

Lena Wegmann
Tim Pfeiffer-Gerschel

Suchthilfestatistik 2008
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2008 on the treatment of substance use disorders
Report on the Current Situation and the Activities
of treatment centres in Thuringia

München 2009
IFT-Berichte Bd. 173
IFT-Reports Vol. 173

IFT Institut für Therapieforschung, München

Lena Wegmann
Tim Pfeiffer-Gerschel

Suchthilfestatistik 2008
Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten
der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen

Statistical Report 2008 on the treatment of substance use disorders
Report on the Current Situation and the Activities
of treatment centres in Thuringia

München 2009

IFT-Berichte Bd. 173
IFT-Reports Vol. 173

Reihe IFT-Berichte
Band 173

Herausgegeben vom IFT Institut für Therapieforschung
(Verantwortlich: Prof. Dr. Gerhard Bühringer)

In der Reihe IFT-Berichte sind zuletzt erschienen:

Wegmann, L., Eichmann, A. & Sonntag, D. (2009). Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen der Stadt Mannheim (IFT-Berichte Bd. 172). München: Institut für Therapieforschung.

Eichmann, A., Bauer, C. & Sonntag, D. (2008). Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten und stationären Suchthilfeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 171). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Bauer, C., Eichmann, A. & Sonntag, D. (2008). Suchthilfestatistik 2007 - Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der Suchthilfeinrichtungen des Landes Thüringen (IFT-Berichte Bd. 170). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). Suchthilfestatistik 2006 - Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der stationären Suchthilfeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 169). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Hellwich, A., Bauer, C. & Sonntag, D. (2007). Suchthilfestatistik 2006 - Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeinrichtungen des Landes Berlin (IFT-Berichte Bd. 168). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Die Berichte können von Fachinstitutionen kostenlos angefordert und von Studenten über die Universitätsbibliothek ausgeliehen werden.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	4
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	6
1 EINLEITUNG.....	7
2 METHODIK	7
2.1 Design und Stichprobe	7
2.2 Datenerhebung und Diagnostik.....	7
2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts	8
3 ERGEBNISSE ZU DEN EINRICHTUNGEN	9
4 ERGEBNISSE ZUR KLIENTEL	10
4.1 Überblick zur Klientel.....	10
4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen.....	11
4.3 Soziodemografische Daten	12
5 ERGEBNISSE ZUR BEHANDLUNG	27
6 PATHOLOGISCHE GLÜCKSSPIELER.....	44
7 TRENDANALYSE AUSGEWÄHLTER DATEN 2003 BIS 2008	50
8 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION	57

