

Suchthilfestatistik 2023

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

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

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



Ministerium
für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

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



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

München, November 2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis	4
Glossar	5
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis	9
1 Einleitung	11
2 Methodik.....	12
2.1 Datenbasis	12
2.2 Auswertung	13
3 Versorgungsgeschehen nach Einrichtungstyp	15
3.1 Einrichtungsbezogene Merkmale	16
3.2 Störungsbezogene Merkmale	21
3.3 Soziodemographische Merkmale	23
3.4 Betreuungsbezogene Merkmale	41
4 Vergleich zu den bundesweiten Daten	55
4.1 Hauptdiagnoseverteilung	55
4.2 Durchschnittsalter	58
5 Versorgungsgeschehen nach Hauptmaßnahme	60
5.1 Betreuungsvolumen	61
5.2 Hauptdiagnoseverteilung	62
6 Versorgungsgeschehen in den vier Teilregionen Thüringens	63
6.1 Betreuungsvolumen	63
6.2 Hauptdiagnoseverteilung	65

6.3	Durchschnittsalter	67
7	Sonderkapitel: Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen.....	69
7.1	Soziodemographische Merkmale.....	69
7.2	Störungsbezogene Merkmale	74
7.3	Betreuungsbezogene Merkmale	75
8	Entwicklung über die Jahre 2003 bis 2023.....	78
8.1	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen.....	79
8.2	Frauenanteil	81
8.3	Durchschnittsalter	82
8.4	Betreuungsdauer	83
8.5	Planmäßigkeit der Beendigung	85
9	Literaturverzeichnis	86
10	Tabellenanhang	88

Abkürzungsverzeichnis

ADA	Adaption
AEF	Ambulante Entlassform
AOB	Arbeitsmarktorientierte Beratung
ARS	Ambulante medizinische Rehabilitation
AWS	Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum
BRH	Berufliche Rehabilitation
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
GEF	Ganztägige ambulante Entlassform
HD	Hauptdiagnose
IFT	Institut für Therapieforschung
KDS	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe
KOM	Kombinationsbehandlung
NAS	(Reha-)Nachsorge
NIH	Niedrigschwellige Hilfen
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
PF	Prävention und Frühintervention
PSB	Psychosoziale Begleitung Substituierter
SBJ	Suchtberatung im Justizvollzug
SBS	Sucht- und Drogenberatung
SH	Selbsthilfe
STR	Stationäre medizinische Rehabilitation
TAR	Ganztägig ambulante Rehabilitation
TDI	Treatment Demand Indicator
WAB	Wechsel in die ambulante Entlassform

Glossar

Aggregatdaten

Daten, die Informationen über eine Personengruppe in gebündelter Form (meist in Form von Anteilen oder Mittelwerten) wiedergeben. Durch die Bündelung der Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen bzw. Fälle mehr möglich.

Anonymisierte Daten

Daten, die nicht mehr einer bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können. Bedingt durch den fehlenden Personenbezug sind Aggregatdaten automatisch anonymisiert.

Beender

Betreuungs-/Behandlungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenjahres abgeschlossen wurde.

Beendigung, planmäßige

Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf Veranlassung des betreuenden Fachpersonals, 2) vorzeitig mit Einverständnis des betreuenden Fachpersonals oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen.

Beendigung, unplanmäßige

Beendigung der Betreuung/Behandlung entweder 1) durch Abbruch seitens der betreuten Person, 2) disziplinarisch, 3) als außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen oder 4) durch Tod der betreuten Person.

Behandlung

Überbegriff für die verschiedenen durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen angebotenen Hilfeleistungen.

Betreuung

Sammelbegriff für in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen angebotene Hilfeleistungen.

Deutsche Suchthilfestatistik

Bundesweites Dokumentations- und Monitoringsystem, das Daten zu zentralen Charakteristika des deutschen ambulanten und stationären Suchthilfesystems und seiner Klientel nach bundesweit einheitlichen Standards erfasst und deskriptiv auswertet.

Deutscher Kerndatensatz

Bundesweit einheitlicher Dokumentationsstandard für Leistungen im Bereich der Suchthilfe. Die erhobenen Parameter und ihre Ausprägungsformen samt entsprechender Definitionen sind einem öffentlich verfügbaren Manual hinterlegt.

Einmalkontakt

Ambulante Betreuungsepisode, die aus einem einzigen Kontakt mit der jeweiligen Suchthilfeeinrichtung besteht. Stationäre Behandlungsepisoden bestehen per Definition aus einem einzigen Kontakt, der sich über die gesamte Zeitspanne zwischen Aufnahme und Entlassung erstreckt.

Einrichtungstyp

KDS-basierte Einteilung aller Suchthilfeeinrichtungen in sieben übergeordnete Kategorien: Typ 1 Ambulante Einrichtung, Typ 2 Stationäre Rehabilitationseinrichtung, Typ 3 Krankenhaus/-abteilung, Typ 4 Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis, Typ 5 Einrichtung der Sozialen Teilhabe, Typ 6 Einrichtung im Strafvollzug und Typ 7 Andere Suchthilfeeinrichtung (z. B. Pflegeheim, Maßregelvollzug).

Einzeldiagnose

Diagnose bezüglich einer substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung unabhängig von der jeweiligen → Hauptdiagnose. Dabei muss jede Hauptdiagnose zusätzlich auch als Einzeldiagnose dokumentiert werden.

Erstbetreute

Personen, die erstmals in ihrem Leben Leistungen des Suchthilfesystems in Anspruch nehmen, wobei die Inanspruchnahme in einer ambulanten Einrichtung erfolgt. Personen, die im Vorfeld bereits wegen einer anderen als der aktuellen substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störung Leistungen der ambulanten oder stationären Suchthilfe in Anspruch genommen haben, gelten nicht als Erstbetreute. Die Erstbetreuung meint somit ausdrücklich nicht die erste Betreuungsepisode innerhalb einer konkreten Suchthilfeeinrichtung, sondern den ersten Kontakt mit dem Suchthilfesystem an sich

Fall

Bündelung aller Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahme (Betreuungs-/Behandlungsepisode) mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hat. Da die Dokumentation innerhalb der einzelnen Einrichtungen auf Fall- und nicht auf Personenebene erfolgt, wird bei Beginn jeder weiteren, neuen Maßnahme (insbesondere bei Wechsel des Kostenträgers) innerhalb einer bestimmten Suchthilfeeinrichtung für eine identifizierbare einzelne Person ein neuer Fall angelegt. Somit können einzelnen Personen (mit unterschiedlichen Fällen) mehrmals in die DSHS eingehen.

Haltequote

Anteil an Fällen, die planmäßig enden.

Hauptdiagnose

Diagnose, die diejenige Störung aus den dokumentierten suchtbezogenen Problembereichen widerspiegelt, die betreuungs- bzw. behandlungsleitend ist.

Hauptmaßnahme

Maßnahme, die die jeweilige Betreuungs-/Behandlungsepisode dominiert hat und somit betreuungs-/behandlungsleitend war. Somit können in jeder Betreuungs-/Behandlungsepisode vielfältige Maßnahmen, aber nur eine Hauptmaßnahme erbracht werden.

Kooperation

Unter einer Kooperation werden auf übergeordneter (d. h. Einrichtungs-) Ebene schriftliche Verträge, gemeinsame Konzepte sowie alle weiteren Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen verstanden.

Lauf

Auswertung nach definierten Kriterien. Die Auswertungen für die DSHS erfolgen basierend auf „Standardläufen“, die jedes Jahr gleich definiert sind und deren Ergebnisse in den Jahresbericht einfließen. Zusätzlich gibt es jahresweise unterschiedlich definierte „Sonderläufe“, die z. B. für Kurzberichte verwendet werden.

Niedrigschwellige Hilfen

Schadensminimierende, überlebenssichernde und gesundheitsstabilisierende Unterstützungsangebote im Bereich der Suchthilfe wie bspw. Street-Work, Konsumräume, Sprizentausch, Kontaktläden oder Notschlafstellen.

Störung

Im Sinne der DSHS sowohl problematischer Konsum als auch Abhängigkeit von einer Substanz bzw. Vorliegen einer Verhaltenssucht. Die Diagnosestellung erfolgt anhand der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10).

Suchtbezogene Komorbidität

Vorliegen mindestens einer weiteren suchtbbezogenen Einzeldiagnose in Ergänzung zur Hauptdiagnose.

Tabellenband

Aggregierte Darstellung der für die DSHS erhobenen Parameter in Form eines Excel-Workbooks. Hierbei werden für jedes erfasste Merkmal eigene Tabellenblätter bereitgestellt. Die Tabellenbände können sich je nach Bündelungsvorschrift auf bestimmte Bezugsgruppen beziehen, bspw. auf Zugänge, Beender, alle Betreuungen/Behandlungen, Einrichtungstypen, angebotene Hauptmaßnahmen, bestimmte Regionen (Bund, Länder), Anbieter oder Missingquoten.

Typ

Siehe Einrichtungstyp.

Weitervermittlung

Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene Betreuung/Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation zu sehen.

Zugang

Betreuungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenerhebungsjahres begonnen wurde.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Teilnehmende Einrichtungen nach Typ und Softwaresystem	13
Tabelle 2:	Betreuungsvolumen (gesamt und je Typ).....	16
Tabelle 3:	Hauptmaßnahmekategorie (Typ 1)	45
Tabelle 4:	Teilnehmenden Einrichtungen (je Region und Einrichtungstyp)	63
Tabelle A- 1	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, alle Einrichtungstypen 2003 – 2023.....	88
Tabelle A- 2	Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023	88
Tabelle A- 3	Frauenanteil unter Zugängen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023.....	89
Tabelle A- 4	Durchschnittsalter der Zugänge je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023	89
Tabelle A- 5	Mittlere Dauer der beendeten Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023	90
Tabelle A- 6	Anteil regulär nach Betreuungsplan beendeter Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen, je Typ	17
Abbildung 2:	In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) umgesetztes Angebotsportfolio	18
Abbildung 3:	In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) umgesetztes Angebotsportfolio	19
Abbildung 4:	In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) umgesetztes Angebotsportfolio	20
Abbildung 5:	Hauptdiagnoseverteilung, je Typ	21
Abbildung 6:	Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 1)	22
Abbildung 7:	Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 2)	23
Abbildung 8:	Geschlechterverteilung (Typ 1)	24
Abbildung 9:	Geschlechterverteilung (Typ 2)	24
Abbildung 10:	Altersstruktur (Typ 1)	25
Abbildung 11:	Altersstruktur (Typ 2)	26
Abbildung 12:	Lebenssituation (Typ 1)	28
Abbildung 13:	Lebenssituation (Typ 2)	29
Abbildung 14:	Wohnsituation (Typ 1)	31
Abbildung 15:	Wohnsituation (Typ 2)	32
Abbildung 16:	Schulbildung (Typ 1)	34
Abbildung 17:	Schulbildung (Typ 2)	35
Abbildung 18:	Erwerbsstatus (Typ 1)	36
Abbildung 19:	Erwerbsstatus (Typ 2)	37
Abbildung 20:	Elternschaft minderjähriger Kinder (Typ 1)	39
Abbildung 21:	Elternschaft minderjähriger Kinder (Typ 2)	40
Abbildung 22:	Zugangswege (Typ 1)	42
Abbildung 23:	Zugangswege (Typ 2)	43
Abbildung 24:	Erstbetreuungen (Typ 1)	44
Abbildung 25:	Mittlere Betreuungsdauer (Typ 1)	46
Abbildung 26:	Mittlere Behandlungsdauer (Typ 2)	47
Abbildung 27:	Kontaktzahl (Typ 1)	48
Abbildung 28:	Planmäßige Beendigungen (Typ 1)	49
Abbildung 29:	Planmäßige Beendigungen (Typ 2)	50
Abbildung 30:	Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Typ 1)	51
Abbildung 31:	Suchtproblematik am Ende der Behandlung (Typ 2)	52
Abbildung 32:	Weitervermittlungen (Typ 1)	53
Abbildung 33:	Weitervermittlungen (Typ 2)	54
Abbildung 34:	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)	56
Abbildung 35:	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)	57
Abbildung 36:	Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 5)	58
Abbildung 37:	Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)	59
Abbildung 38:	Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)	60
Abbildung 39:	Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Hauptmaßnahme	61

Abbildung 40: Hauptdiagnoseverteilung, je Hauptmaßnahme	62
Abbildung 41: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 1).....	64
Abbildung 42: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 5).....	65
Abbildung 43: Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 1)	66
Abbildung 44: Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 5)	67
Abbildung 45: Durchschnittsalter je Region (Typ 1)	68
Abbildung 46: Durchschnittsalter je Region (Typ 5)	68
Abbildung 47: Altersstruktur (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	69
Abbildung 48: Lebenssituation (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	70
Abbildung 49: Wohnsituation (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	71
Abbildung 50: Schulbildung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	72
Abbildung 51: Berufliche Bildung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)...	73
Abbildung 52: Erwerbsstatus (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	74
Abbildung 53: Zugangswege (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	75
Abbildung 54: Art der Beendigung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)	77
Abbildung 55: Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1).....	78
Abbildung 56: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen - alle Typen (2003 – 2023)	80
Abbildung 57: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen - ambulant (2003 – 2023)	81
Abbildung 58: Frauenanteil (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023).....	82
Abbildung 59: Durchschnittsalter (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023)	83
Abbildung 60: Mittlere Betreuungsdauer (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023).....	84
Abbildung 61: Planmäßige Beendigungen (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023).....	85

1 Einleitung

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

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

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

Vorliegender, vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Auftrag gegebene Bericht adressiert neben einrichtungsbezogenen Merkmalen insbesondere das Störungsbild, die Soziodemografie sowie betreuungsbezogene Merkmale der Hilfesuchenden in Thüringen für das Datenjahr 2023. Die Auswertung erfolgt dabei separat für ambulante Einrichtungen (Typ 1), stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) sowie Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5¹).

¹ Die Bezeichnung „Soziale Teilhabe“ für Typ 5 ersetzt mit dem aktuellen Berichtsjahr die frühere Bezeichnung „Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ und ist mit dieser gleichbedeutend.

Für zentrale Eckdaten werden zudem ergänzende Informationen herausgearbeitet: ein Vergleich mit den bundesweiten Daten der DSHS, eine Auswertung entlang der Hauptmaßnahmen „Ambulant Betreutes Wohnen“ (ABW) / „Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum“ (AWS)², „Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen“ (SOZ), „(Reha-) Nachsorge“ (NAS) und „Niedrigschwellige Hilfen“ (NIH), sowie eine Auswertung für die vier Teilregionen Thüringens. Zudem werden im diesjährigen Sonderkapitel Betreuungszugänge bzw. Beender mit cannabinoidbezogenen Störungen für das aktuelle Datenjahr ausführlich beleuchtet. Schließlich werden teilnehmende Einrichtungen in Thüringen sowie bestimmte Parameter aus ambulanten Einrichtungen im Zeitverlauf von 2003 bis 2023 betrachtet.

2 Methodik

2.1 Datenbasis

Grundlage des vorliegenden Berichts sind primär die Daten aus Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen des Jahres 2023. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgte gemäß dem für das Datenjahr 2023 gültigen KDS 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2023). Die Daten enthalten sowohl Informationen zur jeweiligen Einrichtung (z. B. Art der Angebote der Einrichtung, Personalstruktur) als auch zur Klientel (z. B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Betreuungsverlauf /-ergebnissen). Nähere Informationen zur Erhebung der einzelnen Parameter finden sich in dem für das Datenjahr 2023 gültigen Manual des KDS 3.0, verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.

Thüringer Suchthilfeeinrichtungen, die ihre Arbeit entsprechend den Vorgaben des KDS dokumentieren und in aggregierter Form (Aggregatdaten) für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen, können an der DSHS und damit nachgelagert an der Thüringer Suchthilfestatistik teilnehmen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer zertifizierten Dokumentationssoftware, mittels der die erhobenen Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Im Oktober 2023 verfügten Softwares von insgesamt 15 verschiedenen Anbieterfirmen über ein aktives Zertifikat für den KDS 3.0. Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt Auswertungen in Form von Tabellenbänden sowie Jahres- und Kurzberichten. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) zu entnehmen. Weitere methodische Aspekte finden sich im aktuellen Jahresbericht der DSHS (Schwarzkopf et al., 2024).

² Die Maßnahme ABW wird mit dem aktuellen Berichtsjahr durch die Bezeichnung AWS ersetzt und ist mit dieser gleichbedeutend.

In die Thüringer Suchthilfestatistik 2023 gehen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus insgesamt N = 46 Einrichtungen in Thüringen ein (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024d). Hierunter entfallen N = 27 ambulante Einrichtungen (Typ 1), N = 5 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) und N = 14 Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5). Die Dokumentation der Daten erfolgt in Thüringen auch im aktuellen Datenjahr überwiegend mit der Software „Ebis“ (in n = 40 der 46 Einrichtungen; siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen nach Typ und Softwaresystem

Einrichtungstyp *	System Ebis	Sonstiges Softwaresystem	Gesamt 2023	Gesamt 2022
Typ 1: ambulante Einrichtungen Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen (z.B. Notschlafstelle, Konsumraum etc.), Fach- und Institutsambulanzen	26	1	27	27
Typ 2: stationäre Rehabilitationseinrichtungen Gemäß SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15, Adaptionseinrichtungen	2	3	5	6
Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe ** ABW / AWS; besondere Wohnformen; Arbeits- und Beschäftigungsprojekt; teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante Einrichtung der Sozialtherapie; stationäre Einrichtung der Sozialtherapie.	12	2	14	15
Gesamt	40	6	46	48

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

** gleichbedeutend mit der vormaligen Bezeichnung „Typ 5: Soziotherapeutische Einrichtungen; Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“.

2.2 Auswertung

Die Analysen für ambulante Einrichtungen (Typ 1) und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) basieren auf der Bezugsgruppe der „Zugänge / Beender“, d. h. es werden Daten zu Hilfesuchenden³ berichtet, die 2023 ihre Betreuung in einer Einrichtung begonnen bzw. beendet haben (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024i).

³ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Hilfesuchenden / Betreuten / Behandelten statt von Fällen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist, d.h. eine hilfesuchende / betreute / behandelte Person kann mehrfach mit unterschiedlichen Fällen in den aggregierten Datensatz eingehen.

2024o). Je nach betrachteter Variable werden entweder „Zugänge“ oder „Beender“ zur Auswertung herangezogen. So wird im Falle von soziodemographischen bzw. von Konsum- und Diagnosedaten auf die Stichprobe der „Zugänge“ Bezug genommen. Betreuungsbezogene Informationen (genutzte Maßnahmen / Interventionen, Verlaufs- und Abschlussdaten) beziehen sich auf die Stichprobe der „Beender“. Die Beschränkung auf Zugänge des laufenden Datenjahres ermöglicht die Darstellung aktueller Sachtatbestände am besten, da die Datengrundlage nicht durch (zwischenzeitlich veraltete) Zugangsinformationen von langzeitbetreuten Hilfesuchenden verzerrt wird. Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) erfolgt die Auswertung aller Daten für die Stichprobe der „Beender“ (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024n), da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt. Dabei gehen ambulant nur Fälle ein, innerhalb derer mehr als ein Kontakt zur betreuenden Suchthilfeeinrichtung erfolgt ist. Stationäre Behandlungen gelten per Definition als (ein sich über einen gewissen Zeitraum erstreckender) Einmalkontakt.

Darüber hinaus werden (soweit nicht anders vermerkt) nur Daten von Hilfesuchenden berichtet, die aufgrund einer eigenen Symptomatik Suchthilfeleistungen in Anspruch genommen haben. Die hier präsentierten Auswertungen nehmen zudem (soweit nicht anders vermerkt) Bezug auf die Klientel, für die eine sogenannte Hauptdiagnose vorliegt. Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall vordergründigen Problem einer hilfesuchenden Person mit eigener Symptomatik. Neben der Hautdiagnose erlaubt der KDS die Vergabe zusätzlicher Einzeldiagnosen, um suchtbetogene Komorbidität abzubilden. Die diagnostischen Informationen zur betreuten Klientel beruhen dabei auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Dilling et al., 2015) und umfassen die Störungsgruppen F10 – F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Ess-Störungen), F63.0 (Pathologisches Glücksspielen) und F63.8 / F68.8 (Exzessive Mediennutzung⁴). Die substanzbezogenen Diagnosen (z .B. Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol) umfassen sowohl „schädlichen Gebrauch“ als auch „Abhängigkeit“.

Die aufgeführten Ergebnisse beruhen dabei jeweils auf einem 33 %-Auswertungslauf. Dies bedeutet, dass auf Parameter-Ebene Daten von Einrichtungen, bei denen > 33 % der Angaben zu diesem Parameter fehlen, von der Auswertung ausgenommen werden. Umgekehrt werden bei jedem Parameter / jeder Tabelle nur Daten von Einrichtungen berücksichtigt, bei denen zu diesem Parameter ≤ 33 % der Angaben fehlen. Dies soll verhindern, dass die Aussagekraft der

⁴ „Exzessive Mediennutzung“ ist im ICD-10 nicht als eigenständige Störung erfasst. Kodiert wird im KDS 3.0 entweder der ICD-10-Code F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ oder F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“.

Daten durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote beeinträchtigt wird. Infolgedessen können sich für die einzelnen berichteten Parameter unterschiedliche Fallzahlen ergeben. Die Fallzahlen sowie die Anzahl der für die einzelnen Parameter datenliefernden Einrichtungen sind zusammen mit den Missingquoten in den jeweiligen Grafiken bzw. Tabellen aufgeführt.

Für die Darstellung der Klientel entlang einzelner Hauptdiagnosen werden aus Gründen der Interpretierbarkeit nur Gruppen gewählt, die jeweils den kritischen Stichprobenumfang von $N = 30$ nicht unterschreiten. Darüber hinaus werden aus Gründen der Lesbarkeit Anteilswerte im Fließtext auf ganze Prozentwerte gerundet und in den Grafiken Anteilswerte von $< 3\%$ ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen. In Tabellen werden bei einer Stichprobengröße von $N < 30$ keine Prozentangaben genutzt, sondern absolute Fallzahlen anstatt der Anteilswerte berichtet. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist grundsätzlich zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Klientelgruppen bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.

3 Versorgungsgeschehen nach Einrichtungstyp

Dieser Abschnitt beschreibt das Versorgungsgeschehen in Thüringen 2023 entlang der Einrichtungstypen 1, 2 und 5. Zunächst werden Einrichtungsbezogene Merkmale für alle Typen insgesamt sowie differenziert nach Typ dargestellt. Die anschließend dargestellten klientelbezogenen Merkmale (Störungsbild, Soziodemographie sowie betreuungsbezogene Merkmale) werden grundsätzlich für Zugänge bzw. Beender berichtet, für die eine Hauptdiagnose vorliegt (vgl. Kapitel 2 Methodik). Für die zusätzlich nach den einzelnen Hauptdiagnosen differenzierte Darstellung werden für bestimmte Klientelgruppen aufgrund ihrer kleinen Stichprobengröße und im Sinne der Interpretierbarkeit keine Ergebnisse berichtet. Der Bericht stellt damit folgende Hauptdiagnosegruppen separat dar:

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

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

3.1 Einrichtungsbezogene Merkmale

3.1.1 Betreuungsvolumen

2023 sind in Thüringen insgesamt N = 11.968 Betreuungsfälle dokumentiert (siehe Tabelle 2). Zu einem überwiegenden Anteil handelt es sich um männliche Hilfesuchende (71 %; weiblich: 29 %; Verhältnis 2 :1)⁵. Ein gewisser Anteil entfällt auf (meist weibliche) hilfeschende Bezugspersonen (5 %; hierunter 82 % Frauen). In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) sind insgesamt N = 10.409 Fälle dokumentiert. Bei 7 von 10 Betreuungen (70 %) handelt es sich um männliche Klientel, in einem von 16 Fällen um Bezugspersonen (6 %; hierunter 82 % Frauen). In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) werden insgesamt N = 1.060 Fälle, in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) insgesamt N = 499 Fälle berichtet. Hierbei handelt es sich bei 8 von 10 Hilfesuchenden und damit ebenfalls überwiegend um männliche Klientel (78 % bzw. 79 %). Hilfesuchende Bezugspersonen werden in Typ 2 gar nicht und in Typ 5 nur in Einzelfällen betreut.

Tabelle 2: Betreuungsvolumen (gesamt und je Typ)

	Alle Typen	Typ 1	Typ 2	Typ 5
Anzahl Betreuungen / Behandlungen 2023, N	11.968	10.409	1.060	499
Männlich, n (%)	8.466 (70,7%)	7.246 (69,6%)	827 (78,0%)	393 (78,8%)
Weiblich, n (%)	3.491 (29,2%)	3.153 (30,3%)	233 (22,0%)	105 (21,0%)
Hilfesuchende mit eigener Symptomatik, n (%)	11.329 (94,7%)	9.774 (93,9%)	1.060 (100,0%)	495 (99,2%)
Hilfesuchende Bezugspersonen, n (%)	639 (5,3%)	635 (6,1%)	0 (0,0%)	4 (0,8%)
...davon weibliche Bezugspersonen, n (%)	525 (82,2%)	523 (82,4%)	0 (0,0%)	2 (-)*

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

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

Die Zusammensetzung der Betreuungen aus Übernahmen, Zugängen und Beendern ist nach Einrichtungstyp in Abbildung 1 dargestellt. Betreuungen in Typ 1 sind knapp zur Hälfte Übernahmen aus dem Vorjahr (49 %), knapp 6 von 10 Betreuungen werden in das Folgejahr (59 %) übernommen. In Typ 2 handelt es sich überwiegend um Zugänge bzw. Beender im Datenjahr, in rund 2 bzw. einem von 10 Fällen sind es Übernahmen aus dem Vorjahr bzw. in das Folgejahr. Betreuungen in Typ 5 sind meist keine Zugänge bzw. Beender, hier handelt sich in rund 7 von 10 Fällen um Übernahmen aus dem Vorjahr bzw. in das Folgejahr.

⁵ Keine Angabe für Geschlecht: n=11 Fälle.

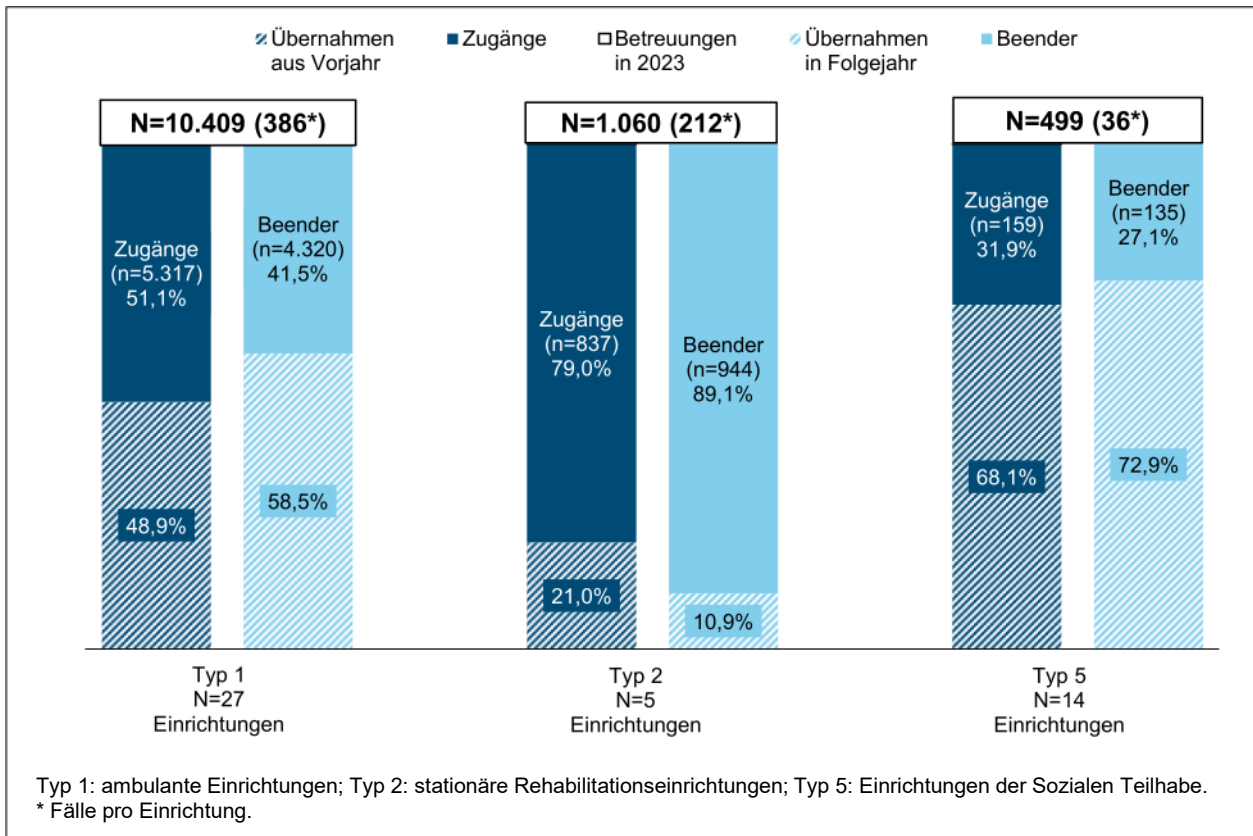


Abbildung 1 Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen, je Typ

3.1.2 Angebotsportfolio

In diesem Abschnitt wird dargestellt, in wie vielen der teilnehmenden Einrichtungen bestimmte Angebote / Dienste von den Hilfesuchenden im Jahr 2023 in Anspruch genommen wurden. Berücksichtigt werden hierbei nur Angebote / Dienste, die mindestens einmal im Jahr 2023 genutzt wurden. Darüber hinaus angebotene / geplante Angebote/Dienste, die nicht genutzt bzw. deren Nutzung nicht dokumentiert wurde, bleiben unberücksichtigt.

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

2023 wird in allen N = 27 ambulanten Einrichtungen die Maßnahmengruppe **Beratung und Betreuung** und die hierunter zugeordnete Sucht- und Drogenberatung (SBS) umgesetzt (siehe Abbildung 2). In n = 15 der Einrichtungen kommt es zur Psychosozialen Begleitung Substituierter (PSB) und in n = 11 zu Niedrigschwelligen Hilfen (NIH). Hinsichtlich ihrer Verbreitung nach an zweiter Stelle steht allerdings die der **Suchtbehandlung** zugehörige (Reha-)Nachsorge in n = 19 und damit allen Einrichtungen, in denen grundsätzlich Suchtbehandlung durchgeführt wird. Darüber hinaus wird in n = 3 Einrichtungen im Zuge einer Ambulanten Medizinischen Rehabilitation (ARS) behandelt. In n = 7 Einrichtungen werden Angebote aus der Maßnahmengruppe **Soziale Teilhabe** in Form von Assistenzleistungen im eigenen Wohn- und Sozialraum (AWS) umgesetzt. In n = 11 Einrichtungen wird die

Maßnahmengruppe **Prävention und Frühintervention** aktiv nachgefragt und in n = 7 Einrichtungen kommt es zur Inanspruchnahme von Angeboten der **Selbsthilfe**. Maßnahmen aus der Angebotskategorie **Justiz** finden noch in n = 5 Einrichtungen Anwendung. Weitere Angebote werden nur vereinzelt bzw. gar nicht in Anspruch genommen.

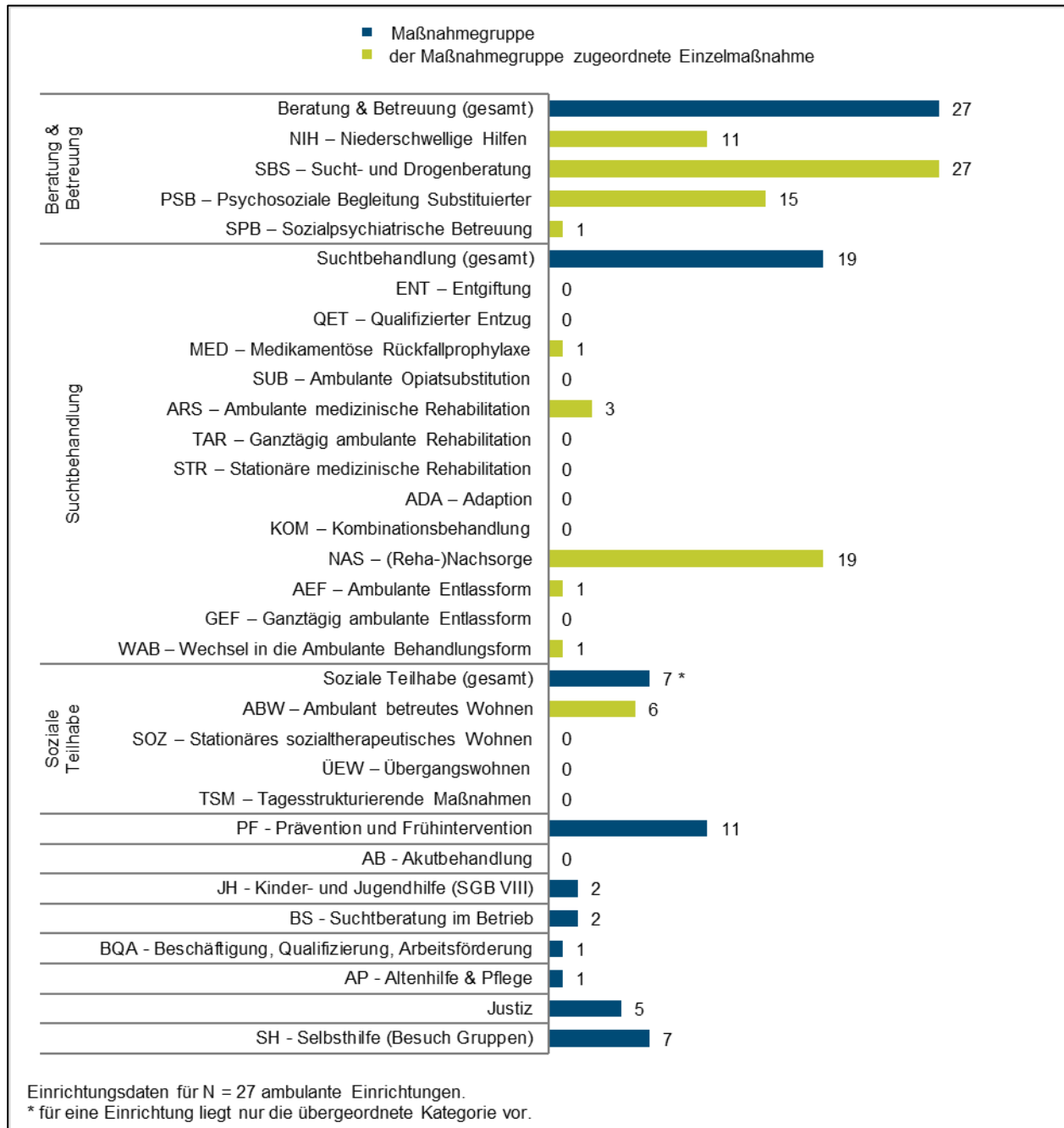


Abbildung 2: In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) umgesetztes Angebotsportfolio

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In allen N = 5 stationären Rehabilitationseinrichtungen werden Angebote der **Suchtbehandlung** umgesetzt (siehe Abbildung 3). Hierbei erfolgt in jeweils n = 3 Einrichtungen Stationäre Medizinische Rehabilitation (STR) bzw. Adaption (ADA) und in jeweils einer Einrichtung wird die Ganztägig Ambulante Entlassform (GEF) sowie die ambulante Entlassform (AEF) umgesetzt. Ebenfalls in jeweils einer Einrichtung werden Angebote aus den Maßnahmengruppen **Akutbehandlung**, **Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung** bzw. **Selbsthilfe** genutzt. Weitere Angebote werden nicht in Anspruch genommen.

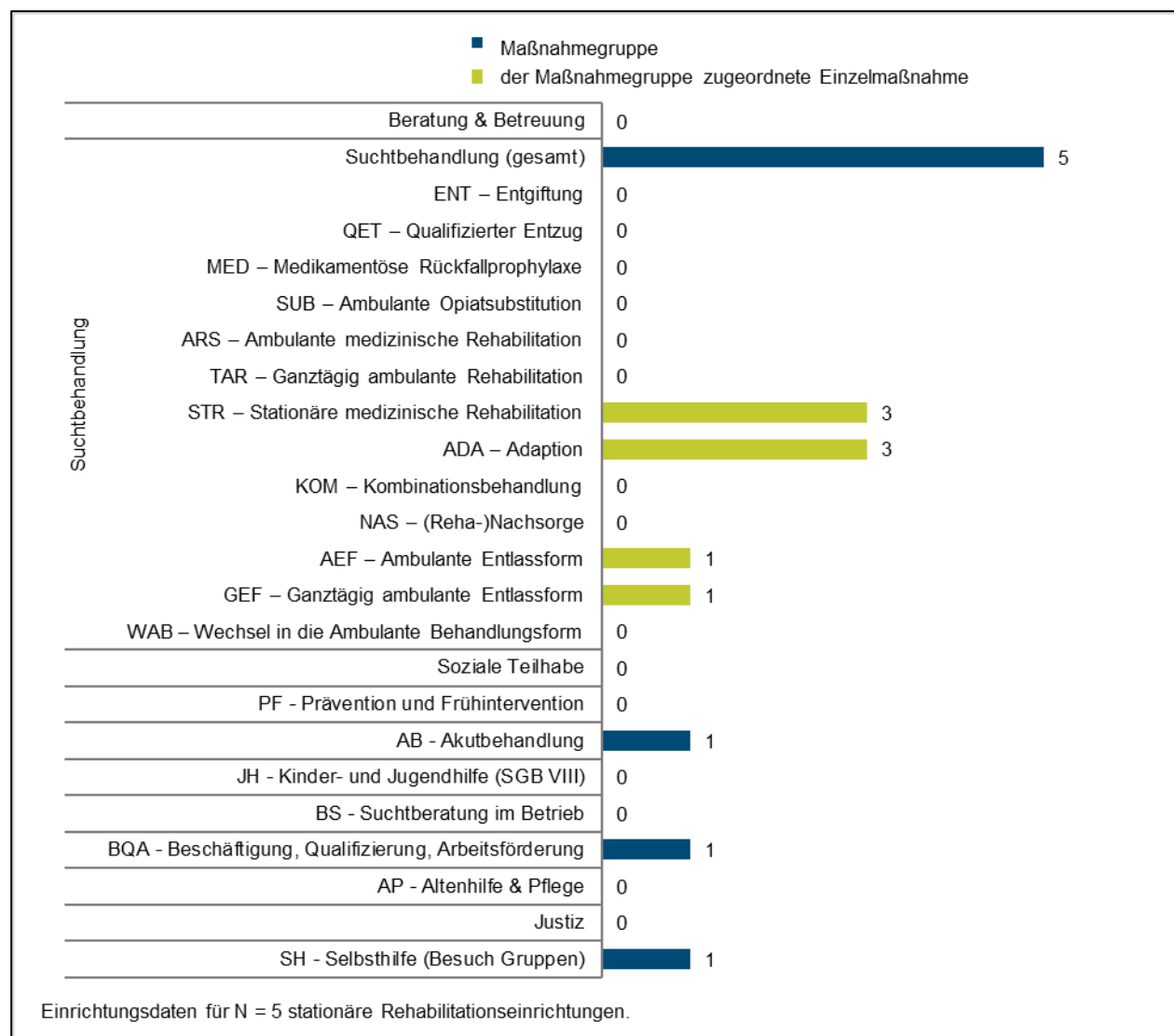


Abbildung 3: In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) umgesetztes Angebotsportfolio

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

In n = 13 der N = 14 Einrichtungen der Sozialen Teilhabe werden Leistungen aus der Angebotskategorie **Soziale Teilhabe** umgesetzt (siehe Abbildung 4). Hierbei ist die Umsetzung von Ambulant Betreutem Wohnen (ABW; in n = 7 Einrichtungen) am weitesten verbreitet, es folgen gleichauf die Umsetzung von Stationärem Sozialtherapeutischen Wohnen (SOZ; in n = 5 Einrichtungen) und Tagesstrukturierenden Maßnahmen (TSM; in n = 5 Einrichtungen). In n = 2 Einrichtungen werden die der Maßnahmengruppe **Beratung & Betreuung** zugehörigen Niedrigschwelligen Hilfen (NIH) in Anspruch genommen. Darüber hinaus werden in jeweils einer Einrichtung die Maßnahmengruppen **Prävention und Frühintervention**, **Kinder- und Jugendhilfe** sowie **Selbsthilfe** genutzt. Andere Angebote werden nicht umgesetzt.

