im stationären Bereich haben Frauen häufiger alkoholbezogene Störungen als Männer (67%/48%), bei allen weiteren Zusatzdiagnosen verhält es sich umgekehrt (jedoch kleines N bei den Frauen) (Tabelle 29).

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

Zusätzliche Einzeldiagnosen*	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
F10 Alkohol	21,0	16,9	20,1	47,9	66,7	50,0
F11 Opioide	2,5	1,3	2,2	16,4	0,0	14,6
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,5	1,9	0,8	15,1	11,1	14,6
F 14 Kokain	4,1	1,0	3,6	16,4	11,1	15,9
F15 Stimulanzien	23,9	30,0	25,2	65,8	44,4	63,4
F16 Halluzinogene	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
F17 Tabak	22,4	27,5	23,6	90,4	100,0	91,5
F63.0 Path. Spielen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
F63.8/F68.8 Exz. Medien- nutzung	0,2	0,0	0,1	1,4	0,0	0,0
Gesamt (Anzahl)	557	160	717	73	9	82

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

Alter bei Erstkonsum

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Cannabis liegt bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen ambulant bei 15 Jahren und stationär bei 16 Jahren. Bereits sehr früh, im Alter von bis zu 14 Jahren, haben jeweils 44 % der ambulant und 35% der stationär betreuten Personen zum ersten Mal Cannabis konsumiert. Die Hälfte (50 %) der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in ambulanter Betreuung ist im Alter zwischen 15 und 19 Jahren, wenn erstmalig Cannabis konsumiert wird. Auch bei den stationär Betreuten findet in diesem Altersbereich am häufigsten der Erstkonsum von Cannabis statt (41 %).

Das Durchschnittsalter von Frauen in ambulanter Betreuung beim Erstkonsum von Cannabis unterscheidet sich nicht von dem der Männer (jeweils 15 Jahre). Im stationären Bereich liegt es geringfügig höher (17 Jahre) als das der Männer (16 Jahre) (Tabelle 30).

Tabelle 30: Hauptsubstanz Cannabis: Alter bei Erstkonsum

Alter bei Erstkonsum (Jahre)*	Typ 1			Typ 2		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
bis 14	42,5	50,2	44,4	34,6	36,4	34,9
15 - 19	51,6	42,2	49,5	42,3	36,4	41,3
20 - 24	4,0	4,6	4,1	21,2	27,3	22,2
25 - 29	0,0	1,7	1,1	0,0	0,0	0,0
über 30	1,0	0,6	1,0	1,9	0,0	1,6
Ø Jahre	15,4	15,2	15,4	16,3	16,6	16,4
Gesamt (Anzahl)	581	173	754	52	11	63

Angaben, soweit nicht anders vermerkt, in Prozent

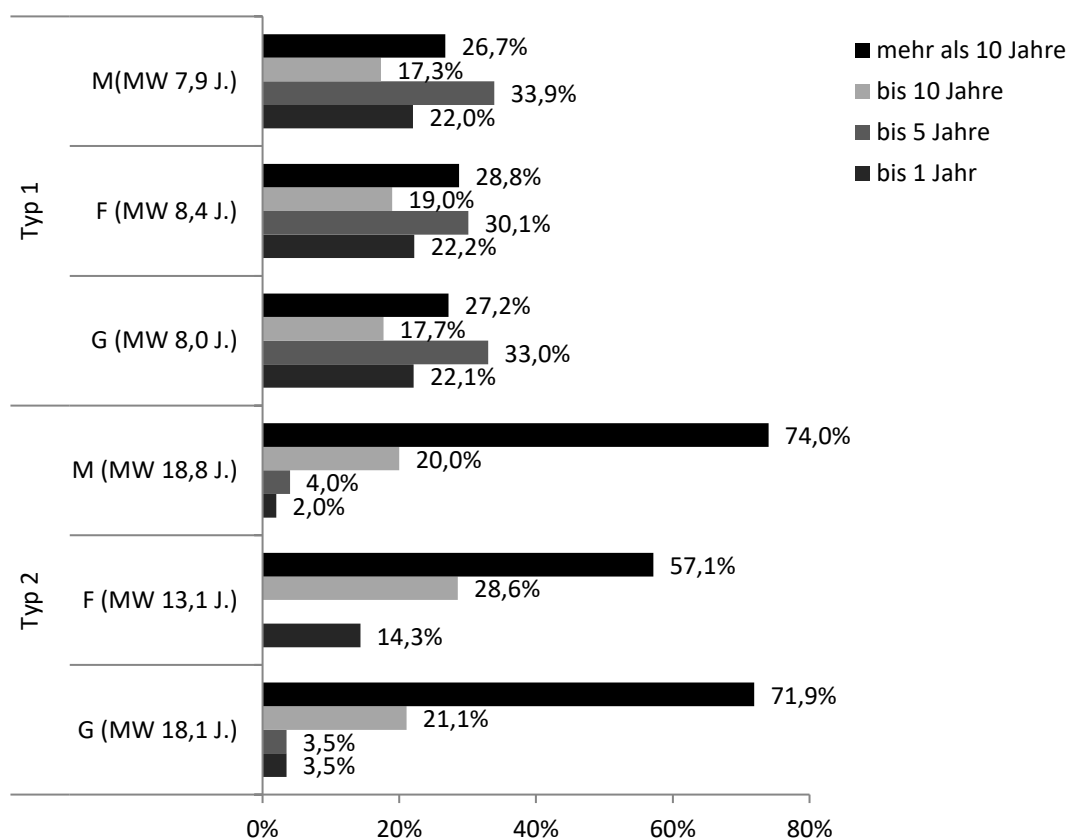
Störungsdauer

Wie lange cannabinoidbezogene Störungen bei Patientinnen und Patienten bereits bestehen, ist bei ambulant und stationär Betreuten sehr unterschiedlich. Während bei Personen in ambulanter Betreuung im Durchschnitt ein Zeitraum von 8 Jahren zwischen Störungsbeginn und aktueller Betreuung liegt, umfasst dieser Zeitraum bei

stationär betreuten Personen im Durchschnitt 18 Jahre. Hier ist sicher ein Zusammenhang mit dem höheren Alter der Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen zu sehen. Bei 22 % der ambulant Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt der Störungsbeginn erst maximal ein Jahr zurück, während dies nur bei 4 % der stationär Betreuten der Fall ist. Ambulant besteht bei dem größten Teil der Patientinnen und Patienten die Störung zwischen einem Jahr und 5 Jahren (33 %), stationär liegt bei dem Großteil der Betreuten die Störung bereits mehr als 10 Jahre vor (72 %) (Abbildung 19).

Bei ambulant Betreuten gibt es hinsichtlich der durchschnittlichen Störungsdauer keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (je 8 Jahre). Bei stationär Betreuten besteht hingegen bei Männern die Störung bereits deutlich länger als bei Frauen (19 Jahre/13 Jahre) (Abbildung 19).

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

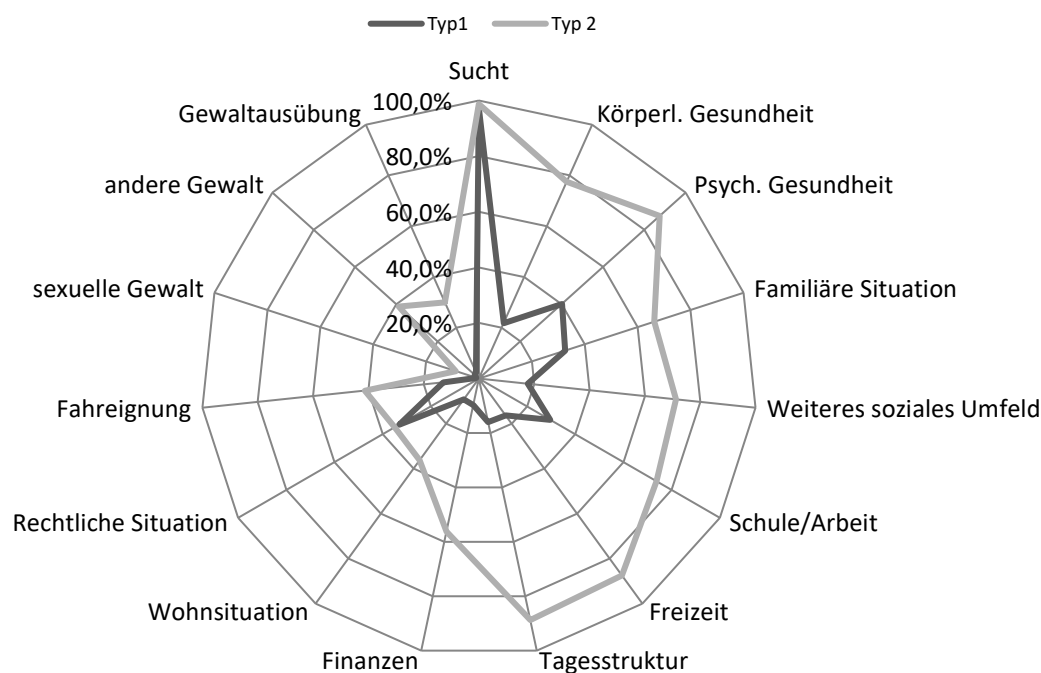


MW = Mittelwert, J=Jahre; M= Männer; F= Frauen, G= Gesamt Frauen Typ 2 N=7

Problembereiche vor Betreuungsbeginn

Abbildung 20 zeigt deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen, die stationär betreut werden, häufiger problembelastet sind als Personen in ambulanter Betreuung. Werte in vergleichbarer Höhe für beide Gruppen gibt es nur im Bereich des Suchtverhaltens (Typ 1: 97 %; Typ 2: 99 %), in allen anderen dokumentierten Problembereichen sind stationär Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen erheblich öfter betroffen (Abbildung 20).