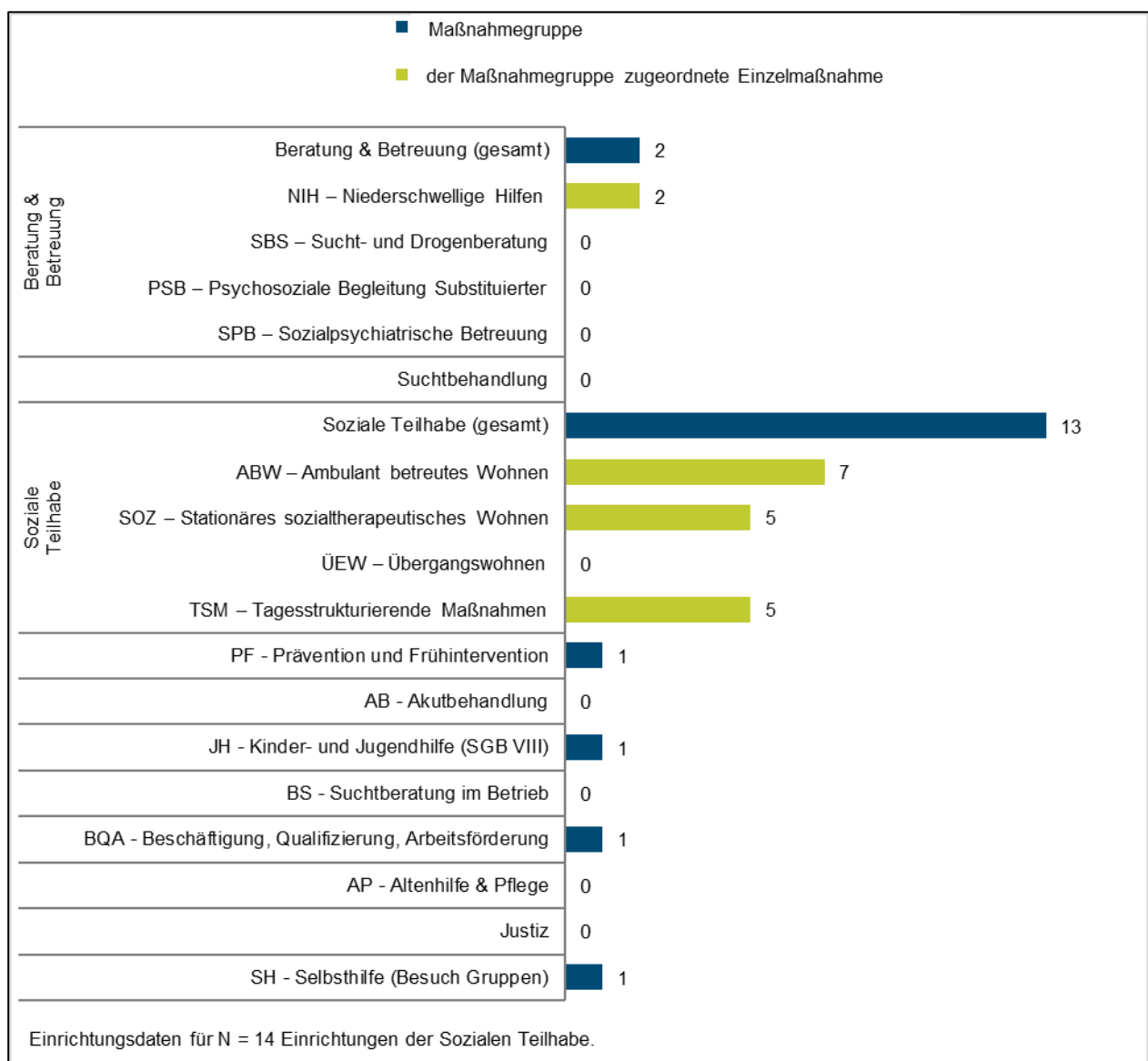


Abbildung 4: In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) umgesetztes Angebotsportfolio

3.2 Störungsbezogene Merkmale

3.2.1 Hauptdiagnoseverteilung

Abbildung 5 gibt einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen differenziert nach den verschiedenen Einrichtungstypen 1, 2 und 5. In allen drei Einrichtungstypen kommen Hilfesuchende mit Abstand am häufigsten aufgrund alkoholbezogener Störungen in die Betreuung. Für Hilfesuchende in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2; 68 %) ist dies bei 2 von 3 und in ambulanten Einrichtungen (Typ 1; 53 %) und Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5; 55 %) bei jeweils etwa 5 von 9 Betreuungen der Fall.

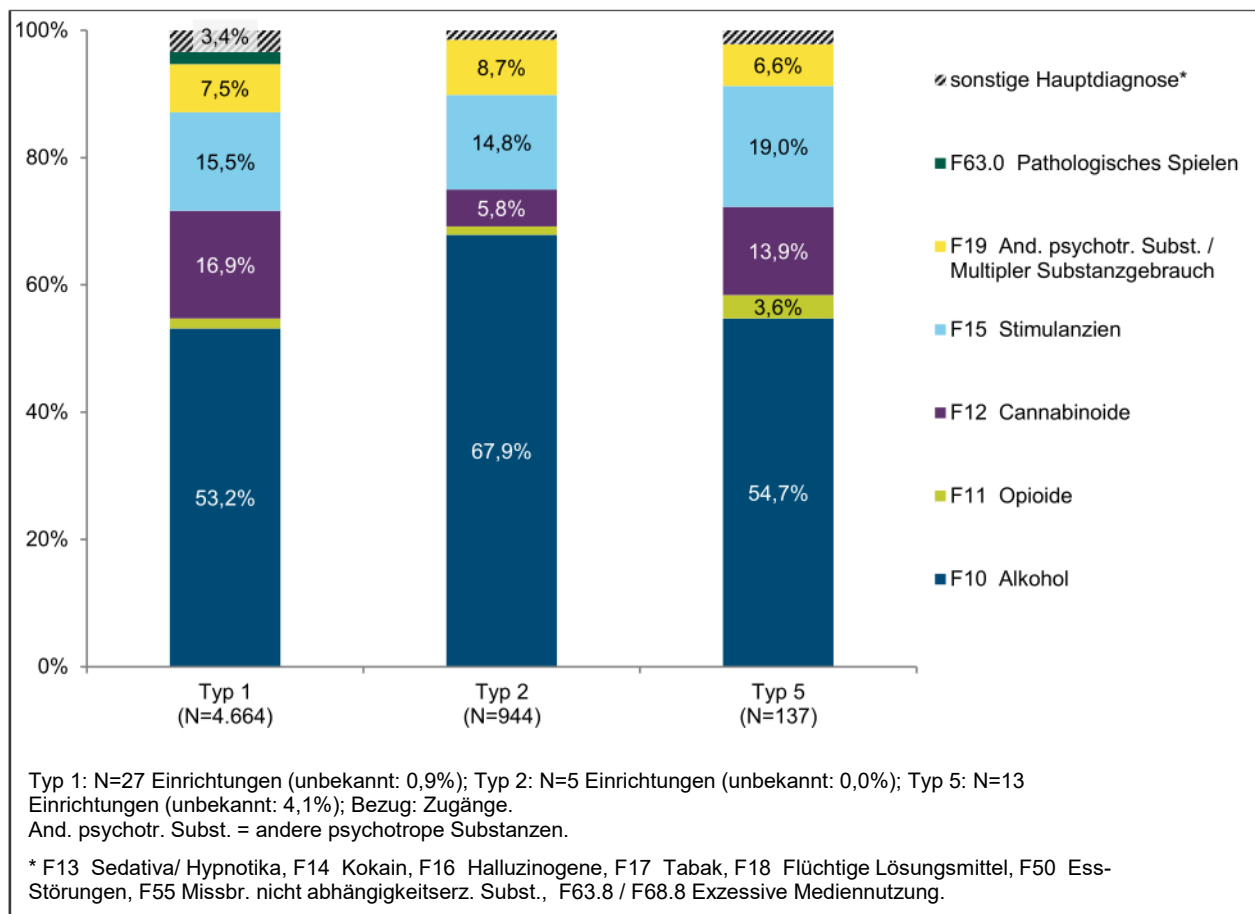


Abbildung 5: Hauptdiagnoseverteilung, je Typ

Es folgen mit großem Abstand cannabinoidbezogene Störungen mit einem Sechstel der Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen (16 %; Rang 2) bzw. einem Siebtel bei Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (14 %; Rang 3). In stationären Rehabilitationseinrichtungen (7 %; Rang 4) sind sie in einem von 15 Fällen der Betreuungsanlass. Auf stimulanzenbezogene Störungen entfällt in ambulanten Einrichtungen (16 %; Rang 3) und in stationären Rehabilitationseinrichtungen (15 %; Rang 2) etwa ein Sechstel der Hilfesuchenden, in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (19 %; Rang 2) beläuft sich der Anteil auf knapp ein

Fünftel. In ambulanten Einrichtungen erfolgt zudem eine von 12 Betreuungen im Zusammenhang mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch⁶ (8 %; Rang 4), in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe gilt dies für eine von 14 Betreuungen (7 %; Rang 4), in stationären Rehabilitationseinrichtungen für einen von 11 Fällen (9 %; Rang 3).

Betreuungen im Zusammenhang mit opioidbezogenen Störungen sind anteilmäßig nur in Einrichtungen der sozialen Teilhabe von gewisser Bedeutung (4 %; Rang 5). Betreuungen aufgrund einer Glücksspielproblematik (< 3 %) finden sich lediglich in ambulanten Einrichtungen und dies zu einem nicht nennenswerten Anteil. Auf sonstige, nicht separat angeführten Störungen entfällt jeweils nur ein geringer Anteil.

3.2.2 Störungsdauer

In ambulanten Einrichtungen haben Betreute mit alkoholbezogenen Störungen die längste mittlere Störungsdauer⁷ (15 Jahre; siehe Abbildung 6). Es folgen Betreute mit opioidbezogenen Störungen (13 Jahre), Betreute mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (12 Jahre) und Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen (11 Jahre). Eine deutlich kürzere mittlere Störungsdauer ist in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen dokumentiert (8 Jahre).

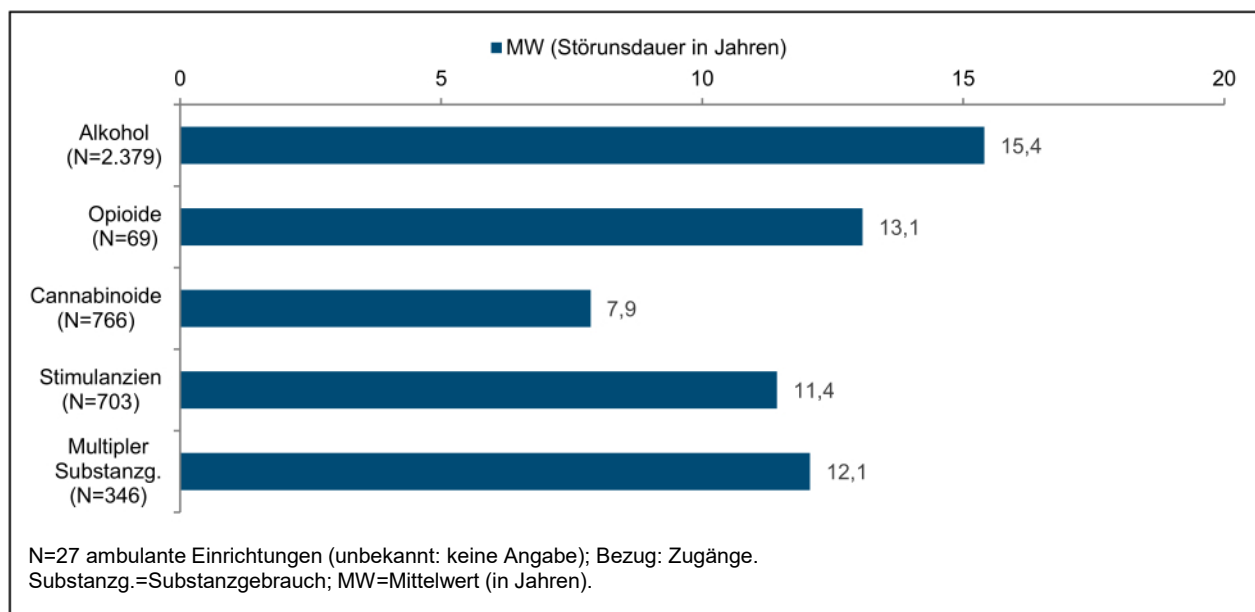


Abbildung 6: Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 1)

⁶ Die Hauptdiagnose „F19.X Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen / Multipler Substanzgebrauch“ wird vergeben, wenn (a) keine Problematik aufgrund der separat klassifizierten Substanzen vorliegt oder wenn (b) mehrere Substanzkonsumproblematiken gleichzeitig vorliegen, ohne dass eine von ihnen klar als betreuungs- bzw. behandlungsleitend festgelegt werden kann. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird für diese Störungsgruppe im Folgenden der Begriff „Multipler Substanzgebrauch“ verwendet.

⁷ Zeit zwischen Störungsbeginn und Beginn der aktuellen Betreuungsepisode. Dies wird grundsätzlich nach einzelnen Hauptdiagnosegruppen ausgewertet, daher sind hier für die Klientel insgesamt sowie für die Klientel in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) keine Ergebnisse berichtet.

Für die in stationären Rehabilitationseinrichtungen untersuchten Klientelgruppen liegt die mittlere Störungsdauer bei alkohol- bzw. stimulanzenbezogenen Störungen sowie bei Multiplem Substanzgebrauch bei jeweils 18 Jahren (siehe Abbildung 7).

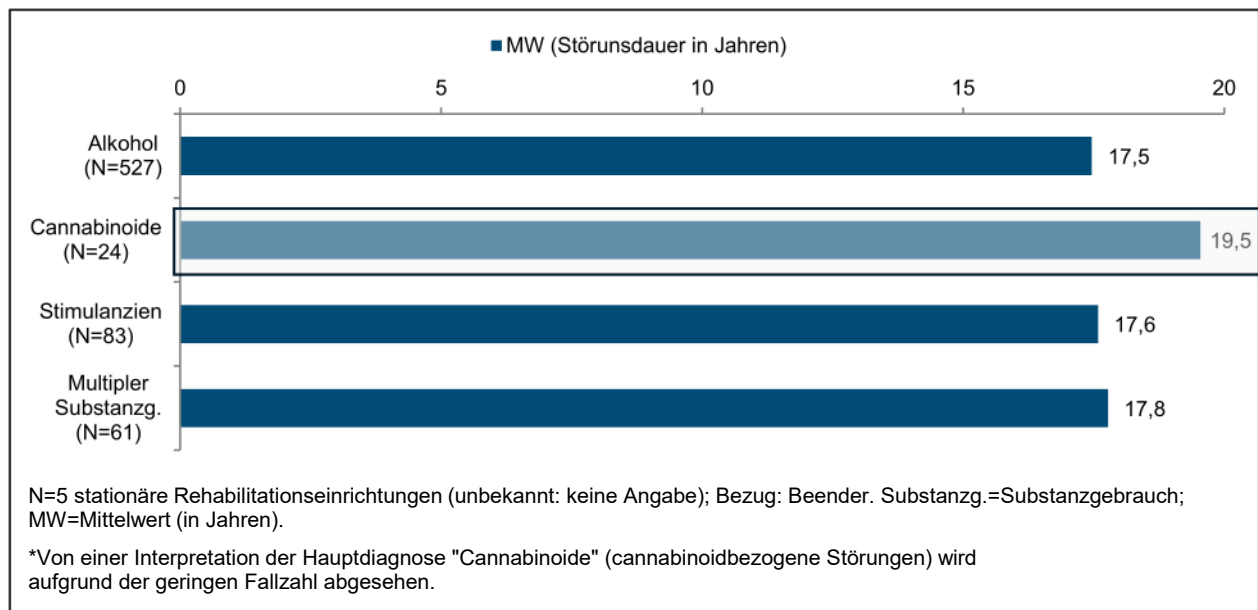


Abbildung 7: Mittlere Störungsdauer je Hauptdiagnose (Typ 2)

3.3 Soziodemographische Merkmale

3.3.1 Geschlecht

Die in ambulanten Einrichtungen betreute Klientel ist überwiegend männlich (74 %; siehe Abbildung 8). Hierbei ist der Männerüberhang mit 17 von 20 Betreuten bei opioidbezogenen Störungen am stärksten (86 %) und mit 2 von 3 Betreuten bei stimulanzenbezogenen Störungen (66 %) am schwächsten ausgeprägt. Etwa 3 von 4 Hilfesuchenden im Kontext von alkohol- (74%) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (77 %) sind männlich. Bei Störungen durch multiplen Substanzgebrauch beläuft sich dies 8 von 10 Hilfesuchenden (81 %).

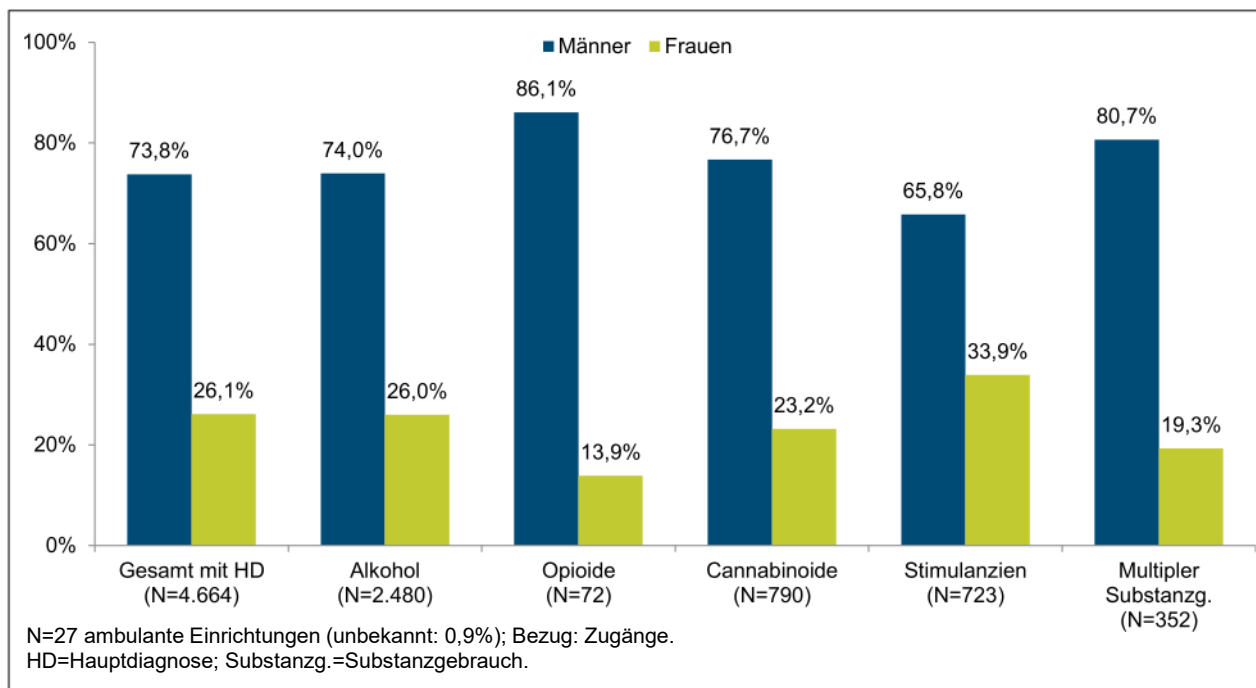


Abbildung 8: Geschlechterverteilung (Typ 1)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen werden in 3 von 4 Fällen Männer betreut (77 %; siehe Abbildung 9). Die Klientel mit cannabinoid- (75 %) bzw. alkoholbezogene Störungen (76 %) ist in 3 von 4 Fällen männlich. In der Klientel mit stimulanzenbezogenen Störungen (80 %) bzw. Multiplem Substanzgebrauch (83 %) gilt dies bei rund 4 von 5 Fällen.

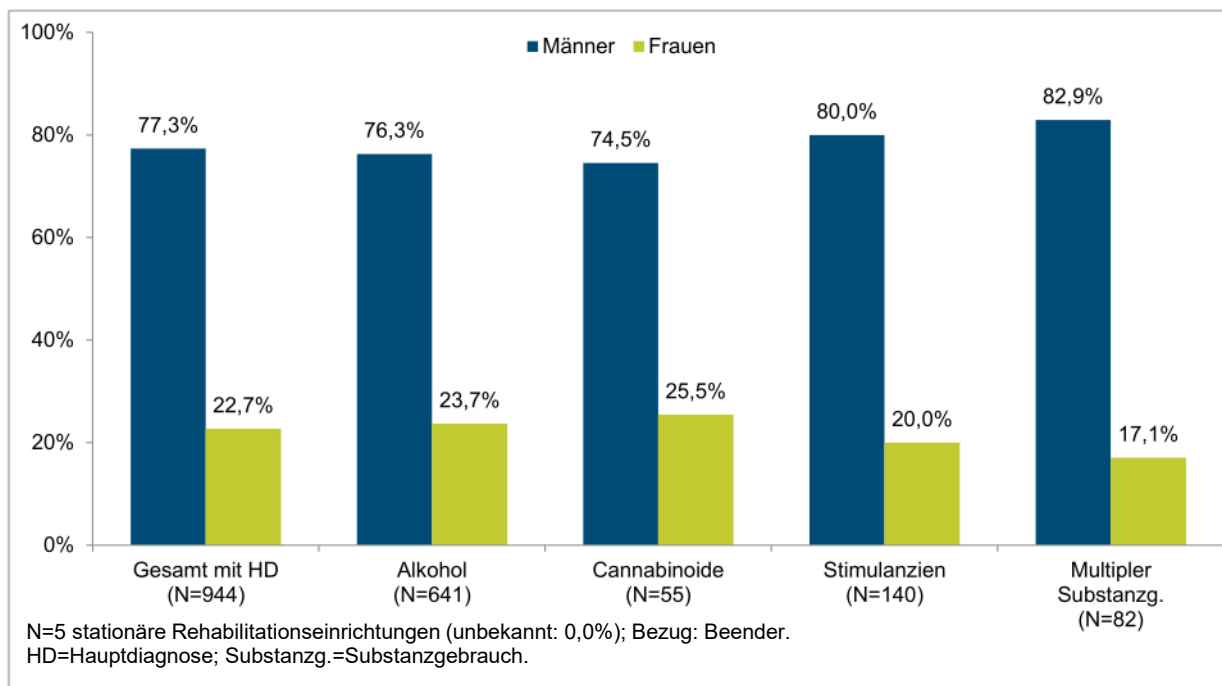


Abbildung 9: Geschlechterverteilung (Typ 2)

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) sind gut 3 von 4 Hilfesuchenden männlich (77 %; Stichprobe: N=137 Fälle mit Hauptdiagnose in N=13 Einrichtungen; unbekannt: 4,1 %; Bezug: Zugänge).

3.3.2 Alter bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Das Durchschnittsalter der ambulant betreuten Klientel liegt insgesamt bei 39 Jahren (siehe Abbildung 10). Betreute mit alkoholbezogenen Störungen (46 Jahre) repräsentieren die im Mittel älteste und Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen (26 Jahre) die im Mittel jüngste Klientelgruppe. Für die anderen betrachteten Störungen liegt das Durchschnittsalter der Klientel bei Beginn der aktuellen Betreuung bei Anfang bis Ende 30 (Multipler Substanzgebrauch: 32 Jahre; Stimulanzien: 33 Jahre; Opioide: 37 Jahre).

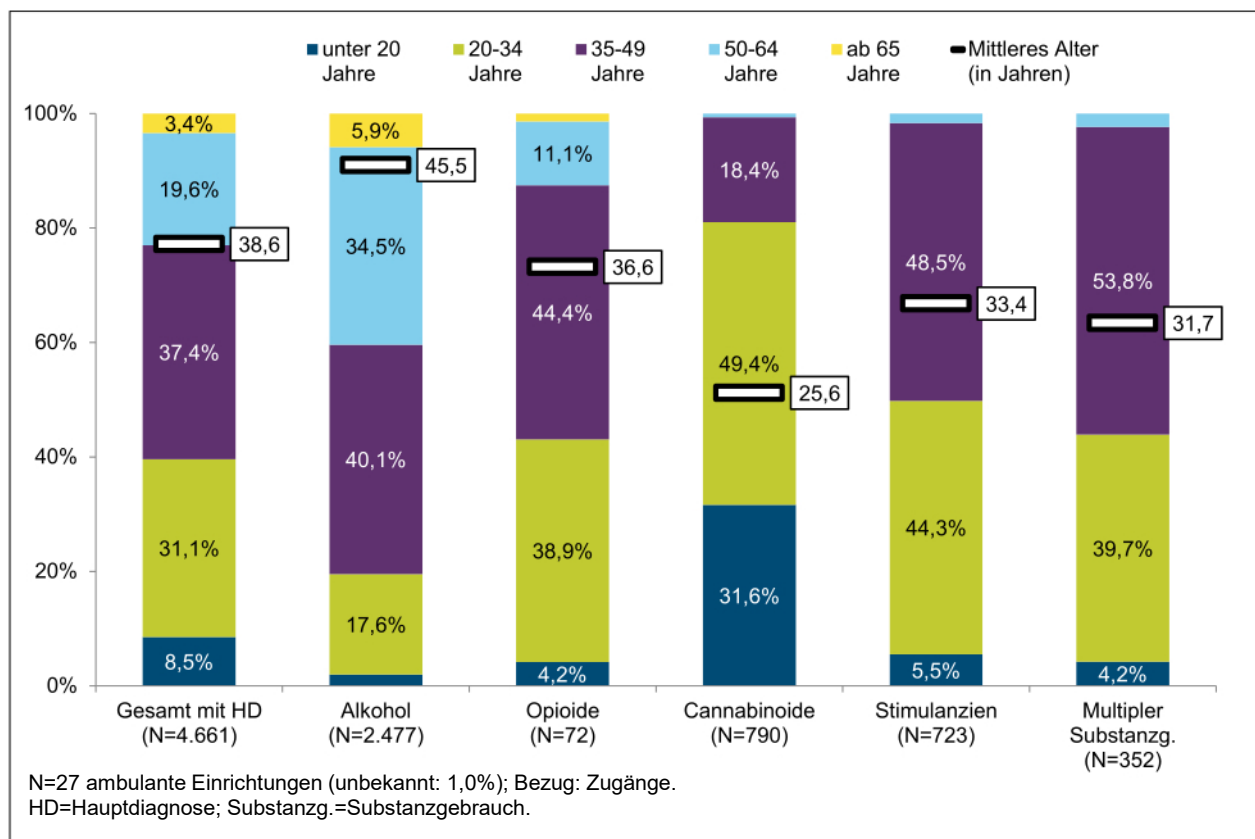


Abbildung 10: Altersstruktur (Typ 1)

Während in den meisten Störungsgruppen der Schwerpunkt in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen liegt, bilden bei Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen Hilfesuchende zwischen 20 und 34 Jahren (49 %) mit der Hälfte der Fälle die größte Gruppe. Knapp ein Drittel der Betreuten ist jünger als 20 Jahre (31 %). Diese Altersgruppe tritt ansonsten nur noch im

Zusammenhang mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (4%) bzw. im Zusammenhang mit opioid- (4 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (6 %) zu einem gewissen Anteil auf. Gut ein Sechstel der Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen ist zwischen 35 und 49 Jahre (18 %) alt. Hilfesuchende ab 50 Jahren werden hier in Einzelfällen betreut. Dies gilt auch für Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen bzw. mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch. Demgegenüber ist in der Klientel mit alkoholbezogenen Störungen gut ein Drittel zwischen 50 und 64 Jahre (35 %) alt, mit einem von 16 gehört ein berichtenswerter Anteil der Betreuten der Altersgruppe ab 65 Jahre (6 %) an. Bei opioidbezogenen Störungen ist ein Neuntel zwischen 50 und 64 Jahre alt, in Einzelfälle sind die Hilfesuchenden 65 Jahre und älter.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Der Altersdurchschnitt der stationär Behandelten liegt insgesamt bei 44 Jahren (siehe Abbildung 11). Dabei sind Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen die im Mittel älteste (48 Jahre) Gruppe. Es folgen Hilfesuchende mit stimulanzen- (37 Jahre) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (36 Jahre) und Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (36 Jahre).

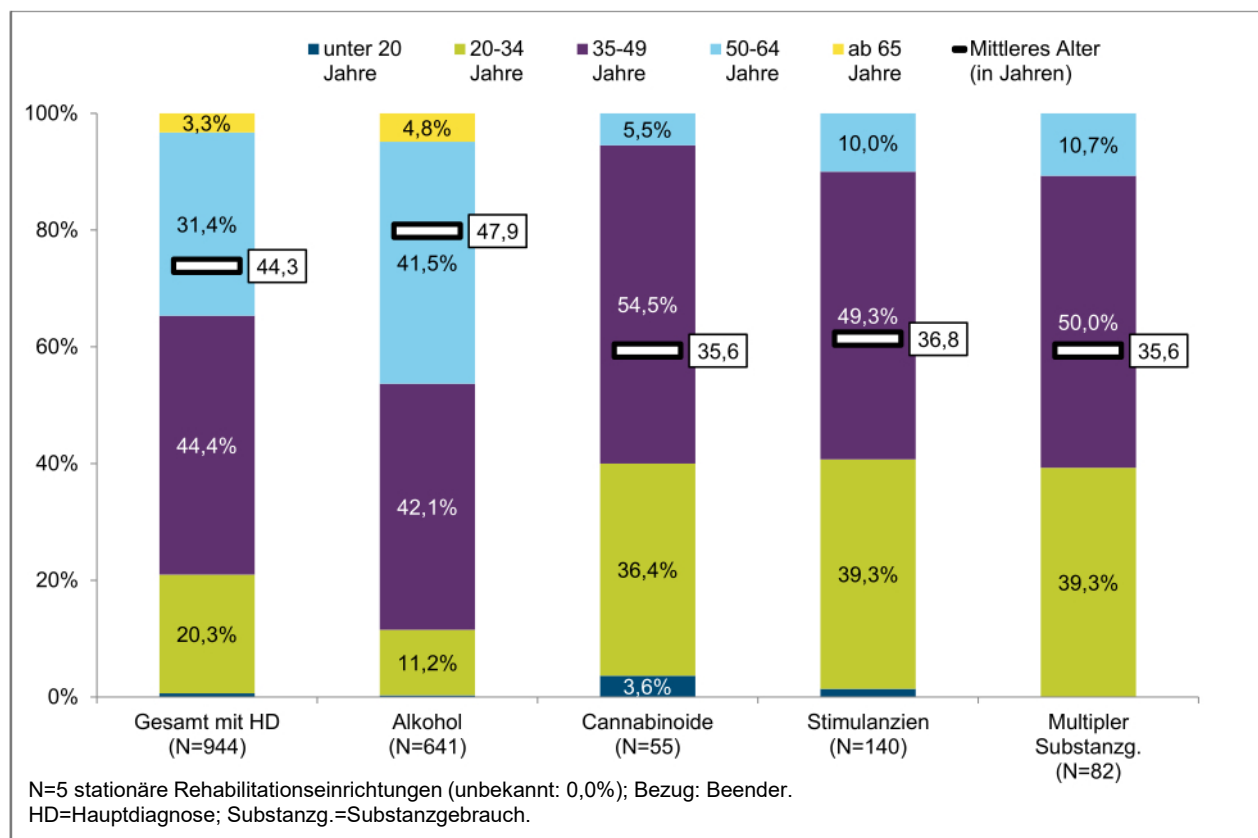


Abbildung 11: Altersstruktur (Typ 2)

In allen betrachteten Störungsgruppen liegt das Alter meist in der Gruppe der 35- bis 49-Jährigen. Unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen gut zwei Fünftel in der Altersgruppe 35 bis 49 Jahre (42 %) und ebenso zwei Fünftel in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre (42 %). Ein Neuntel ist zwischen 20 und 34 Jahre (11 %) alt, in einem von 20 Fällen handelt es sich um Hilfesuchende mit mindestens 65 Jahren. Bei Hilfesuchenden mit cannabinoid- (55 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (49 %) sowie Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs (50 %) sind 5 von 9 bzw. 5 von 10 Fällen zwischen 35 bis 49 Jahre alt, auf die Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen entfallen 3 von 10 bzw. 4 von 10 Hilfesuchenden (Cannabinoide: 36 %; Stimulanzen: 39 %; Multipler Substanzgebrauch: 39 %). Die Altersgruppe 50 bis 64 Jahre findet sich bei etwa einem Zehntel der Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (10 %) bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (11 %), bei cannabinoidbezogenen Störungen (6 %) gilt dies in gut einem von 20 Fällen. Personen unter 20 Jahren (4 %) werden mit etwa einem von 30 Fällen nur bei der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in berichtenswertem Umfang berichtet. Hilfesuchende in der Altersgruppe ab 65 Jahren finden sich lediglich bei alkoholbezogenen Störungen und dies mit einem von 20 Fällen zu einem nennenswerten Anteil (5 %).

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe liegt bei 41 Jahren. Die Schwerpunkte liegt mit etwa 4 von 9 Fällen in der Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (43 %) und etwa 3 von 9 Fällen in der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen (33 %). Ein Fünftel der Hilfesuchenden gehört der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (21 %) an. Hilfesuchende aus der Altersgruppe ab 65 Jahre werden nur vereinzelt und aus der Altersgruppe unter 20 Jahre gar nicht berichtet (Stichprobe: N=137 Fälle mit Hauptdiagnose in N=13 Einrichtungen; unbekannt: 4,1 %; Bezug: Zugänge).

3.3.3 Lebenssituation: Alleinlebend / zusammenlebend

Dieser Abschnitt differenziert, ob die Klientel alleinlebend ist oder aber mit (Mehrfachnennung möglich) einem Partner / einer Partnerin, (mindestens) einem Kind oder einem Elternteil / den Eltern zusammenlebt. Das Zusammenleben mit sonstigen (Bezugs-) Personen wird bei der Darstellung vernachlässigt.

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt leben 4 von 9 Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen allein (43 %; siehe Abbildung 12). Während betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen (33 %) in 3 von 9 Fällen – und damit besonders selten – allein leben, ist dies bei Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (54 %) in 5 von 9 Fällen – und damit besonders häufig der Fall. Bei

den übrigen betrachteten Störungen leben jeweils etwa 4 von 9 Betreuten allein (Alkohol: 46 %; Multipler Substanzgebrauch: 45 %; Stimulanzen: 43 %).

Mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin (31 %) leben 3 von 10 Hilfesuchenden zusammen, in einem von 5 Fällen mit mindestens einem Kind (19 %) und in einem von 8 Fällen mit den Eltern bzw. einem Elternteil (12 %). Hierbei leben Betreute mit alkoholbezogenen Störungen (39 %) etwa doppelt so häufig mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen wie Betreute mit cannabinoidbezogenen Störungen (18 %) oder Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (19 %). Bei opioid- (25 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (26 %) liegt der entsprechende Anteil bei etwa einem Viertel.

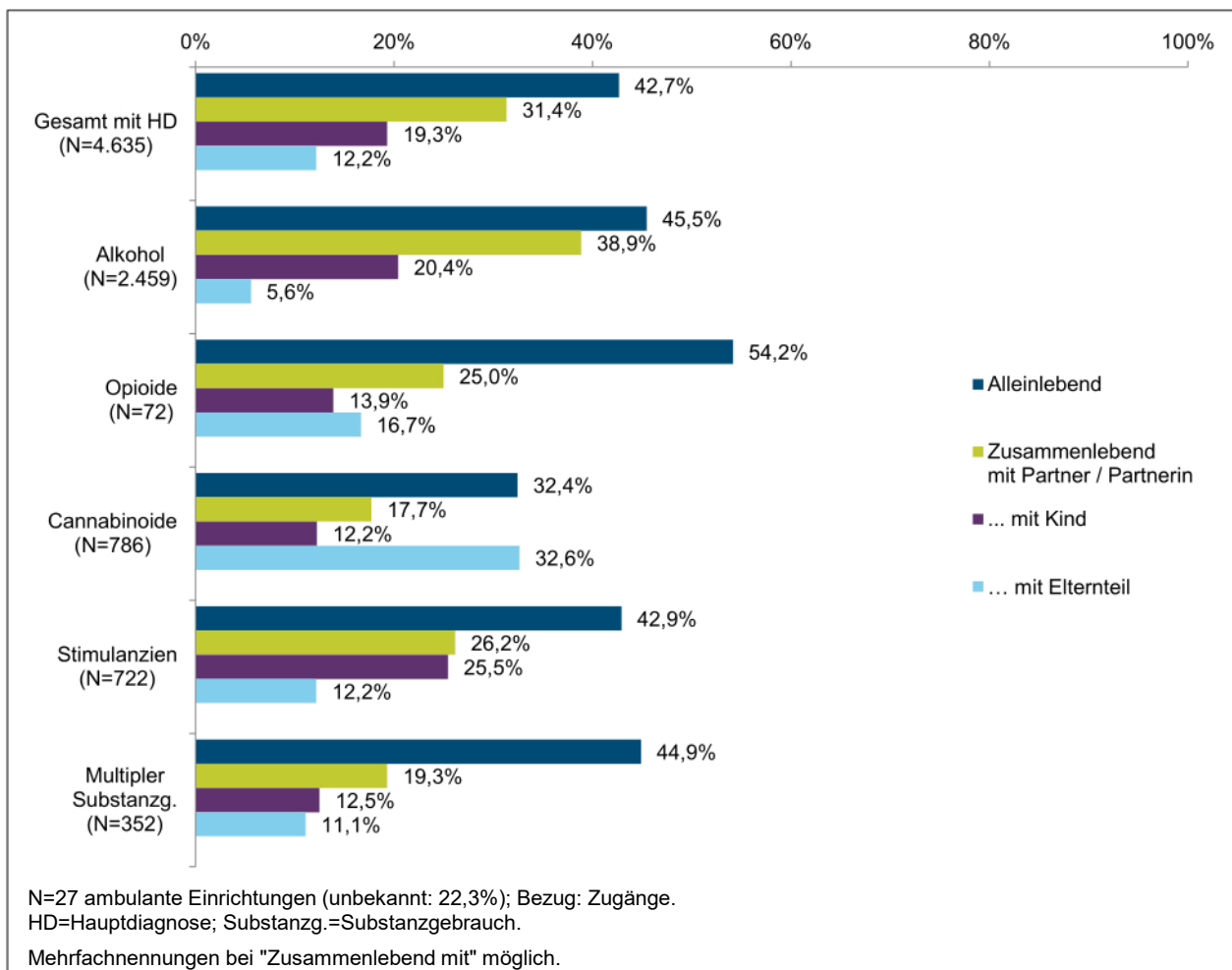


Abbildung 12: Lebenssituation (Typ 1)

Ein Zusammenleben mit Kindern findet sich bei einem Viertel der Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (26 %) und bei einem Fünftel der Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen (20 %). In den übrigen Gruppen lebt etwa ein Achtel der Hilfesuchenden mit Kindern zusammen (Opioide: 14 %; Multipler Substanzgebrauch: 13 %; Cannabinoide: 12 %). Bei den Eltern bzw. einem Elternteil lebt ein Drittel der Hilfesuchenden mit

cannabinoidbezogenen Störungen (33 %). Am zweithäufigsten findet sich diese Lebenssituation mit einem Sechstel unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (17 %), gefolgt von einem Achtel unter Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (12 %) und einem Neuntel bei Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (11 %). Unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen ist der entsprechende Anteil halb so hoch (6 %).

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Hilfesuchende in stationären Rehabilitationseinrichtungen leben in 3 von 5 Fällen allein (60 %), wobei sich keine großen Unterschiede zwischen den betrachteten Störungsgruppen abzeichnen (siehe Abbildung 13): Am seltensten ist das Alleinleben mit 5 von 9 Fällen in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (55 %) und am häufigsten mit knapp 6 von 9 Fällen in der Klientel mit stimulanzenbezogenen Störungen (63 %).

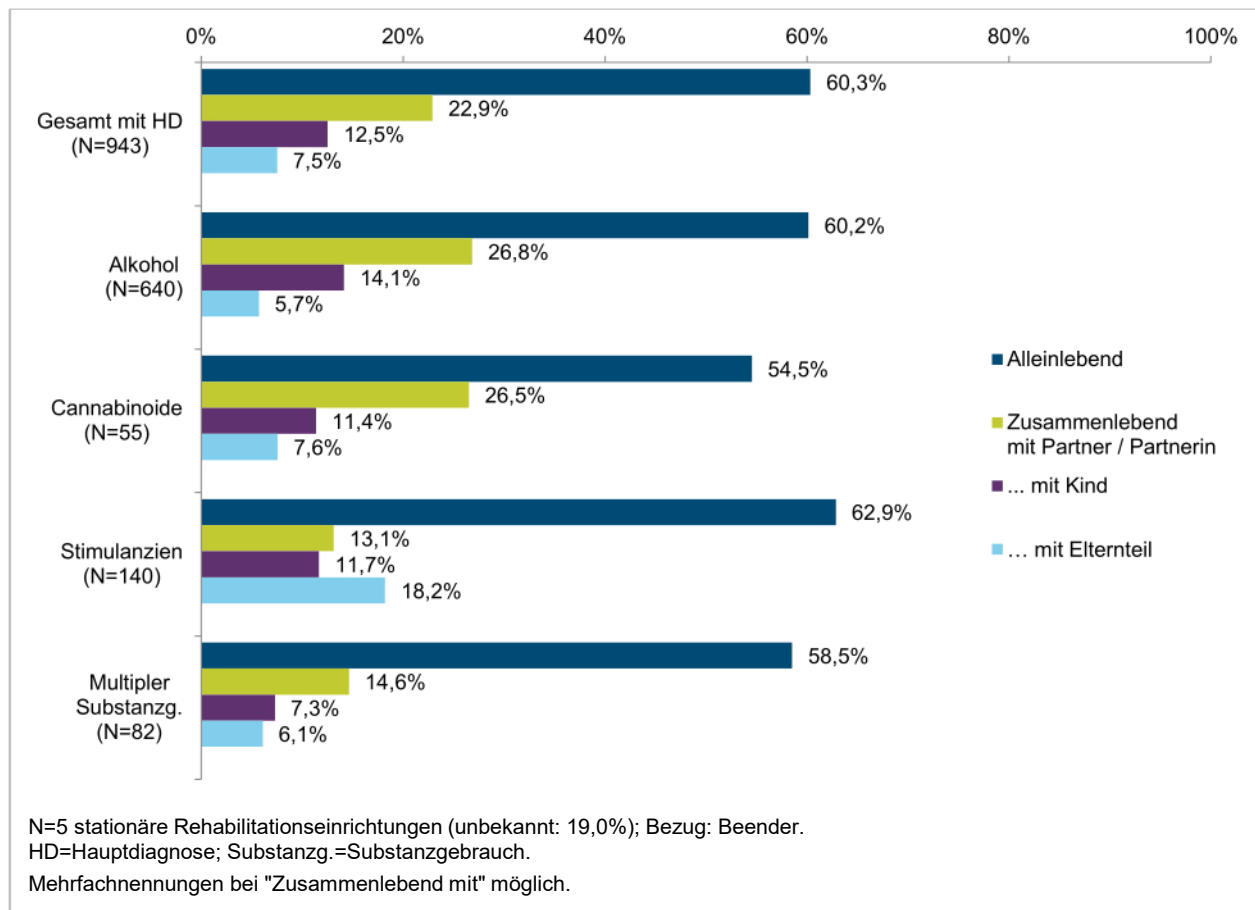


Abbildung 13: Lebenssituation (Typ 2)

In knapp einem Viertel der Fälle leben Hilfesuchende mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen (23 %), etwa halb oft ist das Zusammenleben mit mindestens einem Kind (13 %) dokumentiert. Etwa eine von 13 Hilfesuchenden lebt bei ihren Eltern bzw. einem Elternteil (8 %). Ein Viertel der Klientel mit alkohol- (27 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (27 %) lebt

mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen. Unter Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen (13 %) oder Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (15 %) gilt dies für etwa ein Siebtel. Mit mindestens einem Kind zusammen lebt ein Siebtel der Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (14 %), unter Hilfesuchenden mit Störungen durch multiplen Substanzkonsum findet sich diese Konstellation halb so oft (7 %). In der Klientel mit cannabinoid- (11 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (12 %) lebt jeweils etwa ein Neuntel mit Kindern zusammen. Ein Zusammenleben mit den Eltern bzw. einem Elternteil findet sich mit einem Sechstel mit Abstand am häufigsten unter Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen (18 %). Unter Hilfesuchenden mit alkohol- (6 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (8 %) oder Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (6 %) wird in rund einem von 15 Fällen das Zusammenleben mit Eltern angegeben.