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



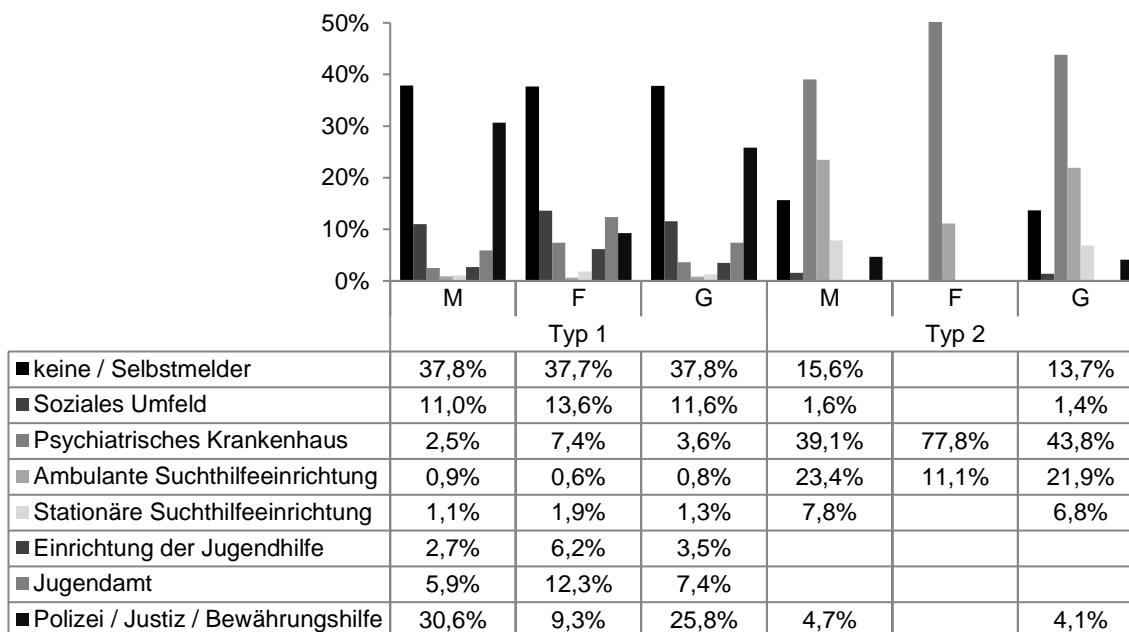
6.3 Betreuungsbezogene Merkmale

Vermittlungswege

Ambulant und stationär betreute Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen kommen auf sehr unterschiedlichen Wegen in die Einrichtungen. So kommt über ein Drittel der ambulant betreuten Personen von selbst, d.h. ohne Vermittlung, in die Einrichtung (38 %), in der stationären Betreuung spielt dieser Zugangsweg keine große Rolle (14 %). Hier liegt der Vermittlungsschwerpunkt auf den psychiatrischen Krankenhäusern (44 %) mit Abstand gefolgt von ambulanten (22 %) und stationären Suchthilfeeinrichtungen (7 %). Ein Viertel der ambulant betreuten Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen kommt durch Polizei/Justiz oder Bewährungshilfe in die Betreuung (26 %), aber auch das Jugendamt (7 %) oder Einrichtungen der Jugendhilfe (4 %) spielen als vermittelnde Instanzen eine Rolle. Der Weg über die Justiz hat auch für den stationären Bereich eine gewisse Relevanz, hier aber nur für Männer (5 %).

Frauen werden etwa doppelt so häufig über Jugendhilfe oder Jugendamt in die ambulante Betreuung vermittelt als Männer (12 %//6 %). Männer kommen dagegen häufiger über Polizei und Justiz in die ambulante Betreuung als Frauen (31 %//9 %) (Abbildung 21).

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

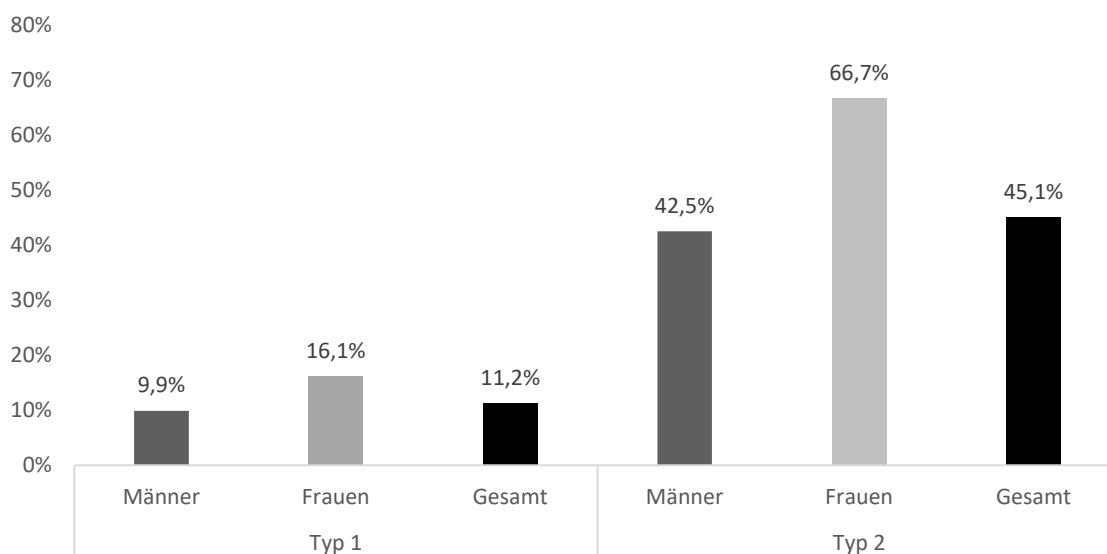


M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt.

Weitervermittlung

Nach Beendigung der Betreuung werden im stationären Bereich 45 % der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen an eine weitere Maßnahmen weitervermittelt. Bei ambulant Betreuten trifft dies auf einen erheblich geringeren Teil (11 %) zu. Sowohl ambulant als auch stationär werden Frauen häufiger weitervermittelt als Männer (Typ 1: 16 %/10 %; Typ 2: 67 %/43 %) (Abbildung 22).

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



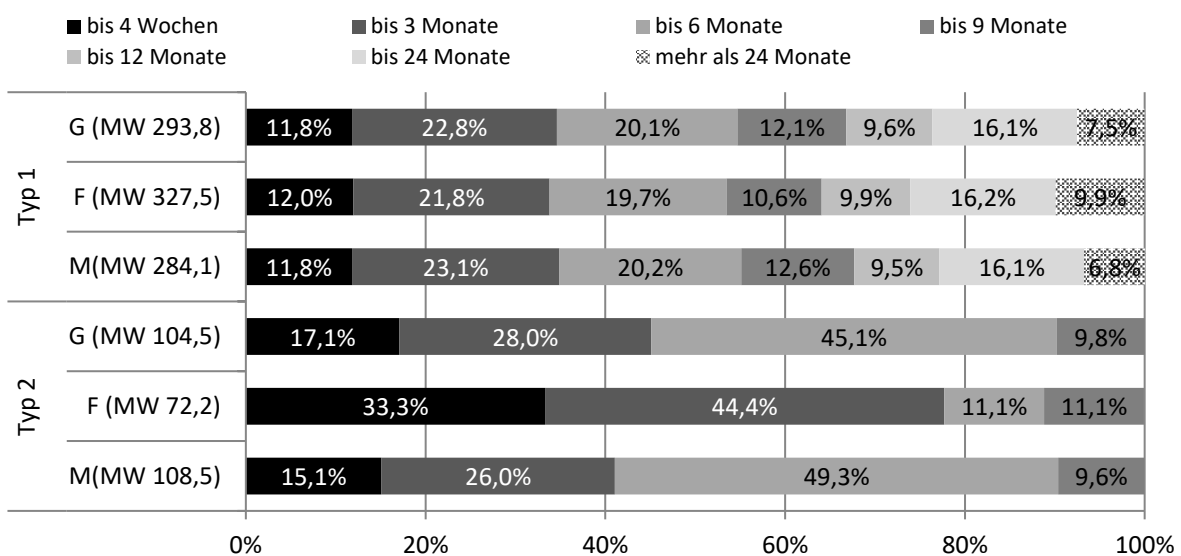
M: Männer; F: Frauen, G: Gesamt

Betreuungsdauer

Die durchschnittliche Betreuungsdauer für Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen ist in ambulanten Einrichtungen mit 294 Tagen etwa dreimal so lang wie in stationären Einrichtungen (105 Tage). In ambulanten und stationären Einrichtungen kommt es mit einer Häufigkeit von 12 % bzw. 17 % zu sehr kurzen Betreuungen von maximal vier Wochen. Auch die Anteile an Betreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten liegen stationär etwas höher (28 %/23 %). Bei Betreuungen mit längerer Dauer unterscheiden sich die Betreuten in ambulanten und stationären Einrichtungen jedoch erheblich. Während 45 % der Patientinnen und Patienten stationär bis zu 6 Monaten in Betreuung sind, ist das ambulant nur bei 20 % der Betreuten der Fall. Bis zu neun Monate werden stationär noch 10 % der Patientinnen und Patienten betreut, längere Betreuungen finden hier nicht statt. Ambulant sind 12 % der Patientinnen und Patienten bis zu neun Monaten in Betreuung, eine länger als neun Monate andauernde Betreuung erhalten hier immerhin 45 % der Betroffenen.

Männer werden ambulant kürzer betreut als Frauen (284 Tage/328 Tage), stationär dagegen länger (109 Tage/72 Tage) (Abbildung 23).

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

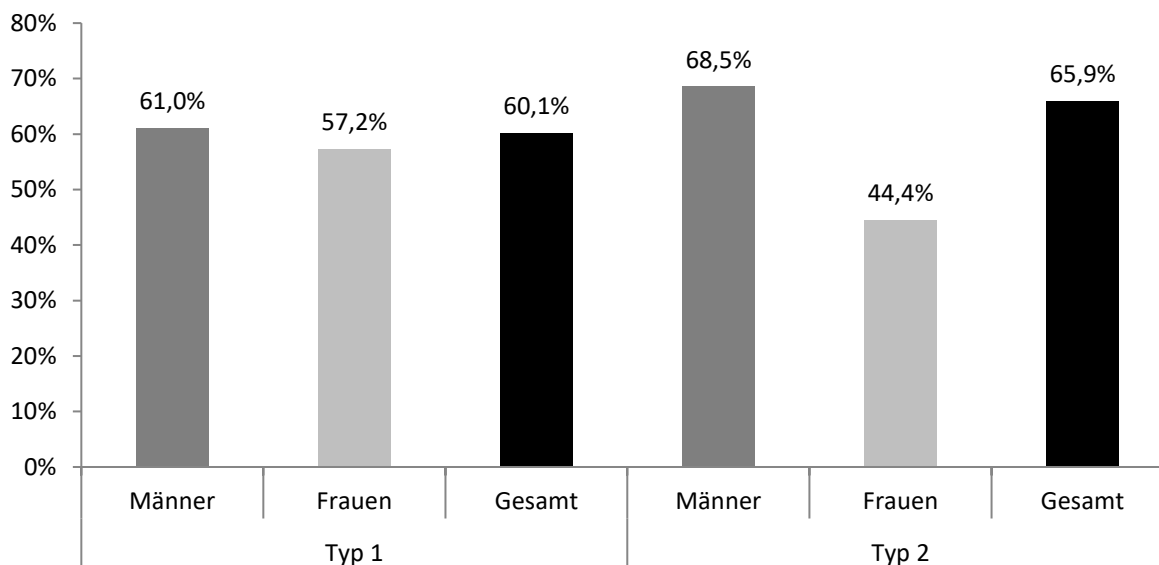


M: Männer; F: Frauen; G: Gesamt; MW: Mittelwert (in Tagen).

Beendigung der Betreuung

Der Anteil der Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, die die Betreuung planmäßig beenden (d.h. hier regulär oder auf therapeutische Veranlassung bzw. mit therapeutischem Einverständnis vorzeitig beendet oder planmäßig in eine andere Einrichtung wechselt), ist in stationären Einrichtungen höher als in ambulanten (66 %/60 %). Männer beenden die ambulante Betreuung etwas häufiger planmäßig als Frauen (61 %/57 %), stationär verhält es sich ebenso, aber mit deutlicherem Unterschied (69%/44%; jedoch geringes N bei Frauen) (Abbildung 24).