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Personen, die in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe betreut werden, leben in 4 von 5 Fällen allein (82 %). In einem von 10 Fällen leben sie mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen (10 %). Das Zusammenleben mit Kindern oder den Eltern ist hier von untergeordneter Bedeutung (Stichprobe: N=136 Fälle mit Hauptdiagnose in N=13 Einrichtungen; unbekannt: 11,1 %; Bezug: Zugänge).

3.3.4 Wohnsituation

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Am Tag vor Betreuungsbeginn leben drei Viertel der Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen **selbstständig** (74 %), d. h. zur (Unter-) Miete bzw. in den eigenen vier Wänden (Siehe Abbildung 14). Während Betreute mit alkoholbezogenen Störungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (85 %) selbstständig leben, ist diese Wohnform unter Betreuten mit Störungen durch illegale Substanzen nicht derart weit verbreitet: So leben 2 von 3 Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen unmittelbar vor Betreuungsbeginn selbstständig (66 %), in den übrigen Gruppen sind es ungefähr 5 von 9 Betreuten (Opioide: 55 %; Cannabinoide: 54 %; Multipler Substanzgebrauch: 59 %).

Die zweitgrößte Verbreitung hat insgesamt sowie auf Ebene der einzelnen Störungen das **instabile Wohnen bei anderen Personen** (15 %). Diese Wohnform findet sich mit gut einem Drittel bei Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (35 %), gefolgt von den entsprechenden Anteilen bei Klientelgruppen mit Störungen durch andere illegale Substanzen (Multipler Substanzgebrauch: 23 %; Opioide: 18 %; Stimulanzen: 18 %). Betreute mit alkoholbezogenen Störungen (7 %) wohnen in einem von 15 Fällen und damit nochmals deutlich seltener instabil bei anderen Personen.

An der dritten Stelle des Häufigkeitsranking steht mit Abstand jeweils das **institutionelle Wohnen** (5 %), d. h. die Unterbringung in ambulant betreutem Wohnen, einer (Fach-)Klinik / stationären Rehabilitationseinrichtung oder einem (Übergangs-)Wohnheim, mit einem Zwanzigstel der Hilfesuchenden. In den einzelnen Störungsgruppen (Spanne: 4 % - 7 %) ist dies bei einem von 25 bis hin zu einem von 13 Hilfesuchenden der Fall.

Zudem ist ein gewisser Anteil der Betreuten im halben Jahr vor Betreuungsbeginn überwiegend im **Justizvollzug** (3 %) untergebracht. Während dies nur zu einem geringen Anteil für Hilfesuchende mit alkohol- oder cannabinoidbezogenen Störungen gilt, war ein Achtel der Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (13 %) im Vorfeld entsprechend untergebracht, bei Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (9 %) war es ein Elftel (9 %), bei Hilfesuchenden mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (5 %) ein Zwanzigstel.

Eine **prekäre Wohnform** (Notunterkunft / Übernachtungsstelle) wird nur unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (6 %) bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (5 %) und hierbei für etwa einen von 20 Fällen als Wohnsituation angegeben.

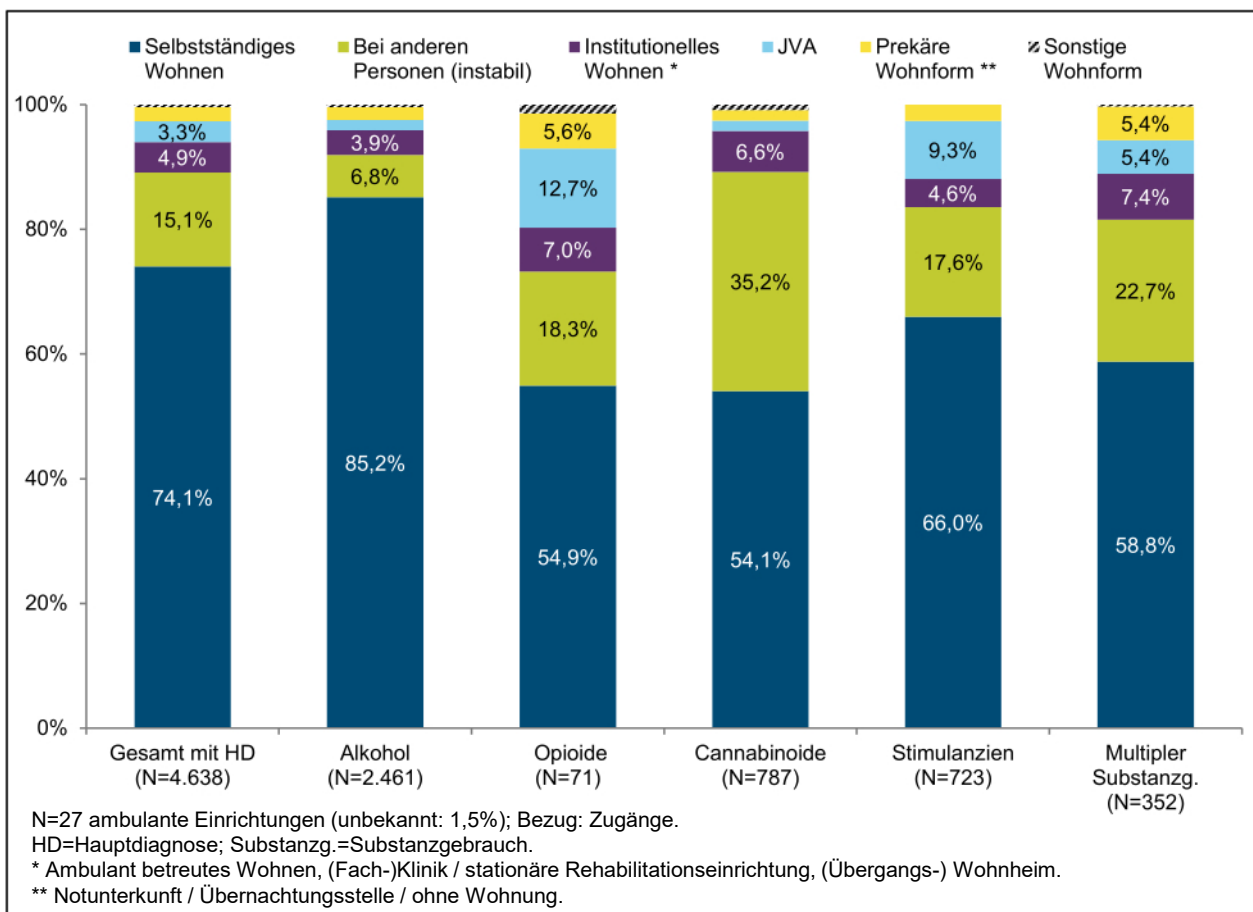


Abbildung 14: Wohnsituation (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Hilfesuchende in stationären Rehabilitationseinrichtungen wohnen in 3 von 4 Fällen selbstständig (72 %; siehe Abbildung 15). Ein Neuntel lebt in institutionellen Wohnformen (11 %) und ein Zwölftel instabil bei anderen Personen (8 %). Für etwa eine von 20 hilfeschenden Personen waren die Wohnverhältnisse vor der aktuellen Betreuung prekär (5 %) und ein gewisser, berichtenswerter Anteil war im letzten halben Jahr vor Behandlungsbeginn überwiegend im Justizvollzug untergebracht (3 %).

Diese Rangreihe findet sich auch auf Ebene der einzelnen Störungen wieder, wobei die Anteilswerte stark variieren. So wohnt die Klientel mit alkoholbezogenen Störungen (81 %) in mehr als 4 von 5 Fällen und damit deutlich überwiegend selbstständig. Bei Hilfesuchenden mit cannabinoid- (60 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (52 %) gilt dies bei 6 bzw. 5 von 10 Fällen, bei der Klientel mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (44%) in 4 von 9 Fällen. Institutionelles Wohnen ist damit wiederum bei Hilfesuchenden mit Störungen durch illegale Substanzen (Cannabinoide: 18 %; Stimulanzen: 14 %; Multipler Substanzgebrauch: 28 %) weiter verbreitet als bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (7 %).

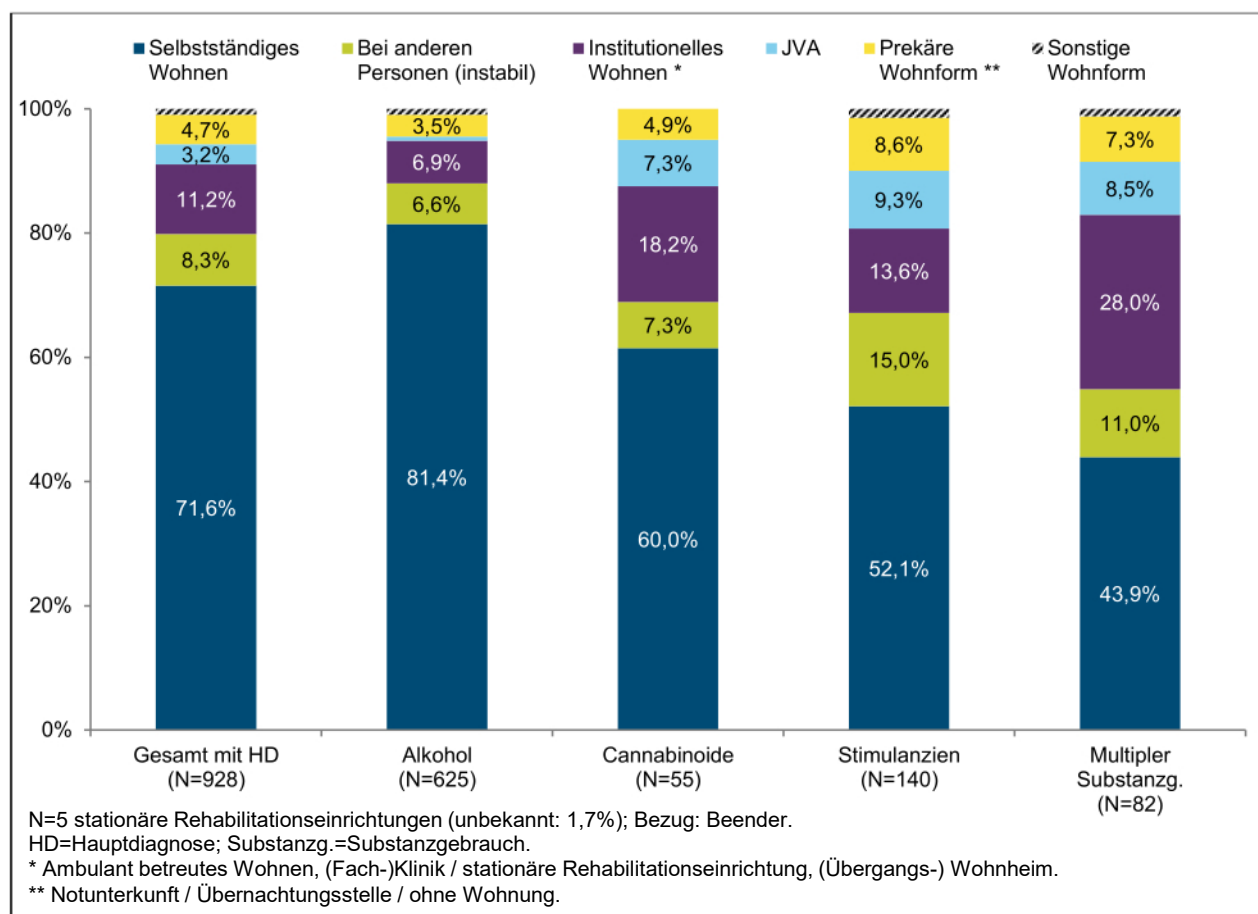


Abbildung 15: Wohnsituation (Typ 2)

Hilfesuchende mit alkohol- (7 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (7 %) leben in etwa einem von 15 Fällen instabil bei anderen Personen, unter Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen (15 %) ist der entsprechende Anteil doppelt so hoch, bei Multiplem Substanzgebrauch (11 %) tritt dies auf einen von 11 Fällen zu. Eine prekäre Wohnsituation findet bei rund einem von 20 Hilfesuchenden mit alkohol- (4 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (5 %), bei den übrigen Störungsgruppen gilt sie in einem von 14 bzw. 11 Fällen (Multipler Substanzgebrauch: 7 %; Stimulanzen: 9 %). Eine vorübergehende Unterbringung im Justizvollzug findet sich unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen kaum, sie wird fast ausnahmslos bei Hilfesuchenden mit Störungen durch illegale Substanzen und hierbei in einem von 13 bzw. 11 Fällen dokumentiert (Cannabinoide: 7 %; Stimulanzen: 9 %, Multipler Substanzgebrauch: 9 %).

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Betreute in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe wohnen in 4 von 9 Fällen selbstständig (46 %) und sind in gut einem von 3 Fällen institutionell (35 %) untergebracht. Etwa eine von 12 hilfesuchenden Personen kommt aus einer prekären Wohnsituation (8 %) in die Einrichtung und etwa eine von 15 lebt unmittelbar vor Betreuungsbeginn instabil bei anderen Personen (7 %). Weitere Wohnformen sind von untergeordneter Bedeutung (Stichprobe: N=136 Fälle mit Hauptdiagnose in N=13 Einrichtungen; unbekannt: 4,8 %; Bezug: Zugänge).

3.3.5 Schulbildung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Unter Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen ist die mittlere Reife (46 %) der verbreitetste Schulabschluss, gefolgt von der Berufsbildungsreife (Haupt- bzw. Volksschulabschluss; 29 %) und der (Fach-)Hochschulreife (13 %; siehe Abbildung 16). Etwa eine von 12 hilfesuchenden Personen hat die Schule ohne Abschluss verlassen (8 %) und etwa eine von 25 befindet sich noch in der schulischen Ausbildung (4 %), wobei die letztgenannte Gruppe nur unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen einen nennenswerten Anteil einnimmt – hier sind Hilfesuchende in einem von 7 Fällen noch in schulischer Ausbildung (14 %).

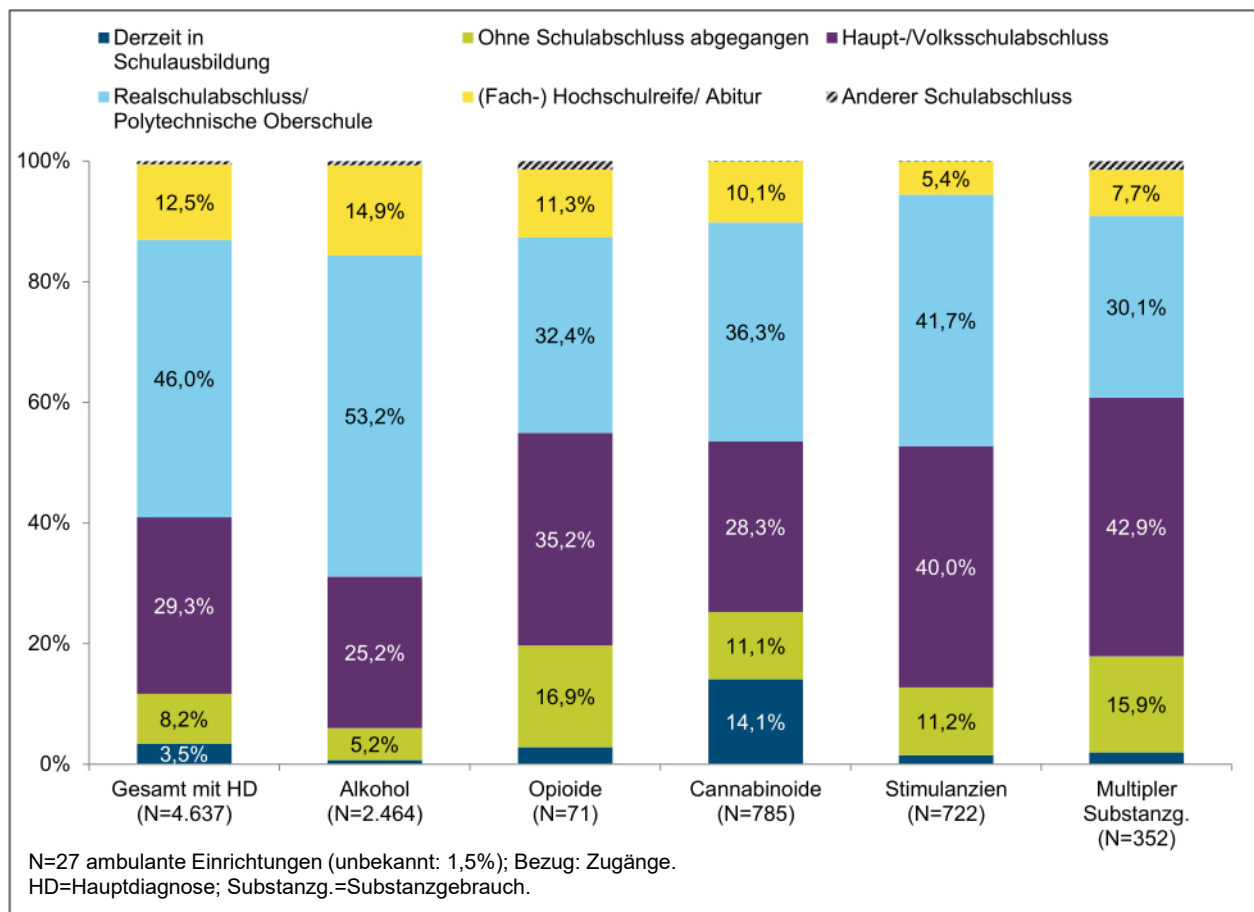


Abbildung 16: Schulbildung (Typ 1)

Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen (35 %) bzw. mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (43 %) haben schwerpunktmäßig einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss. In den anderen Störungsgruppen ist die mittlere Reife jeweils am weitesten verbreitet, so ist dies bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen bei 5 von 9 Fällen gegeben (53 %). Hier hat ein Sechstel das (Fach-) Abitur (15 %). Das Abitur findet sich in den übrigen Störungsgruppen bei einem Neuntel bis hin zu einem Zwanzigstel der Hilfesuchenden (Stimulanzien: 5 %; Multipler Substanzgebrauch: 8 %; Cannabinoide: 10 %; Opiode: 11 %).

Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (5 %) haben in einem von 20 Fällen die Schule abgebrochen. Die Schulabbruchquote liegt unter Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (17 %) bzw. Multiplen Substanzgebrauch (16 %) bei etwa einem Sechstel und bei Hilfesuchenden mit cannabinoid- (11 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (11 %) bei jeweils einem Neuntel.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Hilfesuchende in stationären Rehabilitationseinrichtungen verfügen in knapp der Hälfte der Fälle über die mittlere Reife (48 %) und in 3 von 10 Fällen über einen Haupt- bzw.

Volksschulabschluss (30 %; siehe Abbildung 17). Mit einem Zehntel ist das Abitur (10 %) genauso weit verbreitet wie ein Schulabbruch (10 %). Personen in laufender schulischer Ausbildung finden sich nur vereinzelt.

Während in der Klientel mit alkohol- (53 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (49 %) die mittlere Reife mit etwa der Hälfte der Fälle der häufigste Schulabschluss ist, dominiert unter Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (43 %) bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (38 %) mit gut bzw. knapp zwei Fünftel der Haupt- bzw.

Volksschulabschluss. Ein Neuntel der Betreuten mit alkohol- (11 %) bzw. ein Elftel der Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (9 %) hat das (Fach-)Abitur. Unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen (4 %) gilt dies für eine von 25 betreuten Personen und unter Betreuten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (5 %) für eine von 20 Hilfesuchenden. Ein Schulabbruch ist unter Hilfesuchenden, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen (Stimulanzen: 16 % Multipler Substanzgebrauch: 20 %; Cannabinoide: 20 %) betreut werden, mit einem Sechstel bis zu einem Fünftel mehr als doppelt so hoch wie unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen (6 %).

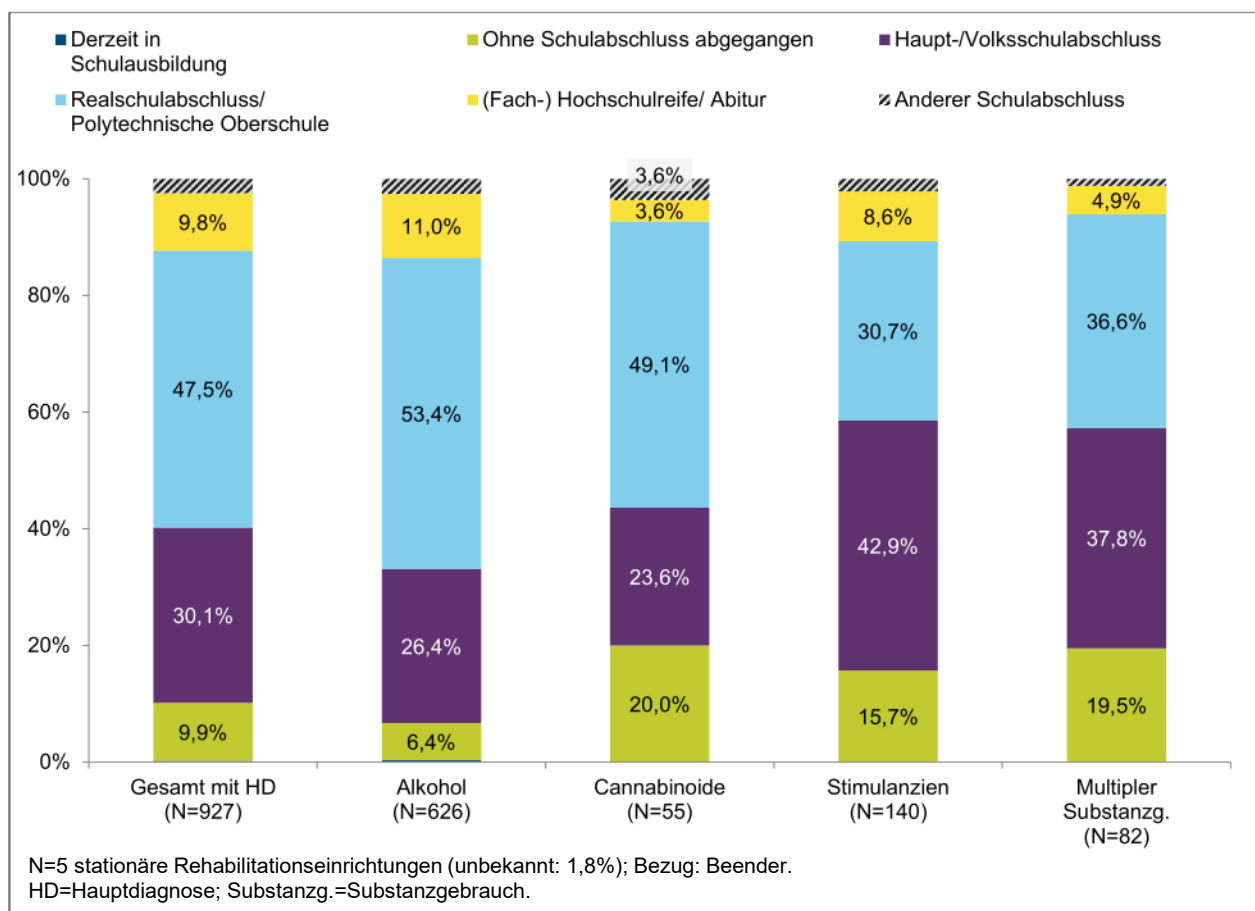


Abbildung 17: Schulbildung (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Jeweils zwei Fünftel der in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe betreuten Klientel hat einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (40 %) oder die mittlere Reife (40 %). Etwa eine von 15 betreuten Personen verfügt über das (Fach-)Abitur (6 %) und ein Achtel hat die Schule ohne Abschluss (13 %) verlassen (Stichprobe: N = 136 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 12 Einrichtungen; unbekannt: 4,8 %; Bezug: Zugänge).

3.3.6 Erwerbsstatus

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

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

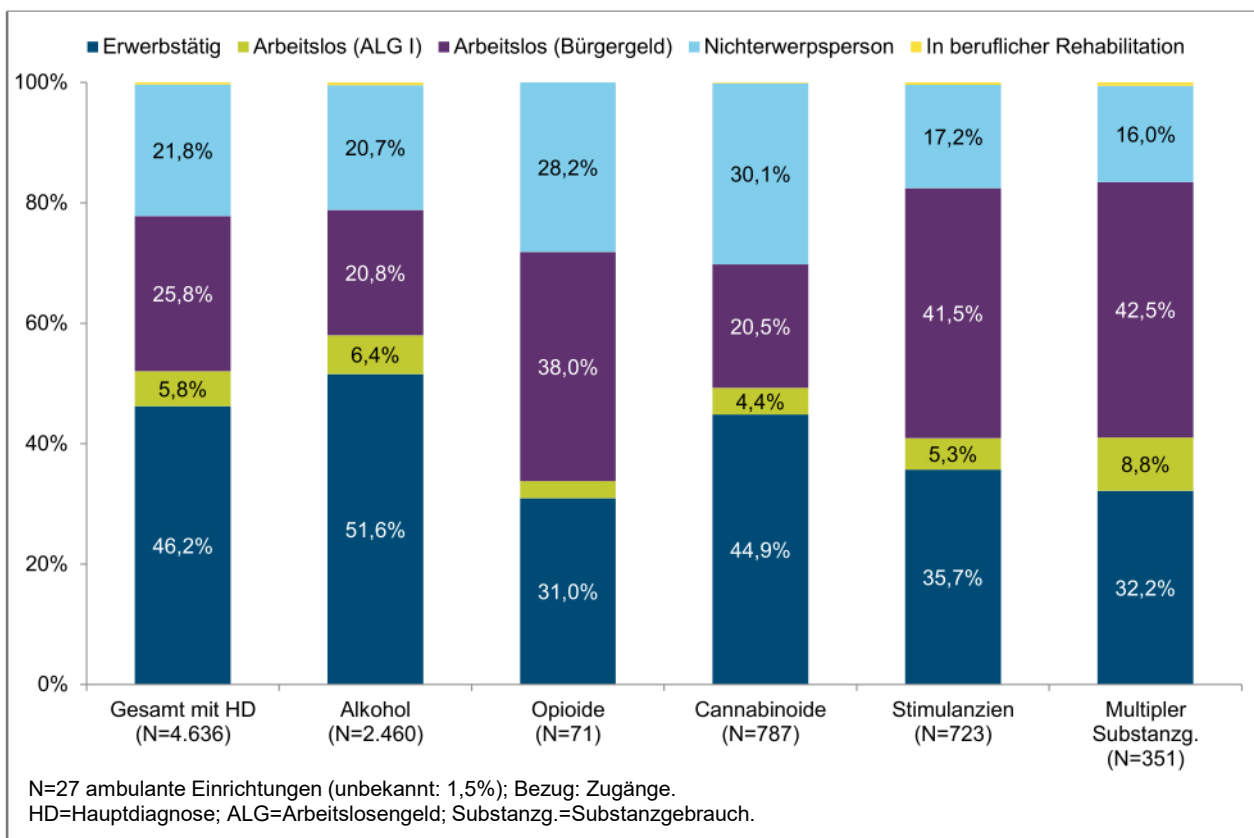


Abbildung 18 Erwerbsstatus (Typ 1)

Insgesamt bilden Erwerbstätige (46 %) die größte Gruppe der in ambulanten Einrichtungen betreuten Klientel, dies trifft auf knapp die Hälfte der Fälle zu (siehe Abbildung 18). An zweiter Stelle folgen Hilfesuchende, die arbeitslos gemeldet sind (Bezug von Arbeitslosengeld (ALG I)

oder Bürgergeld. Der Bezug von Bürgergeld (26 %) liegt bei einem Viertel der Klientel vor und ist damit etwa viermal so häufig wie der Bezug von ALG I (6 %). Die berufliche Rehabilitation spielt für die Hilfesuchenden als Erwerbsstatus vor Beginn der Betreuung praktisch keine Rolle.

Während Betreute mit alkohol- (52 %) bzw. cannabinoidbezogenen Störungen (45 %) in etwa zur Hälfte und damit schwerpunktmäßig erwerbstätig sind, dominiert in den übrigen Gruppen mit jeweils etwa 2 Fünfteln der Bezug von Bürgergeld (Opiode: 38 %; Stimulanzen: 42 %; Multipler Substanzgebrauch: 43 %). Unter alkohol- (21 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (21 %) liegt der Anteil an Hilfesuchenden mit Bezug von Bürgergeld bei einem Fünftel.

Nichterwerbspersonen finden sich mit 3 von 10 Fällen insbesondere unter Hilfesuchenden mit opioid- (28 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (30 %). Unter Betreuten mit stimulanzenbezogenen Störungen (17 %) oder Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (16 %) beläuft sich ihr Anteil auf etwa ein Sechstel und unter Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen auf etwa ein Fünftel (21 %).

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

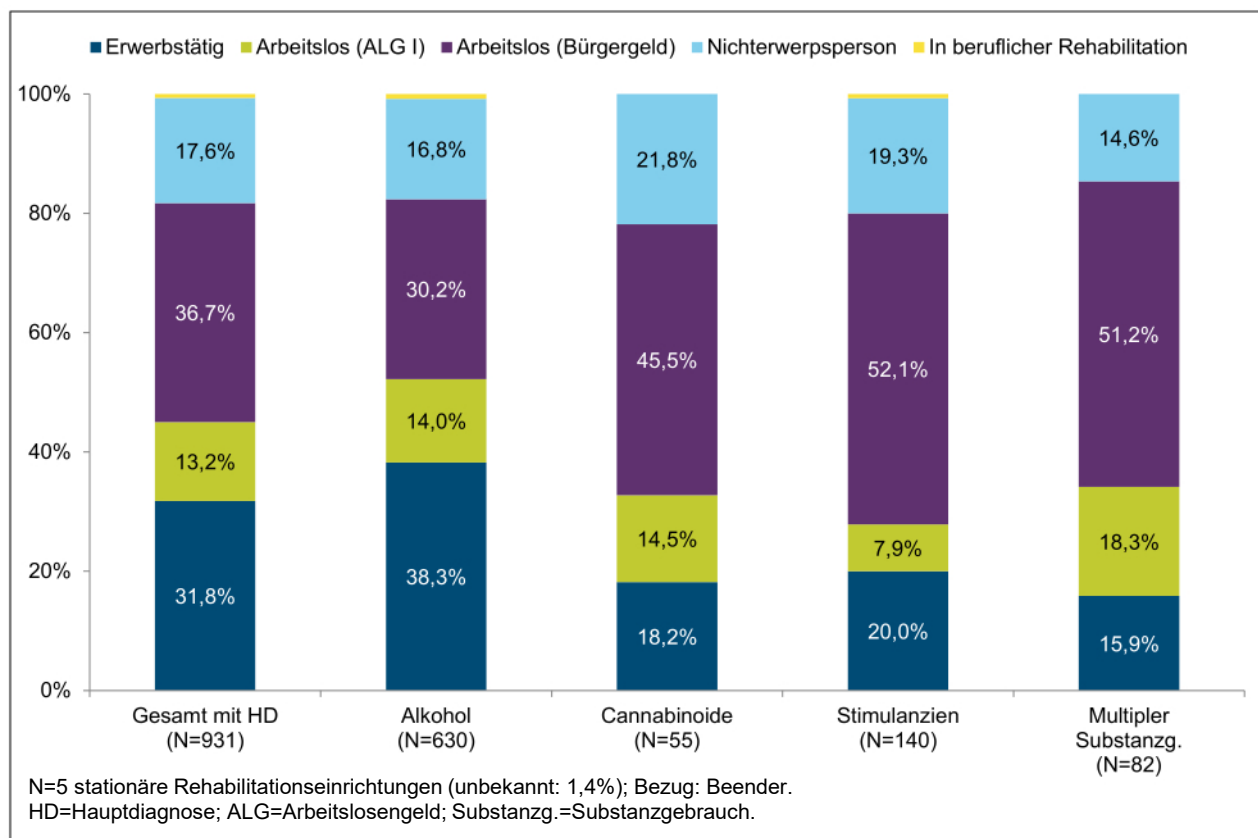


Abbildung 19: Erwerbsstatus (Typ 2)

Insgesamt ist die Hälfte der Hilfesuchenden in stationären Rehabilitationseinrichtungen arbeitslos, wobei der Bezug von Bürgergeld mit knapp 2 Fünfteln (37 %) etwa dreimal so häufig ist wie der Bezug von ALG I (13 %; siehe Abbildung 19). Etwa ein Drittel der Behandelten ist

erwerbstätig (32 %) und etwa ein Sechstel zählt zur Gruppe der Nichterwerbspersonen (18 %). Nur vereinzelt werden Personen behandelt, die sich in beruflicher Rehabilitation befinden.

Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen sind in 2 von 5 Fällen und damit schwerpunktmäßig erwerbstätig (38 %). Unter Personen, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen behandelt werden, ist der Anteil an Erwerbstätigen etwa halb so hoch (Multipler Substanzgebrauch: 16 %; Cannabinoide: 18 %; Stimulanzen: 20 %).

Grundsätzlich sind die Hilfesuchenden in allen Gruppen schwerpunktmäßig arbeitslos (Bezug von ALG I bzw. Bürgergeld: in Summe 52 % bis 70 %), wobei der Bezug von Bürgergeld unter Personen, die aufgrund von Störungen durch illegale Substanzen behandelt werden, bei etwa der Hälfte der Fälle vorliegt (Cannabinoide: 46 %; Multipler Substanzgebrauch: 51 %; Stimulanzen: 52 %) und bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen (30 %) bei 3 von 10 Fällen. Behandelte mit alkohol- (14 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (15 %) beziehen jeweils in einem von 7 Fällen ALG I, Behandelte mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch tun dies in einem von 6 Fällen (18 %). In der Gruppe mit cannabinoidbezogenen Störungen ist der Bezug von ALG I mit einem von 12 Fällen (8 %) im Vergleich dazu weniger verbreitet. In dieser Gruppe finden sich mit gut einem Fünftel anteilmäßig die meisten Nichterwerbspersonen (22 %). Der entsprechende Anteil liegt unter Behandelten mit stimulanzenbezogenen Störungen bei knapp einem Fünftel (19 %), bei Behandelten mit alkoholbezogenen Störungen bei einem Sechstel (17 %) und bei Behandelten mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch bei einem Siebtel (15 %).

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Zwei Drittel der in Einrichtungen der sozialen Teilhabe betreuten Klientel beziehen Bürgergeld (64 %), ein weiteres Viertel zählt zur Gruppe der Nichterwerbspersonen (26 %). Ein kleiner Anteil der Betreuten ist erwerbstätig (6 %), wohingegen ein jeweils vernachlässigenswerter Anteil ALG I bezieht bzw. sich in ambulanter Reha befindet (Stichprobe: N = 136 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 4,8 %; Bezug: Zugänge).

3.3.7 Elternschaft minderjähriger Kinder

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Hilfesuchende in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) haben in 2 von 3 Fällen – und damit mehrheitlich – keine minderjährigen Kinder (66 %; siehe Abbildung 20). Etwa ein Siebtel der Hilfesuchenden hat ein minderjähriges Kind (17 %) und etwa ein Neuntel hat 2 minderjährige Kinder (11 %). Ein berichtenswerter Anteil hat 3 minderjährige Kinder (3 %), Konstellationen mit mindestens 4 minderjährigen Kindern sind die Ausnahme. Hilfesuchende Eltern mit minderjährigen Kindern haben damit im Durchschnitt 1,71 minderjährige Kinder.

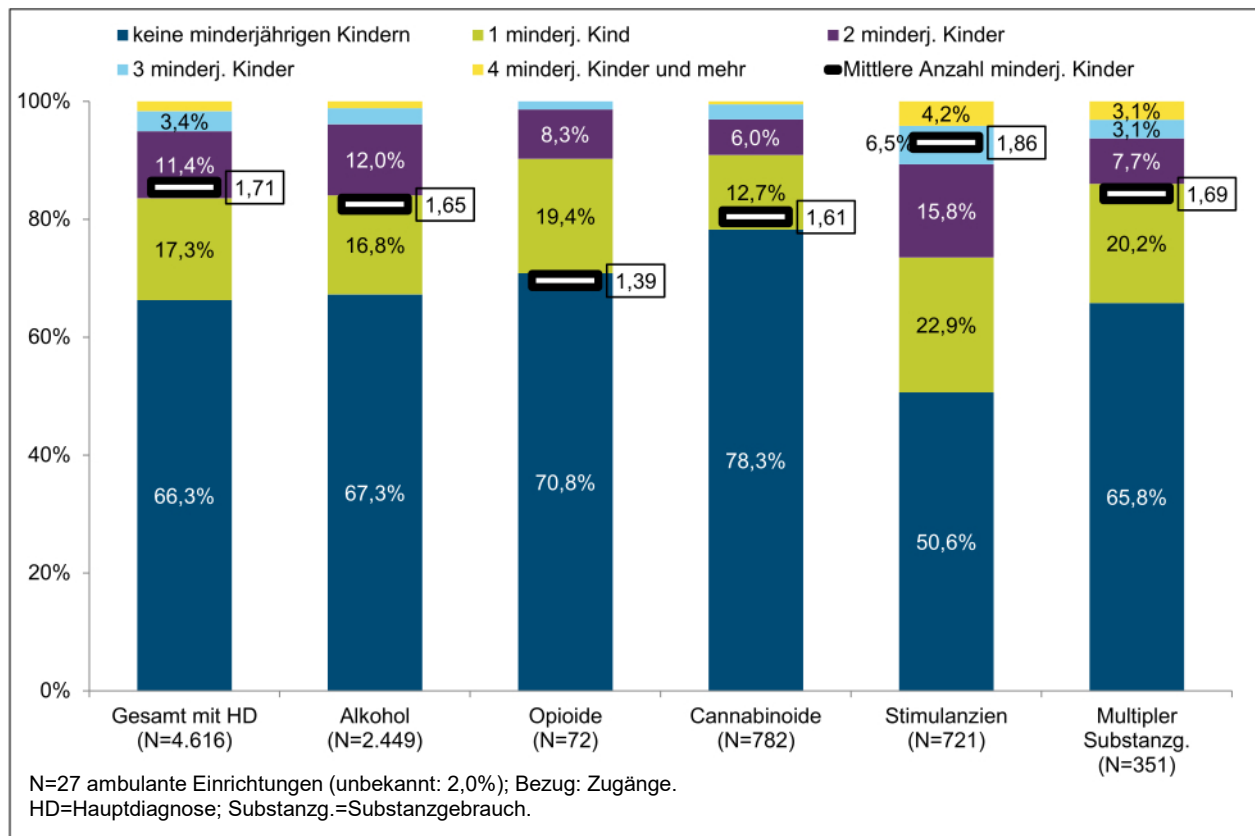


Abbildung 20: Elternschaft minderjähriger Kinder (Typ 1)

Während unter Hilfesuchenden mit stimulanzienbezogenen Störungen die Hälfte keine minderjährigen Kinder hat (51 %), sind es unter Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen gut drei Viertel (78 %). In den übrigen Gruppen haben jeweils etwa 2 von 3 Hilfesuchenden keine minderjährigen Kinder (Multipler Substanzgebrauch: 66 %; Alkohol: 67 %, Opioide: 71 %).

Im Falle der Elternschaft überwiegen Konstellationen mit einem minderjährigen Kind, wobei der entsprechende Anteil unter Hilfesuchenden mit cannabinoid- (13 %) bzw. alkoholbezogenen Störungen (17 %) bei einem Achtel bzw. einem Sechstel liegt und in den übrigen Gruppen bei jeweils (gut) einem Fünftel (Opioide: 19 %; Multipler Substanzgebrauch: 20 %; Stimulanzien: 23 %). Eine Elternschaft für 2 minderjährige Kinder findet sich bei einem Sechstel der Betreuten mit stimulanzienbezogenen Störungen (16 %) bzw. einem Achtel der Betreuten mit alkoholbezogenen Störungen (12 %), in den übrigen Gruppen liegt dies bei einem nennenswerten Anteil, aber weniger als einem Zehntel der Hilfesuchenden vor (Cannabinoide: 6 %; Multipler Substanzgebrauch: 8 %; Opioide: 8 %). Die Elternschaft für 3 bzw. mindestens 4 minderjährige Kinder tritt nur bei der Klientel mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (jeweils 3 %) bzw. mit stimulanzienbezogenen Störungen (7 % bzw. 4 %) auf. Infolgedessen ist die mittlere Anzahl an minderjährigen Kindern unter Hilfesuchenden Eltern mit

stimulanzienbezogenen Störungen am höchsten (1,86 minderjährige Kinder), unter Eltern mit opioidbezogenen Störungen ist diese Zahl am niedrigsten (1,39 minderjährige Kinder).

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Hilfesuchende in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) haben in gut zwei Dritteln der Fälle keine minderjährigen Kinder (68 %; siehe Abbildung 21). Knapp ein Fünftel der Hilfesuchenden hat ein minderjähriges Kind (19 %) und etwa ein Elftel hat 2 minderjährige Kinder (9 %). Konstellationen mit 3 oder mindestens 4 minderjährigen Kindern sind die Ausnahme. Hilfesuchende Eltern mit minderjährigen Kindern haben damit im Durchschnitt 1,71 minderjährige Kinder.