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

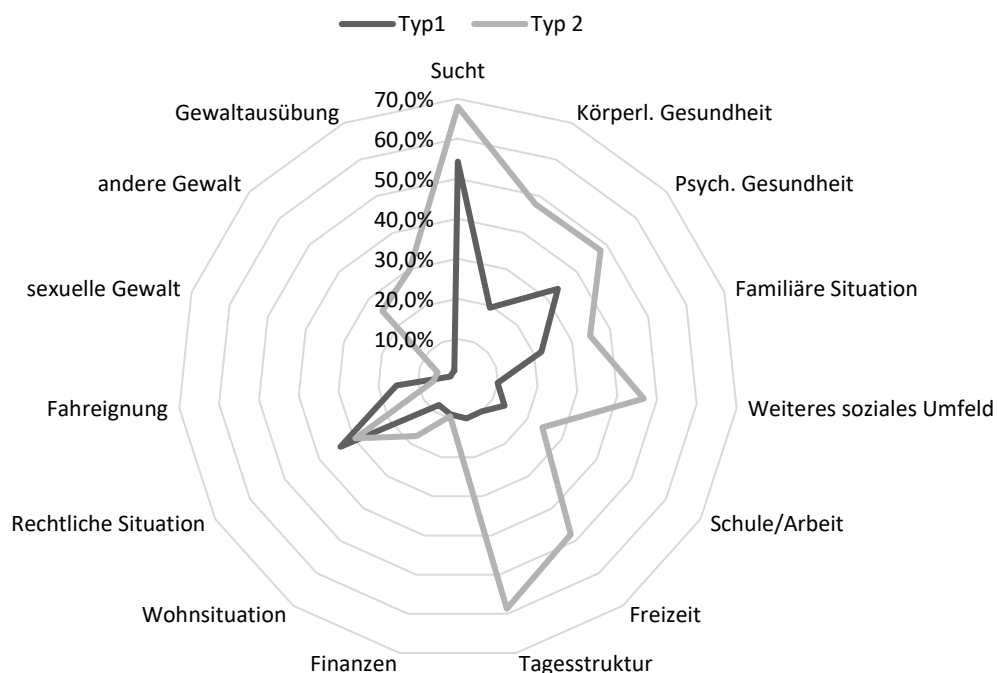


Entwicklung der Problematik zum Betreuungsende

Am Ende der Betreuung wird der Betreuungserfolg in den einzelnen Problembereichen durch die Betreuenden beurteilt. Abbildung 25 gibt einen Überblick über den Anteil an Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen mit einer Verbesserung in den einzelnen Problembereichen. Die Verbesserungen bei den Personen im stationären Bereich müssen vor dem Hintergrund der höheren Problembelastung zu Beginn der Betreuung betrachtet werden.

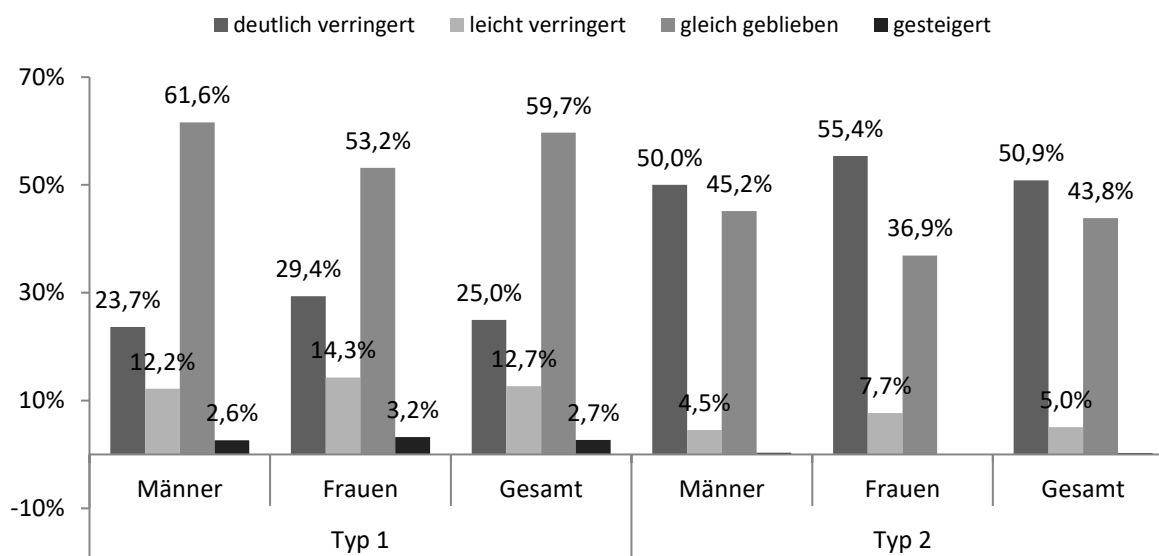
Sowohl ambulant als auch stationär ist es häufig zu einer Verbesserung im Bereich des Suchtverhaltens gekommen, wobei Verbesserungen stationär (68%) deutlich häufiger auftreten als ambulant (54%). In den übrigen Problembereichen kommt es ambulant besonders häufig in den Bereichen der psychischen Gesundheit (34%) und der rechtlichen Situation (34%) zu einer Verbesserung. Stationär werden am häufigsten Verbesserungen in den Problembereichen Tagesstruktur (59%), körperliche und psychische Gesundheit und Freizeit (jeweils 48%) erzielt (Abbildung 25).

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



Die Konsummene der Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen zum Ende der Betreuung hat sich ambulant bei etwa einem Viertel (25 %), stationär bei der Hälfte (51 %) deutlich verringert. In den meisten Fällen ist sowohl ambulant (60 %) als auch stationär (44 %) die Konsummene am Ende der Betreuung aber gleichgeblieben. In sehr wenigen Fällen (nur in ambulanter Betreuung) kommt es zum Ende der Betreuung zu einer Zunahme der Konsummene (3 %).

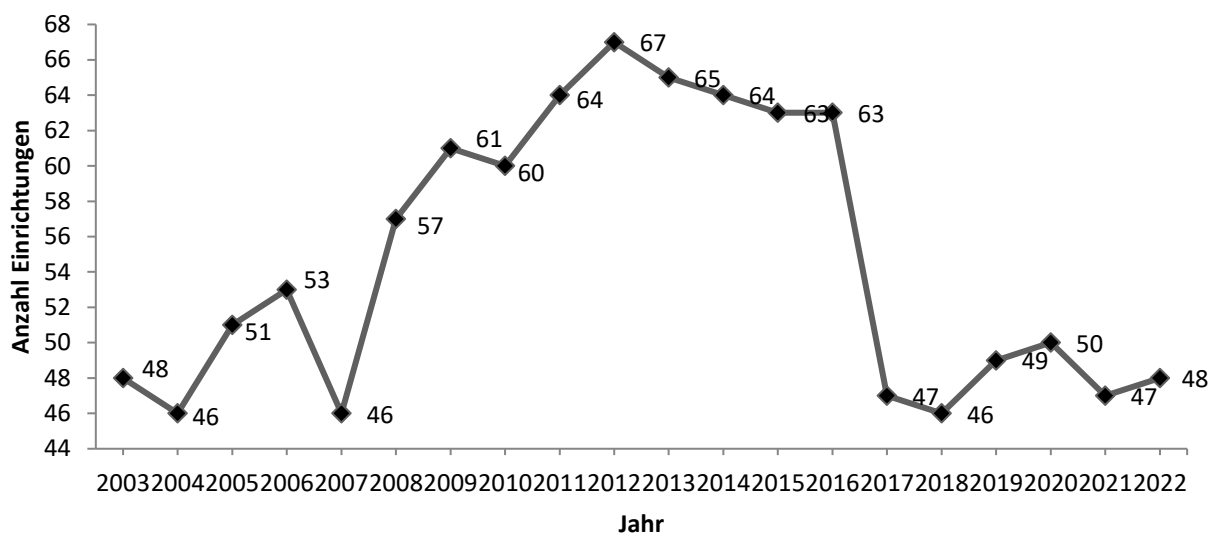
Frauen erreichen zum Ende der Betreuung, sowohl ambulant als auch stationär, häufiger eine deutliche Verringerung der Konsummene als Männer (Typ 1: 29 %/24 %; Typ 2: 55 %/50 %). Bei Männern bleibt im Vergleich zu Frauen die Konsummene am Ende der Betreuung häufiger gleich (Typ 1: 62 %/53 %; Typ 2: 45 %/37 %, jedoch geringes N bei Frauen) (Abbildung 26).

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

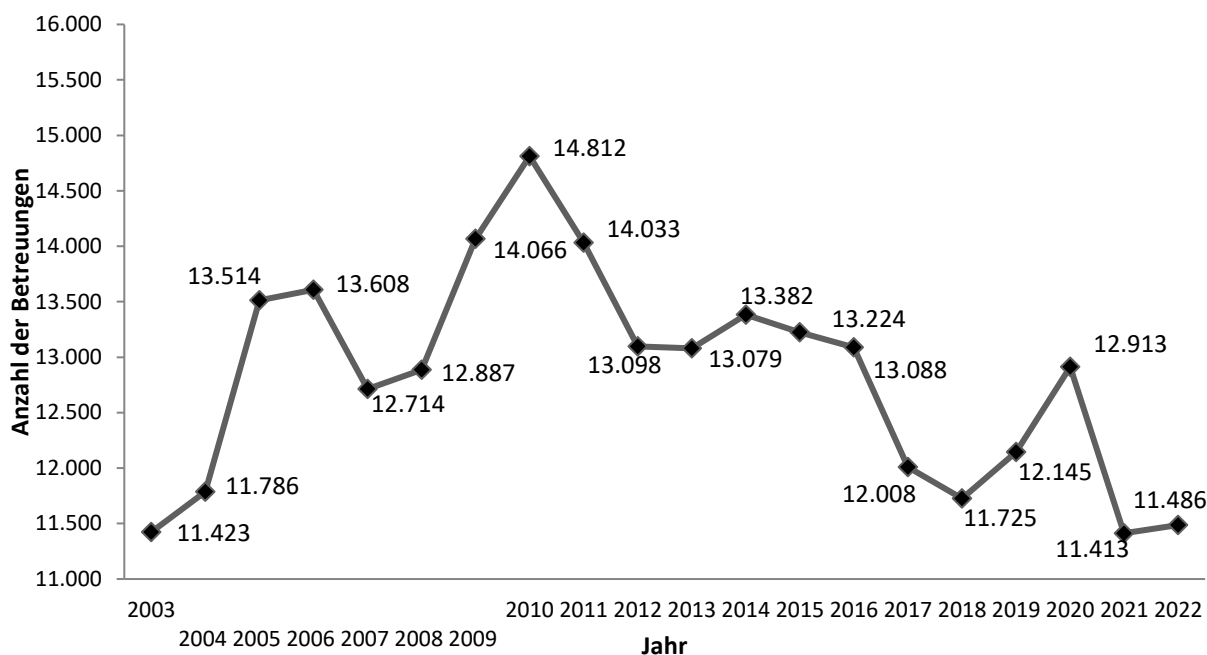
7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2022

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patientinnen/Patienten- und Betreuungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2022 berichtet. Dabei werden – mit einer Ausnahme (Kontaktzahlen, Abbildung 30) – alle Einrichtungstypen (Typ 1, 2 und 5) zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 27: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)



Innerhalb des Zeitraums 2003 bis 2022 war die Teilnehmerzahl zum Teil erheblichen Schwankungen unterworfen. So sind in den Jahren 2007 und 2017 zwei deutliche Einbrüche bei den Teilnehmerzahlen zu verzeichnen, die jeweils auf Anpassungsprozesse im Zusammenhang mit der Umstellung auf eine neue Version des Erhebungsinstruments (KDS) zurückzuführen sind. Beide Male hat im Anschluss die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen wieder zugenommen, nach 2007 wesentlich deutlicher als nach 2017. Dass der Anstieg nach 2017 geringer ausgefallen ist, ist vor allem auf die mit der Einführung des KDS 3.0 einhergehende Änderung der Einrichtungssystematik zurückzuführen. So haben einige Einrichtungen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Teilstellen und Angebote für die Dokumentation zusammenzulegen und unter einem einzigen Einrichtungscodex zu dokumentieren. Nach einem Anstieg im Jahr 2020 auf 50 Einrichtungen, ist nach einem Rückgang im Datenjahr 2021 auf 47 Einrichtungen, im Datenjahr 2022 mit 48 Einrichtungen wieder ein geringfügiger Anstieg der Teilnahme zu verzeichnen (Abbildung 27).