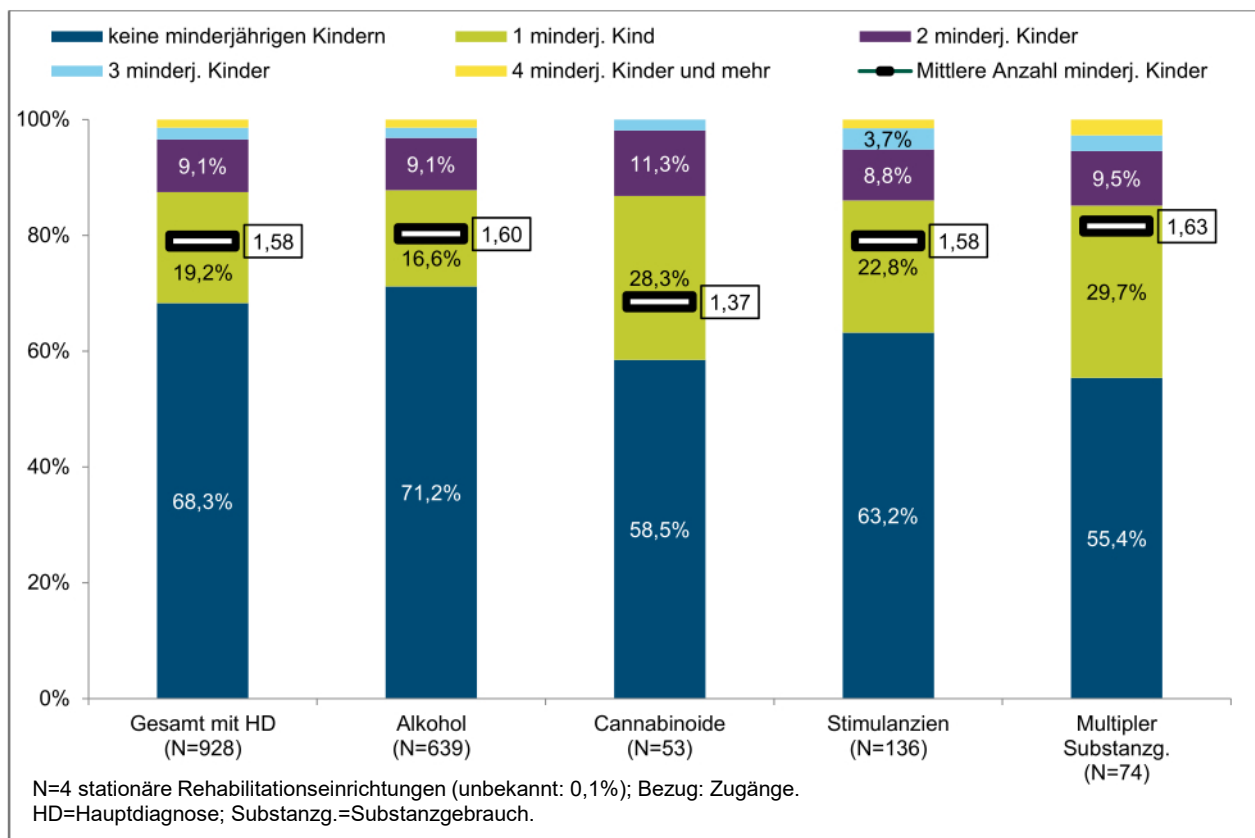


Abbildung 21: Elternschaft minderjähriger Kinder (Typ 2)

Unter Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen hat ein Sechstel ein minderjähriges Kind (17 %), ein Elftel hat 2 minderjährige Kinder (9 %). Unter Hilfesuchenden mit stimulanzienbezogenen Störungen bzw. Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs wird in gut 2 bzw. 3 von 10 Fällen die Elternschaft für ein minderjähriges Kind (23 % bzw. 30 %) berichtet, in etwa einem von 10 Fällen sind es 2 minderjährige Kinder (9 % bzw. 10 %). Bei stimulanzienbezogenen Störungen findet sich zudem ein nennenswerter Anteil an Klientel mit 3 minderjährigen Kindern (4 %), während dies bei den übrigen betrachteten Klientelgruppen nur in Einzelfällen gegeben ist. Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen haben in knapp

3 von 10 Fällen ein minderjähriges Kind (28 %), in gut einem von 10 Fällen 2 minderjährige Kinder (11 %). Mindestens vier Kinder hat diese Klientelgruppe nicht, während dies in den übrigen betrachteten Störungsgruppen in Einzelfällen gegeben ist. Damit haben Hilfesuchende Eltern der einzelnen Störungsgruppen durchschnittlich 1,37 (cannabinoidbezogene Störungen) bis hin zu 1,63 minderjährige Kinder (Multipler Substanzgebrauch).

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Drei Viertel der Hilfesuchenden haben keine minderjährigen Kinder (75 %). Ein Siebtel hat ein minderjähriges Kind (14 %) und ein Elftel hat 2 minderjährige Kinder (9 %). Eine Elternschaft für 3 und mindestens 4 minderjährige Kinder besteht nur vereinzelt. Hilfesuchende Eltern mit minderjährigen Kindern haben damit im Durchschnitt 1,63 minderjährige Kinder (Stichprobe: N = 122 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 11 Einrichtungen; unbekannt: 4,6 %; Bezug: Zugänge).

3.4 Betreuungsbezogene Merkmale

3.4.1 Zugangsweg in die aktuelle Betreuung / Behandlung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt bilden Selbstmeldungen (44 %), gefolgt von Vermittlungen über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (13 %) sowie Vermittlungen über allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (10 %) die drei häufigsten Zugangswege in ambulante Suchthilferichtungen (siehe Abbildung 22).

Die Selbstmeldung bildet auch auf Ebene der einzelnen Störungen jeweils den am weitesten Zugangsweg, wobei ihr Anteil zwischen gut einem Drittel bei cannabinoid- (34 %) bzw. opioidbezogenen Störungen (36 %) über zwei Fünftel bei stimulanzenbezogenen Störungen (41 %) bis zu knapp der Hälfte der Fälle bei alkoholbezogenen Störungen (47 %) bzw. Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (47 %) schwankt. An zweiter Stelle stehen in der Klientel mit alkoholbezogenen Störungen mit einem Siebtel Vermittlungen durch allgemeine Krankenhäuser bzw. psychiatrische Einrichtungen (14 %) und in der Klientel mit opioidbezogenen Störungen mit einem Viertel Vermittlungen durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen (24 %). In den übrigen Gruppen nehmen Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit einem Fünftel bis einem Viertel der Fälle den zweiten Rang ein (Multipler Substanzgebrauch: 20 %; Stimulanzen: 22 %, Cannabinoide: 24 %).

Der dritte Rang entfällt mit jeweils etwa einem von 12 Fällen bei alkoholbezogenen Störungen (8 %) bzw. mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (8 %) sowie stimulanzenbezogenen Störungen (8 %) auf Vermittlungen durch das soziale Umfeld; in der letztgenannten Gruppe gleichauf mit Vermittlungen durch das Jugendamt / die Jugendhilfe

(8 %), das für Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen ebenfalls am dritthäufigsten als vermittelnde Instanz fungiert (16 %). In der Klientel mit opioidbezogenen Störungen stehen wiederum Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (17 %) an dritter Stelle.

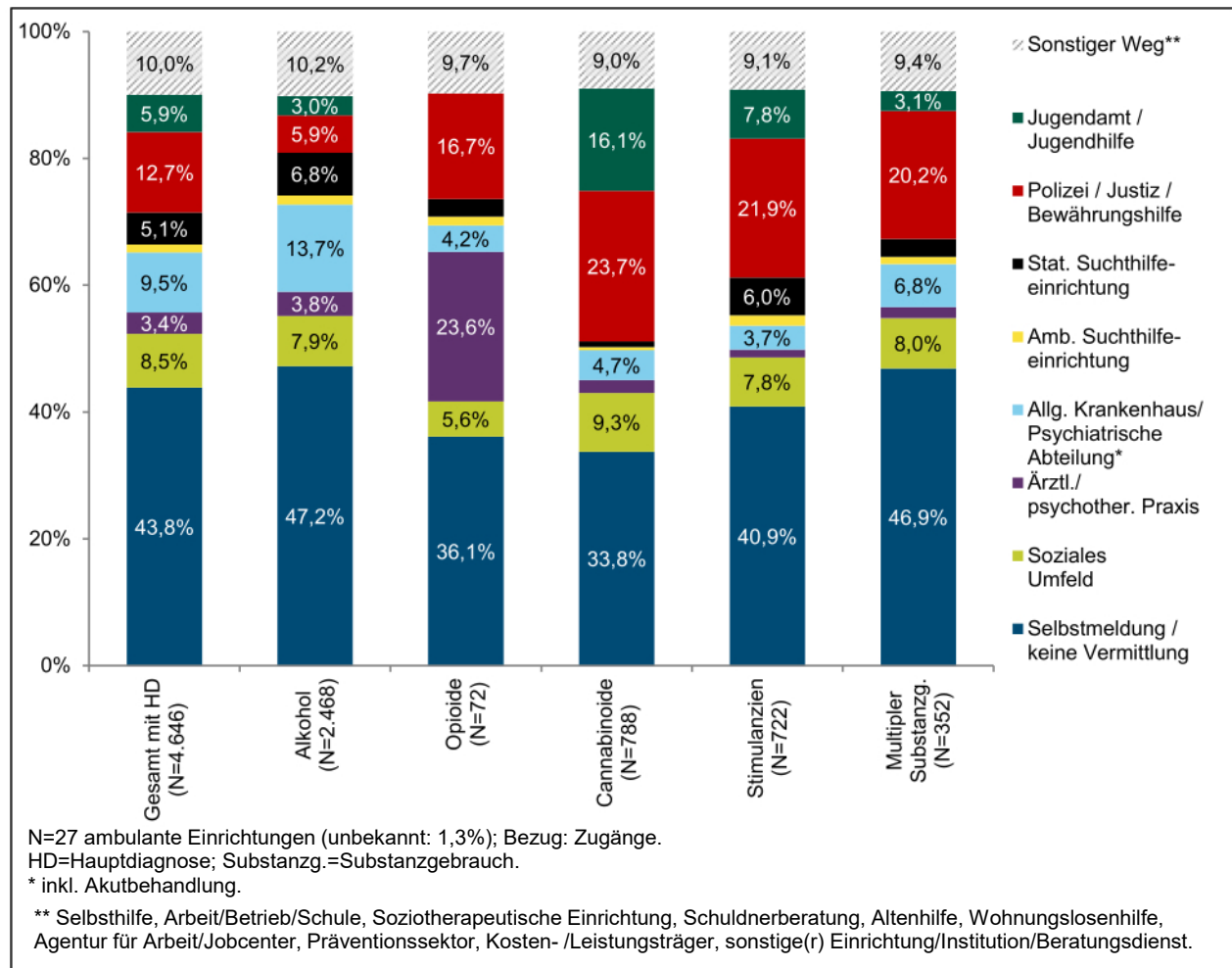


Abbildung 22: Zugangswege (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Etwa 5 von 9 Behandelten kommen über allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen in die stationäre Rehabilitationseinrichtung (57 %; siehe Abbildung 23). Ein weiteres Fünftel wird über ambulante Suchthilfeeinrichtungen (20 %) vermittelt und in etwa einem von 11 Fällen erfolgt die Vermittlung über stationäre Suchthilfeeinrichtungen (9 %). Jeweils etwa eine von 25 behandelten Personen kommt über Selbstmeldung (5 %) bzw. durch Vermittlung von Polizei / Justiz / Bewährungshilfe (5 %) in die Einrichtung. Weitere Vermittlungswege spielen keine nennenswerte Rolle.

In allen Gruppen erfolgt die Vermittlung schwerpunktmäßig durch allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen, wobei der entsprechende Anteil bei alkoholbezogenen Störungen mit zwei Dritteln (67 %) fast doppelt so hoch ist wie in den übrigen Gruppen (Stimulanzien:

36 %; Cannabinoide: 35 %, multipler Substanzgebrauch: 29 %). Ein Fünftel bis ein Viertel dieser Klientelgruppen wird über ambulante Suchthilfeeinrichtungen vermittelt; damit nehmen diese Institutionen bei alkohol- (19 %) bzw. bei cannabinoidbezogenen Störungen (22 %) sowie bei multipltem Substanzgebrauch (26 %) den zweiten Rang ein (25 %). Bei Hilfesuchenden mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch liegen Vermittlungen durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen (26 %) und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (26 %) gleichauf an zweiter Stelle.

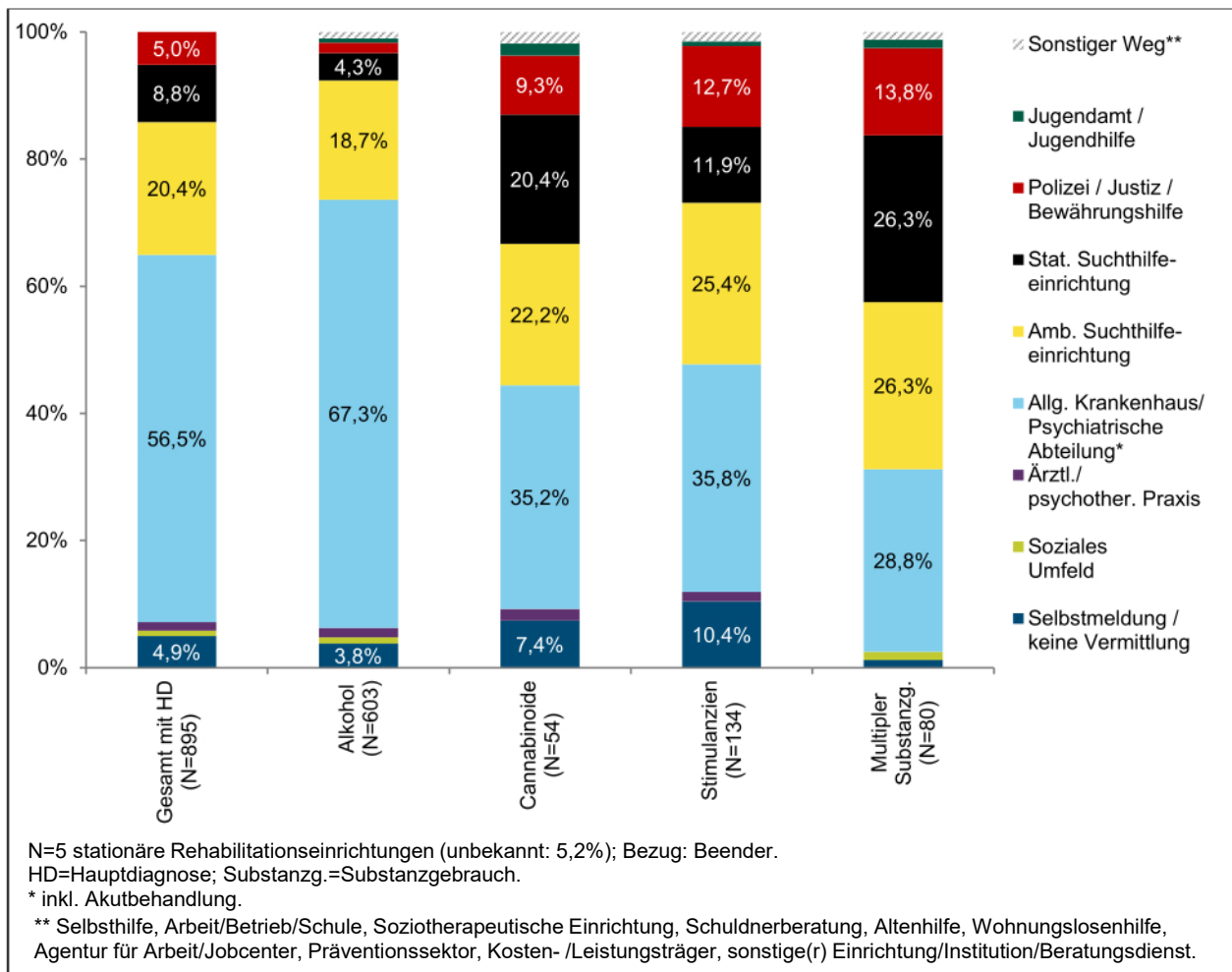


Abbildung 23: Zugangswege (Typ 2)

Bei alkohol- (4 %) und cannabinoidbezogenen Störungen (20 %) nehmen stationäre Suchthilfeeinrichtungen den dritten Rang ein, bei stimulanzienbezogenen Störungen (12 %) den vierten Rang. Hier stehen Vermittlungen durch Polizei / Justiz /Bewährungshilfe (13 %), die auch bei cannabinoidbezogenen Störungen (10 %) und Multipltem Substanzgebrauch (14 %) eine substanzielle Rolle spielen, an dritter Stelle.

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Gut ein Drittel der in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe betreuten Klientel kommt über allgemeine Krankenhäuser / Psychiatrische Abteilungen (36 %) in die Betreuung und etwa ein Fünftel eigeninitiativ über Selbstmeldung (21 %). Ein Sechstel wird über stationäre Suchthilfeeinrichtungen (16 %) vermittelt und eine von 15 Hilfesuchenden direkt über die Kostenträger (7 %). Darüber hinaus spielen auch Soziotherapeutische Einrichtungen (4 %) sowie ambulante Suchthilfeeinrichtungen (4 %) als vermittelnde Instanzen eine gewisse Rolle (Stichprobe: N = 136 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 4,8 %; Bezug: Zugänge).

3.4.2 Erstbetreuungen⁸

Insgesamt haben zwei Fünftel der in ambulanten Einrichtungen betreuten Klientel im Vorfeld der aktuellen Betreuung noch keinerlei suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen (38 %; siehe Abbildung 24). Hierbei sind Erstbetreuungen in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (58 %) mit knapp 3 von 5 Fällen rund doppelt so häufig wie bei den übrigen betrachteten Störungen (Alkohol: 35 %; Opiode: 30 %; Stimulanzien: 30 %; Multipler Substanzgebrauch: 24 %).

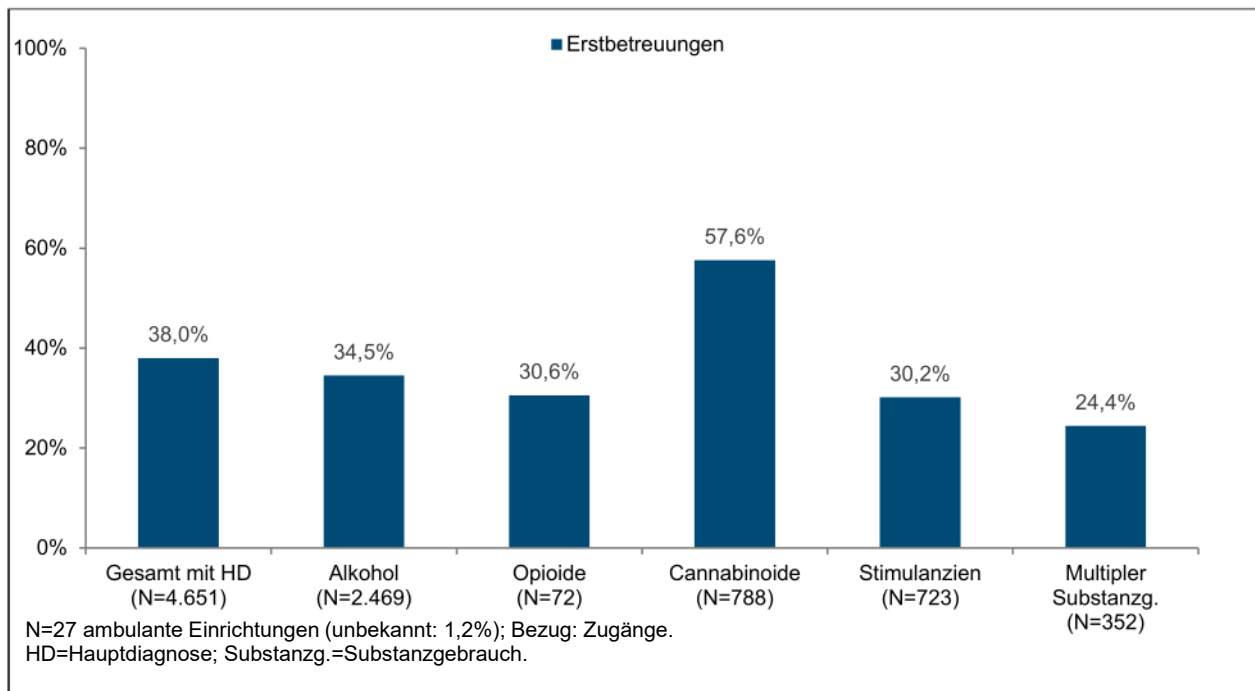


Abbildung 24: Erstbetreuungen (Typ 1)

⁸ Der Parameter Erstbetreuungen wird nur für ambulante Einrichtungen berichtet, da der Zugang zu stationären Rehabilitationseinrichtungen eine vorhergehende suchtspezifische Behandlung voraussetzt. Auch die Betreuung in suchtspezifischen Einrichtungen der Sozialen Teilhabe ist in der Regel an Vorkontakte zur Suchtspezifischen Versorgung geknüpft.

3.4.3 Hauptmaßnahmekategorie

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Die in ambulanten Einrichtungen betreute Klientel erhält insgesamt (95 %) sowie in den betrachteten Störungsgruppen (90 % - 98 %) in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe „Beratung & Betreuung“ (siehe Tabelle 3). Für Hilfesuchende mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch kommt es in etwa einem von 20 Fällen zur einer Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe Suchtbehandlung (6 %). Zu einer Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe Justiz kommt es unter Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (5 %) in etwa einem von 20 Fällen und unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (3 %) in einem von 30 Fällen.

Tabelle 3: Hauptmaßnahmekategorie (Typ 1)

	Gesamt mit HD (N=3.843)	Alkohol (N=2.024)	Opioide (N=62)	Canna- binoide (N=618)	Stimulan- zien (N=629)	Multipler Substanzg. (N=301)
Beratung & Betreuung	94,7%	95,3%	93,5%	98,2%	92,8%	90,0%
Suchtbehandlung	2,4%	2,6%	1,6%	1,1%	1,1%	5,6%
Eingliederungshilfe	0,5%	0,7%	1,6%	0,0%	0,5%	0,3%
Justiz	2,2%	1,3%	3,2%	0,6%	5,4%	4,0%
Andere Maßnahmegruppe*	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

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

N = 27 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 0,7%); Bezug: Beender. HD=Hauptdiagnose; Substanzg.=Substanzgebrauch

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelte Personen erhalten ausnahmslos Maßnahmen aus der Maßnahmengruppe Suchtbehandlung (N = 944 Fälle in N = 5 Einrichtungen; unbekannt: 0,0 %; Bezug: Beender).

Einrichtungen der sozialen Teilhabe (Typ 5)

In der Klientel der Sozialen Teilhabe dominieren Hauptmaßnahmen aus der Hauptmaßnahmengruppe Soziale Teilhabe (84 %). Etwa ein Siebtel der Betreuten erhält eine Hauptmaßnahme aus der Maßnahmengruppe Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung (14 %). Beratung und Betreuung spielt als Hauptmaßnahmengruppe nur eine untergeordnete und weitere Gruppen gar keine Rolle (Stichprobe: N = 125 Fälle mit Hauptdiagnose in 13 Einrichtungen; unbekannt; 1,6 %; Bezug: Beender).

3.4.4 Dauer der Betreuung / Behandlung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In ambulanten Einrichtungen dauern Betreuungen im Mittel 11,5 Monate (siehe Abbildung 25). Hierbei liegt der Schwerpunkt auf Kurzzeitbetreuungen von bis zu 3 Monaten (31 %). Insgesamt etwa 3 von 10 Betreuungen dauern mindestens 1 Jahr, wobei Betreuungen mit einer Dauer von 12 bis 24 Monaten (17 %) häufiger sind als Betreuungen von mehr als 24 Jahren (12 %). Auf Ebene der der meisten betrachteten Störungen dauern Betreuungen im Mittel etwa ein Jahr (Multipler Substanzgebrauch: 11 Monate, Alkohol: 12 Monate, Stimulanzien: 13 Monate), wobei sich in der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen mit einem dreiviertel Jahr (9 Monate) die kürzeste und in der Klientel mit opioidbezogenen Störungen mit gut zwei Jahren (26 Monate) die durchschnittlich längste Betreuungsdauer findet. Entsprechend kommt es unter Betreuten mit opioidbezogenen Störungen mit Abstand am häufigsten zu mehrjährigen Betreuungen (27 %) und am seltensten zu Kurzzeitbetreuungen mit einer Dauer von bis zu 3 Monaten (19 %).

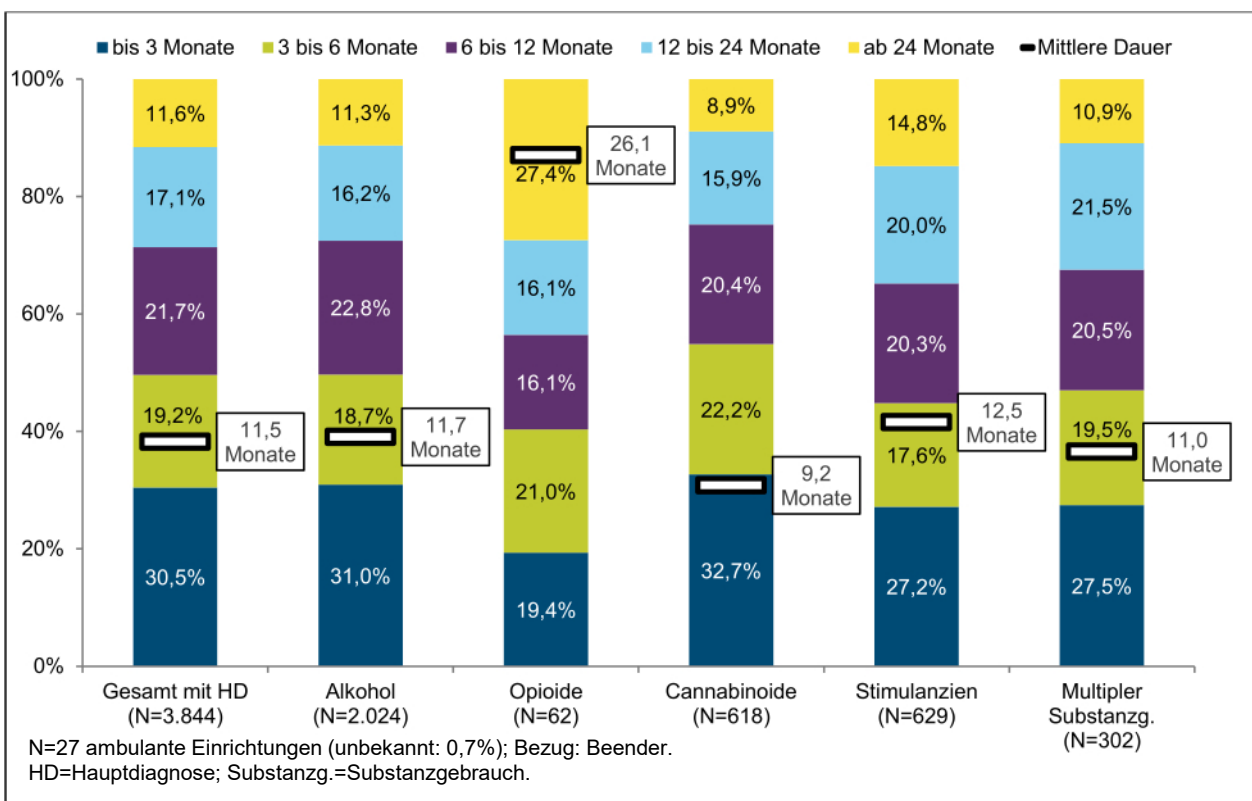


Abbildung 25: Mittlere Betreuungsdauer (Typ 1)

Für die anderen betrachteten Störungen liegt der Anteil an Kurzzeitbetreuungen bei gut einem Viertel (Stimulanzien: 27 %; Multipler Substanzgebrauch: 28 %) bis (knapp) einem Drittel (Alkohol: 31 %; Cannabinoide: 33 %), der Anteil an mehrjährigen Betreuungen reicht von

(knapp) einem Zehntel (Cannabinoide: 9%; Alkohol: 11 %; Multipler Substanzgebrauch: 11 %) bis zu einem Siebtel (Stimulanzien: 15 %). Damit erhalten Hilfesuchende – mit Ausnahme der Klientel mit opioidbezogenen Störungen – jeweils schwerpunktmäßig Kurzzeitbetreuungen.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2).

Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen dauern im Mittel 13 Wochen (3 Monate), wobei die durchschnittliche Dauer je nach betrachteter Störungsgruppe zwischen 12 und 16 Wochen schwankt (siehe Abbildung 26). Insgesamt enden 5 von 9 Behandlungen nach maximal 3 Monaten (54 %), nahezu alle anderen Behandlungen enden nach drei bis 6 Monaten (44 %).

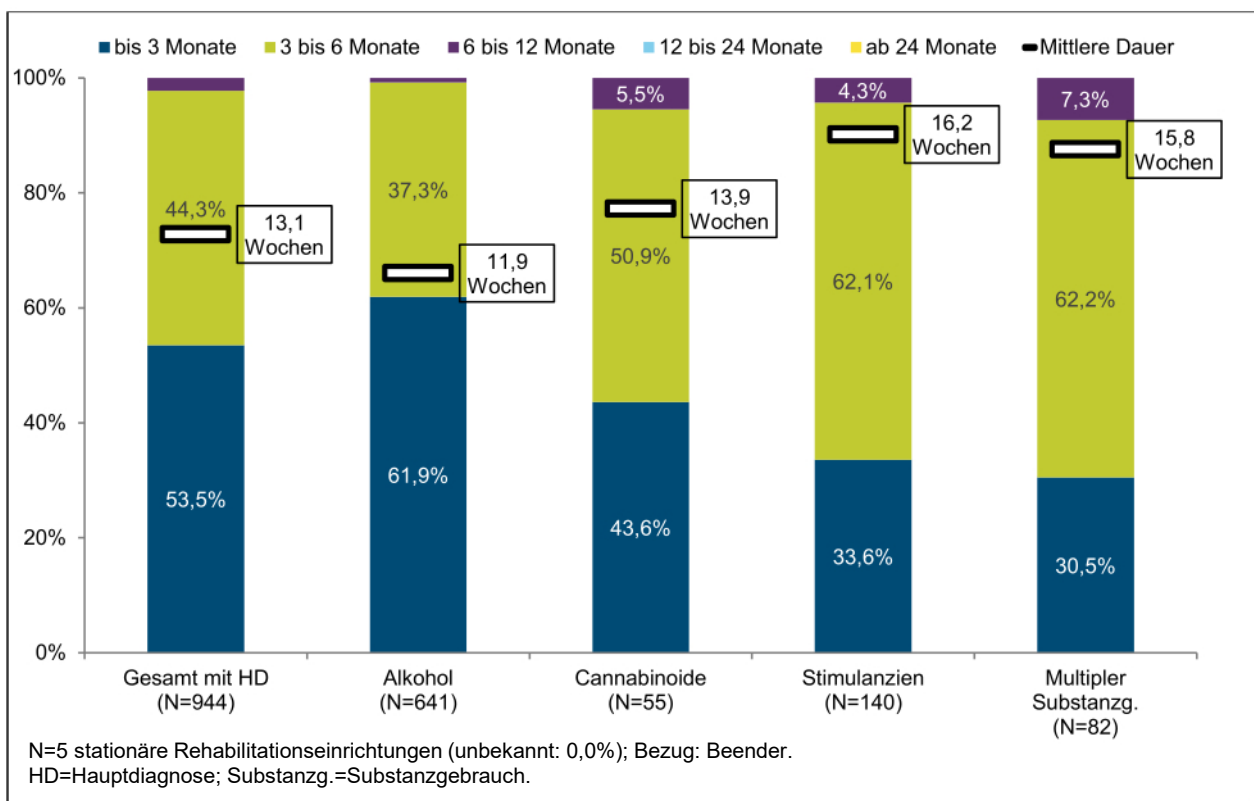


Abbildung 26: Mittlere Behandlungsdauer (Typ 2)

Die Behandlung von alkoholbezogenen Störungen dauert in gut 3 von 5 Fällen bis zu 3 Monaten (62 %) und in knapp 2 von 5 Fällen zwischen 3 und 6 Monaten (37 %). Längere Behandlungsdauern sind hier die Ausnahme. Die Klientel mit Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen wird mehrheitlich zwischen 3 und 6 Monaten behandelt (Cannabinoide: 51 %; Stimulanzien: 62 %, Multipler Substanzgebrauch: 62 %): Bei Multipler Substanzgebrauch (31 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (34 %) stellen Kurzzeitbehandlungen von bis zu 3 Monaten (knapp) ein Drittel der Fälle, in der Gruppe mit cannabinoidbezogenen Störungen (44 %) etwa 4 von 9 Fällen. In allen drei Gruppen kommt es

in gewissem Umfang zu Behandlungen mit einer Dauer von 6 bis 12 Monaten (Multipler Substanzgebrauch: 7 %; Cannabinoide: 5 %; Stimulanzen: 4 %); längere Behandlungsdauern kommen praktisch nicht vor.

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5).

Betreuungen in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe sind auf lange Dauer ausgelegt: die mittlere Dauer beträgt 23 Monate. Ein Drittel der Hilfesuchenden wird länger als 2 Jahre (34 %) und ein Fünftel zwischen einem und zwei Jahren (22 %) betreut. Nahezu ebenso häufig sind Betreuungsdauern von 6 bis 12 Monaten (19 %). Ein Kurzzeitbetreuung bis zu 3 Monaten (11 %) erhält eine von 9 Betreuten Personen (Stichprobe: N=125 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 1,6 %; Bezug: Beender).

3.4.5 Anzahl der Kontakte

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)⁹.

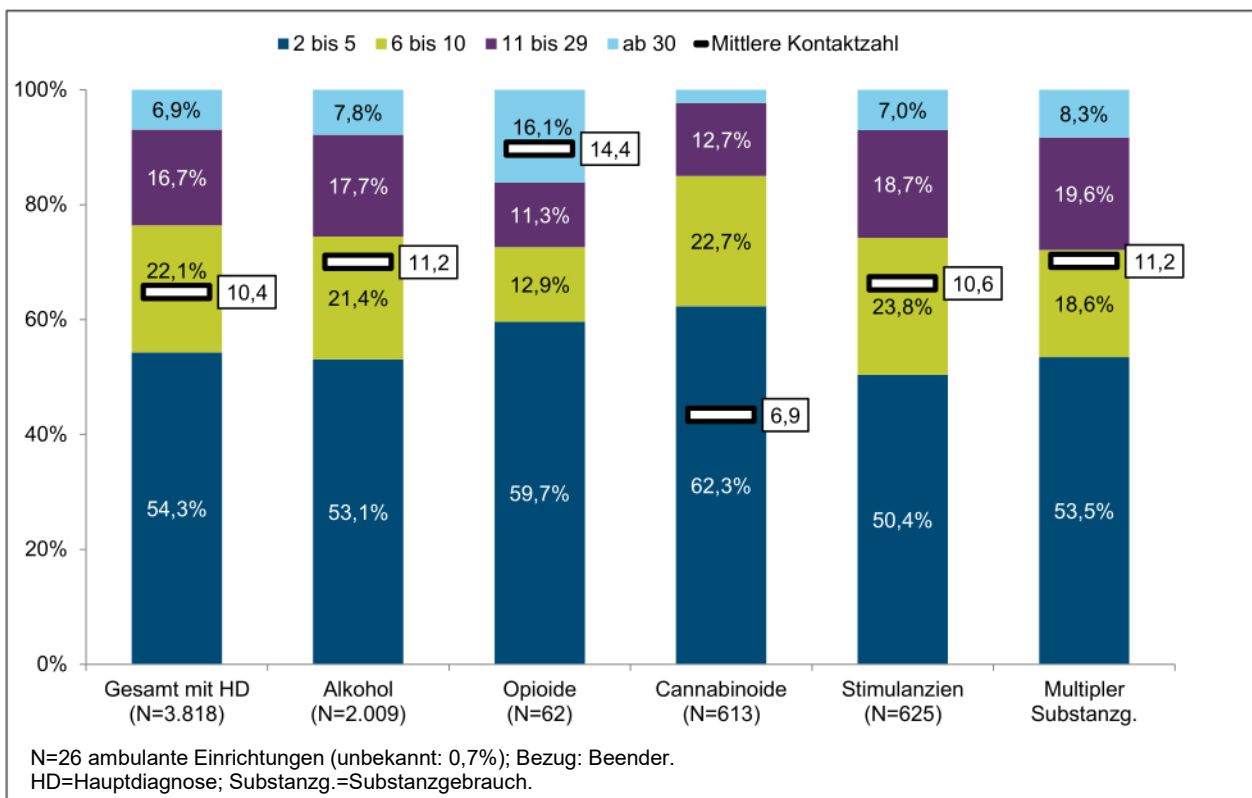


Abbildung 27: Kontaktzahl (Typ 1)

⁹ Der Parameter Kontaktanzahl wird nur bei ambulanten Einrichtungen berichtet, da der Verweis auf Kontaktzahlen bei stationären Maßnahmen (insb. Maßnahmen in stationären Rehabilitationseinrichtungen) nicht sinnvoll erscheint.

Betreuungen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen umfassen im Mittel 10 Kontakte, wobei 4 von 9 Hilfesuchenden zwischen 2 und 5 Kontakten haben (54 %; siehe Abbildung 27). Bei einer von 15 Betreuungen finden sich mindestens 30 Kontakte (7 %).

Auf Ebene der einzelnen betrachteten Störungen haben Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen (7 Kontakte) im Durchschnitt die wenigsten und Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen (14 Kontakte) die meisten Kontakte innerhalb einer Betreuung. In den anderen betrachteten Gruppen mit Störungen aufgrund von Cannabinoiden, Stimulanzien bzw. Multiplen Substanzgebrauch sind es im Mittel jeweils 11 Kontakte. In allen Gruppen dominieren Kontaktfrequenzen von 2 bis 5 Kontakten, wobei der entsprechende Anteil von der Hälfte der Fälle (Stimulanzien: 50 %) über 4 von 9 Fällen (Alkohol: 53 %; Multipler Substanzgebrauch: 54 %) bis hin zu 3 Fünfteln der Fälle (Opioide: 60 %; Cannabinoide: 62 %) reicht. Betreuungen mit 30 und mehr Kontakten finden sich bei einem Sechstel der Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (16 %) und damit etwa doppelt so häufig wie unter Hilfesuchenden mit alkohol- (8 %) bzw. stimulanzenbezogenen (7 %) Störungen oder Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (8 %). In der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen kommt es nur vereinzelt zu Betreuungen mit mindestens 30 Kontakten.

3.4.6 Planmäßige Beendigung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

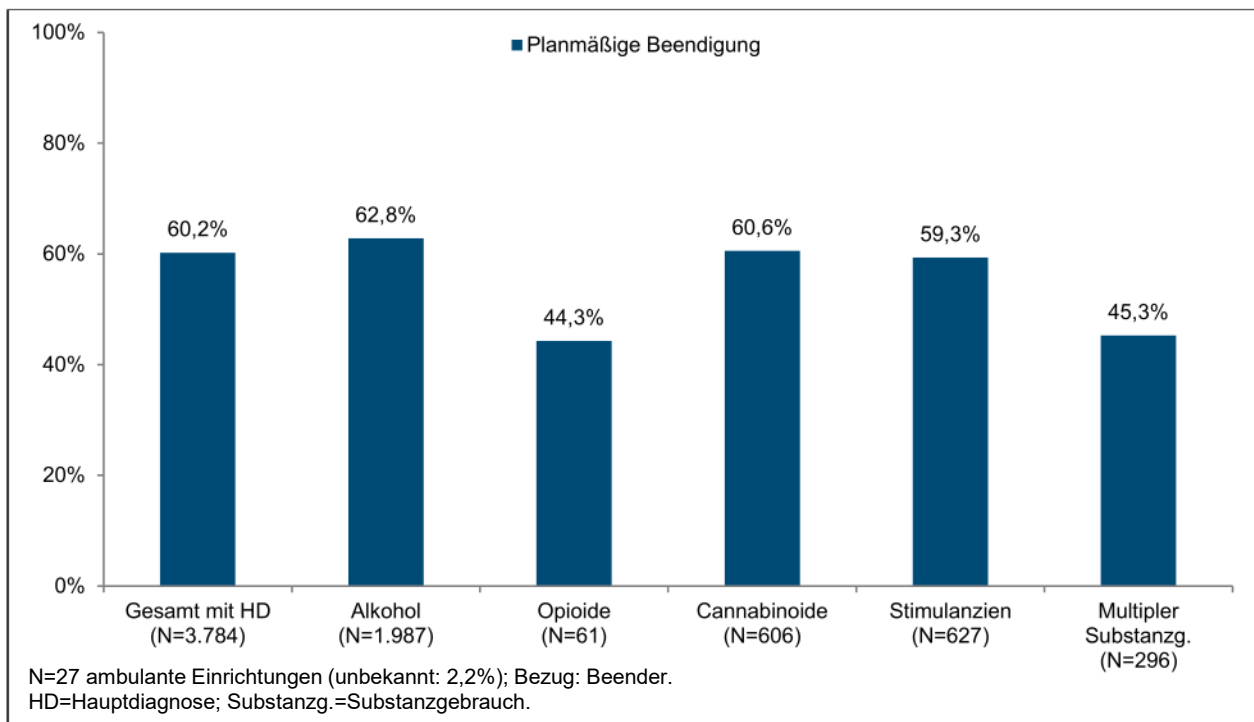


Abbildung 28: Planmäßige Beendigungen (Typ 1)

Insgesamt enden 6 von 10 Betreuungen in ambulanten Einrichtungen planmäßig (60 %). Diese sogenannte Haltequote ist unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (44 %) bzw. mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (45 %) mit 4 von 9 Fällen am niedrigsten (siehe Abbildung 28). In den übrigen betrachteten Gruppen enden etwa 6 von 10 Betreuungen planmäßig (Stimulanzien: 59 %, Cannabinoide: 60 %; Alkohol: 62 %).

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen enden insgesamt 8 von 10 Behandlungen planmäßig (80 %), wobei diese Haltequote bei alkoholbezogenen Störungen (85 %) mit gut 8 von 9 Behandlungen am höchsten und bei cannabinoidbezogenen Störungen (64 %) mit knapp 6 von 9 Behandlungen am geringsten ist (siehe Abbildung 29). Behandlungen aufgrund von stimulanzienbezogenen Störungen (70 %) bzw. aufgrund von Multiplem Substanzgebrauch (73 %) enden in (gut) 7 von 10 Fällen planmäßig.