Abbildung 28: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

Seit 2003 ist mit der steigenden Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen auch die Zahl der im Rahmen der Thüringer Suchthilfestatistik dokumentierten Betreuungsfälle zunächst stetig gestiegen. Jedoch bilden auch bei den Betreuungsfällen die Jahre 2007 und 2017, in denen jeweils eine überarbeitete Version des KDS neu eingeführt wurde, eine Zäsur. Im Jahr 2007 wurde dadurch der Aufwärtstrend bei den Fallzahlen zunächst unterbrochen. Es folgte aber daraufhin ein kontinuierlicher Anstieg bis zu einem Höchststand von 14.812 Betreuungsfällen im Jahr 2010. Analog dazu ist ein Anstieg in der Zahl der Einrichtungen zu verzeichnen (siehe Abbildung 27). Seit 2010 ist eine Abnahme der Betreuungsfälle zu beobachten, obwohl ein leichter Rückgang der Einrichtungsbeteiligung erst ab 2013 einsetzt. Nach einer annähernd stabilen Phase in den Jahren 2012 bis 2016, verringerten sich im Jahr 2017 durch die Umstellung auf den KDS 3.0 die Fallzahlen erheblich von 13.088 Fällen im Jahr 2016 auf 12.008 Fälle im Jahr 2017. Nach einer kurzen Zunahme dieses Abwärtstrends im Jahr 2018, folgte in den Jahren 2019 und 2020 eine Zunahme auf 12.913 Fälle. 2021 ging die Fallzahl jedoch wieder deutlich zurück und hat sich 2022 nur geringfügig nach oben entwickelt (Abbildung 28).

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

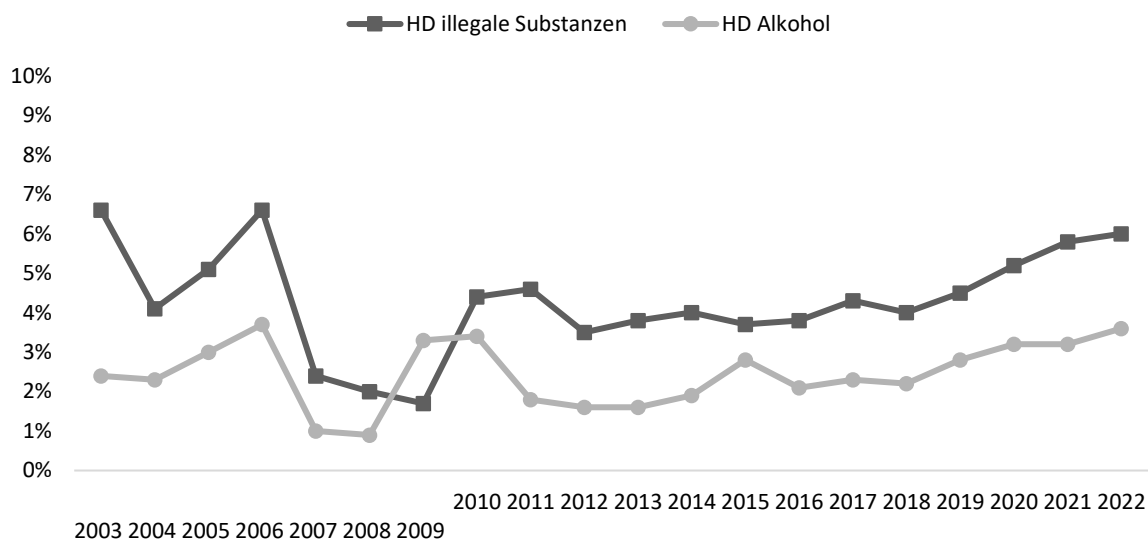


Abbildung 31 veranschaulicht die Verteilung der Anteile an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen in den letzten 20 Jahren. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Personen mit Migrationshintergrund betreut. Bei Personen mit Störungen in Bezug auf illegale Substanzen (Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien) liegt jedoch im Vergleich zu Personen mit alkoholbezogenen Störungen über alle betrachteten Jahre etwa doppelt so häufig ein Migrationshintergrund vor. Beide Kurven nehmen, jede auf ihrem Niveau, einen annähernd gleichen Verlauf. Nach größeren Schwankungen in den Jahren 2003 bis 2012, gibt es seitdem einen leichten, aber stetigen Aufwärtstrend, der sich ab 2018 noch verstärkt. So steigt seit 2018 die Kurve wieder bei beiden Patientengruppen an, ein Trend, der sich bei Personen mit Störungen im Bereich illegaler Substanzen seit 2019 deutlicher fortsetzt (2019: 4,5 %; 2021: 5,8 %; 2022: 6 %). Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen stagnierte der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in den Jahren 2020 und 2021 (3 %). Im Jahr 2022 zeigt sich wieder ein geringfügiger Anstieg (4 %) (Abbildung 29).

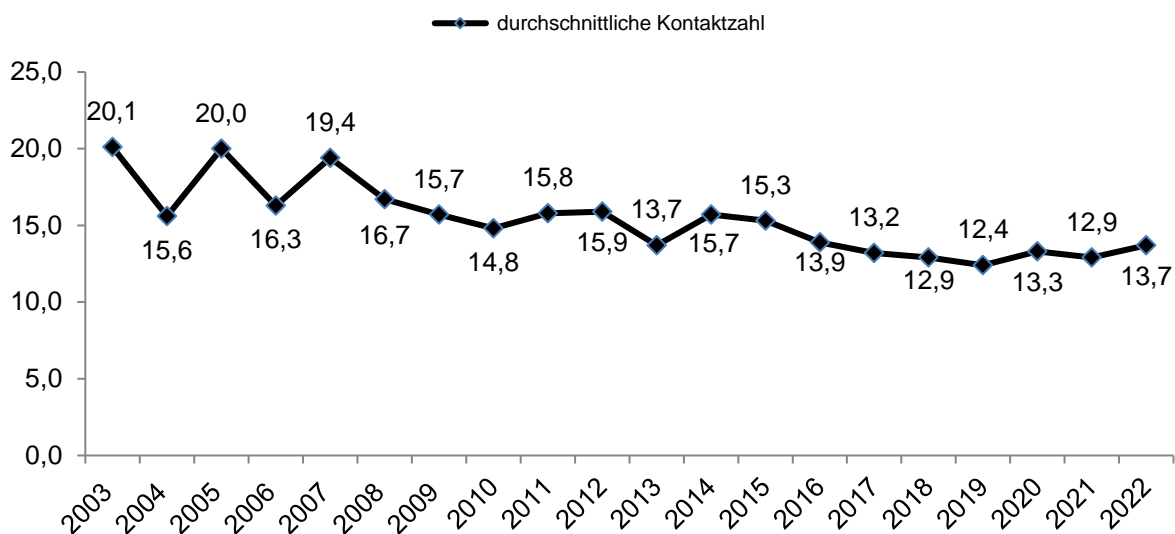
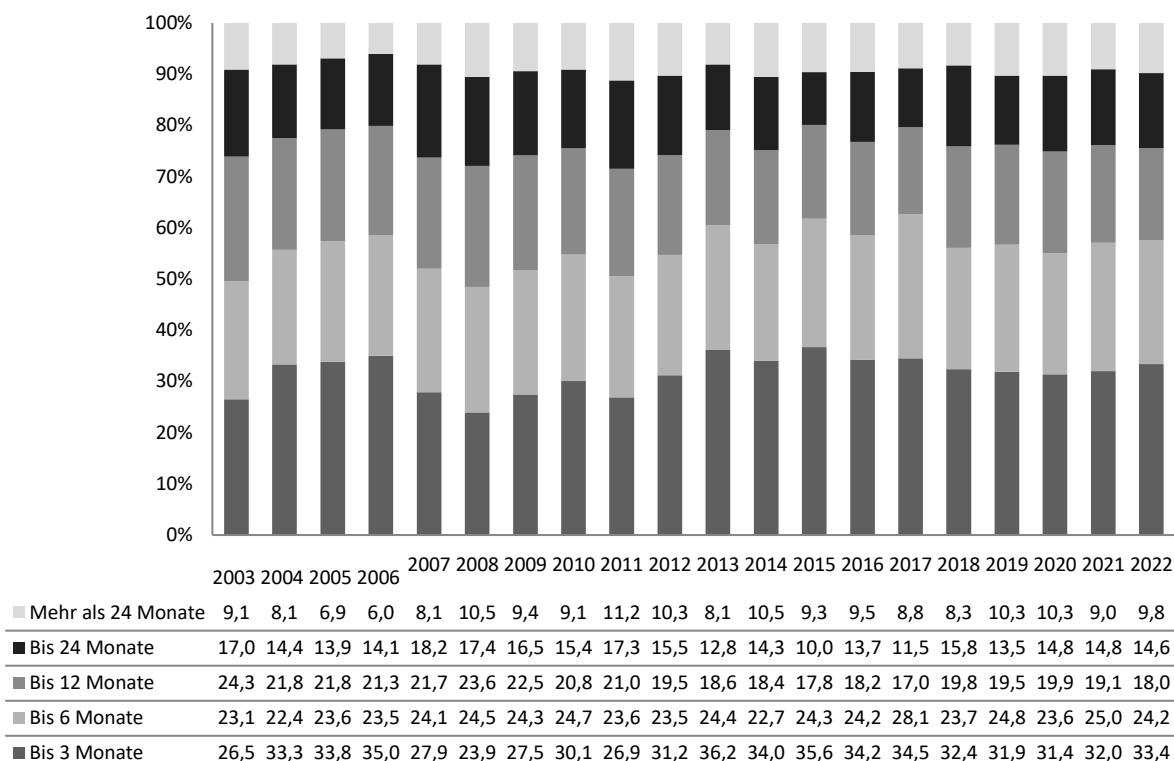
Abbildung 30: Durchschnittliche Anzahl der Kontakte je beendeter Betreuung (ambulant)

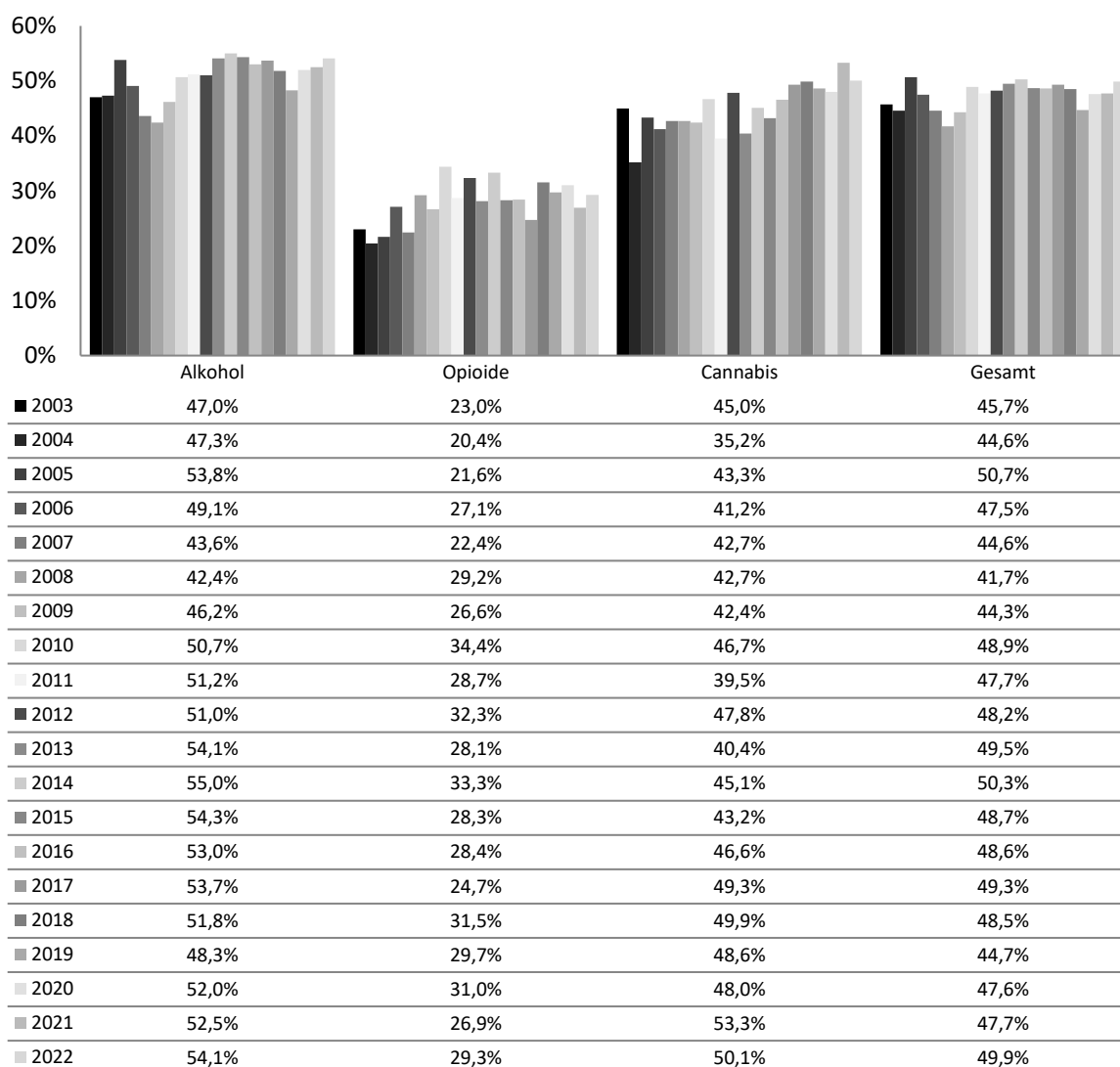
Abbildung 32 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahl der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten 20 Jahren. Während zu Beginn des Dokumentationszeitraums (2003) die Häufigkeit der Kontakte deutliche Schwankungen aufweist, sind die Kontaktzahlen von 2008 bis 2015 annähernd stabil mit kleineren Schwankungen zwischen durchschnittlich 17 und 15 Kontakten je beendeter Betreuung. Seit 2015 geht die Zahl der Kontakte Jahr für Jahr kontinuierlich zurück: von durchschnittlich 15 Kontakten pro Betreuung bis auf 12 Kontakte im Jahr 2019. Seit 2020 ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der sich im Jahr 2022 minimal fortsetzt (von 13 auf 14 Kontakte) (Abbildung 30).

Abbildung 31: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)



Angaben in Prozent

Die Betreuungsdauer zeigt etwa ab dem Jahr 2013 eine Tendenz zu kürzeren Betreuungen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten. Der Anteil an Betreuungen mit einer Dauer von bis zu 6 Monaten liegt über alle Jahre immer zwischen 23 % und 25 %. Auch im aktuellen Berichtsjahr 2022 wird knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten bis maximal sechs Monate betreut. Ausgehend von einem Anteil von 24 % im Jahr 2003 sind längere Betreuungen von bis zu einem Jahr im Verlauf der letzten 19 Jahre leicht zurückgegangen. In den letzten drei Jahren beliefen sie sich stabil auf 20 %, haben im Jahr 2021 wieder einen leichten Rückgang auf 19 % erfahren, der sich im Jahr 2022 noch fortsetzt (18%). Betreuungen von bis zu zwei Jahren schwankten im Verlauf der Jahre zwischen 10 % und 18 %, aktuell beträgt der Anteil, wie in den beiden Vorjahren, 15 %. Die Häufigkeit sehr langer Betreuungen mit einer Dauer von über zwei Jahren schwankte ebenfalls, hier zwischen 6 % und 11 %. Aktuell liegt ihr Anteil mit 10 % etwas höher als im Vorjahr (9 %; Abbildung 31).

Abbildung 32: Planmäßige Beendigung⁹ (Hauptdiagnosen; alle Einrichtungstypen)

Auch der Anteil planmäßiger Beendigungen war insgesamt im Verlauf der letzten 20 Jahre einigen Schwankungen unterworfen. In den Jahren 2003 bis 2013 ist ein beständiges Auf und Ab der Werte zu beobachten, die Extreme liegen in diesem Zeitraum bei 42 % und 51 %. Seit 2014, als 50 % der Patientinnen und Patienten ihre Betreuung planmäßig beendeten, gehen die Anteile kontinuierlich zurück bis auf 45 % im Jahr 2019. In den Jahren 2020 und 2021 ist der Anteil wieder auf 48 % gestiegen und hat im aktuellen Jahr wieder 50 % erreicht (Abbildung 32).

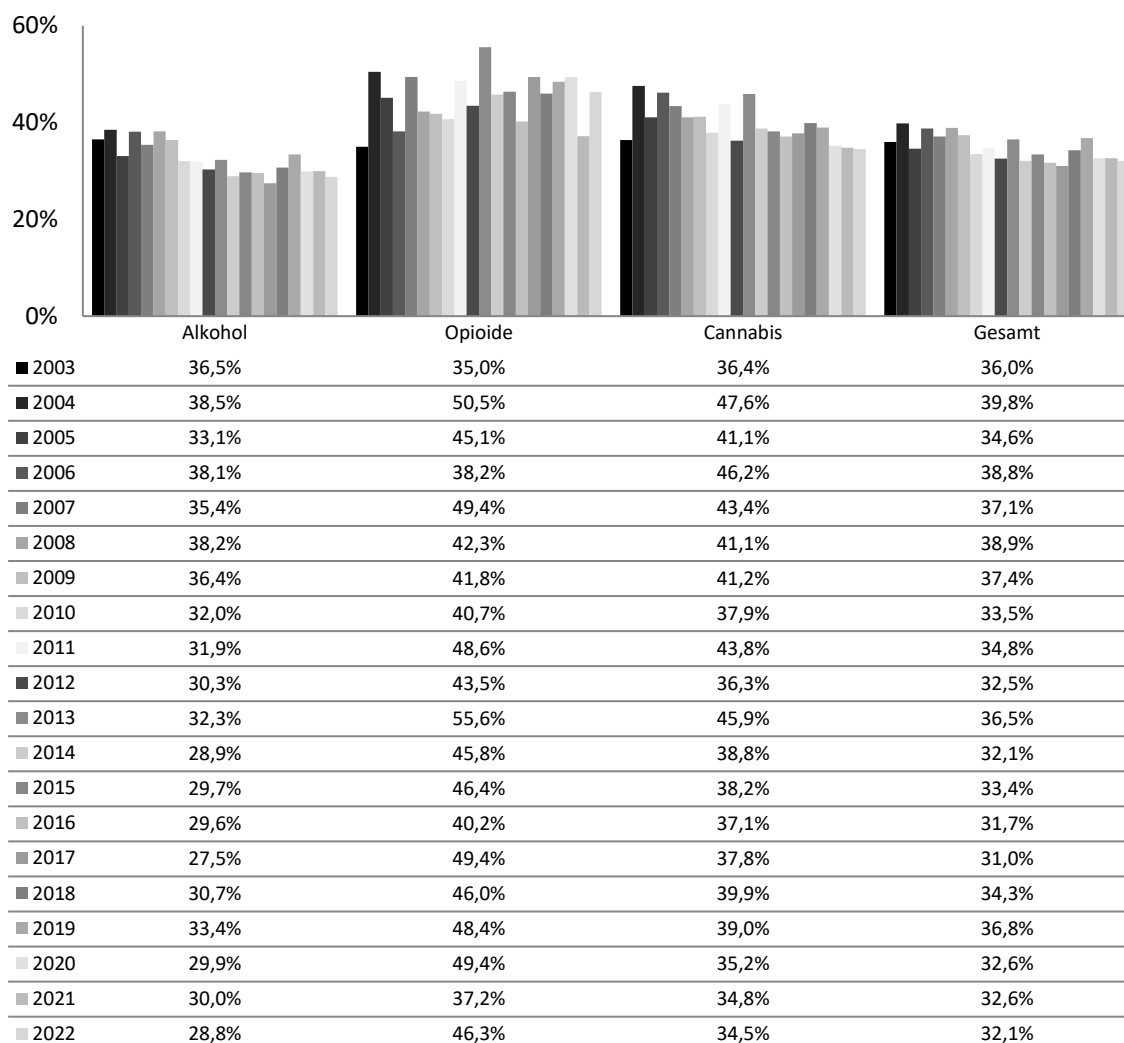
Bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen zeigt sich über die Jahre, mit kleinen Schwankungen, vor allem aber seit dem Jahr 2010, ein stabiler Anteil von etwas über der Hälfte der Patientinnen und Patienten, die ihre Betreuung planmäßig abschließen. Nach einem Rückgang im Jahr 2019 auf 48 %, ist seitdem wieder ein Anstieg zu beobachten, der sich auch im Jahr 2022 bis auf 54 % fortgesetzt hat.