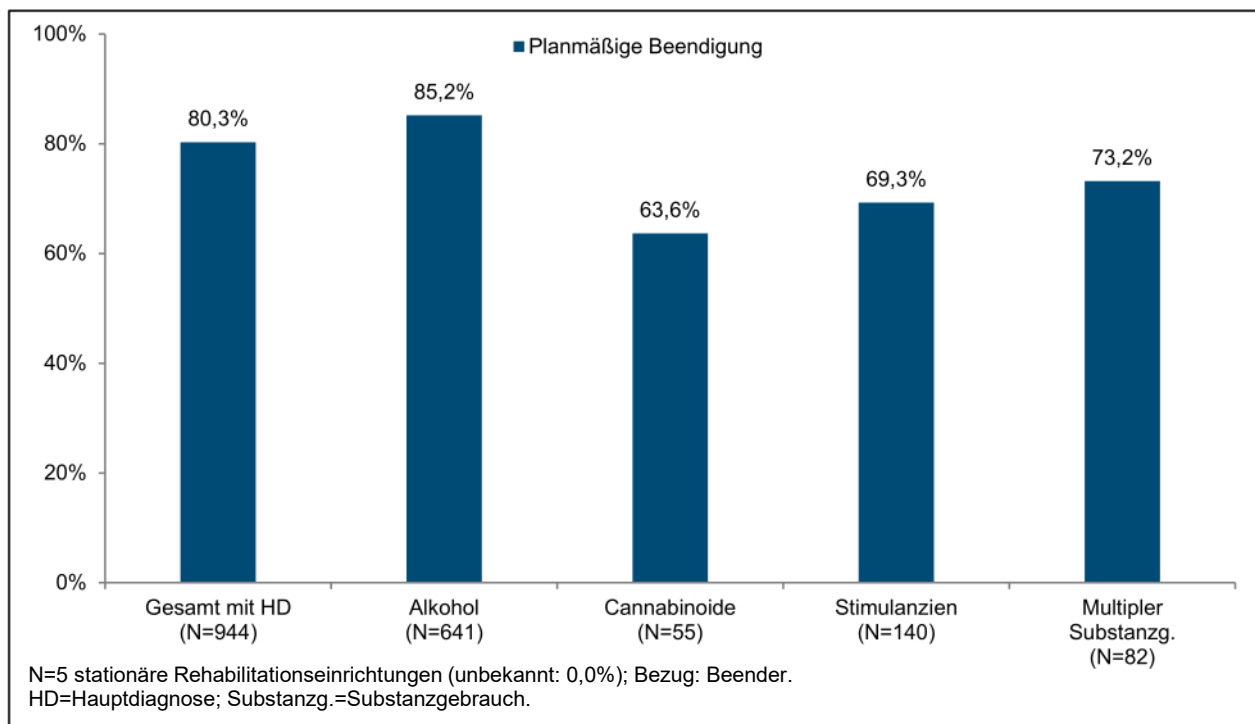


Abbildung 29: Planmäßige Beendigungen (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Hilfesuchende, die in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe behandelt werden, beenden ihre Behandlung in gut 4 von 9 Fällen planmäßig (47 %; Stichprobe: N=124 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 2,4 %; Bezug: Beender).

3.4.7 Entwicklung der Suchtproblematik

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt verbessert sich bei knapp 5 von 9 Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen die Suchtproblematik bis zum Ende der Betreuung (54 %), mit knapp 4 von 9 Hilfesuchenden kommt es bei den Übrigen fast ausnahmslos zu einer Stabilisierung auf dem Ausgangsniveau (43 %; siehe Abbildung 30). Ein berichtenswerter Anteil der Betreuten erfährt eine Verschlechterung (3 %), während ein Neuauftreten nur vereinzelt dokumentiert ist.

In der Klientel mit alkohol- (55 %), stimulanzen (56 %) oder cannabinoidbezogenen Störungen (56 %) erfahren etwa 5 von 9 Betreuten eine Verbesserung, bei jeweils etwa 4 von 9 Betreuten kommt es zu einer Stabilisierung (Alkohol: 41 %; Stimulanzen: 42 %; Cannabinoide: 42 %).

Betreute mit opioidbezogenen Störungen (33 %) oder Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (37 %) erzielen in etwa einem von 3 Fällen eine Verbesserung der initialen Suchtproblematik. Demgegenüber kommt es bei diesen Störungsgruppen in knapp 6 bzw. 5 von 9 Fällen und damit überwiegend zu einer Stabilisierung (Opiode: 64 %; Multipler Substanzgebrauch). Auch kommt hier wie auch bei alkoholbezogenen Störungen in nennenswertem Umfang eine Verschlechterung der Suchtproblematik konstatiiert (Opiode: 3 %; Alkohol: 4 %; Multipler Substanzgebrauch: 7 %).

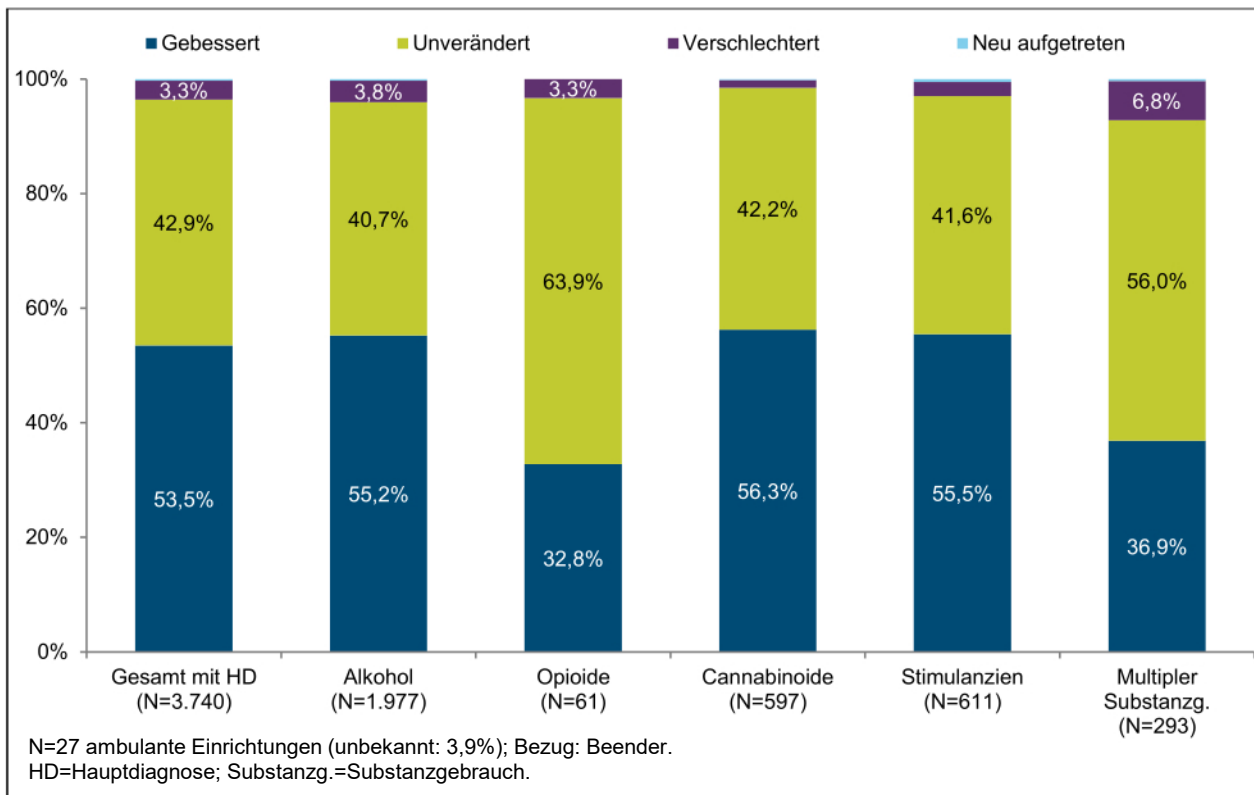


Abbildung 30: Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen hat sich am Behandlungsende die Suchtproblematik in knapp 8 von 9 Fällen verbessert (85 %), in etwa einem von 8 Fällen kommt es zu Stabilisierung (13 %; siehe Abbildung 31). Eine Verschlechterung bzw. ein Neuauftreten der Suchtproblematik kommt so gut wie nicht vor.

Hierbei wird bei alkoholbezogenen Störungen (90 %), in 9 von 10 Fällen und damit am häufigsten eine Verbesserung konstatiert, bei stimulanzenbezogenen Störungen (69 %) in 7 von 10 Fällen und damit am seltensten. Entsprechend ist im Vergleich den Klientelgruppen eine Stabilisierung mit einem Viertel der Fälle bei Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen am weitesten verbreitet (24 %), während sie bei alkoholbezogenen Störungen (9 %) mit einem Elftel am seltensten sind. Unter Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (83 %) bzw. Störungen durch multiplem Substanzgebrauch (77 %) kommt es in gut bzw. knapp 4 von 5 Fällen zu einer Verbesserung und ansonsten fast ausnahmslos zu einer Stabilisierung. Eine Verschlechterung der Suchtproblematik ist in keiner Gruppe in berichtenswertem Umfang dokumentiert, allerdings wird unter Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen in einem von 20 Fällen ein Neuauftreten (5 %) erfasst.

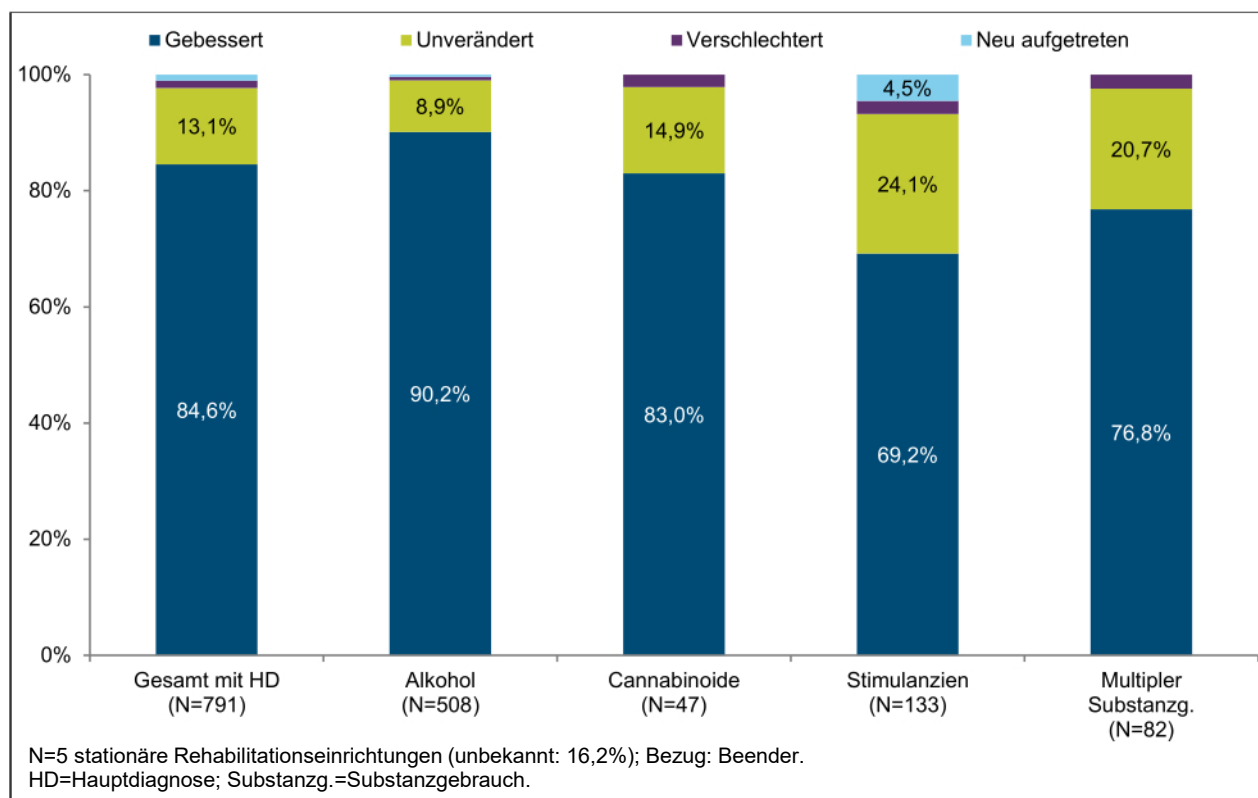


Abbildung 31: Suchtproblematik am Ende der Behandlung (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Bei knapp 5 von 9 Betreuten in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe kommt es zu einer Verbesserung des Suchtverhaltens (53 %) und in knapp 3 von 10 Fällen wird eine Stabilisierung (28 %) erzielt. Ein Fünftel der Betreuten erfährt hingegen eine Verschlechterung der Ausgangsproblematik (20 %). Ein Neuauftreten wird so gut wie nicht dokumentiert (Stichprobe: N = 116 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 11 Einrichtungen; unbekannt: 1,7 %; Bezug: Beender).

3.4.8 Weitervermittlung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Insgesamt wird ein gut Sechstel der in ambulanten Einrichtungen betreuten Klientel am Ende der Maßnahme weitervermittelt (18 %; Abbildung 32). Die Weitervermittlungsquote ist bei Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen (24 %) am höchsten und bei Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen (12 %) mit einem Achtel am niedrigsten. In den übrigen betrachteten Gruppen wird etwa ein Fünftel der Klientel am Betreuungsende weitervermittelt (Alkohol: 18 %; Opioide: 19 %; Multipler Substanzgebrauch: 20 %).

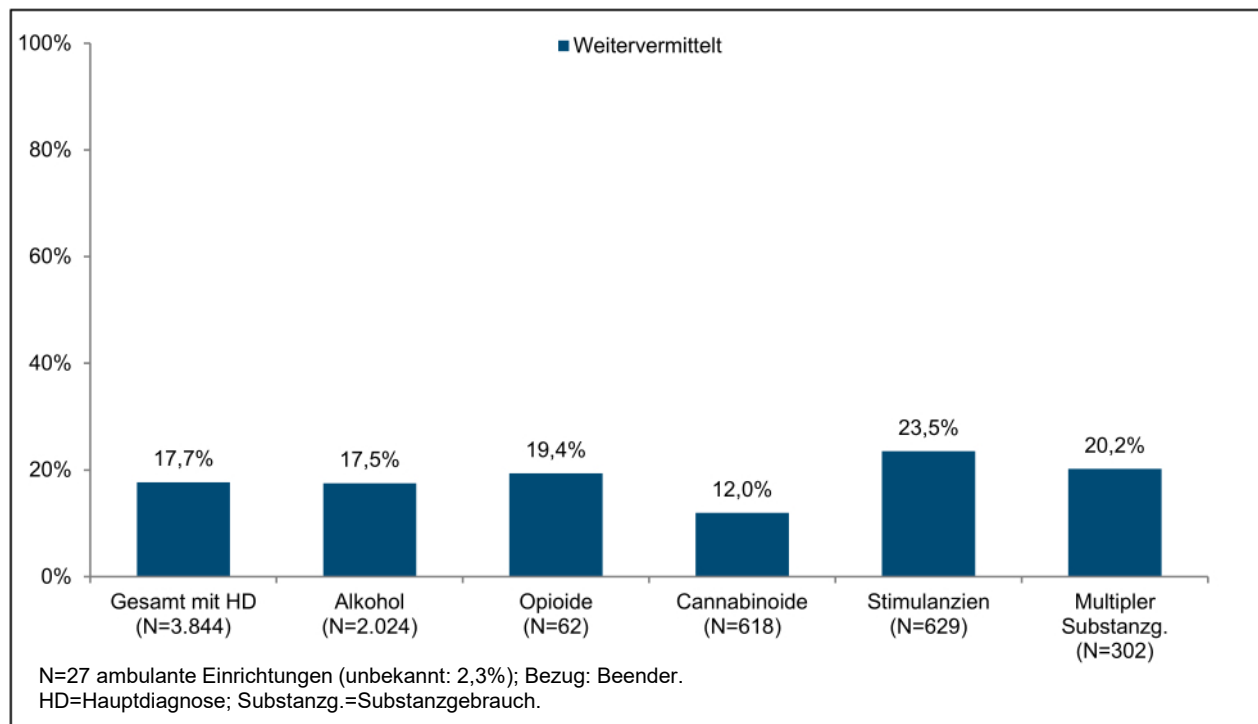


Abbildung 32: Weitervermittlungen (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Gut 8 von 10 in stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelten Personen werden am Ende der Behandlung weitervermittelt (82%; siehe Abbildung 33). Hierbei werden Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (91%) in 9 von 10 Fällen und damit zur weit

überwiegenden Mehrheit weitervermittelt. Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen (71 %) werden in 7 von 10 Fällen und Personen mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (66 %) in 6 von 9 Fällen weitervermittelt. Mit 5 von 9 weitervermittelten Fällen findet sich die niedrigste Weitervermittlungsquote unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen (54 %).

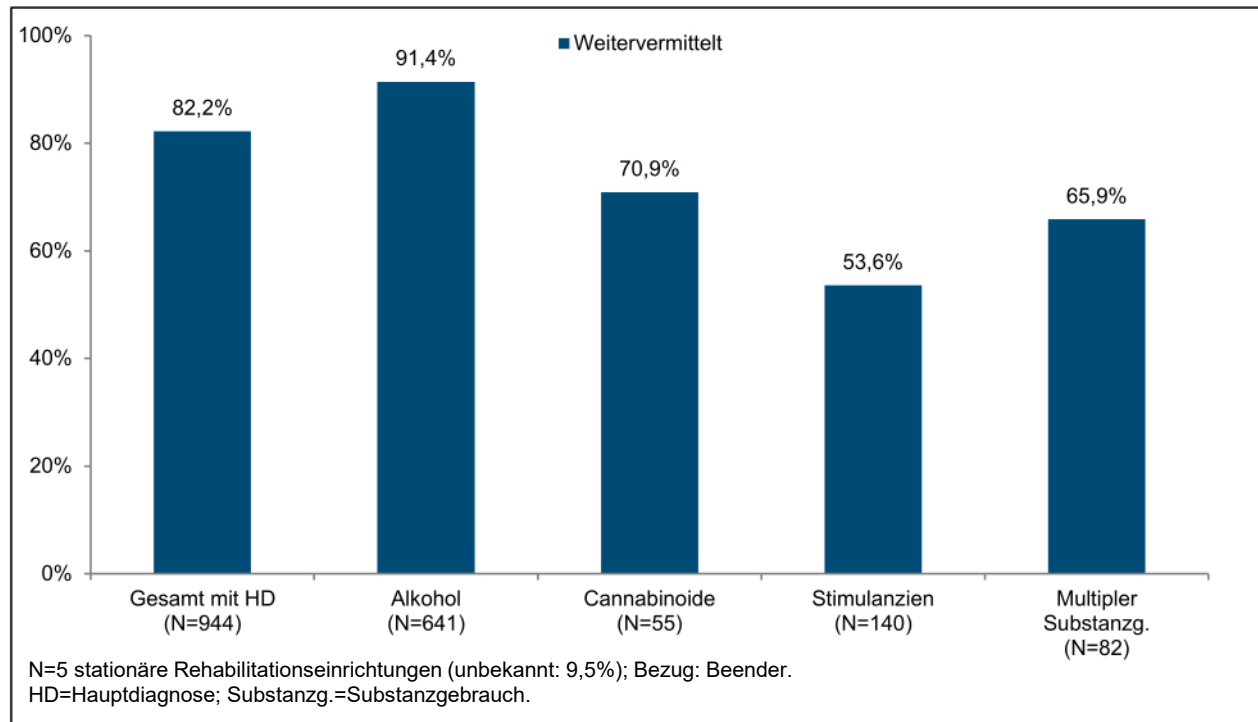


Abbildung 33: Weitervermittlungen (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Aus Einrichtungen der Sozialen Teilhabe werden etwa 2 von 5 Betreuten weitervermittelt (37 %; Stichprobe: N = 125 Fälle mit Hauptdiagnose in N = 13 Einrichtungen; unbekannt: 1,6 %; Bezug: Beender).

4 Vergleich zu den bundesweiten Daten

In diesem Kapitel werden für ausgewählte Parameter die Thüringer Daten der Einrichtungstypen 1, 2 und 5 den entsprechenden Bundesdaten der DSHS (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024a, 2024b, 2024c) gegenübergestellt. Da die Thüringer Daten in den bundesweiten DSHS-Daten enthalten sind, werden diese als eine Teilstichprobe der DSHS aufgefasst (Bundesdaten als Grundgesamtheit). Die statistischen Tests auf Unterschiede adressieren daher die Repräsentativität der Teilstichprobe (Thüringen) für die Grundgesamtheit (DSHS). Hierbei wird bei p -Werten von $\leq 0,05$ ein signifikanter Unterschied angenommen. Aus Gründen der Interpretierbarkeit der Unterschiede werden Klientelgruppen, bei denen für den interessierenden Parameter ein formelbasiert ermittelter kritischer Stichprobenumfang unterschritten wird, im Fließtext nicht interpretiert. Die betroffenen Hauptdiagnosen werden in den Grafiken jeweils kenntlich gemacht. Falls der Anteilswert in Thüringen sowie auf Gesamtbundesebene $< 3 \%$ ist, wird von einem Vergleich gänzlich abgesehen. Bei kleinen Anteilswerten bzw. Stichprobengrößen sollten die aus dem Vergleich resultierenden relativen Unterschiede nicht überinterpretiert werden.

4.1 Hauptdiagnoseverteilung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Die Hauptdiagnoseverteilung in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) Thüringens wird in Abbildung 34 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen sind alkohol- (53 % vs. Bund 50 %; +6 % in Thüringen; $p < 0,001$) bzw. stimulanzenbezogene Störungen (16 % vs. Bund 5 %; +189 % in Thüringen; $p < 0,001$) sowie Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (8 % vs. Bund 5 %; +44 % in Thüringen; $p < 0,001$) häufiger der Betreuungsanlass als im Bundesgebiet insgesamt. Demgegenüber sind in Thüringen Betreuungen aufgrund von cannabinoid- (17 % vs. Bund 18 %; -7 % in Thüringen; $p = 0,032$), opioid- (2 % vs. Bund 9 %; -83 % in Thüringen; $p < 0,001$) bzw. kokainbezogenen Störungen ($< 1 \%$ vs. Bund 4 %; -79 % in Thüringen; $p < 0,001$) sowie aufgrund einer Glücksspielproblematik (2 % vs. Bund 3 %; -42 % in Thüringen; $p < 0,001$) seltener als in den bundesweiten Daten der DSHS.

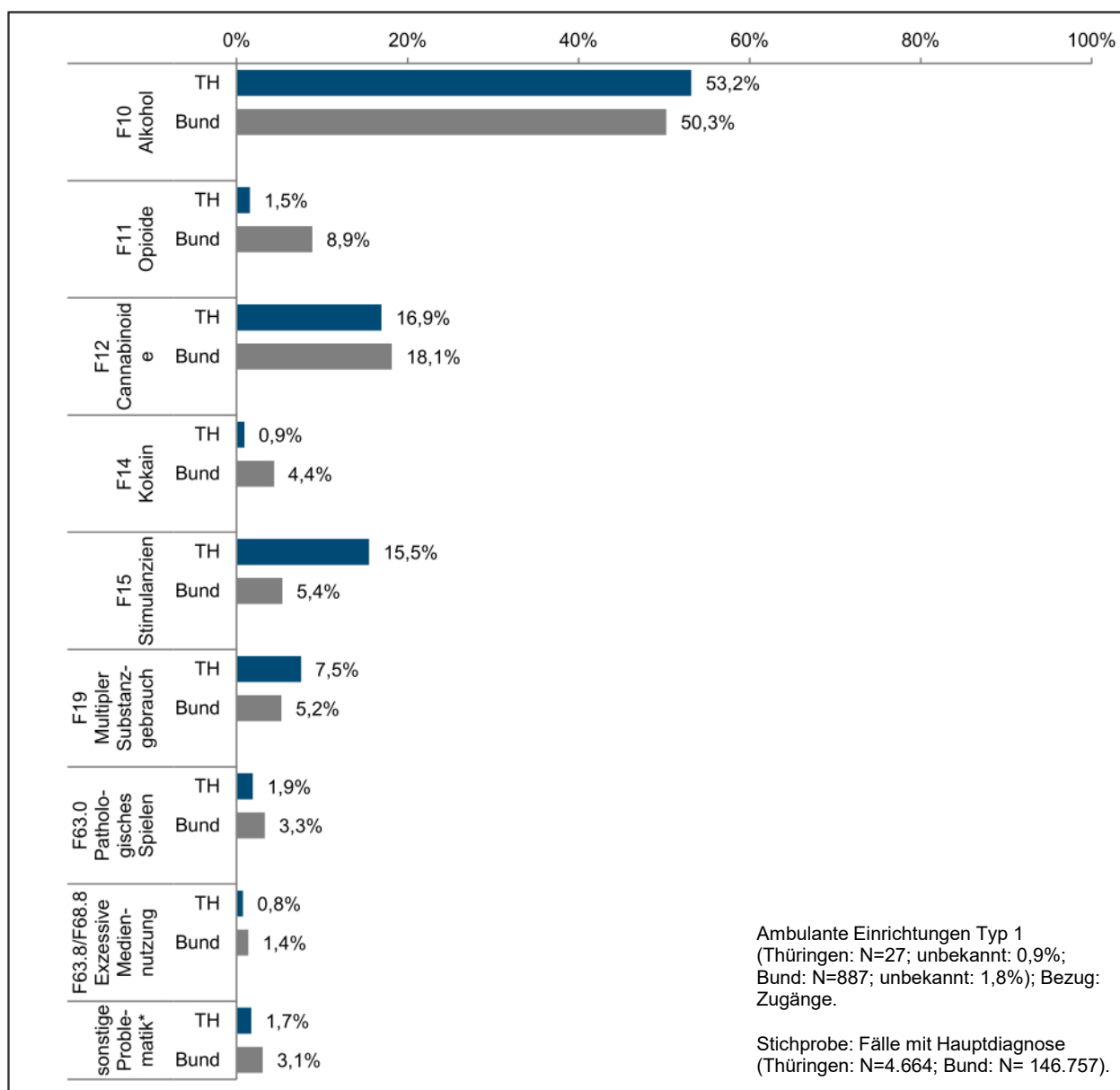


Abbildung 34: Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Die Hauptdiagnoseverteilung in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) Thüringens wird in Abbildung 35 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen sind kokain- (< 1 % vs. Bund 4 %; - 84 % in Thüringen; $p < 0,001$), opioid- (1 % vs. Bund 4 %; - 65 % in Thüringen; $p < 0,001$) bzw. cannabinoidbezogene Störungen (6 % vs. Bund 10 %; - 40 % in Thüringen; $p < 0,001$) seltener der Behandlungsanlass als im Bundesgebiet insgesamt. Demgegenüber sind in Thüringen Behandlungen aufgrund von alkohol- (68 % vs. Bund 65 %; +5 % in Thüringen; $p = 0,034$) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (15 % vs. Bund 6 %; +161 % in Thüringen; $p < 0,001$) häufiger als bundesweit.

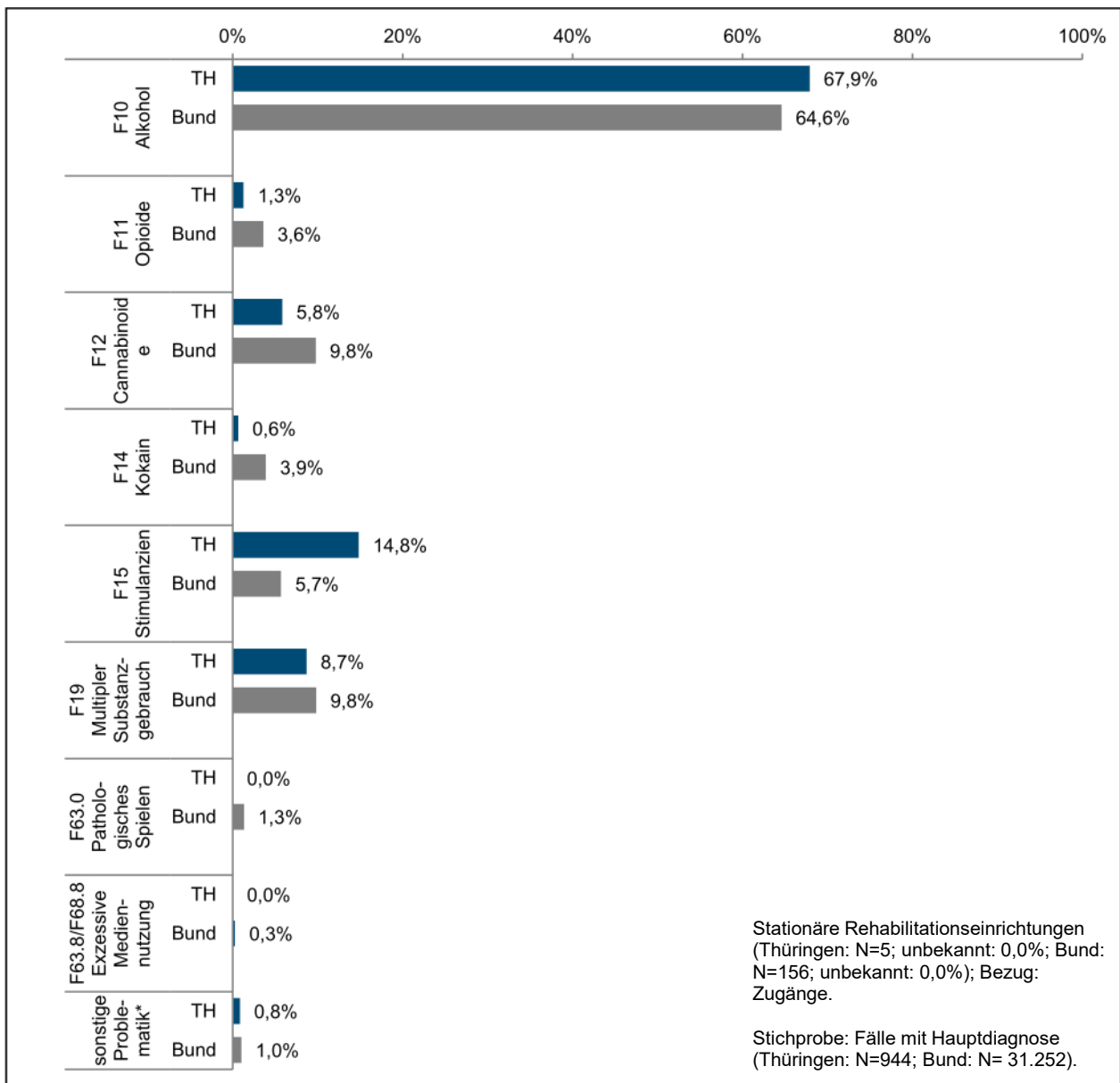


Abbildung 35: Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Die Hauptdiagnoseverteilung in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) Thüringens wird in Abbildung 36 den bundesweiten Daten der DSHS gegenübergestellt. In Thüringen sind opioidbezogene Störungen (4 % vs. Bund 21 %; -83 % in Thüringen; $p < 0,001$) seltener der Betreuungsanlass als im Bundesgebiet insgesamt. Demgegenüber sind in Thüringen Betreuungen aufgrund von stimulanzien- (19 % vs. Bund 9 %; +108 % in Thüringen; $p < 0,001$) bzw. alkoholbezogenen Störungen (55 % vs. Bund 35 %; +58 % in Thüringen; $p < 0,001$) häufiger als bundesweit.

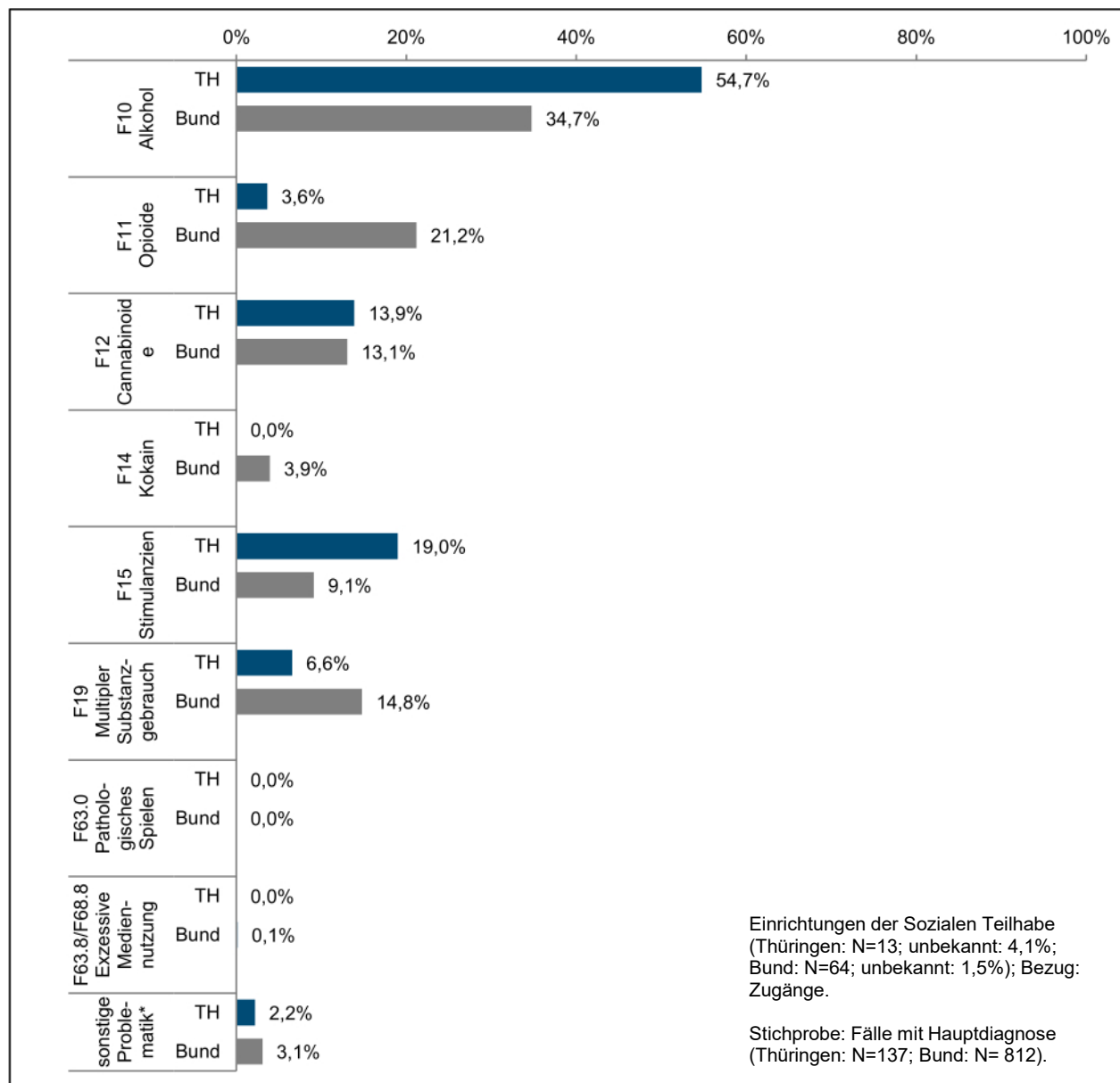


Abbildung 36: Hauptdiagnoseverteilung im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 5)

4.2 Durchschnittsalter

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Das Durchschnittsalter der in Thüringen betreuten Klientel unterscheidet sich nur unwesentlich von dem auf Gesamtbundesebene beobachteten Wert (38,6 vs. 39,4 Jahre im Bund; -0,9 Jahre / -2,2 % in Thüringen; $p = 0,001$; siehe Abbildung 37). Gleiches gilt für Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen (45,5 vs. 46,3 Jahre im Bund; -0,8 Jahre / -1,8 % in Thüringen; $p = 0,001$). Hilfesuchende mit opioidbezogenen Störungen in Thüringen merklich jünger als auf Ebene des Gesamtbundes (36,6 Jahre vs. 40,1 Jahre im Bund; -3,5 Jahre / -8,8 % in Thüringen; $p = 0,002$). Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen sind in Thüringen

im Mittel etwas jünger (25,6 Jahre vs. 26,7 Jahre im Bund; -1,1 Jahre / -4,2 % in Thüringen; $p < 0,001$). Gleiches gilt für Hilfesuchende mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (31,7 Jahre vs. 32,7 Jahre im Bund; -1,0 Jahre / -3,0 %; $p = 0,033$).

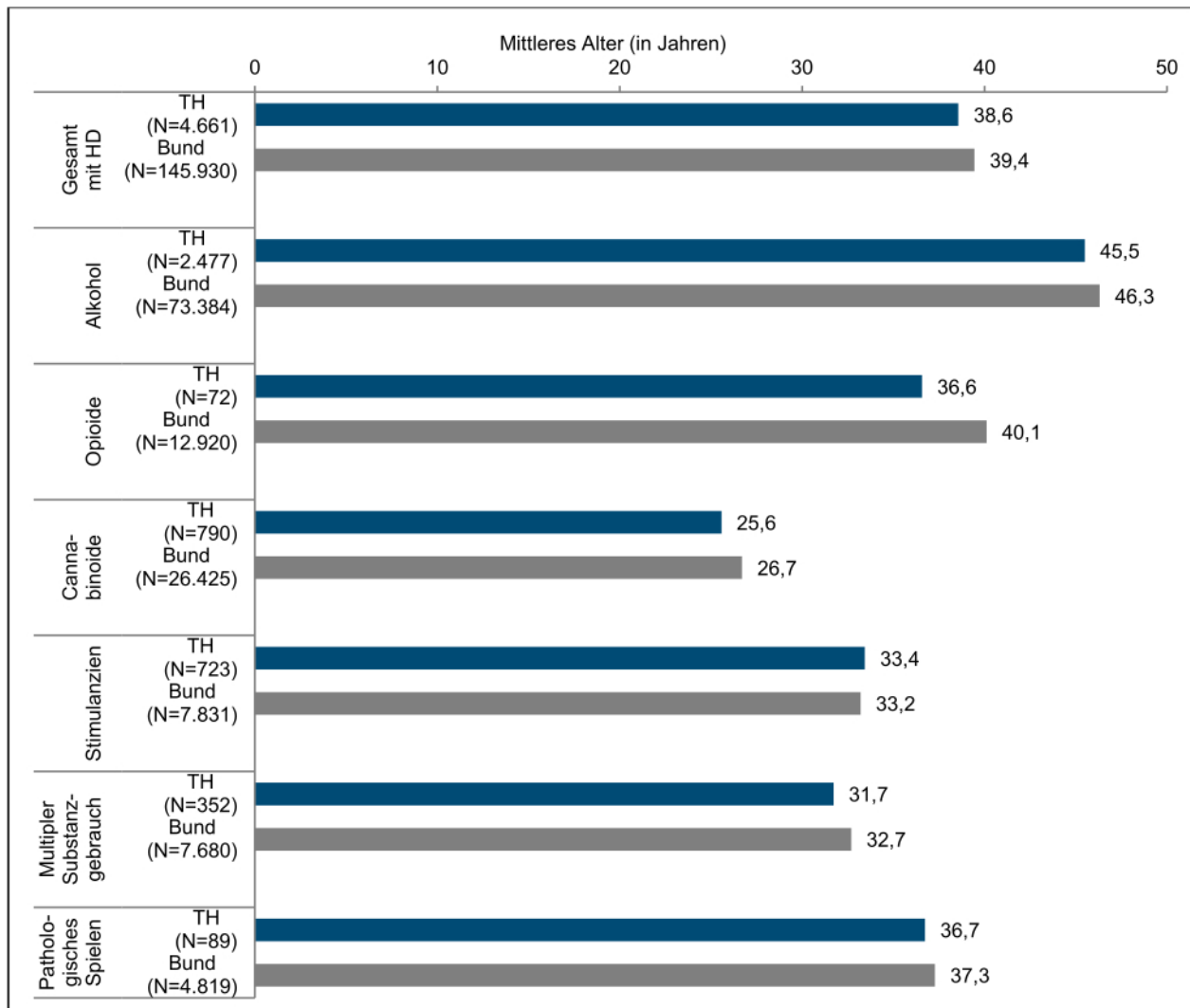


Abbildung 37: Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 1)

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2)

Das Durchschnittsalter der in Thüringen behandelten Klientel ist insgesamt merklich höher als auf Bundesebene (44,3 Jahre vs. 42,1 Jahre im Bund; +2,1 Jahre / +5,0 % in Thüringen; $p < 0,001$; siehe Abbildung 38). Dabei sind Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen in Thüringen deutlich älter als im Gesamtbund (35,6 Jahre vs. 31,6 Jahre im Bund; +4,0 Jahre / +12,8 % in Thüringen; $p = 0,001$). Jeweils ein merklich höheres Durchschnittsalter findet sich in Thüringen zudem bei Betreuten mit stimulanzienbezogenen Störungen (36,8 Jahre vs. 33,8 Jahre im Bund; +2,9 Jahre / +8,6 % in Thüringen; $p < 0,001$) sowie bei Betreuten mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (35,6 Jahre vs. 33,1 Jahre im Bund; +2,4 Jahre / +7,4 % in Thüringen; $p = 0,007$). Bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen

Störungen unterscheidet sich das mittlere Alter nur unwesentlich von dem auf Gesamtbundesebene beobachteten Wert (47,9 Jahre vs. 46,6 Jahre im Bund; +1,3 Jahre / +2,8 % in Thüringen; $p = 0,001$).

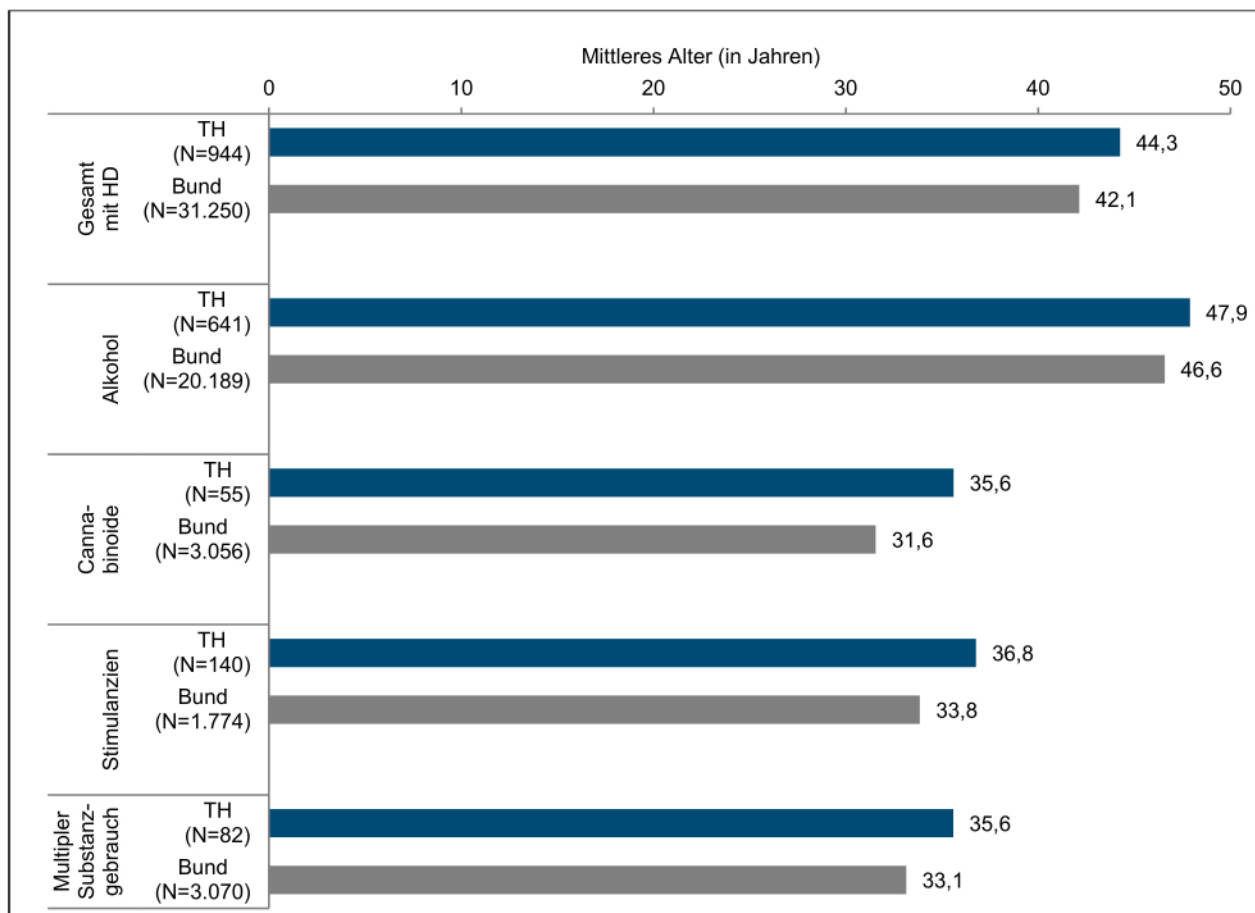


Abbildung 38: Durchschnittsalter im Vergleich zum Gesamtbund (Typ 2)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Das mittlere Alter der Hilfesuchenden in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe ist in Thüringen (40,5 Jahre) mit dem Wert auf Bundesebene (39,5 Jahre) vergleichbar (Stichprobe: Thüringen N = 137 Fälle; Bund N = 812 Fälle).

5 Versorgungsgeschehen nach Hauptmaßnahme

Ergänzend zu den Auswertungen nach Einrichtungstyp werden wesentliche Merkmale der Zugänge bzw. Beender (vgl. Kapitel 2 Methodik) auch entlang folgender Hauptmaßnahmen ausgewertet: Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum (AWS)¹⁰, Niedrigschwellige Hilfen (NIH), (Reha-)Nachsorge (NAS) und Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen (SOZ)

¹⁰ Vormalig Ambulant Betreutes Wohnen (ABW). Beide Begriffe sind als Synonyme zu verstehen.

(IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024e, 2024f, 2024g, 2024h). Diese Analysen umfassen alle ambulanten Betreuungs- und stationären Behandlungsfälle, bei denen die entsprechende Maßnahme als Hauptmaßnahme dokumentiert wurde. Fälle, in denen die entsprechende Maßnahme zwar erbracht wurde, aber nicht die Hauptmaßnahme darstellte, bleiben unberücksichtigt.

5.1 Betreuungsvolumen

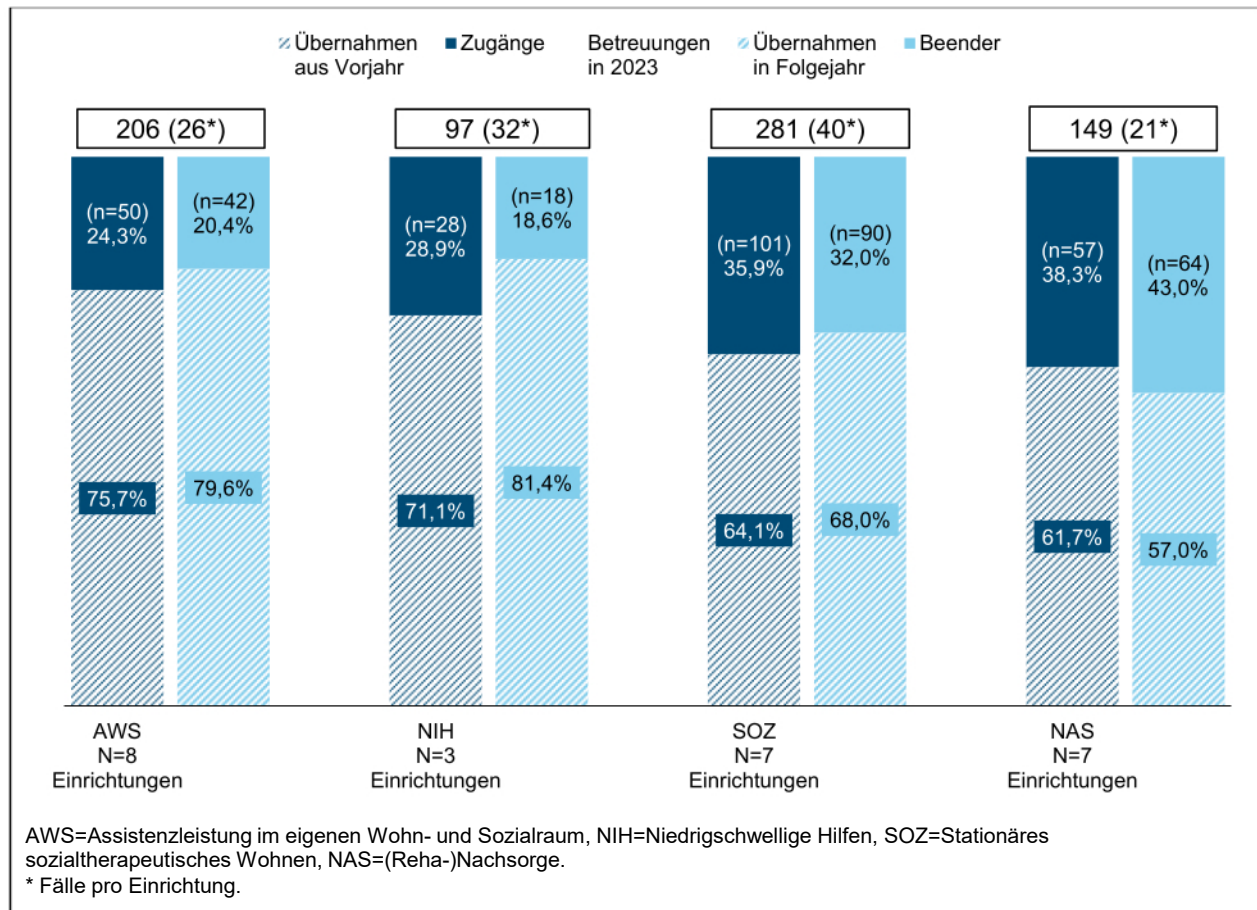


Abbildung 39: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Hauptmaßnahme

2023 sind für die Hauptmaßnahme SOZ insgesamt N = 281 Betreuungen in N = 7 Einrichtungen dokumentiert, für AWS sind es N = 206 Betreuungen in N = 8 Einrichtungen, für NAS N = 149 Betreuungen in N = 7 Einrichtungen und für NIH N = 97 Betreuungen in N = 3 Einrichtungen (siehe Abbildung 39). Grundsätzlich sind Zugänge seltener als Übernahmen aus dem Vorjahr: In NAS beginnen 2 von 5 Hilfesuchenden ihre Betreuung im Laufe des Jahres 2023 (39 %), in SOZ ist es ein gutes Drittel (37 %), in NIH sind es 3 von 10 Betreuten (29 %) und in AWS ist es ein knappes Viertel (24 %). Auch Beendigungen seltener als Übernahmen in das Folgejahr: In NAS endet die Betreuung für 4 von 9 Hilfesuchenden 2023 (43 %), in SOZ für ein Drittel (32 %) und in AWS (20 %) und NIH (19 %) für jeweils ein Fünftel.

5.2 Hauptdiagnoseverteilung

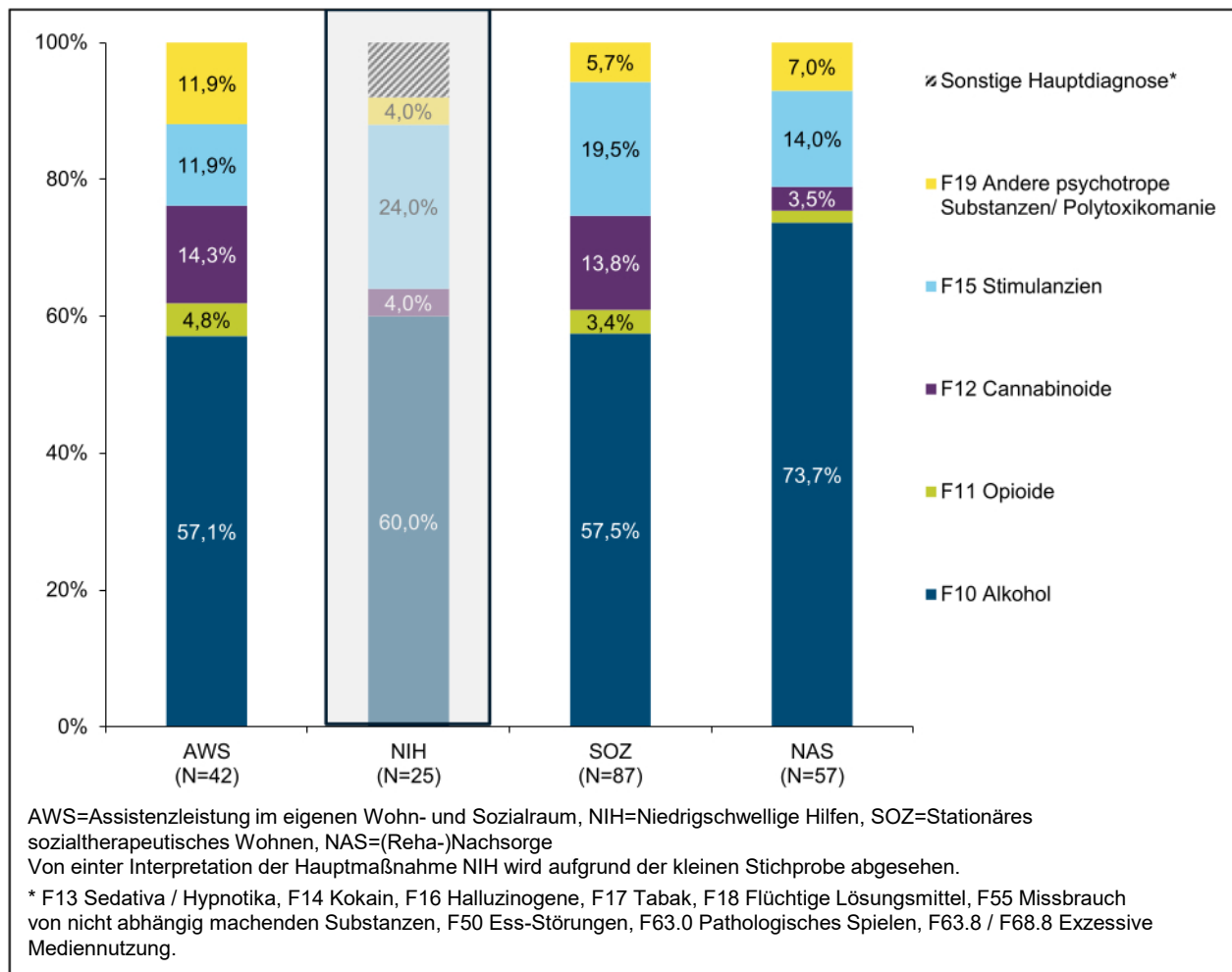


Abbildung 40: Hauptdiagnoseverteilung, je Hauptmaßnahme

Grundsätzlich erfolgen die meisten Betreuungszugänge aufgrund von alkoholbezogenen Störungen: In AWS (57 %) sowie in SOZ (58 %) gilt dies für gut 5 von 9 Fällen und in NAS (74 %) für knapp 3 von 4 Fällen (siehe Abbildung 40). An zweiter Stelle stehen in AWS mit etwa einem Siebtel (14 %) Hilfesuchende mit cannabinoidbezogenen Störungen, in SOZ und NAS sind es mit einem Fünftel (19 %) bzw. einem Siebtel (14 %) Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen. In AWS teilen sich stimulanzenbezogene Störungen (12 %) und Störungen aufgrund Multiplen Substanzgebrauchs (12 %) mit jeweils einem Achtel der Fälle den 3. Rang. Mit jeweils einem Siebtel der Fälle stehen in SOZ cannabinoidbezogene Störungen (14 %) bzw. in NAS stimulanzenbezogene Störungen (14 %) an 3. Stelle. Darüber hinaus haben in AWS nur noch opioidbezogene Störungen eine gewisse Relevanz (5 %). In AWS gilt dies für Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (6 %) und opioidbezogene Störungen (3 %) und in NAS für Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch (7 %).

6 Versorgungsgeschehen in den vier Teilregionen Thüringens

Da die Datenschutzstandards der DSHS eine Auswertung erst erlauben, wenn Daten aus mindestens 3 Einrichtungen in die Auswertung eingehen, lässt sich eine vollständige Thüringenregionale Auswertung nur für ambulante Einrichtungen (Typ 1) durchführen (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024j, 2024k, 2024l, 2024m). Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Typ 2) war in keiner der vier Regionen die Aggregationsvoraussetzung gegeben. Für Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) sind lediglich die Regionen Thüringen MITTE und Thüringen OST auswertbar (IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024p, 2024q). Eine Auflistung der 2023 teilnehmenden Einrichtungen je Typ und Region findet sich in Tabelle 4).

Tabelle 4: Teilnehmenden Einrichtungen (je Region und Einrichtungstyp)

	Thüringen NORD	Thüringen MITTE	Thüringen OST	Thüringen SÜDWEST	Gesamt
Ambulante Einrichtungen (Typ1)	3	11	7	6	27
Stationäre Rehabilitations- einrichtungen (Typ 2)	0	1	2	2	5
Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)	2	6	6	0	14
Gesamt	5	18	15	8	46

6.1 Betreuungsvolumen

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In der Region Thüringen MITTE sind die Anzahl der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen mit N = 11 Einrichtungen und das Betreuungsvolumen mit N = 4.039 Fällen am höchsten (siehe Abbildung 41). Es folgen in absteigender Thüringen OST mit N = 7 Einrichtungen und N = 2.933 Fällen, Thüringen SÜDWEST mit N = 6 Einrichtungen und N = 2.275 Fällen sowie Thüringen NORD mit N = 3 Einrichtungen und N = 1.162 Fällen.

In Thüringen OST ist das Betreuungsaufkommen pro Einrichtung mit 419 Fällen am höchsten. An zweiter und dritter Stelle stehen Thüringen NORD mit durchschnittlich 387 Fällen pro Einrichtung bzw. Thüringen SÜDWEST mit durchschnittlich 379 Fällen. Das geringste Betreuungsaufkommen pro Einrichtung findet sich mit 367 Fällen in Thüringen MITTE. Während in Thüringen NORD (60 %) und Thüringen OST (56 %) überwiegend Zugänge betreut werden, handelt es sich in Thüringen SÜDWEST (40 %) bei zwei Fünfteln der Fälle um Betreuungszugänge des Datenjahres 2023. In Thüringen MITTE halten sich Zugänge (49 %)

und Übernahmen aus Vorjahren (50 %) die Waage. In allen vier Regionen werden die Betreuungen mehrheitlich in 2024 fortgesetzt, d. h. Übernahmen sind jeweils häufiger als Beender (SÜDWEST: 35 %; MITTE: 41 %; OST: 45 %; NORD: 46 %)

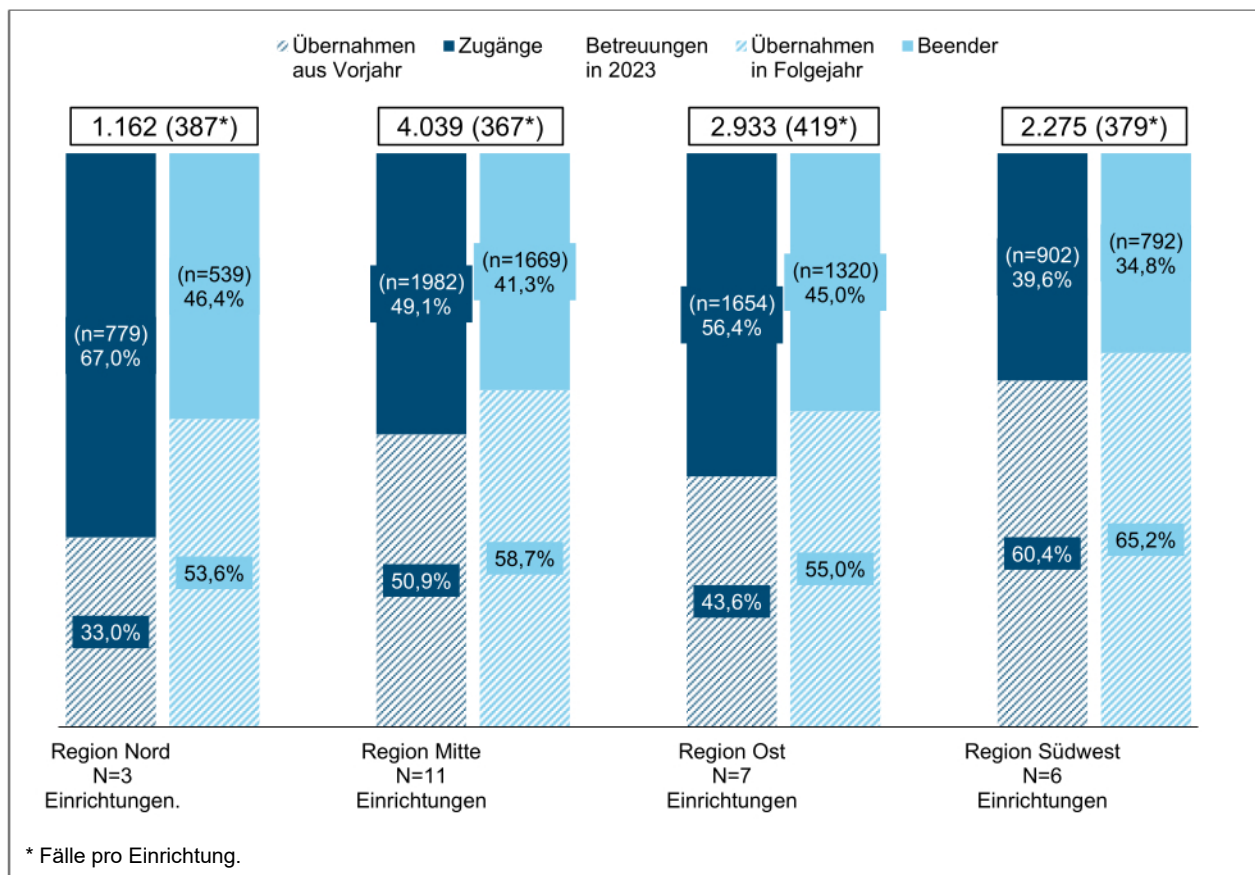


Abbildung 41: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 1)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

In Thüringen MITTE nehmen N = 6 Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) teil, in denen N = 1.162 Betreuungen dokumentiert sind (siehe Abbildung 42). In Thüringen OST sind es ebenfalls N = 6 Einrichtungen, hier mit insgesamt N = 173 Betreuungen. Dies ergibt ein durchschnittliches Betreuungsvolumen von 387 Fällen pro Einrichtung für Thüringen MITTE und von 29 Fällen pro Einrichtung für Thüringen OST. In beiden Regionen handelt es sich in 2 von 3 Fällen um Zugänge des laufenden Jahres (je 66 %). Beender finden sich zu einem Drittel in Thüringen MITTE (35 %) bzw. zu einem Viertel in Thüringen OST (26 %), die übrigen Fälle werden nach 2024 übernommen.

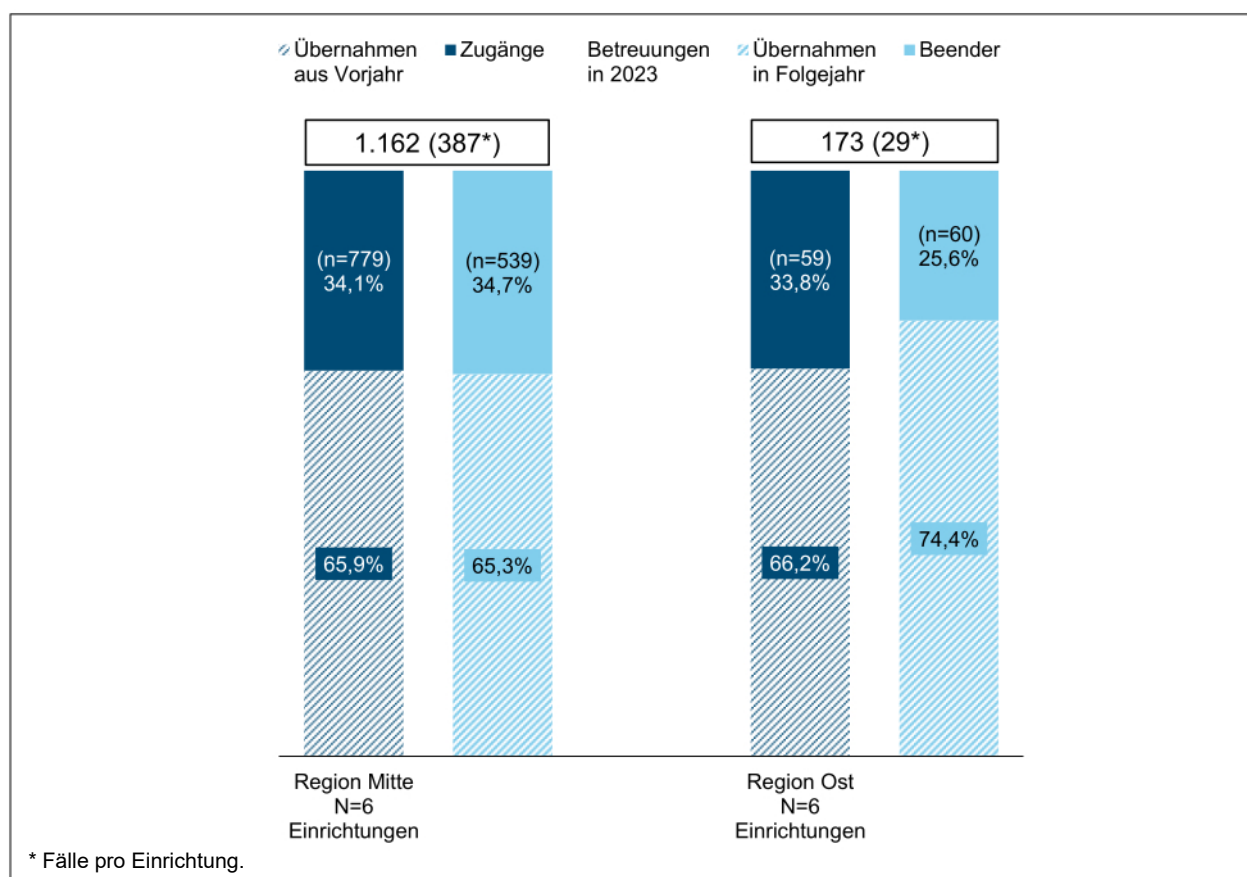


Abbildung 42: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen je Region (Typ 5)

6.2 Hauptdiagnoseverteilung

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

In ambulanten Einrichtungen (Typ 1) bilden in allen Regionen alkoholbezogene Störungen mit Abstand den häufigsten Betreuungsanlass, wobei ihr Anteil in Thüringen NORD etwa drei Fünftel (61 %) beträgt und in den übrigen Regionen (gut) die Hälfte (MITTE: 51 %; OST: 53 %; SÜDWEST: 52 %; siehe Abbildung 43). Cannabinoidbezogene Störungen stehen mit Anteilswerten von etwa einem Fünftel in Thüringen OST (19 %) und Thüringen SÜDWEST (19 %) an zweiter Stelle, in Thüringen SÜWEST allerdings gleichauf mit stimulanzenbezogenen Störungen (19 %). Gleiches gilt für Thüringen MITTE, wo sich der Anteil der Betreuungen aufgrund von cannabinoid- (15 %) bzw. stimulanzenbezogenen Störungen (15 %) auf jeweils ein Siebtel beläuft. Auch in Thüringen NORD (15 %) sind cannabinoidbezogene Störungen in einem von 7 Fällen der Betreuungsanlass, allerdings nehmen hier stimulanzenbezogene Störungen (20 %) mit einem Fünftel den zweiten Platz des Häufigkeitsrankings ein. In Thüringen OST rangieren Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen (13 %) mit einem Achtel auf Rang 3. In Thüringen MITTE (13 %), Thüringen OST (6 %) und Thüringen SÜDWEST (4 %) haben zudem Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch noch eine

gewisse Relevanz, während sich für diese Störungsgruppe in Thüringen NORD nur in Einzelfällen den Betreuungsanlass bildet. In keiner der vier Regionen erfolgen in berichtenswerten Umfang Betreuungen aufgrund von opioidbezogenen Störungen.

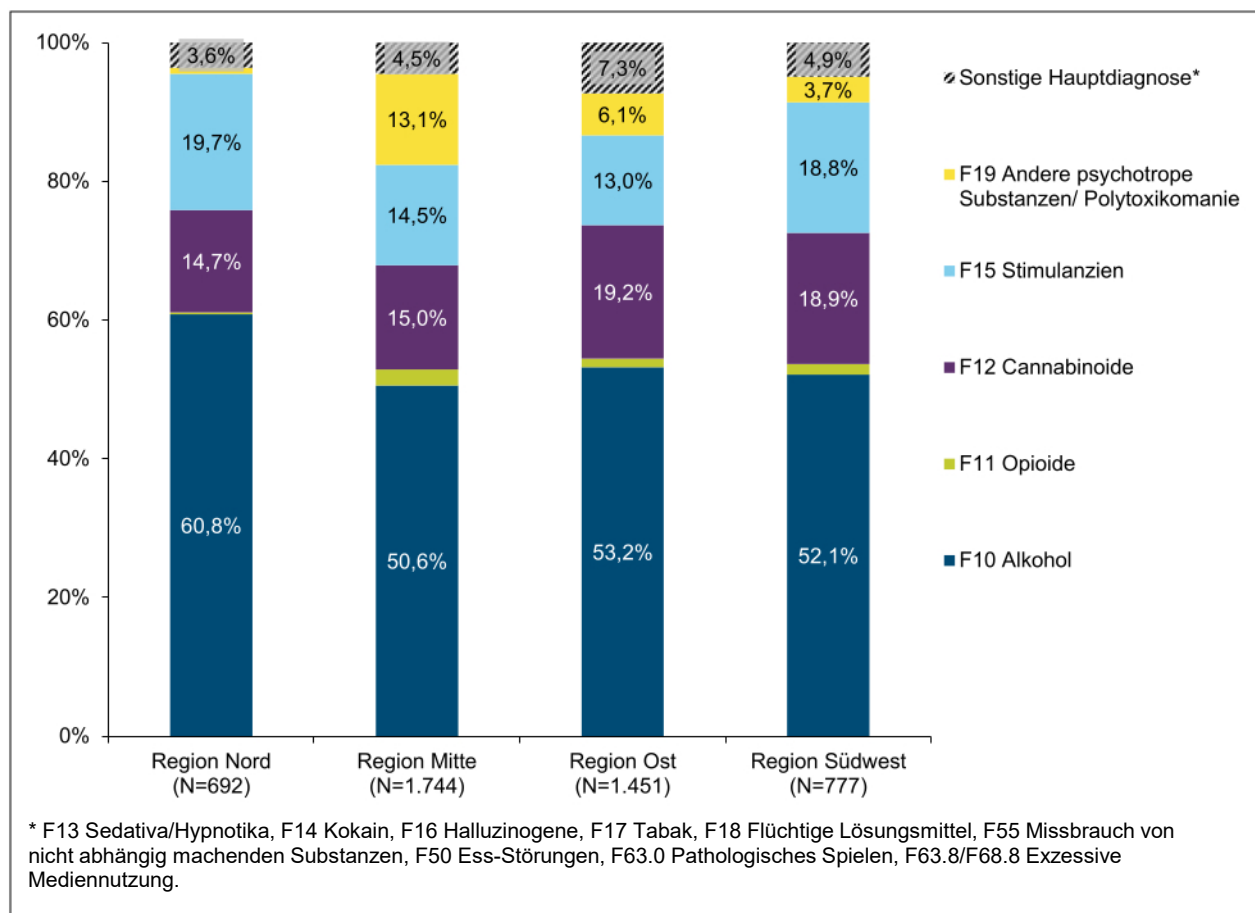


Abbildung 43: Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 1)

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

In Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5) der Region Thüringen OST bilden (bei kleiner Gesamtfallzahl) alkoholbezogene Störungen (66 %) in 2 von 3 Fällen den Betreuungsanlass, in einem von 6 Fällen sind es stimulanzienbezogene Störungen (16 %) und in einem von 10 Fällen cannabinoidbezogene Störungen (10 %; siehe Abbildung 44). Zudem werden zu einem berichtenswerten Anteil Hilfesuchende mit Störungen durch Multiplen Substanzgebrauch betreut (3 %). In Thüringen MITTE ist das Ranking (bei kleiner Gesamtfallzahl) identisch, allerdings mit anderen Anteilswerten: zwei Fünftel der Betreuungen erfolgen aufgrund von alkoholbezogenen Störungen (39 %), ein Viertel aufgrund von stimulanzienbezogenen Störungen (26 %). Ein Fünftel der Hilfesuchenden wird aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen (19 %) und ein Elftel aufgrund von Störungen durch den Multiplen

Substanzgebrauch (9 %) betreut. Außerdem werden in gewissen Umfang Betreuungen aufgrund von opioidbezogenen Störungen (7 %) dokumentiert.

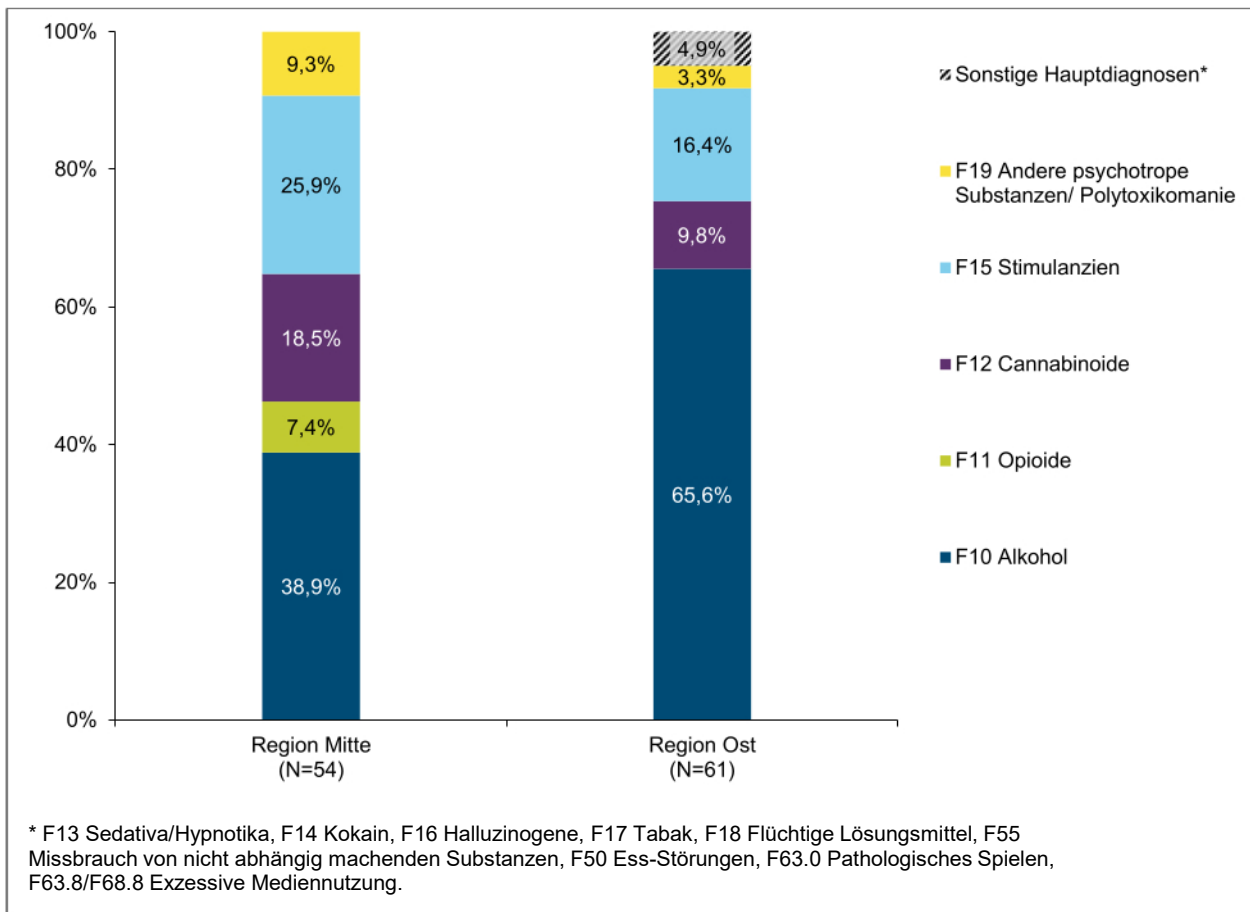


Abbildung 44: Hauptdiagnoseverteilung je Region (Typ 5)

6.3 Durchschnittsalter

Ambulante Einrichtungen (Typ 1)

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden in ambulanten Einrichtungen (Typ 1) liegt bei etwa 40 Jahren (Spannweite der Regionen: 38 bis 40 Jahre; siehe Abbildung 45). In allen 4 Regionen haben Hilfesuchende mit alkoholbezogenen Störungen das mit Abstand höchste Durchschnittsalter (Spannweite der Regionen: 45 bis 47 Jahre). Es folgen Hilfesuchende mit stimulanzenbezogenen Störungen (Spannweite: 33 bis 34 Jahre) bzw. mit cannabinoidbezogenen Störungen (Spannweite der Regionen: 25 bis 26 Jahre).

Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Typ 5)

Hilfesuchende in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe sind in Thüringen MITTE im Durchschnitt 35 Jahre alt, bei Hilfesuchenden in Thüringen OST liegt das Durchschnittsalter bei 43 Jahren (siehe Abbildung 46).

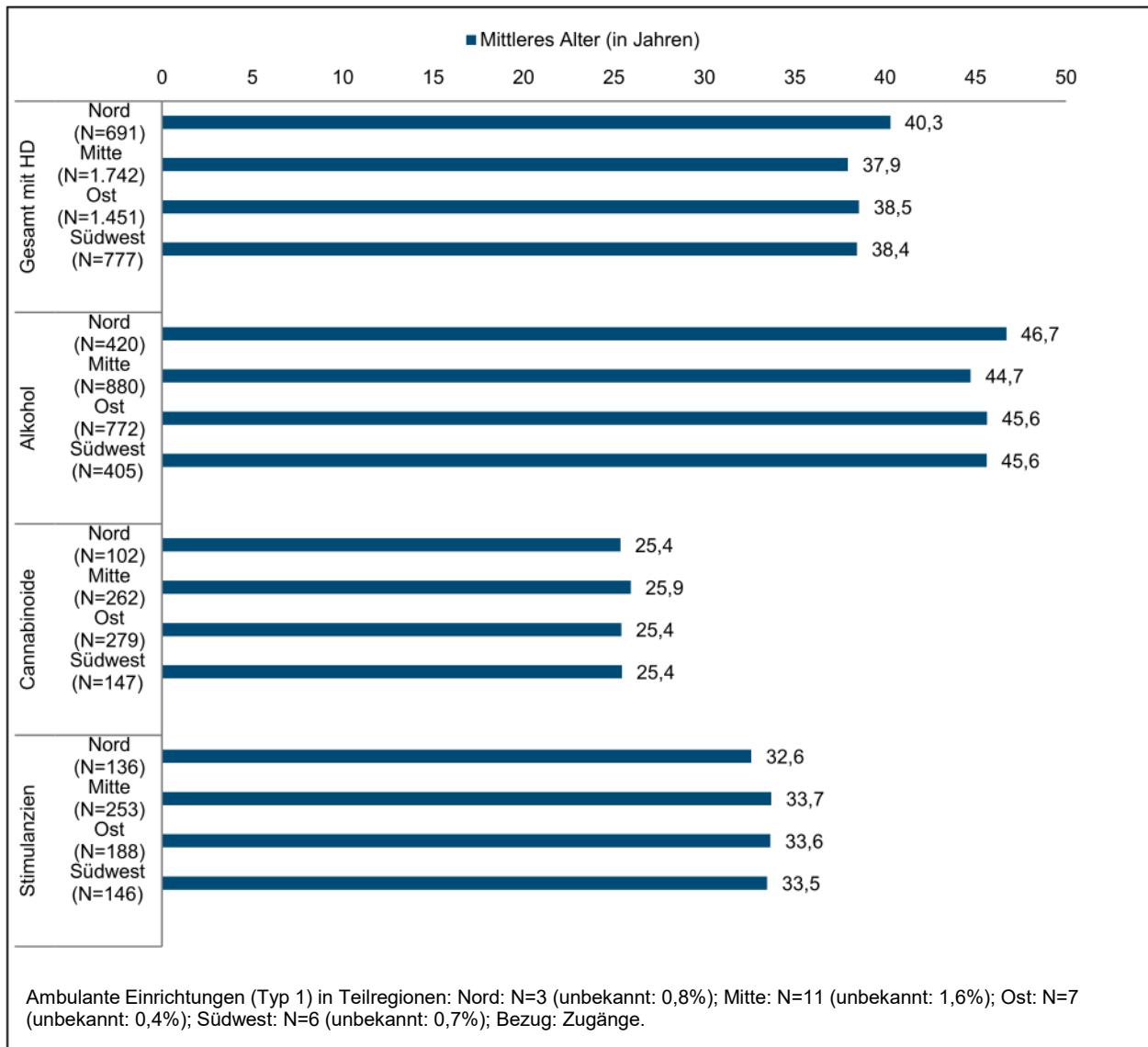


Abbildung 45: Durchschnittsalter je Region (Typ 1)

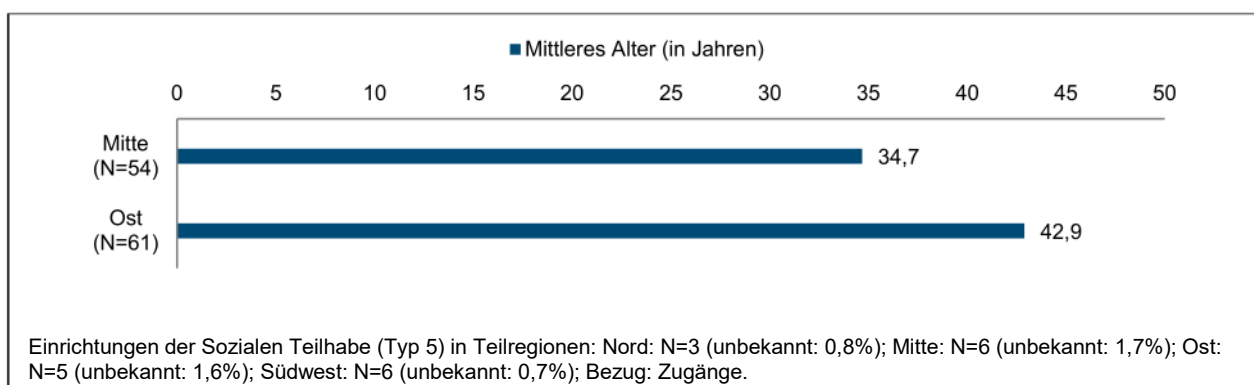


Abbildung 46: Durchschnittsalter je Region (Typ 5)

7 Sonderkapitel: Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen

Im folgenden Abschnitt werden Daten von Hilfesuchenden dargestellt, die 2023 aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen (Hauptdiagnose „schädlicher Gebrauch“ oder „Abhängigkeit von Cannabinoiden“ F12.1; F12.2) in ambulanten Thüringer Suchthilfeeinrichtungen (Typ 1) eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben (vgl. Kapitel 2 Methodik; IFT Institut für Therapieforschung Forschungsgruppe Therapie und Versorgung, 2024i). Hierbei wird die betreute Klientel aufgegliedert nach männlichen und weiblichen Hilfesuchenden ausgewertet und markante Unterschiede zwischen den für Männer und Frauen beobachteten Anteilsausprägungen herausgearbeitet, wobei für die statistischen Analysen ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ gewählt ist. In den Grafiken ist die Gesamtklientel der Hilfesuchenden aufgrund cannabinoidbezogener Störungen ergänzend mit aufgeführt.

7.1 Soziodemographische Merkmale

7.1.1 Geschlechterverteilung und Altersstruktur

2023 sind in ambulanten Einrichtungen Thüringens $N = 790$ Zugänge aufgrund cannabinoidbezogener Störungen dokumentiert. Hierunter sind $n = 606$ Männer (77 %) und $n = 183$ Frauen (23 %), in einem Fall ist das Geschlecht als „unbestimmt“ dokumentiert.