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

Auch bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen zeigt sich vor allem in den letzten 10 Jahren eine beständige Zunahme von planmäßigen Beendigungen. Seit 2017 liegen hier die Werte bei 49 % bis 53 %. Im Jahr 2022 ist ein leichter Rückgang auf 50% zu verzeichnen.

Im Vergleich weisen Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen über die Jahre deutlich geringere Anteile an planmäßigen Beendigungen auf. Ausgehend von einem Niveau von 20 % im Jahr 2004, liegt der Anteil 2010 erstmalig bei über 30 % (35 %). Ein Wert, der in den Folgejahren immer wieder unterschritten wird, jedoch nicht wesentlich (Ausnahme 2017: 25 %). Während im Vorjahr der Anteil planmäßiger Beendigungen auf 27 % zurückgegangen war, ist 2022 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten (29 %) (Abbildung 32).

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



Der Anteil der Betreuungsabbrüche von Seiten der Patientinnen und Patienten hat sich insgesamt im Verlauf der letzten 20 Jahre tendenziell verringert. 2004 endeten 40 % der Betreuungen mit einem Abbruch seitens der Patientinnen und Patienten, im aktuellen Jahr 2022 ist dies nur noch bei 32 % der Betreuten der Fall. Die Anteile sind jedoch nicht kontinuierlich zurückgegangen, sondern unterliegen in den letzten 20 Jahren mehreren geringfügigen Schwankungen. Dabei ist die höchste Abbruchquote mit 39 % im Jahr 2008, die niedrigste in den Jahren 2012 und 2016 und aktuell im Jahr 2022 mit jeweils 32 % zu verzeichnen.

Der Trend zur leicht abnehmenden Abbruchquote bildet sich auch bei den einzelnen betrachteten Hauptdiagnosen ab. So ist bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen im Laufe der Jahre eine annähernd kontinuierliche Abnahme von 39 % im Jahr 2004 auf aktuell 29 % zu verzeichnen.

Auch bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt eine ähnliche Entwicklung vor. Hier reduziert sich der Anteil der Abbrüche im Laufe der Jahre (2004: 48 %; 2022: 35 %), jedoch nicht kontinuierlich, sondern mit deutlichen Schwankungen. Aktuell ist die Abbruchquote so hoch wie im den beiden Vorjahren.

Bei Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen hat über die Jahre keine große Veränderung hinsichtlich der Abbruchquote stattgefunden. Während im Jahr 2004 die Hälfte der Betroffenen (51 %) die Betreuung abgebrochen hat, sind es im aktuellen Jahr 2022 46 % (im Vorjahr lag die Abbruchquote allerdings erstmals mit 37 % auf einen außergewöhnlich niedrigen Niveau) (Abbildung 33).

8 Vergleich der Suchthilfe-Daten der vier Teilregionen Thüringens

Gemäß der Einteilung der thüringischen Suchthilfeeinrichtungen in den „Strukturdaten der Suchtkrankenhilfe in Thüringen“, die seit 2004 vorliegt, werden in diesem Kapitel sowohl die ambulanten als auch die stationären Einrichtungen gesondert nach den vier Regionen Nord-, Mittel-, Ost-, und Süd- Westthüringen dargestellt. Auch in diesem Jahr ist es möglich für alle vier Regionen eine ambulante (Typ 1) Auswertung zu erstellen. Abweichend von den Vorjahren ist eine stationäre (Typ 2 + Typ 5) Auswertung nur für drei Regionen (Nord-, Mittel- und Ostthüringen) möglich. Aus Süd-Westthüringen liegen nur Daten von zwei Einrichtungen vor und daher ist es aus Datenschutzgründen nicht möglich diese Daten darzustellen, da sonst Rückschlüsse auf die einzelnen Einrichtungen möglich wären.

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

Tabelle 31: Übersicht Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen nach Region

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd-Westthüringen	Gesamt
Ambulant (Typ1)	3	11	7	6	27
Stationär (Typ 2)	1	1	2	2	6
Soziotherapeutisch (Typ 5)	2	6	7	--	15
Gesamt	6	18	16	8	48

Entsprechend der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen liegen auch die Fallzahlen ambulanter Einrichtungen in Mittel- und Ostthüringen deutlich höher als in den beiden anderen Regionen. Die Fallzahlen im stationären Bereich (hier Typ2 + Typ 5) sind in Ostthüringen mit Abstand am höchsten (Tabelle 32).

Tabelle 32: Übersicht Fallzahlen (eigene Symptomatik) nach Region

	Nordthüringen	Mittelthüringen	Ostthüringen	Süd-Westthüringen
Ambulant (Typ1)	1.001	3.384	2.813	2.092
Stationär (Typ 2 + Typ 5)	220	219	860	-

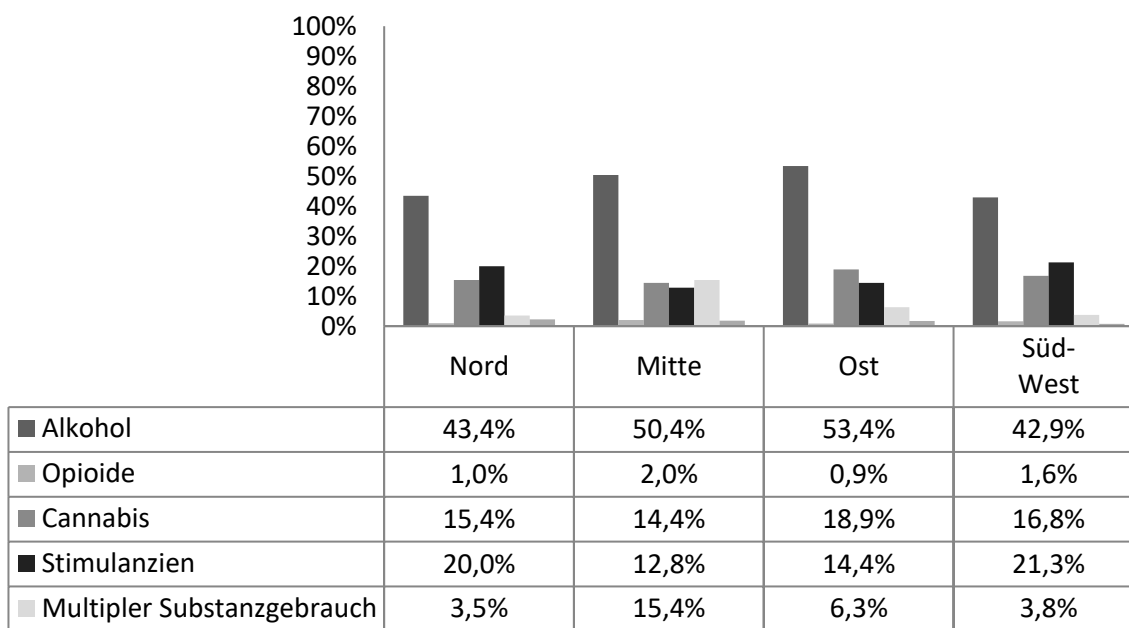
In den ambulanten Einrichtungen Nordthüringens sind im Jahr 2022 43 % der Patientinnen und Patienten wegen einer alkoholbezogenen Störung in Betreuung. Die zweithäufigste Hauptdiagnose bilden hier stimulanzenbezogene Störungen (20 %), auch cannabinoidbezogene Störungen sind mit 16 % recht häufig. Nur eine geringe Rolle spielen Personen mit opioidbezogenen Störungen (1 %).

Auch in Mittelthüringen werden mit Abstand am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut (50 %), gefolgt von Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (15 %). An dritter und vierter Stelle stehen mit jeweils ähnlichen Anteilen cannabinoidbezogene Störungen (15%) und stimulanzenbezogene Störungen (14 %). Opioidbezogene Störungen finden sich mit 2 % nur selten unter den Patientinnen und Patienten.

Mit 53 % werden in Ostthüringen ebenfalls am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen ambulant betreut, gefolgt von Personen mit cannabinoid- bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (19/14 %). Auch hier spielen opioidbezogene Störungen mit 1% nur eine geringfügige Rolle.

In den ambulanten Einrichtungen Süd-Westthüringens sind alkoholbezogene Störungen ebenfalls die häufigste Hauptdiagnose (43 %), aber auch stimulanzenbezogene Störungen haben hier mit 21% einen hohen Anteil. Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen weisen, ähnlich wie in den übrigen Regionen, einen Anteil von 17% auf, opioidbezogene Störungen machen auch hier nur einen geringen Anteil aus (2 %) (Abbildung 34).

Abbildung 34: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

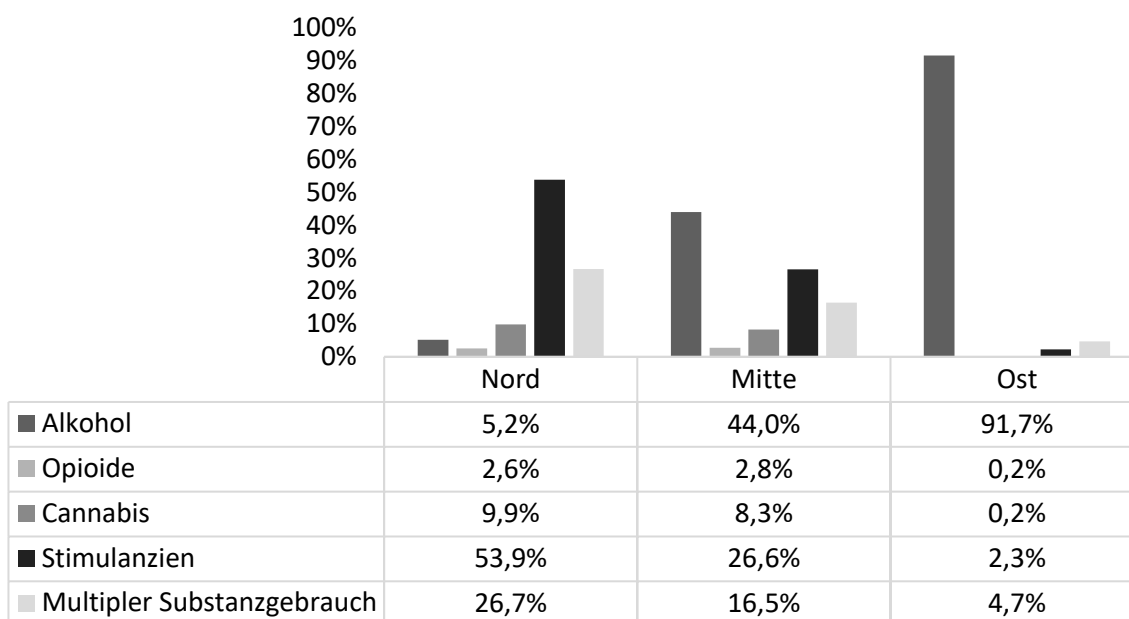


Im stationären Bereich fällt in diesem Jahr erneut der niedrige Anteil an Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Nordthüringen auf (5 %). Hier bilden stimulanzenbezogene Störungen die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose (54 %), was jedoch vermutlich mit der sehr geringen Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen der Typen 2 und 5 in dieser Region zusammenhängen dürfte. Auch Multipler Substanzgebrauch wird hier bei über einem Viertel der Patientinnen und Patienten dokumentiert (27 %). Opioidbezogene Störungen spielen mit einem Anteil von 3 % nur eine geringe Rolle.

In Mittelthüringen werden am häufigsten Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut (44 %), gefolgt von Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen (27 %) und Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (17 %). Personen mit opioidbezogenen Störungen haben hier nur einen Anteil von 3 %.

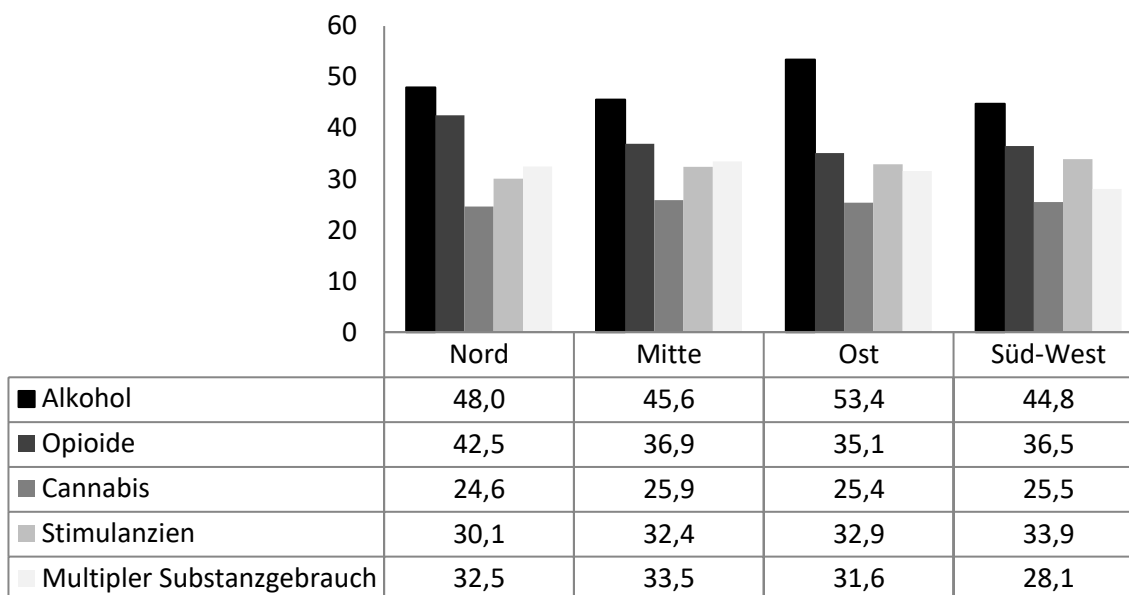
In Ostthüringen liegt der Anteil der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in stationären Einrichtungen bei 92 %. Der zweithöchste Anteil, jedoch mit sehr großem Abstand, entfällt auf Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (59 %). Stimulanzenbezogene Störungen belaufen sich auf 2 %, cannabinoid- und opioidbezogene Störungen werden hier nur für einige Einzelfälle dokumentiert (Abbildung 35).

Abbildung 35: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)



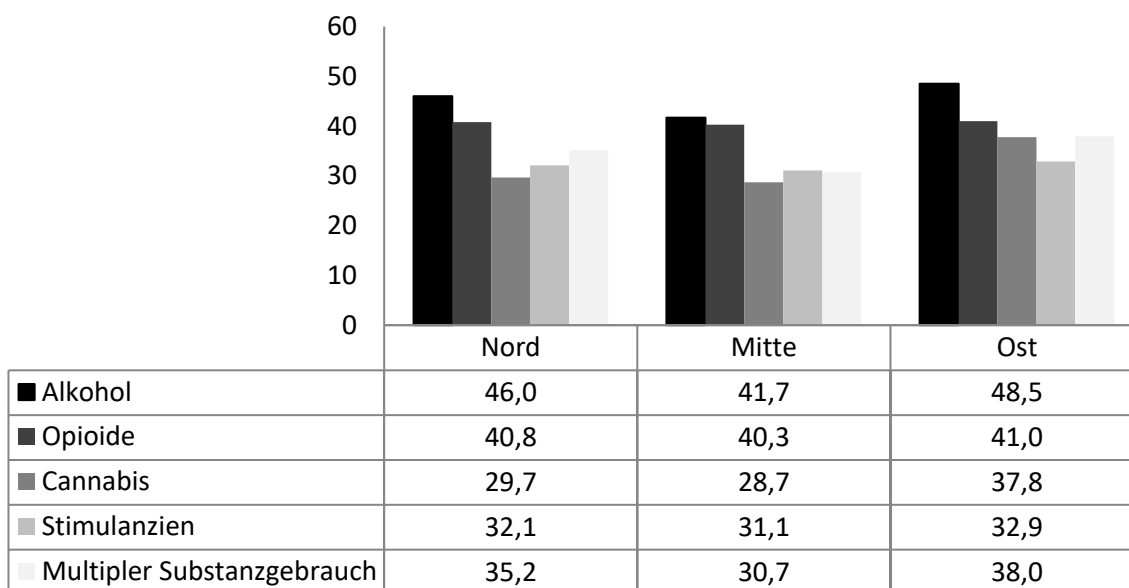
Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen unterscheidet sich bei einigen Hauptdiagnosen nur unwesentlich in den vier Regionen, bei anderen deutlich. Letzteres trifft auf Personen mit alkoholbezogenen Störungen zu, deren Durchschnittsalter von 45 Jahren (Süd-Westthüringen) bis 53 Jahren (Ostthüringen) reicht. In allen Regionen sind diese Patientinnen und Patienten die mit Abstand ältesten, gefolgt von Personen mit opioidbezogenen Störungen (35 Jahre, Ostthüringen, bis 43 Jahre, Nordthüringen). Die jüngsten Patientinnen und Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren (Nord- und Ostthüringen) bis 26 Jahren (Mittelthüringen und Süd-Westthüringen) diejenigen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Etwas älter sind Personen mit stimulanzienbezogenen Störungen, deren Durchschnittsalter von 30 Jahren in Nordthüringen bis zu 34 Jahren in Süd-Westthüringen reicht und Personen mit Multiplem Substanzgebrauch mit einem ähnlichen Altersdurchschnitt zwischen 28 Jahren (Süd-Westthüringen) und 34 Jahren (Mittelthüringen) (Abbildung 36).

Abbildung 36: Durchschnittsalter (ambulant; in Jahren)



Auch im stationären Behandlungsbereich sind Personen mit alkoholbezogenen Störungen in allen vier Teilregionen die ältesten Patientinnen und Patienten. Die Altersspanne reicht hier von 42 Jahren in Mittelthüringen bis 49 Jahren in Ostthüringen. Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen bilden in zwei der drei dargestellten Teilregionen die jüngste Gruppe mit einer Altersspanne von 29 Jahren in Mittelthüringen bis 38 Jahren in Süd-Westthüringen. Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen sind mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren (Mittelthüringen) bis 33 Jahren (Süd-Westthüringen) in zwei Regionen am zweitjüngsten (Ausnahme: Ostthüringen, hier sind sie die jüngsten). Ein vergleichbares Durchschnittsalter weisen Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch auf. Hier liegt der Range zwischen 31 Jahren in Mittelthüringen und 38 Jahren in Ostthüringen (Abbildung 37).

Abbildung 37: Durchschnittsalter (stationär; in Jahren)

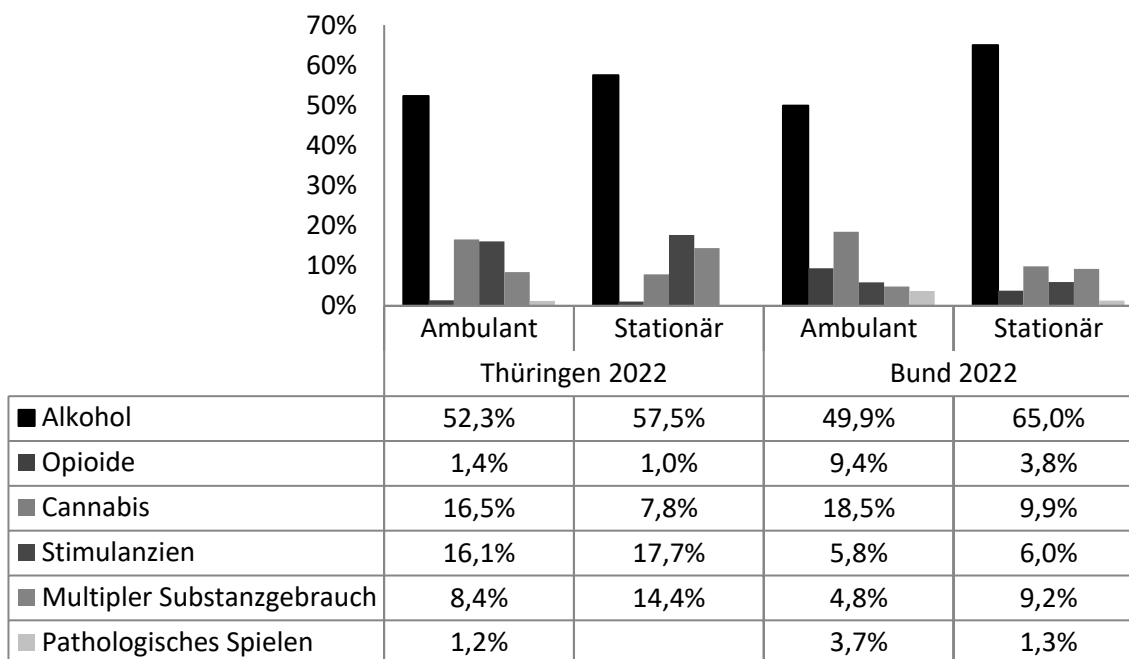


9 Vergleich der Daten der Suchthilfe Thüringen mit den Bundesdaten

In den Vorjahren hat sich in den ambulanten Einrichtungen der Anteil der Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, der in Thüringen immer höher als bundesweit war, stetig verringert (2020: 49 % vs. 48 %, 2019: 53 % vs. 49 %; 2018: 54 % vs. 49 %) und lag im Jahr 2021 mit 48 % erstmalig gleichauf mit dem Anteil im Bund. Im aktuellen Jahr hat sich der Anteil gegenüber dem bundesweiten Anteil wieder etwas erhöht (52 % vs. 50 %). Im stationären Suchthilfebereich ist der Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen nach wie vor niedriger als im Bund, jedoch fällt der Unterschied mit 50 % vs. 65 % erheblich geringer aus als in den Vorjahren (2021: 33 % vs. 64 %, 2020: 38 % vs. 64 %; 2019: 33 % vs. 66 %).

Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen werden in ambulanten Einrichtungen in Thüringen zu etwas geringeren Anteilen betreut als bundesweit (17 % vs. 19 %), was auch für den stationären Bereich gilt (8 % vs. 10 %). Nach wie vor liegen die Anteile an Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen sowohl ambulant als auch stationär in Thüringen wesentlich höher als im Bund. In beiden Bereichen sind die Anteile fast dreimal so hoch (ambulant: 17 % vs. 6 %; stationär: 18 % vs. 6 %). Auch bei Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch sind die Anteile in Thüringen ambulant und stationär höher als bundesweit. Während in Thüringen ambulant 8 % der Patientinnen und Patienten mit Multiplem Substanzgebrauch betreut werden, ist das im Bund bei 5 % der Fall. Stationär sind die Unterschiede deutlicher, hier steht ein Anteil von 14 % in Thüringen einem Anteil von 9 % im Bund gegenüber. Dagegen befinden sich erheblich seltener Personen mit opioidbezogenen Störungen in thüringischen Einrichtungen als im Bund (ambulant: 1 % vs. 9 %, stationär: 1 % vs. 4 %). Betreuungen von Personen mit einer Glücksspielproblematik liegen in Thüringen nur im ambulanten Bereich und auch hier nur in geringem Umfang vor (1 %). Im Bund ist dieser Anteil mit 4 % etwas höher und hier sind auch stationäre Betreuungen dokumentiert (1 %) (Abbildung 38).

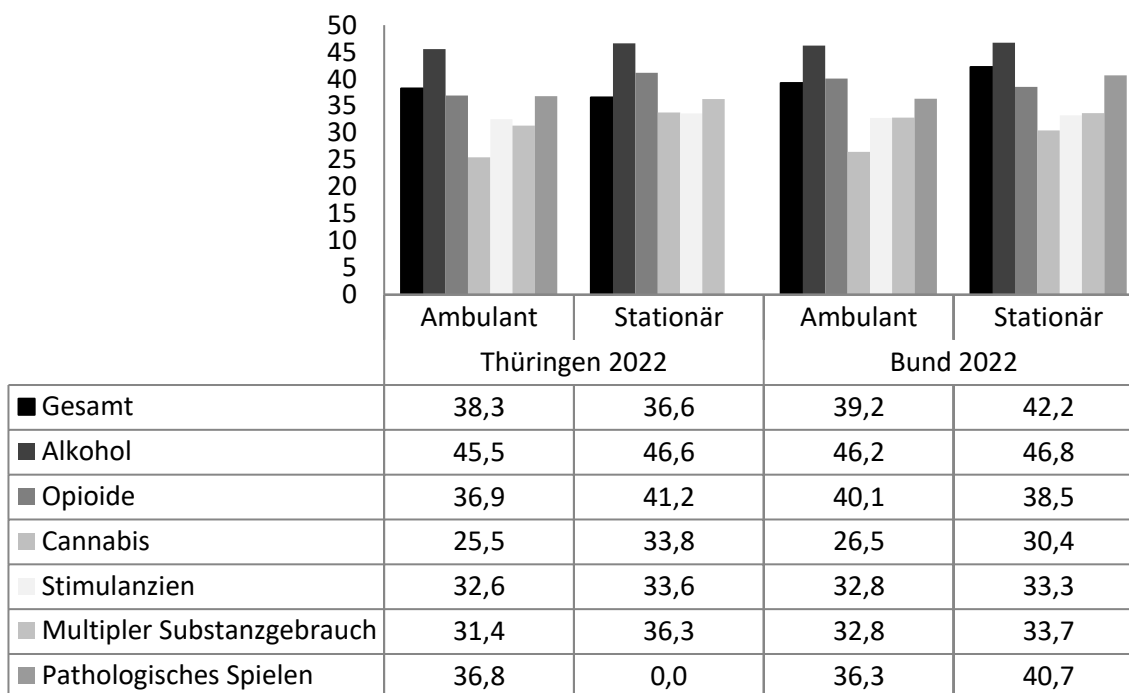
Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosen



Auch in Bezug auf das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegen Unterschiede zwischen Thüringen und dem Bund vor. Insgesamt ist der Altersdurchschnitt in Thüringen sowohl im ambulanten (38 vs. 39 Jahre) als auch stationären Bereich (37 vs. 42 Jahre) niedriger als im Bund.

Betrachtet man die einzelnen Hauptdiagnosen, zeigt sich diese Tendenz ebenfalls aber nicht durchgängig. Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich Thüringen – Bund sowohl ambulant als auch stationär keinen Unterschied im Durchschnittsalter auf (jeweils 46 Jahre; jeweils 47 Jahre). Personen mit opioidbezogenen Störungen sind im ambulanten Bereich jünger als im Bundesdurchschnitt (37 vs. 40 Jahre), stationär etwas älter (41 vs. 39 Jahre). In ambulanten Einrichtungen weisen Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen einen etwas niedrigeren Altersdurchschnitt auf als im Bund (26 Jahre vs. 27 Jahre). Im stationären Bereich verhält es sich umgekehrt, hier sind die entsprechenden Patientinnen und Patienten in Thüringen mit im Mittel 34 Jahren älter als im Bund (30 Jahre). Kein Unterschied im Alter, weder ambulant (jeweils 33 Jahre) noch stationär (jeweils 33 Jahre) liegt bei Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen vor. Bei Personen mit Multiplem Substanzgebrauch sind die Unterschiede ambulant mit 31 vs. 33 Jahre und stationär (36 vs. 34 Jahre) nur gering. Personen mit einer Glücksspielproblematik weisen in Thüringen ambulant ein geringfügig höheres Durchschnittsalter auf als bundesweit (37 vs. 36 Jahre; stationär spielt diese Diagnosegruppe in Thüringen keine Rolle) (Abbildung 39).

Abbildung 39: Durchschnittsalter (in Jahren)



10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- Für das Datenjahr 2022 liegen Daten aus 48 Einrichtungen vor. Gegenüber dem Vorjahr (N=47) hat eine Einrichtung mehr an der Suchthilfestatistik teilgenommen.
- Im Datenjahr 2022 sind 11.486 Betreuungsfälle dokumentiert, eine leichte Zunahme gegenüber dem Vorjahr (11.431 Fälle).
- 71 % der Klientel sind Männer, 29 % Frauen.
- Die am häufigsten vergebenen substanzbezogenen Hauptdiagnosen sind schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von (1) Alkohol: 54 %, (2) Stimulanzien: 16 %, (3) Cannabinoide: 15 %.
- Die häufigste nicht-substanzbezogene Hauptdiagnose ist Pathologisches Spielen (1 %). Nur in ambulanten Einrichtungen (Typ 1).
- Patientinnen und Patienten mit einer cannabinoidbezogenen Hauptdiagnose oder Multiplem Substanzgebrauch bzw. stimulanzenbezogenen Störungen sind im Durchschnitt am jüngsten (26 bzw. jeweils 33 Jahre). Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol haben insgesamt das höchste Durchschnittsalter (46 Jahre).
- Das Alter bei Erstkonsum liegt für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak bei 14 bzw. 15 Jahren. Bei den illegalen Substanzen liegt das niedrigste Durchschnittsalter bei Erstkonsum bei 16 Jahren für Cannabis. Amphetamine werden im Durchschnitt mit 19 Jahren erstmalig konsumiert und Heroin mit 22 Jahren.
- Die durchschnittliche Dauer von Beginn der Störung bis zum Beginn der aktuellen Betreuung ist bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen am längsten (16 Jahre), bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen am kürzesten (9 Jahre).
- Über die Hälfte (55 %) der Patientinnen und Patienten aller Störungsgruppen lebt nicht allein, sondern zumeist entweder mit einem Partner oder noch mit den Eltern zusammen.
- 74 % aller Patientinnen und Patienten leben am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig (zur Miete oder in Wohneigentum), 14 % leben bei anderen Personen, 3 % in (Fach-) Kliniken oder stationären Rehabilitationseinrichtungen und jeweils 3 % sind in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht oder leben prekär, d.h. in Notunterkünften bzw. sind obdachlos.
- 88 % der Patientinnen und Patienten haben einen Schulabschluss (am häufigsten Real- und Hauptschule). 9 % haben die Schule ohne Abschluss verlassen.
- 35 % der Patientinnen und Patienten sind bei Betreuungsbeginn arbeitslos (überwiegend nach SGB II). Am häufigsten sind Personen mit Multiplem Substanzgebrauch (55 %), stimulanzen- oder alkoholbezogenen Störungen (48 %) von Arbeitslosigkeit betroffen.
- 31 % der Patientinnen und Patienten haben bei Betreuungsbeginn Schulden, 22 % davon im Bereich von bis 10.000 Euro.
- 40 % der Patientinnen und Patienten kommen ohne Vermittlung in die Suchthilfeeinrichtungen.

-
- Insgesamt werden 26 % der Betreuungen aufgrund von Auflagen (Vorgaben durch Dritte) begonnen. Gerichtliche Auflagen haben vor allem Patientinnen und Patienten mit cannabinoid- oder stimulanzenbezogenen Störungen (42 % / 45 %).
 - Die höchsten Anteile an Personen, die zum ersten Mal in Betreuung sind, liegen bei Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen (52 %) oder einer Glücksspielproblematik (51 %) vor. Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen haben mit 15 % die geringste Erstbetreuungsquote.
 - Die mittlere Betreuungsdauer im Bereich der substanzbezogenen Hauptdiagnosen ist am längsten bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidproblematik (694 Tage, die kürzeste durchschnittliche Betreuungsdauer (276 Tage) liegt bei Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen vor.
 - Die Hälfte (50 %) der Patientinnen und Patienten beendet ihre Betreuung planmäßig, bei 32 % kommt es zu einem Abbruch durch die Patientinnen und Patienten. Die Abbruchquote ist in ambulanten Einrichtungen bei Personen mit opioidbezogenen Störungen oder Multiplem Substanzgebrauch am höchsten (52 % bzw. 51 %).
 - Am Ende der Betreuung kommt es nach Einschätzung der Betreuer und Betreuerinnen gegenüber dem Zustand bei Betreuungsbeginn bei über der Hälfte (60 %) der Patientinnen und Patienten zu einer Verbesserung im Substanzkonsum bzw. Suchtverhalten.
 - In den ambulanten Einrichtungen der Thüringer Suchthilfe wird 2022 mit 52 % ein höherer Anteil an Personen mit alkoholbezogenen Störungen betreut als bundesweit (50 %). Wie im Vorjahr liegt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen sowohl ambulant als auch stationär deutlich über den bundesweiten (ambulant: 16 % vs. 6 %; stationär: 18 % vs. 6 %). Zu niedrigeren Anteilen im Vergleich zum Bund sind in Thüringen Personen mit cannabinoidbezogenen Störungen, in ambulanten Einrichtungen (17 % vs. 19 %) und stationären Einrichtungen (8 % vs. 10 %) und deutlich niedriger Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen (ambulant:1 % vs. 9 %: stationär: 1 % vs. 4 %) in Betreuung.

11 Quellen

- Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55 (Sonderheft 1), S6- S14.
- Braun, B. & Lesehr, K. (2017). Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 „Einrichtung“ und „Fall“. Konturen, 1. Verfügbar unter <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (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>.
- 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 (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 2 (Stationär). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen Typ 5 (Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Nord - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Süd-West - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region-Ost - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Mitte - Typ 1 (Ambulant). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Nord - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Süd-West - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Ost - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Einrichtungen TH-Region- Mitte - Typ 2 und 5 (Ambulant und Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH (Niedrigschwellige Hilfen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS ((Reha-) Nachsorge). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ (Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen). Bezugsgruppe:

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

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023). Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW (Ambulant Betreutes Wohnen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.

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

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2023). Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>