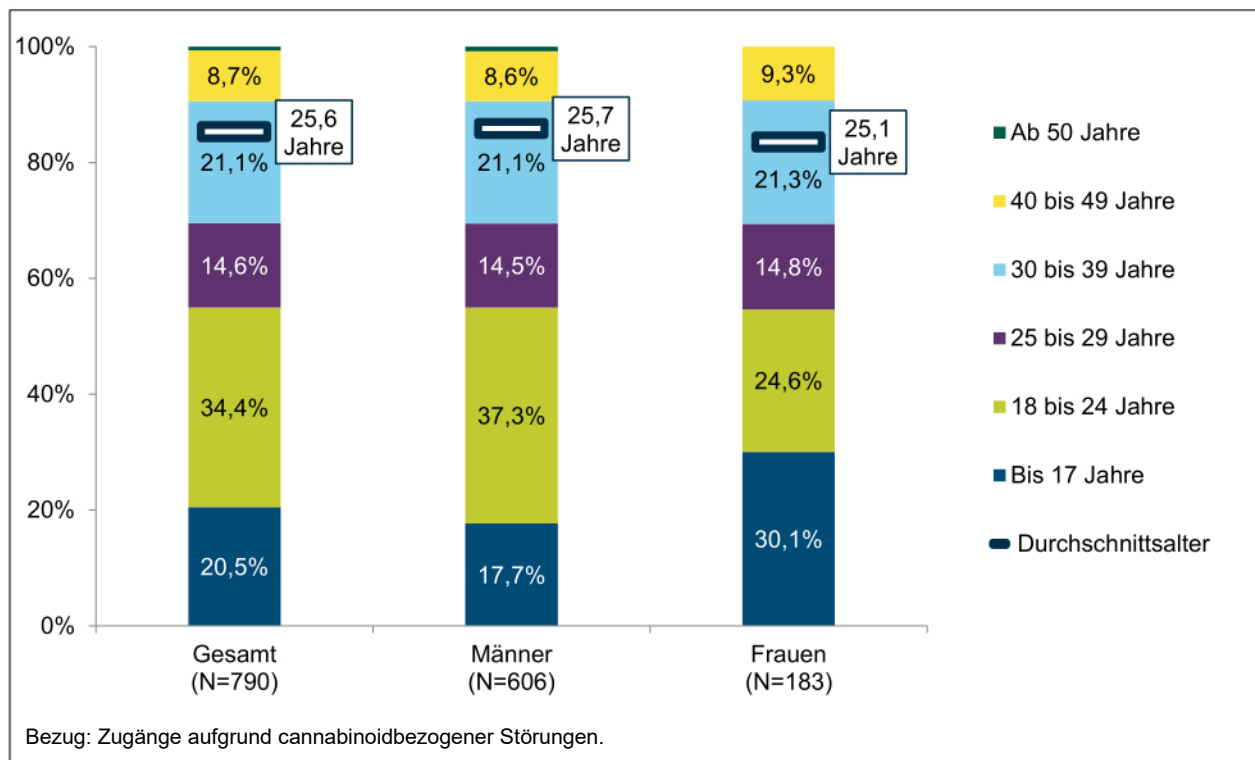


Abbildung 47: Altersstruktur (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

Die aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen betreuten Männer sind mit 25,7 Jahren im Mittel ein halbes Jahr älter als ihre weiblichen Pendants mit 25,1 Jahren (siehe Abbildung 47). Während bei Männern der Altersschwerpunkt der Hilfesuchenden bei 18 bis 24 Jahren liegt (37 %), liegt er bei Frauen in der Altersgruppe bis einschließlich 17 Jahren (30 %).

Entsprechend ist der Anteil an Hilfesuchenden zwischen 18 und 24 Jahren unter Frauen signifikant niedriger als unter Männern (Männer: 37 % vs. Frauen: 25 %; -34% bei Frauen; $p = 0,002$), der Anteil an minderjährigen Hilfesuchenden ist hingegen unter Frauen signifikant höher als unter Männern (Männer: 18 % vs. Frauen: 30 %; +70% bei Frauen; $p < 0,001$).

Die übrigen Altersgruppen sind bei beiden Geschlechtern jeweils gleich stark vertreten: Jeweils ein Siebtel ist zwischen 25 und 29 Jahre alt (Männer: 15%; Frauen: 15 %), ein Fünftel zwischen 30 und 39 Jahren (Männer: 21%; Frauen: 21 %), eine von 11 betreuten Personen ist zwischen 40 und 49 Jahren alt (Männer: 9 %; Frauen: 9 %). Nur vereinzelt werden Hilfesuchende ab 50 Jahren betreut.

7.1.2 Lebenssituation

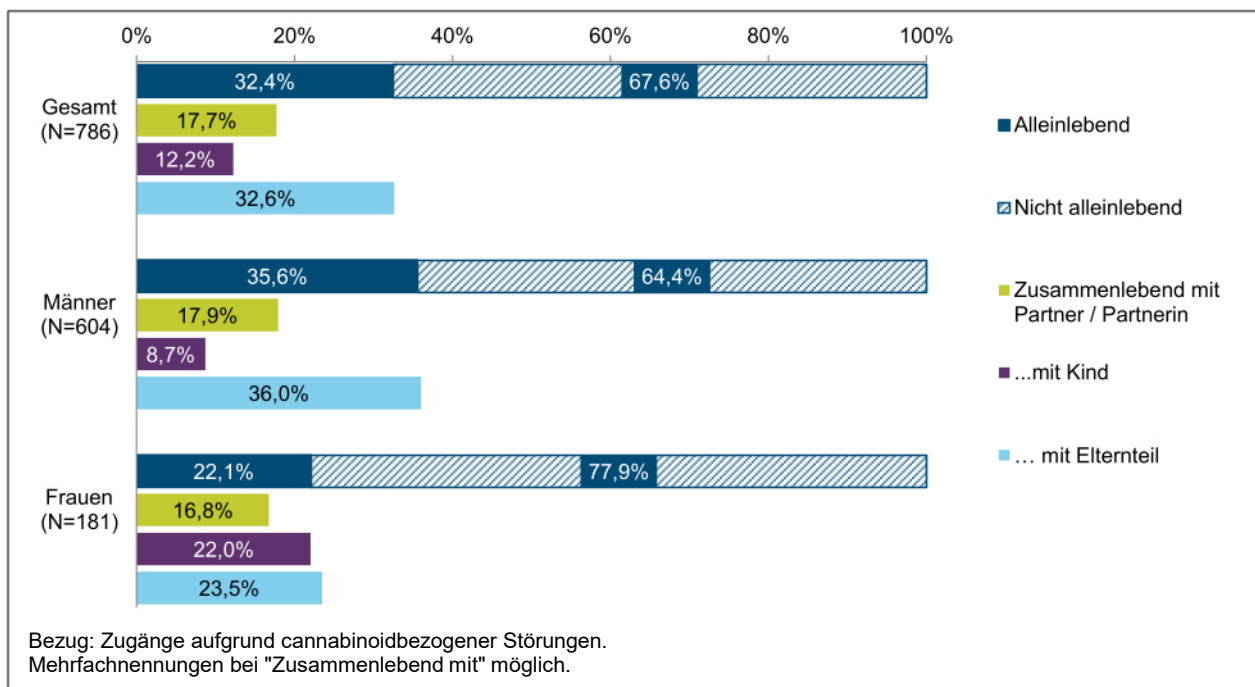


Abbildung 48: Lebenssituation (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

Gut ein Drittel der Männer, die aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen betreut werden, lebt allein, während dies bei Frauen mit gut einem Fünftel deutlich seltener der Fall ist (Männer: 36 %; Frauen: 22 %; -38 % bei Frauen; $p < 0,001$; siehe Abbildung 48). Das Zusammenleben mit den Eltern bzw. einem Elternteil findet sich unter Männern in gut einem Drittel der Fälle, bei Frauen in einem Viertel der Fälle und damit ebenfalls deutlich seltener (Männer: 36 %; Frauen:

24 %; -35 % bei Frauen; $p = 0,002$). Sofern die Hilfesuchenden nicht alleine leben, steht bei Frauen das Zusammenleben mit Kindern an zweiter Stelle, bei Männern das Zusammenleben mit dem Partner oder der Partnerin. Dabei leben Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen zu gut einem Fünftel und damit deutlich häufiger mit Kindern zusammen als ihre männlichen Pendants mit einem Elftel (Männer: 9 %; Frauen: 22 %; +153 % bei Frauen; $p < 0,001$). Das Zusammenleben mit einem Partner bzw. einer Partnerin ist bei Männern (18 %) und Frauen (17 %) mit jeweils einem Sechstel ähnlich häufig.

7.1.3 Wohnsituation

Frauen (56 %) und Männer (54 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen wohnen unmittelbar vor Betreuungsbeginn in etwa 5 von 9 Fällen und damit mehrheitlich selbstständig, wobei die entsprechenden Anteilswerte vergleichbar sind (siehe Abbildung 49). An zweiter Stelle steht jeweils das instabile Wohnen bei anderen Personen, das unter Männern (37 %) in gut einem Drittel der Fälle dokumentiert ist und damit ähnlich häufig wie unter Frauen (30 %). Die vorhergehende Unterbringung im Justizvollzug spielt für beide Geschlechter keine nennenswerte Rolle (jeweils < 3 %). Allerdings sind andere als die genannten Wohnformen unter Frauen (13 %) weiter verbreitet als unter Männern (8 %; +71 % bei Frauen; $p = 0,024$).

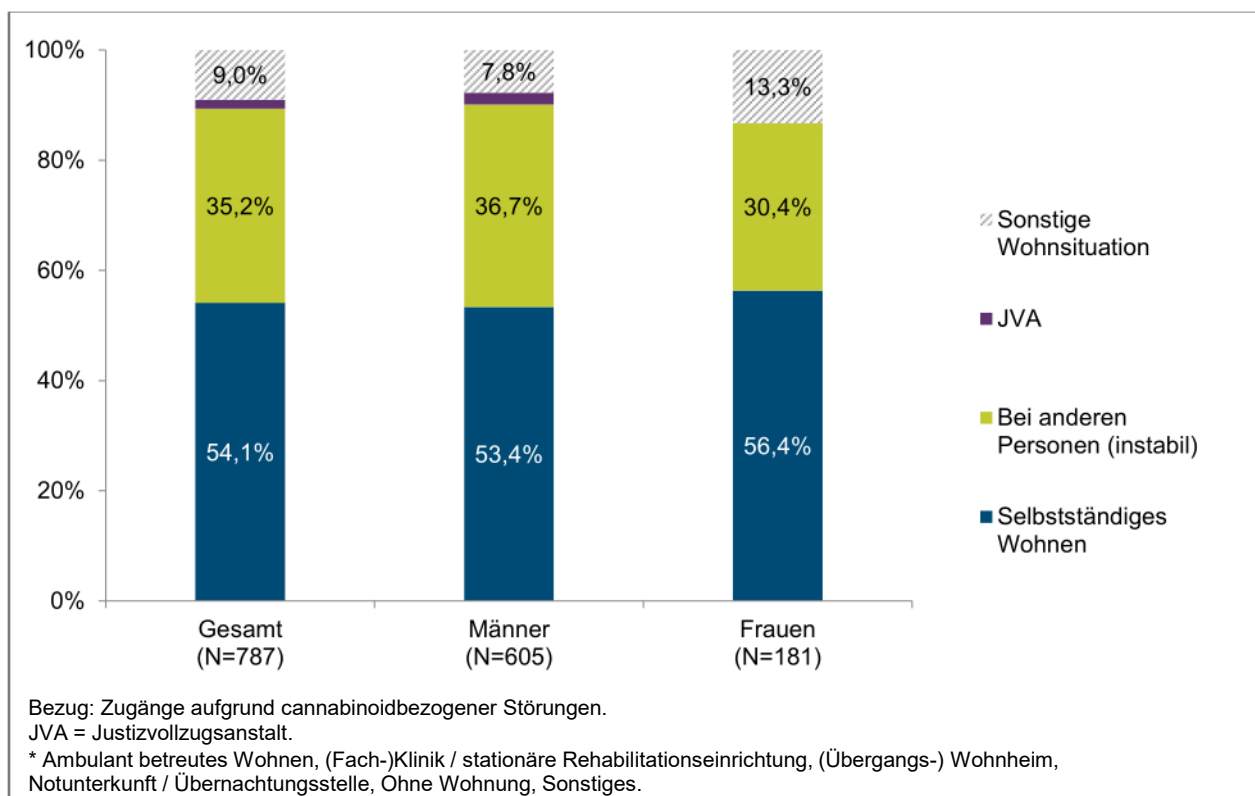


Abbildung 49: Wohnsituation (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.1.4 Schulbildung

Jeweils ein Drittel der wegen cannabinoidbezogenen Störungen betreuten Männer (37 %) und Frauen (34 %) hat die Mittlere Reife, die damit den häufigsten Schulabschluss repräsentiert (siehe Abbildung 50). Jeweils etwa 3 von 10 betreuten Männern (29 %) und Frauen (28 %) haben einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und ein Neuntel der Männer (11 %) bzw. ein Zwölftel der Frauen (8 %) hat das (Fach-)Abitur. Damit bestehen hinsichtlich der Verbreitung aller genannten Schulabschlüsse keine Geschlechterunterschiede. Auch die Schulabbruchquote ist mit einem Achtel in der Männer (12 %) und einem Elftel in der Frauen (9 %) vergleichbar. Allerdings finden sich unter Frauen mit einem Fünftel deutlich häufiger Personen in laufender Schulausbildung als unter Männern mit einem Achtel (Männer: 12 %; Frauen: 20 %; +67 % bei Frauen; $p = 0,006$).

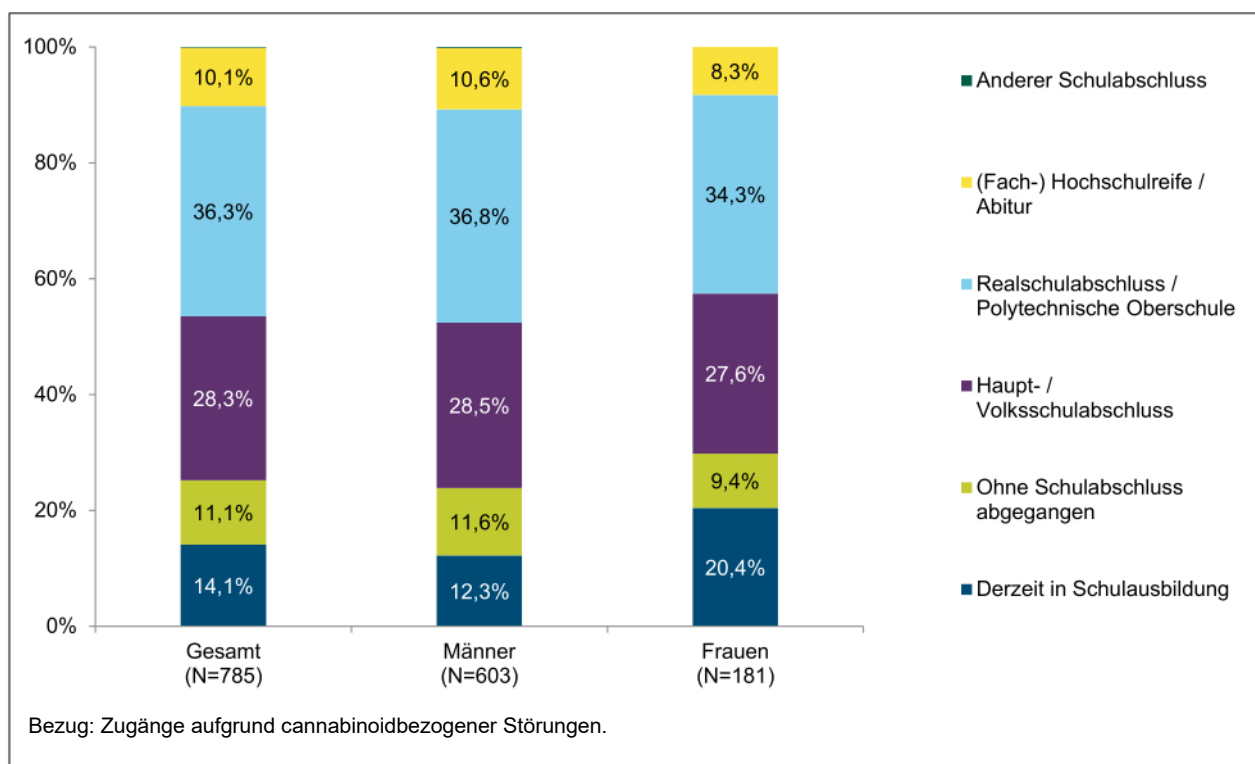


Abbildung 50: Schulbildung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.1.5 Berufliche Bildung

Die wegen cannabinoidbezogenen Störungen betreuten Männer und Frauen haben eine durchwegs vergleichbare berufliche Bildung. Jeweils etwa 3 von 10 betreuten Männern (33 %) und Frauen (29 %) verfügen über einen betrieblichen Abschluss und jeweils etwa ein Siebtel der Männer (15 %) und Frauen (13 %) sind bei Betreuungsbeginn in Ausbildung (siehe Abbildung 51). In jeweils etwa einem von 6 Fällen haben Männer (17 %) bzw. Frauen (17 %) eine begonnene Ausbildung nicht abgeschlossen und in rund einem Drittel haben die Männer (31 %) bzw. Frauen (35 %) noch keine Ausbildung begonnen.

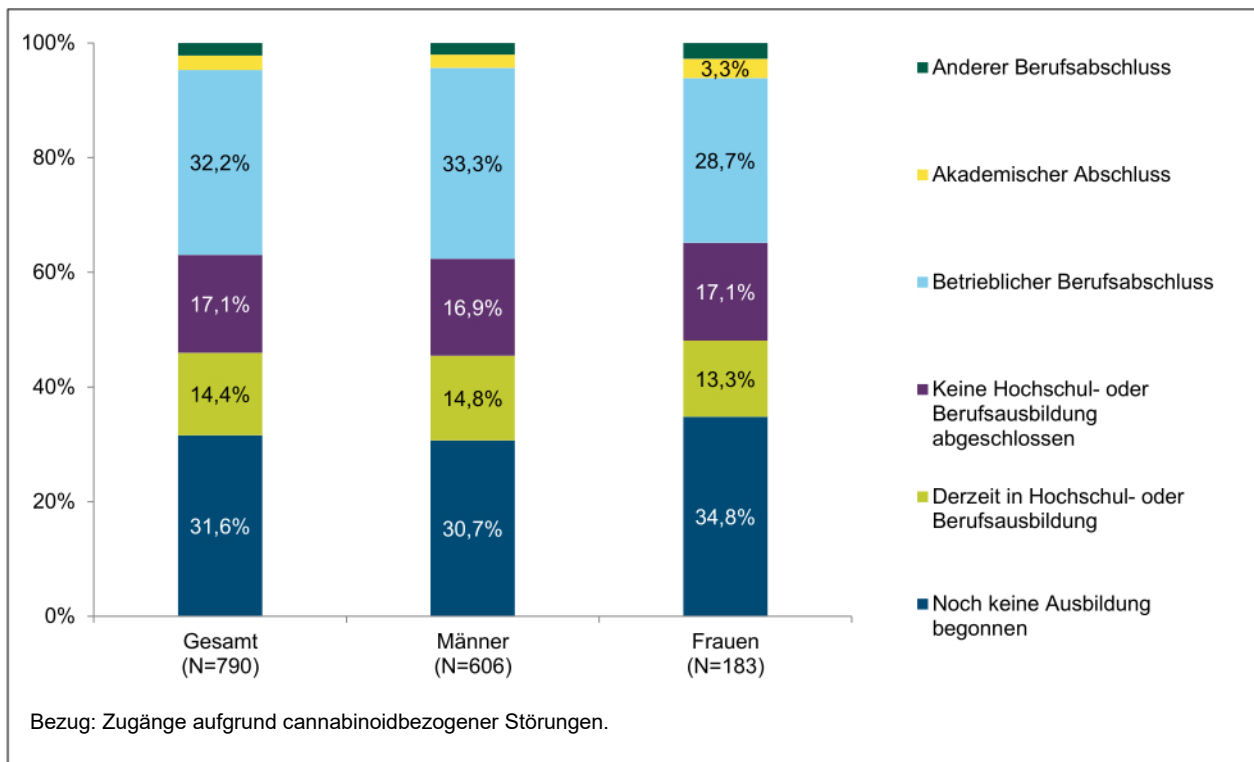


Abbildung 51: Berufliche Bildung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.1.6 Erwerbsstatus

Frauen und Männer mit cannabinoidbezogenen Störungen sind jeweils schwerpunktmäßig erwerbstätig, Männer mit knapp zur Hälfte allerdings signifikant häufiger als Frauen mit gut einem Drittel (Männer: 47 %; Frauen: 37 %; -22 % bei Frauen; $p = 0,015$; siehe Abbildung 52). An zweiter Stelle steht bei beiden Geschlechtern die schulische bzw. akademische Ausbildung, dicht gefolgt vom Bezug des Bürgergeldes. Frauen durchlaufen dabei in einem von 4 Fällen eine schulische bzw. akademische Ausbildung und damit signifikant häufiger als Männer mit einem Fünftel (Männer: 19 %; Frauen: 27 %; +38 % bei Frauen; $p = 0,033$).

Der Bezug von Bürgergeld ist unter weiblichen Betreuten mit einem Viertel (25 %) ähnlich häufig wie unter männlichen Betreuten mit einem Fünftel (19 %). An vierter Stelle des Häufigkeitsrankings stehen jeweils Nichterwerbspersonen (Männer: 8 %; Frauen: 4 %) gefolgt von Arbeitslosen¹¹ mit Bezug von ALG I (Männer: 5 %; Frauen: 3 %). Ein berichtenswerter Anteil der Frauen ist bereits in Rente bzw. Pension (3 %). Bezüglich keiner der zuletzt genannten Gruppen bestehen signifikante Anteilsunterschiede zwischen Männern und Frauen.

¹¹ Hier sei darauf hingewiesen, dass die Werte nicht direkt mit der allgemeinen Arbeitslosenquote vergleichbar sind, da diese auf Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (z. B. Klientel in schulischer Ausbildung) in den Nenner einschließt, wodurch Unterschiede stark unterschätzt werden.

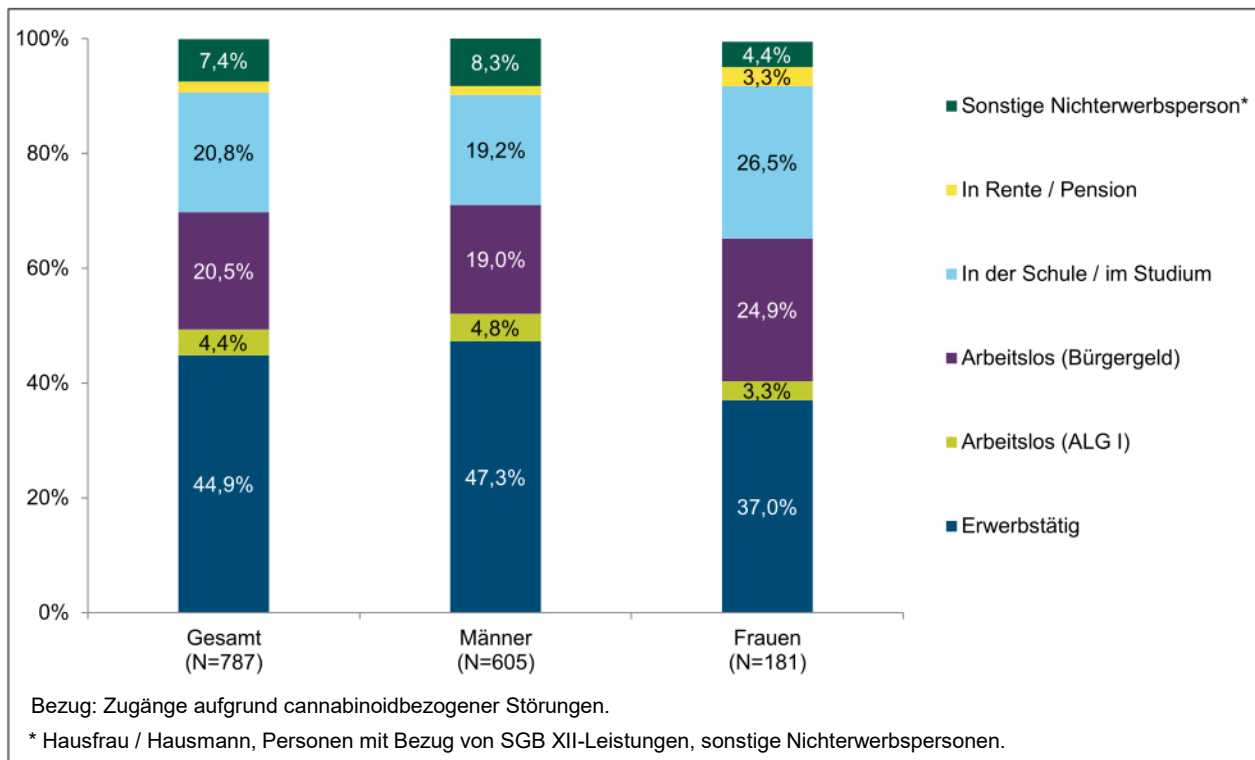


Abbildung 52: Erwerbsstatus (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.2 Störungsbezogene Merkmale

7.2.1 Alter bei Störungsbeginn

Die cannabinoidbezogene Störung beginnt bei Männern wie auch Frauen durchschnittlich im Alter von 19 Jahren (Stichprobe Männer: N = 1.145 Fälle; Frauen: N = 330 Fälle; Bezug: Zugänge aufgrund cannabinoidbezogener Störungen).

7.2.2 Störungsdauer

Zwischen dem Störungsbeginn und dem Beginn der aktuellen Betreuungsepisode liegen bei Männern mit cannabinoidbezogenen Störungen im Mittel 8 Jahre (Stichprobe: N = 587 Fälle) und bei Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen im Mittel 7 Jahre. (Stichprobe Männer: N = 587 Fälle; Frauen: N = 178 Fälle; Bezug: Zugänge aufgrund cannabinoidbezogener Störungen). Damit liegt bei Beginn der aktuellen Betreuung für Frauen der Störungsbeginn um 1 Jahr (-12 %) und damit merklich kürzer zurück als bei Männern, wobei hier aufgrund der Datenlage kein Test auf einen signifikanten Unterschied möglich ist.

7.2.3 Suchtbezogene Komorbidität

Jeweils etwa 3 von 10 Frauen (32 %) bzw. Männern (29 %), die wegen cannabinoidbezogenen Störungen betreut werden, haben eine begleitende tabakbezogene Störung, eine begleitende

stimulanzenbezogene Störung wird bei jeweils etwa einem Viertel der betreuten Frauen (25 %) und Männer (22 %) diagnostiziert. Zudem wird bei einem Viertel der Männer eine begleitende alkoholbezogene Störung dokumentiert, bei Frauen liegt der entsprechende Anteil mit einem Siebtel deutlich niedriger (Männer: 23 %; Frauen: 15 %; -37 % bei Frauen; $p = 0,014$). Eine begleitende kokainbezogene Störung findet sich bei einem von 20 Männern, aber nur bei einer von 100 Frauen und damit deutlich seltener (Männer: 5 %; Frauen: 1 %; -76 % bei Frauen; $p = 0,033$).

7.3 Betreuungsbezogene Merkmale

7.3.1 Zugangsweg zur Betreuung

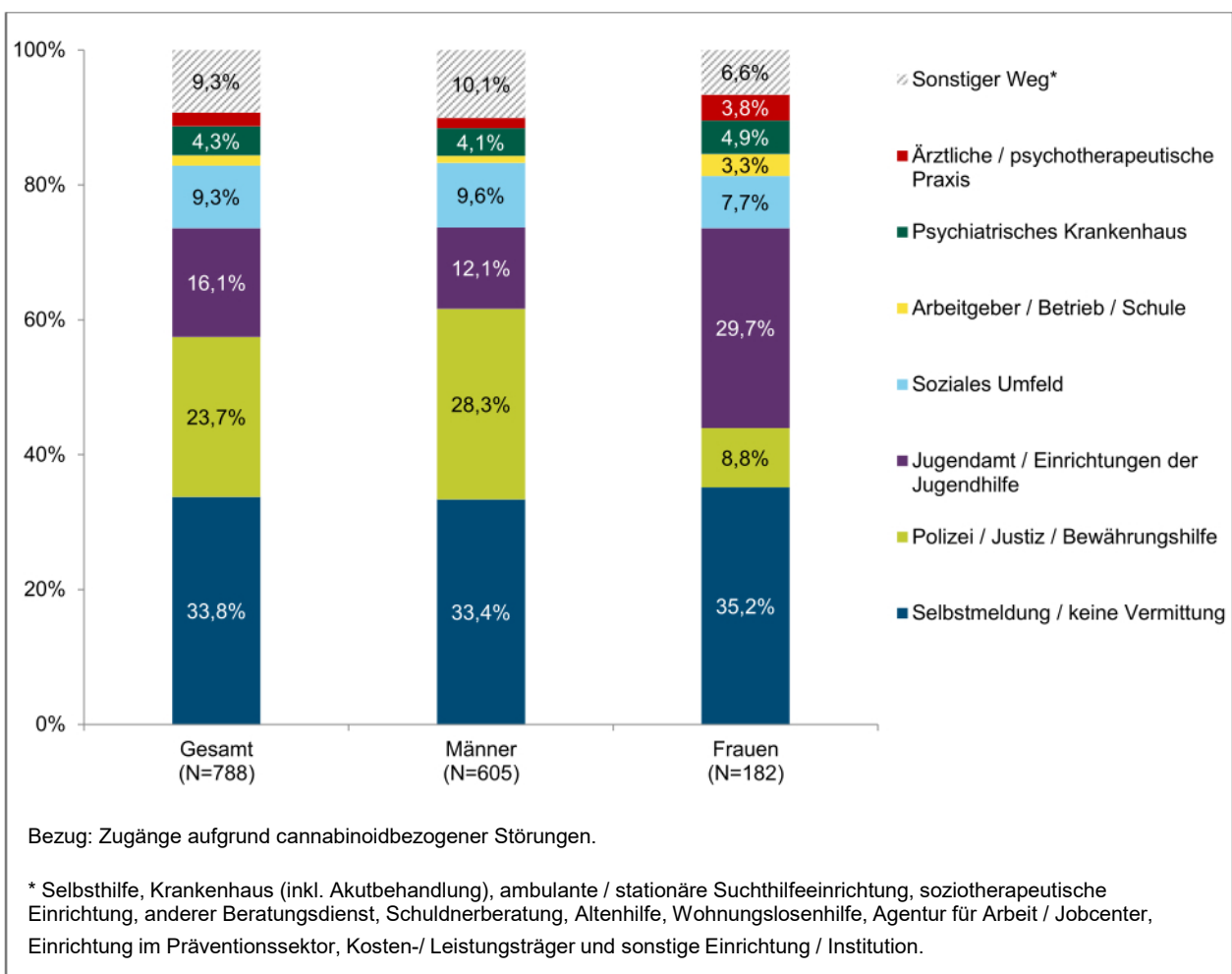


Abbildung 53: Zugangswege (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

Die wegen cannabinoidbezogenen Störungen betreuten Männer (33 %) und Frauen (35 %) kommen in jeweils einem von 3 Fällen und damit schwerpunktmäßig eigeninitiativ über Selbstmeldungen in die aktuelle Betreuung (siehe Abbildung 53). Allerdings unterscheidet sich die Bedeutung der nachrangigen Vermittlungswege. Bei Männern nehmen Vermittlungen über

Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit knapp 3 von 10 Fällen den zweiten Rang ein, bei Frauen liegt dieser Vermittlungsweg mit einem von 11 Fällen bei einem deutlich geringeren Anteilswert an dritter Stelle (Männer: 28 %; Frauen: 9 %; -69 % bei Frauen; $p < 0,0001$). Umgekehrt ist dies bezüglich der Vermittlung über Jugendamt / Jugendhilfe: dieser Weg steht bei Frauen mit 3 von 10 Fällen an zweiter Stelle und ist damit deutlich häufiger als bei Männern mit einem Achtel und Rang 3 (Männer: 12 %; Frauen: 30 %; +146 % bei Frauen; $p < 0,001$).

Es folgen für jeweils etwa ein Elftel der Männer (10 %) und Frauen (8 %) Vermittlungen durch das Soziale Umfeld sowie für jeweils einen nennenswerten Anteil der Männer (4 %) und Frauen (5 %) die Vermittlung über psychiatrische Krankenhäuser. Für Frauen fungieren zudem noch ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen (Männer: 2 %; Frauen: 4 %; +159 % bei Frauen; $p = 0,048$) sowie Arbeitgeber / Schule / Betrieb (Männer: 1 %; Frauen: 3 %; +232 % bei Frauen; $p = 0,026$) in nennenswertem Umfang als vermittelnde Instanzen, während dies bei Männern selten der Fall ist.

7.3.2 Erstbetreuung

Jeweils etwa 5 von 9 betreuten Männern (58 %) und Frauen (55 %) haben im Vorfeld keinerlei suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen, ohne dass sich ein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen lässt (Stichprobe: Männer: N = 606 Fälle; Frauen: N = 181 Fälle; Bezug: Zugänge aufgrund cannabinoidbezogener Störungen).

7.3.3 Betreuungsdauer und Kontaktzahl

Die mittlere Betreuungsdauer für cannabinoidbezogene Störungen beträgt bei Männern und Frauen jeweils 9 Monate (Stichprobe Männer: N = 466 Fälle; Frauen: N = 152 Fälle; Bezug: Beendete Betreuungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen).

Eine Betreuung aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen umfasst bei Männern und Frauen im Mittel jeweils 7 Kontakte (Stichprobe Männer: N = 462 Fälle; Frauen: N = 151 Fälle; Bezug: Beendete Betreuungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen).

7.3.4 Art der Beendigung

Jeweils etwa 3 von 5 Frauen (58 %) bzw. Männern (61 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen beenden ihre Betreuung planmäßig (siehe Abbildung 54). Hierbei kommt es bei gut der Hälfte der Männer (52 %) bzw. knapp der Hälfte der Frauen (48 %) zu einer regulären Beendigung nach Behandlungsplan. Einer von 20 Männern (5 %) bzw. eine von 25 Frauen (4 %) beendet die Betreuung vorzeitig mit Einverständnis des betreuenden Fachpersonals. Darüber hinaus wechselt eine von 15 Frauen (6 %) bzw. einer von 25 Männern (4 %) planmäßig in eine andere Einrichtung. All diese Anteilswerte unterscheiden sich nicht. Für jeweils 2 von 5

betreuten Männern (39 %) bzw. Frauen (42 %) endet die Betreuung unplanmäßig. Hier ist nahezu ausnahmslos ein Abbruch durch die Frau (42 %) bzw. den Mann (38 %) der Grund.

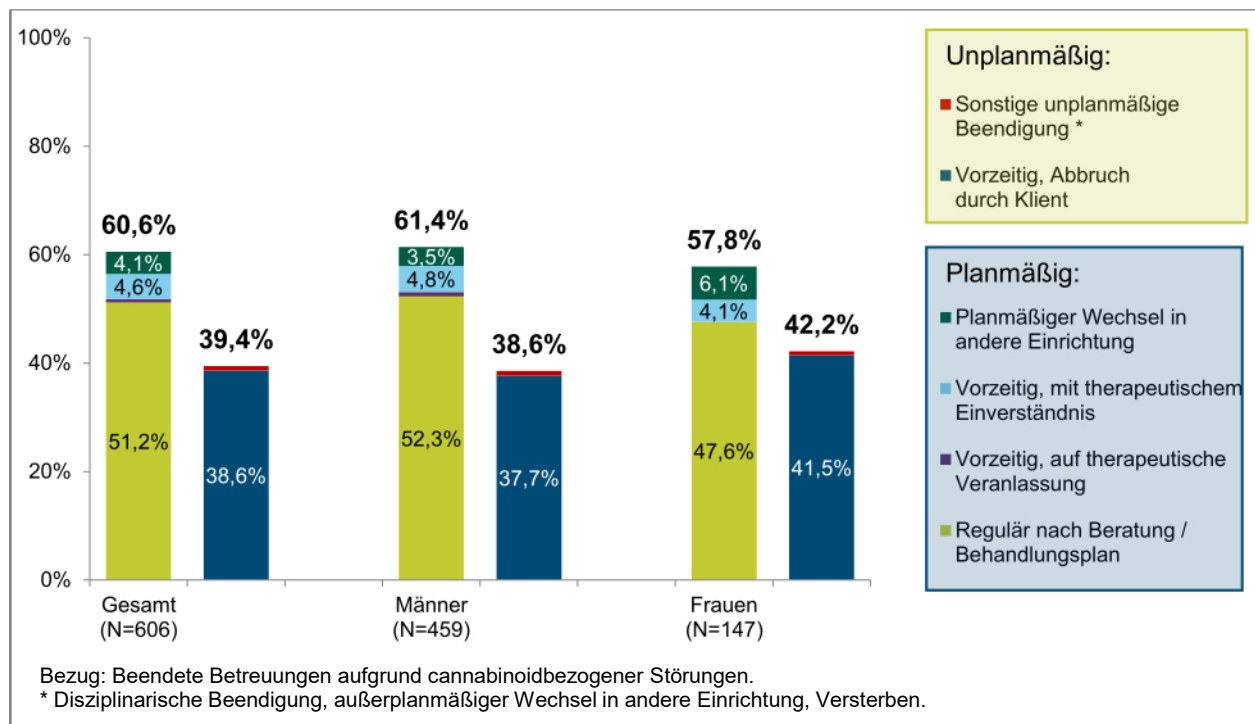


Abbildung 54: Art der Beendigung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.3.5 Entwicklung der Suchtproblematik

Bei jeweils 5 von 9 Männern (56 %) bzw. Frauen (56 %) hat sich die cannabinoidbezogene Problematik am Betreuungsende verbessert (siehe Abbildung 55). In nahezu allen anderen Fällen ist die Suchtproblematik bei Männern (42 %) wie Frauen (43 %) unverändert. Eine Verschlechterung oder ein Neuauftreten sind bei beiden Geschlechtern nur vereinzelt dokumentiert.

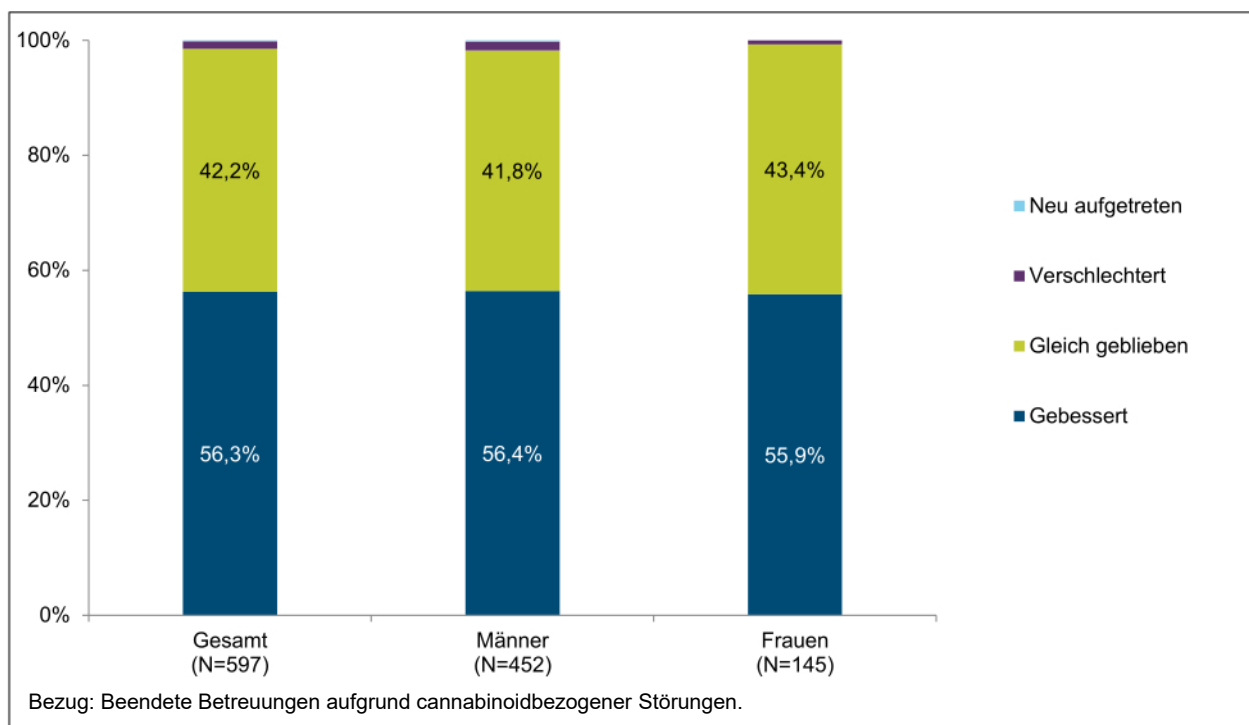


Abbildung 55: Suchtproblematik am Ende der Betreuung (Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, Typ 1)

7.3.6 Weitervermittlung

Ein Zehntel der Männer mit cannabinoidbezogenen Störungen wird am Ende der Betreuung weitervermittelt, während dies bei Frauen mit einem Sechstel für einen deutlich höheren Anteil zutrifft (Männer: 10 %; Frauen: 18 %; +76 % bei Frauen; $p = 0,011$; Stichprobe Männer: 466 Fälle; Frauen: 152 Fälle; Bezug: Beendete Betreuungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen).

8 Entwicklung über die Jahre 2003 bis 2023

Im diesem Kapitel werden Ergebnisse der Thüringer Suchthilfestatistik der letzten 20 Jahre untersucht. Zunächst wird dargestellt, wie sich die Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen insgesamt sowie ambulanten Einrichtungen¹² hinsichtlich ihrer Teilnahme und des Betreuungsvolumens über die Jahre 2003 bis 2023 entwickelt hat.

Anschließend werden aus ambulanten Einrichtungen zentrale Parameter für Hilfesuchende insgesamt sowie entlang der Klientelgruppen mit alkohol-, opioid-, cannabinoid- sowie stimulanzenbezogenen Störungen betrachtet. Hierbei wird für Anteilswerte untersucht, ob sich

¹² Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS bis 2016 findet sich bei Bauer et al. (2009). Nähere Informationen zur Erhebung der einzelnen Parameter finden sich im jeweils gültigen Manual des KDS, verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.

für das aktuelle Datenjahr 2023 und das Vergleichsjahr 2003 ein statistisch signifikanter Unterschied zu einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ ergibt. Zudem wird für die einzelnen Parameter beschrieben, welche Entwicklung zwischen diesen beiden Endpunkten stattfand.

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

8.1 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen

Die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen reicht im Beobachtungszeitraum von $N = 46$ Einrichtungen (2004, 2007, 2018 und 2023) bis hin zu $N = 67$ Einrichtungen (2012; siehe Abbildung 56 und Tabelle A- 1 im Anhang). Hierbei beteiligten sich während der hier beobachteten Jahre mit Laufzeit des ursprünglichen KDS (gültig bis 2006) grundsätzlich weniger Einrichtungen als während der Laufzeit des KDS 2.0 (gültig für 2007 bis 2017). Mit der Einführung des KDS 3.0 – und der damit einhergehenden Möglichkeit zur gemeinsamen Veranlagung bisher selbstständiger Einrichtung – kam es 2017 zu einem Rückgang, seitdem sind die Teilnehmerzahlen weitgehend stabil.

Vor dem Hintergrund der schwankenden Teilnehmezahlen der Einrichtungen ist das schwankende Betreuungsvolumen zu sehen, wobei sich die Anzahl an Betreuungen (einschließlich von Bezugspersonen) zwischen $N = 11.413$ (2021) bis hin zu $N = 14.812$ Fällen (2010) bewegt (siehe Abbildung 56 und Tabelle A- 1 im Anhang). Während bis 2010 eine kurvilineare Zunahme der Fallzahlen zu beobachten ist, gingen die Fallzahlen von 2012 bis 2021 zurück und stiegen bis 2023 wieder an. Das Muster für Betreuungsfälle unter Männern spiegelt den Gesamtverlauf auf niedrigerem Niveau wider: hier liegt der Höchstwert bei $N = 11.529$ Betreuungen (2010) und der Tiefststand bei $N = 8.091$ Betreuungen (2021). Demgegenüber ist hinsichtlich der betreuten Frauen eine langsame stetige Zunahme von $N = 2.266$ Betreuungen (2003) auf $N = 3.491$ Betreuungen (2023) zu beobachten, wobei sich für die Anzahl ein Höchststand von $N = 3.589$ (2019) Betreuungen verzeichnen lässt.

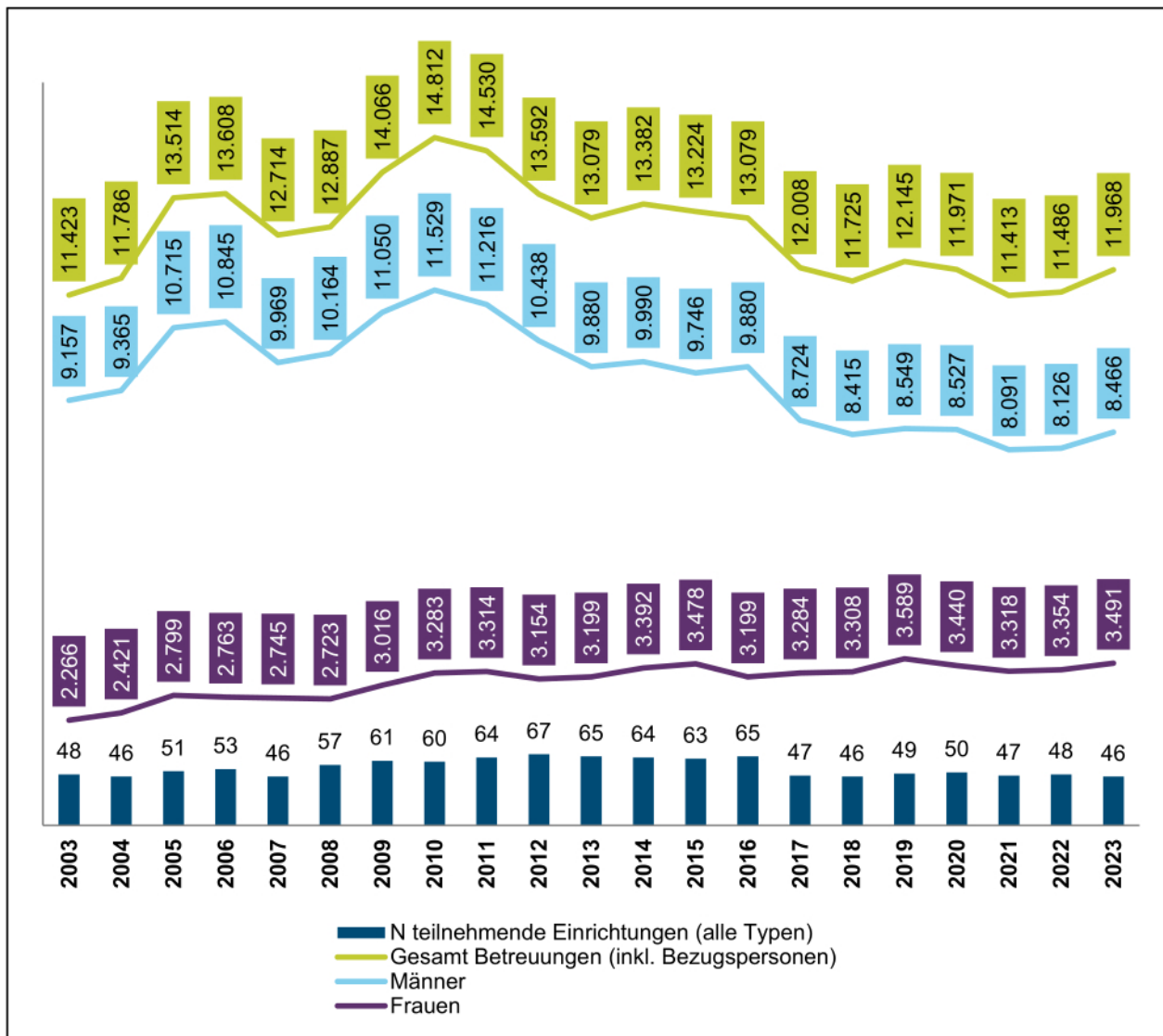


Abbildung 56: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen - alle Typen (2003 – 2023)

Die Anzahl der teilnehmenden ambulanten Einrichtungen schwankt zwischen N = 27 (2007, 2017, 2021, 2022, 2023) und N = 38 (2006; siehe Abbildung 57 und Tabelle A- 2 im Anhang), Hierbei sind mit Einführung des KDS 2.0 weniger teilnehmende ambulante Einrichtungen gezählt als im ursprünglichen KDS, nach der Einführung des KDS 3.0 sind nur noch geringe Schwankungen zu beobachten. Seit 2021 nehmen jeweils N = 27 ambulante Einrichtungen teil.

Das dabei dokumentierte Betreuungsvolumen zeigt einen schwankenden Verlauf mit einem Höchststand von N = 11.829 Betreuungen (2006) und einem Tiefststand von N = 9.871 Betreuungen (2022). Der Verlauf bei betreuten Männern spiegelt mit einem Höchststand von N = 9.345 Betreuungen (2006) und einem Tiefststand von N = 6.823 Betreuungen (2022) im Wesentlichen den Gesamtverlauf. Bei den betreuten Frauen ist eine Zunahme von N = 2.173 Betreuungen (2003) auf N = 3.338 Betreuungen (2019) zu beobachten. Seit 2020 sind die Fallzahlen weitgehend stabil.

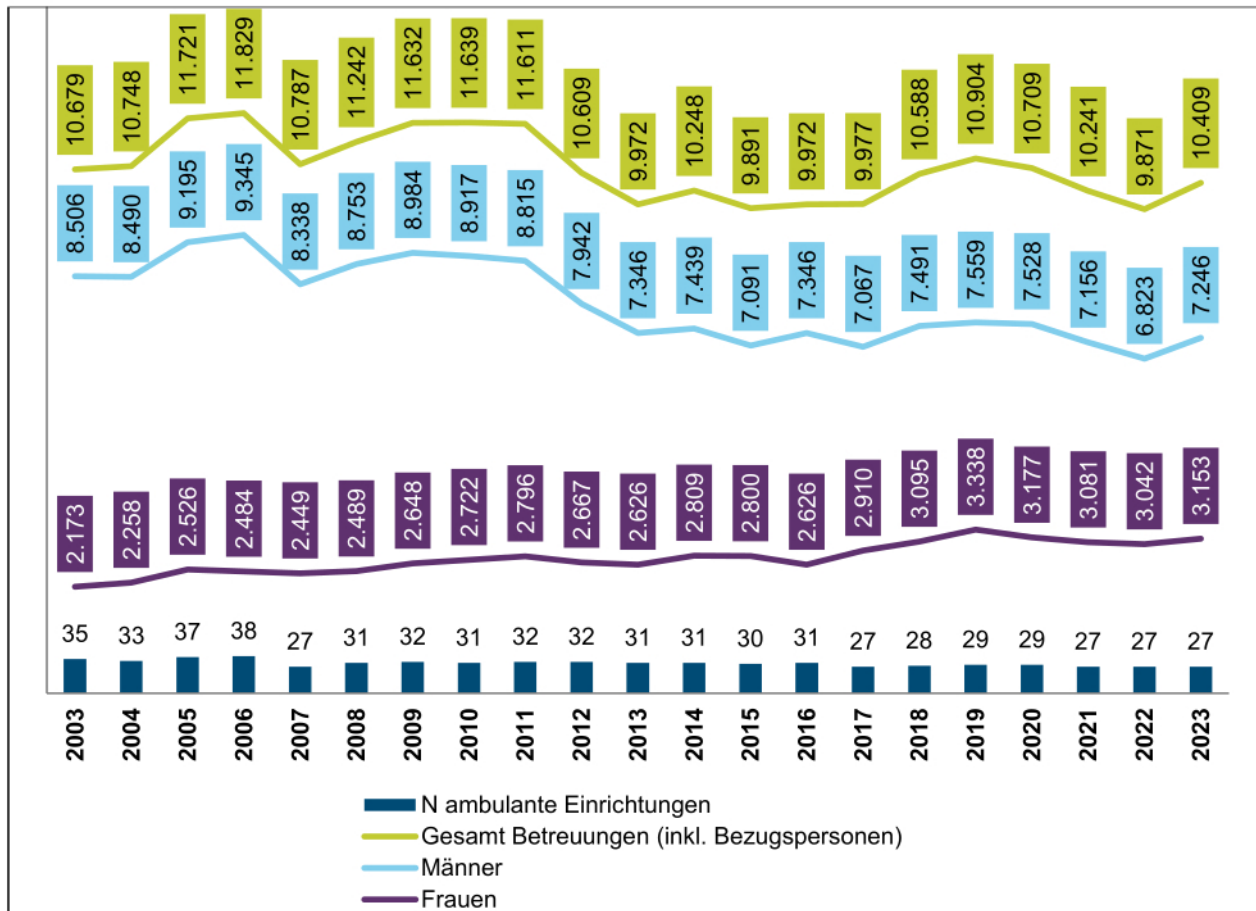


Abbildung 57: Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen - ambulant (2003 – 2023)

8.2 Frauenanteil

In der hilfeschuchenden Klientel in ambulanten Einrichtungen hat sich der Frauenanteil von einem Fünftel in 2003 (19 %) auf ein Viertel in 2023 (26 %) deutlich erhöht (+36 % in 2023; siehe Abbildung 58 und Tabelle A- 3 im Anhang). Eine deutliche Zunahme findet sich in den einzelnen Störungsgruppen unter Hilfeschuchenden mit alkohol- (26 % vs. 15 % in 2003; + 77 % in 2023) und cannabinoidbezogenen Störungen (23 % vs. 13 % in 2003; + 85% in 2023), wobei 2003 jeweils etwa ein Siebtel und 2023 jeweils etwa ein Viertel weiblich ist. Hierbei ist über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg eine kontinuierliche Zunahme zu beobachten.

In der Klientel mit stimulanzenbezogenen Störungen (Achtung: Fallzahlen) war 2003 (13 %) ein Achtel weiblich, in 2023 (34 %) traf dies auf knapp ein Drittel zu, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Anteilen feststellen lässt. Auf deutliche Schwankungen bis 2009 (22 %) folgt eine Zunahme des Frauenanteils zwischen 2010 (28 %) und 2019 (37 %). Seit 2020 (32 %) hat sich der Anteil der weiblichen Klientel augenscheinlich auf einem etwas niedrigeren Niveau stabilisiert.

Unter Hilfesuchenden mit opioidbezogenen Störungen lag der Frauenanteil 2003 (26 %) bei etwa einem Viertel und in 2023 (14 %) bei etwa einem Siebtel, wobei sich statistisch kein signifikanter Unterschied feststellen lässt. Auch hier ergibt sich über die 20 Jahre kein kontinuierliches Bild. Nach Schwankungen bis 2018 (33 %) folgte ein abrupter Rückgang zwischen 2019 (20 %) und 2021 (16 %). Der Frauenanteil ist nach einem Ausschlag im Jahr 2022 (27 %) im aktuellen Datenjahr 2023 auf einem Mindeststand.

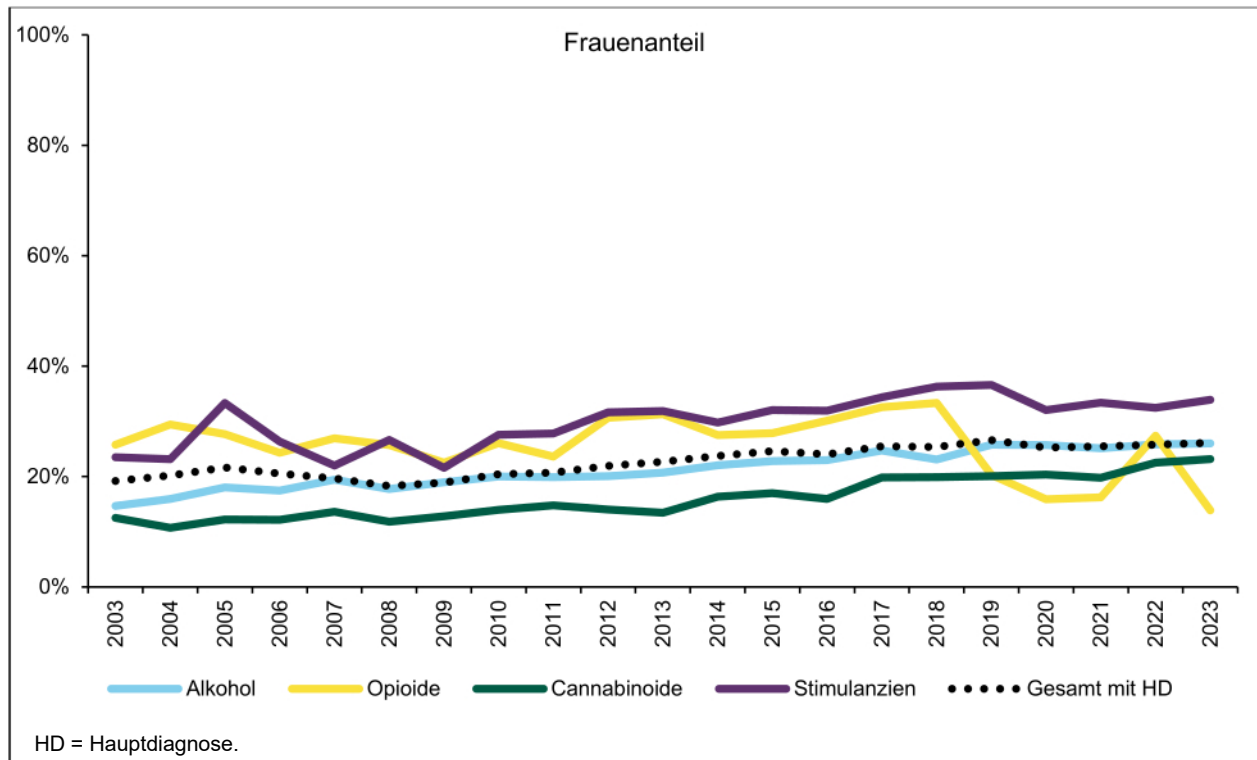


Abbildung 58: Frauenanteil (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023)

8.3 Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden insgesamt blieb zwischen 2003 (37,9 Jahre) bis 2023 (38,6 Jahre) stabil mit einem Unterschied von weniger als einem Jahr (siehe Abbildung 59 und Tabelle A- 4 im Anhang). Allerdings zeigen sich auf Ebene der einzelnen Störungen unterschiedliche Entwicklungen: So ist das Durchschnittsalter der Hilfesuchenden mit stimulanzienbezogenen Störungen kontinuierlich von 2003 (21,6) bis 2023 (33,4) um rund 12 Jahre gestiegen.

In der Klientel mit opioidbezogenen Störungen (Achtung: Fallzahlen) lag das Durchschnittsalter 2003 (24,8 Jahre) rund 12 Jahre unter dem Wert von 2023 (36,6 Jahre). Hierbei ist zunächst zwischen 2003 und 2013 (31,7 Jahre) eine Zunahme zu beobachten, gefolgt von einem sprunghaften Anstieg des Durchschnittsalters in 2014 (34,8 Jahre) und 2015 (36,9 Jahre). Seitdem hat sich das Durchschnittsalter kaum noch verändert.

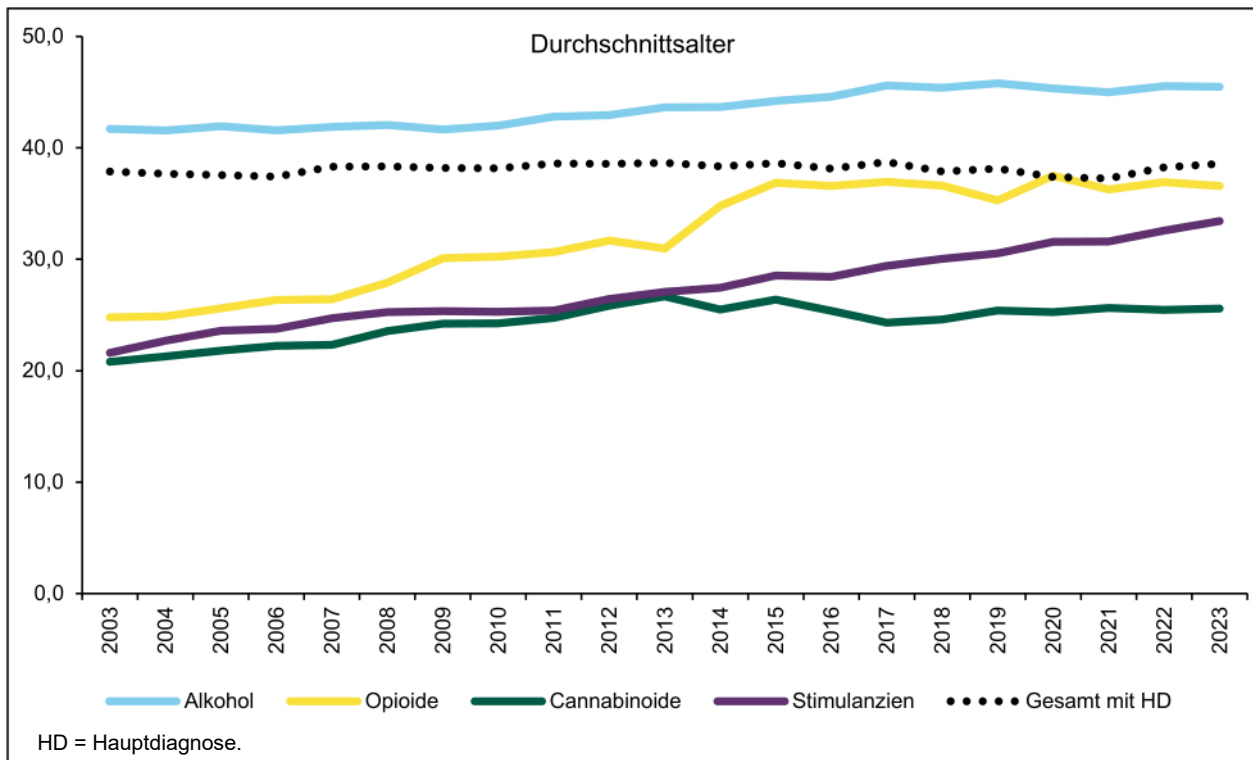


Abbildung 59: Durchschnittsalter (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023)

Das Durchschnittsalter unter Hilfesuchenden mit cannabinoidbezogenen Störungen stieg von 2003 (20,8 Jahre) bis 2023 (25,6 Jahre) um etwa 5 Jahre. Dabei kam es zunächst bis 2013 (26,7 Jahre) zu einer Zunahme des Durchschnittsalters, gefolgt von einer weitgehend stabilen Phase. Bei Hilfesuchenden mit alkoholbezogenen Störungen lag das Durchschnittsalter 2003 (41,7 Jahren) um etwa 4 Jahre unter dem Wert in 2023 (45,5). Nach einer andauernden stabilen Phase bis etwa 2010 (42,8 Jahre) stieg das Durchschnittsalter langsam bis 2017 (45,6 Jahre) an und hat sich seitdem kaum verändert.

8.4 Betreuungsdauer

Die mittlere Dauer der beendeten Betreuungen lag 2003 bei 10,1 Monaten, während Hilfesuchende ihre Betreuung 2023 nach durchschnittlich 11,5 Monaten und damit nach gut einem Monat länger beendeten (siehe Abbildung 60 und Tabelle A- 5 im Anhang). Hierbei sind über die Jahre mittlere Betreuungsdauern von 9,2 (2006) bis hin zu 12,5 (2011) Monaten zu sehen. Die mittleren Betreuungsdauern in der Klientel mit alkoholbezogenen Störungen spiegeln diesen Verlauf nahezu 1:1 wider. Hier betrug die mittlere Betreuungsdauer 2003 10,0 Monate und 2023 11,8 Monate.

Die mittlere Betreuungsdauer unter Betreuten mit opioidbezogenen Störungen (Achtung: Fallzahlen) lag im Jahr 2003 bei im Mittel 16,3 Monaten, 2023 bei 26,2 Monaten und damit um

10 Monaten höher. Die Befunde der einzelnen Jahre unterliegen zum Teil deutlichen Schwankungen. Nach einer vergleichsweise stabilen Phase bis 2012 (16,8 Monate) scheint die mittlere Betreuungsdauer der beendeten Betreuungen seit 2013 (22,5 Monate) zuzunehmen.

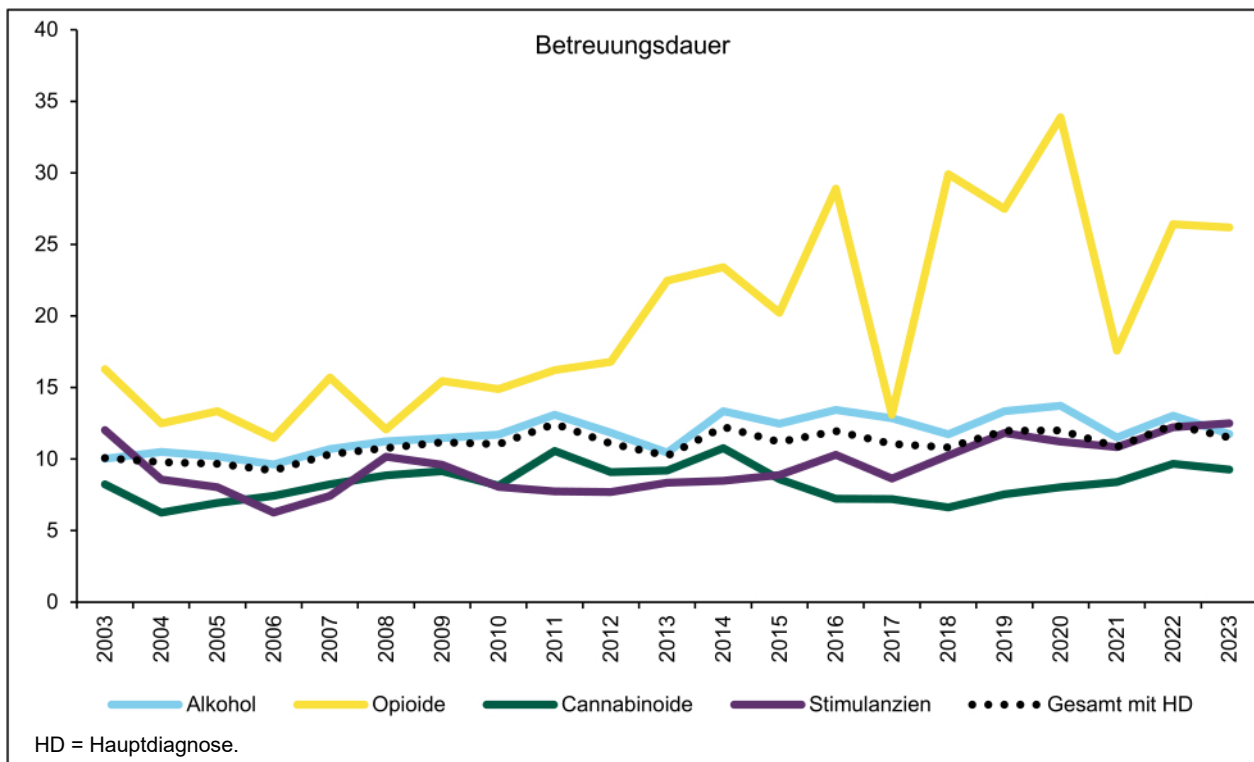


Abbildung 60: Mittlere Betreuungsdauer (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023)

In der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen lag die mittlere Betreuungsdauer 2003 bei 8,2 Monaten und 2023 um einen Monat höher bei 9,3 Monaten. Dabei hat die mittlere Betreuungsdauer augenscheinlich bis 2014 (10,8 Monate) geringfügig zugenommen und war bis 2018 (6,6 Monate) rückläufig. Seit 2019 (7,5 Monate) ist wieder eine graduelle Zunahme ersichtlich. Hilfesuchenden mit stimulanzenbezogenen Störungen wurden 2003 im Mittel 12,0 Monate und 2023 mit im Mittel 12,5 Monaten vergleichbar lange betreut. Nach einem initialen Rückgang bis 2006 (6,3 Monate) scheint es zwischen 2007 (7,4 Monate) bis 2017 (8,6 Monate) ein stabiles Niveau zu geben. Seit 2018 (10,8 Monate) ist eine leichte, aber beständige Zunahme zu beobachten.

8.5 Planmäßigkeit der Beendigung

Sowohl 2003 (44 %) als auch 2023 (46 %) finden sich insgesamt in etwa 4 von 9 Fällen regulär nach Betreuungsplan¹³ beendete Betreuungen, wobei sich zwischen den Jahren keine klare Trendrichtung erkennen lässt (siehe Abbildung 61 und Tabelle A- 6 im Anhang). Gleiches gilt im Bereich der alkoholbezogenen Störungen, wo Betreuungen 2003 (45 %) in gut 4 von 9 Fällen und 2023 (48 %) in knapp 5 von 10 Fällen planmäßig beendet wurden.

In der Klientel mit opioidbezogenen Störungen wurden Beendigungen 2003 (22 %) bei gut einem Fünftel und 2023 (28 %) bei knapp einem Drittel als regulär berichtet. Dabei hat sich der entsprechende Anteil zunächst bis etwa 2010 (29 %) erhöht. Seitdem liegt er mit gewissen Schwankungen auf einem stabilen Niveau. Unter Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen liegt der Anteil an regulären Beendigungen 2003 (45 %) bei 4 von 9 Fällen und 2023 (51 %) bei 5 von 10 Fällen. Nach anfänglichen Schwankungen bis 2015 (44 %) scheint sich der Anteil seit 2016 (47 %) langsam zu erhöhen. Betreute mit stimulanzenbezogenen Störungen beendeten die Betreuung 2003 (39 %) in 2 von 5 Fällen planmäßig und damit kaum seltener als 2023 (42 %), wobei sich zwischen den Jahren keine klare Trendrichtung erkennen lässt.

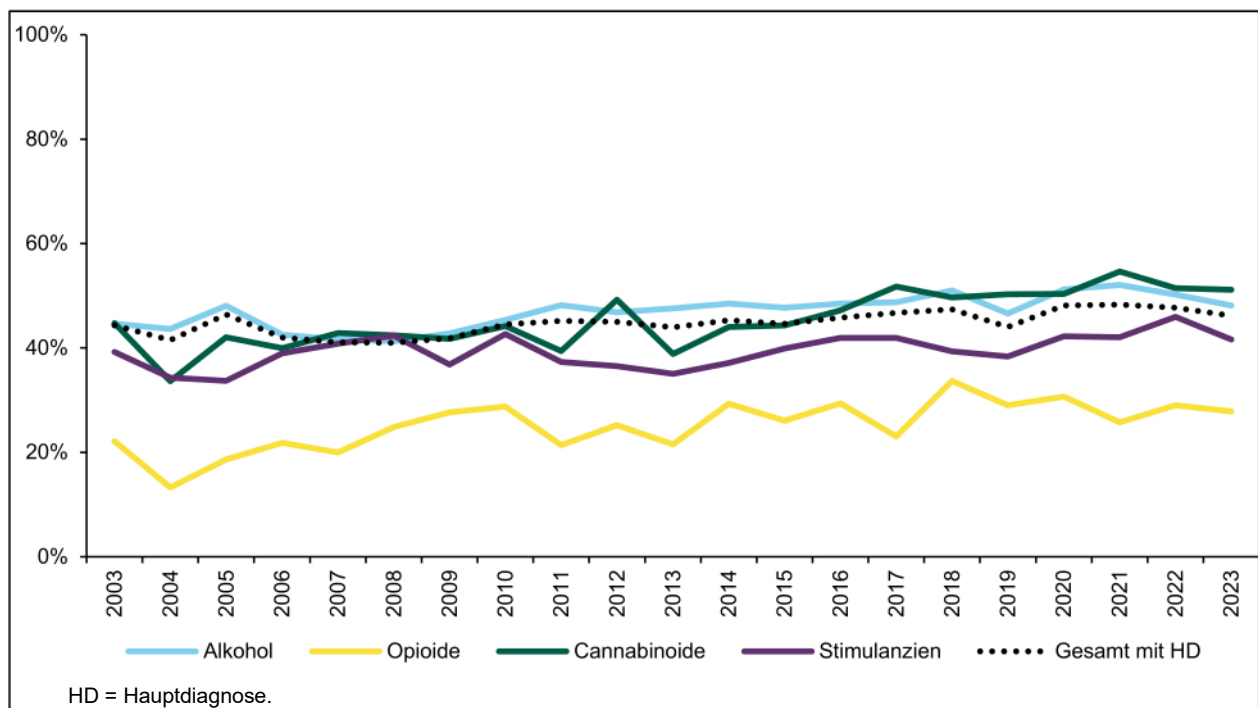


Abbildung 61: Planmäßige Beendigungen (ambulante Einrichtungen, 2003 – 2023)

¹³ Für einen Vergleichbarkeit über die KDS-Versionen wird Planmäßigkeit abweichend von vorangehenden Darstellungen definiert. Damit werden hier nicht eingeschlossen: Entlassungen auf ärztliche/therapeutische Veranlassung bzw. mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis oder planmäßige Wechsel in andere Einrichtungen.

9 Literaturverzeichnis

- Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55 (Sonderheft 1), S6- S14.
- 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 (2024a). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024b). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024c). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Alle Bundesländer. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. München: IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.suchthilfestatistik.de/>
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024d). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024e). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NIH (Niedrigschwellige Hilfen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024f). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme NAS ((Reha-) Nachsorge). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024g). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme SOZ (Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024h). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Hauptmaßnahme ABW (Ambulant Betreutes Wohnen). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024i). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante

- Einrichtungen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024j). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Mitte. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024k). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Nord. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024l). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Ost. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024m). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband Typ 1: ambulante Einrichtungen – Region Südwest. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024n). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Typ 2: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024o). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024p). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe – Region Mitte. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2024q). Deutsche Suchthilfestatistik 2023. Thüringen. Tabellenband für Typ 5: Einrichtungen der Sozialen Teilhabe – Region Ost. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. 33 %-Lauf. [unveröffentlichter Tabellenband]. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- 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., Murawski, M. & Riemerschmid, C. (2024). Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung. Verfügbar unter: <https://www.suchthilfestatistik.de/publikationen/jahresberichte.html>

10 Tabellenanhang

Tabelle A- 1 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, alle Einrichtungstypen 2003 – 2023

Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N Einrichtungen gesamt*	48	46	51	53	46	57	61	60	64	67	65	64	63	65	47	46	49	50	47	48	46
N Betreuungen gesamt (inkl. Bezugspersonen)	11.423	11.786	13.514	13.608	12.714	12.887	14.066	14.812	14.530	13.592	13.079	13.382	13.224	13.079	12.008	11.725	12.145	11.971	11.413	11.486	11.968
N Betreuungen Männer	9.157	9.365	10.715	10.845	9.969	10.164	11.050	11.529	11.216	10.438	9.880	9.990	9.746	9.880	8.724	8.415	8.549	8.527	8.091	8.126	8.466
N Betreuungen Frauen	2.266	2.421	2.799	2.763	2.745	2.723	3.016	3.283	3.314	3.154	3.199	3.392	3.478	3.199	3.284	3.308	3.589	3.440	3.318	3.354	3.491
*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)																					

Tabelle A- 2 Teilnehmende Einrichtungen und Betreuungsvolumen, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023

Teilnehmende Einrichtungen & Betreuungsvolumen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N ambulante Einrichtungen*	35	33	37	38	27	31	32	31	32	32	31	31	30	31	27	28	29	29	27	27	27
N Betreuungen gesamt (inkl. Bezugspersonen)	10.679	10.748	11.721	11.829	10.787	11.242	11.632	11.639	11.611	10.609	9.972	10.248	9.891	9.972	9.977	10.588	10.904	10.709	10.241	9.871	10.409
N Betreuungen Männer	8.506	8.490	9.195	9.345	8.338	8.753	8.984	8.917	8.815	7.942	7.346	7.439	7.091	7.346	7.067	7.491	7.559	7.528	7.156	6.823	7.246
N Betreuungen Frauen	2.173	2.258	2.526	2.484	2.449	2.489	2.648	2.722	2.796	2.667	2.626	2.809	2.800	2.626	2.910	3.095	3.338	3.177	3.081	3.042	3.153
*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)																					

Tabelle A- 3 Frauenanteil unter Zugängen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023

Frauenanteil unter Zugängen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N	3.569	3.930	4.203	4.474	3.728	3.686	4.125	3.883	3.637	3.297	3.335	2.934	2.844	2.649	3.010	2.620	2.610	2.437	2.255	2.278	2.480
Alkohol	14,7%	16,0%	18,0%	17,5%	19,4%	17,8%	19,0%	20,0%	19,9%	20,1%	20,7%	22,1%	22,8%	23,0%	24,8%	23,1%	25,7%	25,7%	25,1%	25,9%	26,0%
N	167	238	271	296	130	136	169	165	127	111	115	69	79	83	86	75	64	63	74	62	72
Opiode	25,7%	29,4%	27,7%	24,3%	26,9%	25,7%	22,5%	26,1%	23,6%	30,6%	31,3%	27,5%	27,8%	30,1%	32,6%	33,3%	20,3%	15,9%	16,2%	27,4%	13,9%
N	455	569	743	730	536	568	631	580	520	413	394	409	435	583	650	785	793	854	759	720	790
Cannabinoide	12,5%	10,7%	12,2%	12,2%	13,6%	11,8%	12,8%	14,0%	14,8%	14,0%	13,5%	16,4%	17,0%	16,0%	19,8%	19,9%	20,1%	20,4%	19,8%	22,5%	23,2%
N	119	147	198	262	159	199	227	330	432	594	825	869	915	864	887	896	899	986	923	700	723
Stimulanzen	23,5%	23,1%	33,3%	26,3%	22,0%	26,6%	21,6%	27,6%	27,8%	31,6%	31,9%	29,8%	32,0%	31,9%	34,4%	36,3%	36,6%	32,0%	33,4%	32,4%	33,9%
N	4.620	5.187	5.740	6.193	4.779	4.887	5.487	5.295	5.068	4.750	4.987	4.636	4.617	4.559	5.198	4.898	4.970	5.025	4.653	4.354	4.664
Gesamt mit Hauptdiagnose*	19,2%	20,2%	21,6%	20,5%	19,7%	18,3%	18,9%	20,4%	20,7%	22,0%	22,7%	23,7%	24,6%	24,0%	25,5%	25,4%	26,6%	25,3%	25,5%	25,7%	26,1%

*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)

Tabelle A- 4 Durchschnittsalter der Zugänge je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023

Durchschnittsalter (in Jahren) der Zugänge	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N	3.569	3.930	4.203	4.474	3.728	3.685	4.125	3.883	3.637	3.296	3.336	2.934	2.844	2.649	3.005	2.619	2.607	2.437	2.253	2.276	2.477
Alkohol	41,7	41,6	41,9	41,6	41,9	42,1	41,7	42,0	42,8	43,0	43,6	43,7	44,2	44,6	45,6	45,4	45,8	45,3	45,0	45,5	45,5
N	167	238	271	296	129	136	169	165	127	111	115	69	79	83	86	75	64	63	74	62	72
Opiode	24,8	24,9	25,6	26,3	26,4	27,9	30,1	30,3	30,6	31,7	31,0	34,8	36,9	36,6	37,0	36,6	35,3	37,5	36,3	36,9	36,6
N	455	569	743	730	536	568	631	579	520	413	394	409	435	583	650	785	793	853	759	720	790
Cannabinoide	20,8	21,3	21,8	22,2	22,3	23,6	24,2	24,2	24,8	25,8	26,7	25,5	26,4	25,4	24,3	24,6	25,4	25,3	25,6	25,5	25,6
N	119	147	198	262	159	199	227	329	432	594	825	869	915	864	887	894	898	985	923	700	723
Stimulanzen	21,6	22,7	23,6	23,8	24,7	25,3	25,3	25,3	25,4	26,4	27,1	27,4	28,6	28,4	29,4	30,0	30,5	31,6	31,6	32,6	33,4
N	5.681	5.893	6.484	6.595	4.778	4.886	5.487	5.293	5.068	4.749	4.988	4.636	4.617	4.559	5.192	4.894	4.964	5.022	4.649	4.351	4.661
Gesamt mit Hauptdiagnose*	37,9	37,7	37,6	37,4	38,3	38,3	38,2	38,2	38,6	38,6	38,7	38,3	38,6	38,1	38,7	37,9	38,1	37,4	37,3	38,3	38,6

*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)

Tabelle A- 5 Mittlere Dauer der beendeten Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023

Mittlere Dauer (in Monaten) der beendeten Betreuungen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N Alkohol	3.483 10,0	3.597 10,5	4.238 10,2	3.795 9,6	3.629 10,7	3.537 11,2	3.794 11,5	3.619 11,7	3.960 13,1	3.556 11,8	2.881 10,5	3.019 13,4	2.601 12,5	2.904 13,4	2.569 12,9	2.574 11,7	2.605 13,4	2.388 13,7	2.009 11,5	2.038 13,0	2.024 11,8
N Opiode	213 16,3	232 12,5	273 13,3	223 11,5	134 15,7	145 12,1	132 15,5	140 14,9	160 16,2	124 16,8	94 22,5	99 23,4	69 20,2	102 28,9	66 13,1	100 29,9	74 27,5	68 33,9	66 17,6	69 26,4	62 26,2
N Cannabinoide	479 8,2	440 6,3	695 6,9	616 7,4	541 8,2	633 8,9	554 9,2	578 8,1	546 10,6	457 9,1	347 9,2	384 10,8	397 8,6	543 7,2	539 7,2	655 6,6	681 7,5	769 8,0	679 8,4	627 9,7	618 9,3
N Stimulanzen	166 12,0	135 8,6	205 8,0	180 6,3	174 7,4	204 10,2	209 9,6	247 8,1	327 7,7	496 7,7	590 8,4	736 8,5	822 8,9	952 10,3	738 8,6	840 10,2	895 11,8	795 11,2	857 10,8	701 12,2	629 12,5
N Gesamt mit Hauptdiagnose*	4.619 10,1	4.695 9,8	5.718 9,7	5.126 9,2	4.710 10,3	4.797 10,8	4.962 11,2	4.903 11,0	5.316 12,5	5.014 11,1	4.183 10,2	4.552 12,2	4.188 11,2	4.889 11,9	4.330 11,1	4.671 10,8	4.746 12,0	4.609 12,0	4.159 10,9	3.951 12,4	3.844 11,5

*gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)

Tabelle A- 6 Anteil regulär nach Betreuungsplan beendeter Betreuungen je Hauptdiagnose, ambulante Einrichtungen 2003 – 2023

Anteil regulär beendeter Betreuungen*	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N Alkohol	3.315 44,6%	3.529 43,7%	3.927 48,1%	3.747 42,6%	3.556 41,6%	3.530 41,3%	3.767 42,8%	3.607 45,4%	3.940 48,2%	3.507 46,8%	2.845 47,6%	3.012 48,5%	2.592 47,7%	2.899 48,5%	2.518 48,8%	2.533 51,0%	2.340 46,6%	2.201 51,2%	1.980 52,1%	1.994 50,2%	1.987 48,2%
N Opiode	167 22,2%	226 13,3%	263 18,6%	220 21,8%	130 20,0%	145 24,8%	130 27,7%	139 28,8%	159 21,4%	123 25,2%	93 21,5%	99 29,3%	69 26,1%	102 29,4%	65 23,1%	98 33,7%	69 29,0%	62 30,6%	66 25,8%	69 29,0%	61 27,9%
N Cannabinoide	460 44,8%	434 33,6%	623 42,1%	606 39,9%	537 42,8%	632 42,4%	549 41,7%	577 44,2%	546 39,4%	455 49,2%	345 38,8%	384 44,0%	397 44,3%	542 47,2%	535 51,8%	646 49,7%	652 50,3%	723 50,3%	668 54,6%	610 51,5%	606 51,2%
N Stimulanzen	130 39,2%	134 34,3%	184 33,7%	177 39,0%	174 40,8%	203 42,4%	209 36,8%	246 42,7%	327 37,3%	496 36,5%	588 35,0%	732 37,2%	822 39,9%	951 42,0%	735 41,9%	828 39,4%	865 38,4%	743 42,3%	835 42,0%	692 46,0%	627 41,6%
N Gesamt mit Hauptdiagnose**	4.322 44,3%	4.609 41,5%	5.283 46,4%	5.060 42,0%	4.626 41,1%	4.785 41,0%	4.927 41,9%	4.887 44,5%	5.294 45,2%	4.960 45,0%	4.139 43,9%	4.539 45,3%	4.179 44,7%	4.882 45,8%	4.264 46,7%	4.606 47,4%	4.393 44,0%	4.299 48,1%	4.089 48,3%	3.867 47,7%	3.784 46,2%

*Zur besseren Vergleichbarkeit mit dem ursprünglichen KDS wird ab 2007 die Kategorie "regulär nach Beratungsplan" als planmäßige Beendigung definiert.

**gemäß des jeweils gültigen KDS (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de)