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: EINRICHTUNGSTYPEN UND SOFTWARE (N=57)	9
TABELLE 2: ANZAHL DER BETREUUNGEN 2008	10
TABELLE 3: BETREUUNGSGRUND UND EINRICHTUNGSTYP.....	11
TABELLE 4: HAUPTDIAGNOSEN, EINRICHTUNGSTYP UND GESCHLECHT BEI PATIENTEN MIT EIGENER SYMPTOMATIK	12
TABELLE 5: ALTERSVERTEILUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EIN- RICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	14
TABELLE 6: ALTERSVERTEILUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	14
TABELLE 7: ALTERSDURCHSCHNITT UND EINRICHTUNGSTYP	16
TABELLE 8: DAUER DER STÖRUNG (EINZELDIAGNOSEN; EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	18
TABELLE 9: FAMILIENSTAND BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGS- TYPEN 2+3+16)	18
TABELLE 10: FAMILIENSTAND BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	19
TABELLE 11: WOHSITUATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGS- TYPEN 2+3+16)	20
TABELLE 12: WOHSITUATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	21
TABELLE 13: WOHSITUATION UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE.....	21
TABELLE 14: LEBENSITUATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EIN- RICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	22
TABELLE 15: LEBENSITUATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	23
TABELLE 16: HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	23
TABELLE 17: HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	24
TABELLE 18: BERUFLICHE INTEGRATION BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	25
TABELLE 19: BERUFLICHE INTEGRATION BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	25
TABELLE 20: PROBLEMATISCHE SCHULDEN UND EINRICHTUNGSTYP.....	26
TABELLE 21: GERICHTLICHE AUFLAGEN BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	27
TABELLE 22: GERICHTLICHE AUFLAGEN BEI NICHT SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	28
TABELLE 23: VERMITTLUNG UND EINRICHTUNGSTYP	28
TABELLE 24: VERMITTLUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGS- TYPEN 2+3+16)	29
TABELLE 25: VERMITTLUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYPEN 2+3+16).....	30
TABELLE 26: ANTEIL DER ERSTBEHANDELTEN BEI DEN HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN	31
TABELLE 27: ART DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP*	32
TABELLE 28: MITTLERE BETREUUNGSDAUER IN WOCHEN UND EINRICHTUNGSTYP	33
TABELLE 29: DAUER DER BETREUUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....	35
TABELLE 30: DAUER DER BETREUUNG BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....	35
TABELLE 31: MITTLERE KONTAKTZAHL UND EINRICHTUNGSTYP (AMBULANT)	36
TABELLE 32: ANZAHL DER KONTAKTE BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....	37
TABELLE 33: ANZAHL DER KONTAKTE BEI NICHTSUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....	37
TABELLE 34: ART DER BEENDIGUNG BEI SUBSTANZBEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....	38

<i>TABELLE 35: ART DER BEENDIGUNG BEI NICHTSUBSTANZ-BEZOGENEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....</i>	<i>38</i>
<i>TABELLE 36: ART DER BEENDIGUNG UND EINRICHTUNGSTYP IN DER GESAMTGRUPPE ALLER PATIENTEN MIT EINER HAUPTDIAGNOSE.....</i>	<i>39</i>
<i>TABELLE 37: ART DER BEENDIGUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE.....</i>	<i>40</i>
<i>TABELLE 38: ERGEBNISSE DER BETREUUNG BEI AUSGEWÄHLTEN HAUPTDIAGNOSEN (EINRICHTUNGSTYP 2+3+16).....</i>	<i>41</i>
<i>TABELLE 39: ERGEBNISSE DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP IN DER GESAMTGRUPPE ALLER PATIENTEN MIT EINER HAUPTDIAGNOSE</i>	<i>42</i>
<i>TABELLE 40: ERGEBNISSE DER BETREUUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE.....</i>	<i>43</i>

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: GESCHLECHTERVERTEILUNG BEI DEN HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN	13
ABBILDUNG 2: ALTERSVERTEILUNG UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPT- DIAGNOSE	15
ABBILDUNG 3: DURCHSCHNITTLICHES ALTER BEIM ERSTKONSUM (HAUPTDIAGNOSEN)	16
ABBILDUNG 4: DURCHSCHNITTSALTER BEI STÖRUNGSBEGINN (EINZELDIAGNOSEN; KEINE MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)	17
ABBILDUNG 5: FAMILIENSTAND UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE.....	19
ABBILDUNG 6: BETREUUNGSDAUER UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPT- DIAGNOSE	34
ABBILDUNG 7: KONTAKTZAHL UND EINRICHTUNGSTYP BEI ALKOHOLBEZOGENER HAUPTDIAGNOSE.....	36
ABBILDUNG 8: ANZAHL DER BETREUUNGSFÄLLE MIT HAUPTDIAGNOSE PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL ZWISCHEN 2003 UND 2008 (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN).....	45
ABBILDUNG 9: ANTEIL DER BETREUUNGSFÄLLE MIT HAUPTDIAGNOSE PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL AN ALLEN HAUPTDIAGNOSEN ZWISCHEN 2003 UND 2008 (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	45
ABBILDUNG 10: ALTERSVERTEILUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN.....	46
ABBILDUNG 11: SUBSTANZBEZOGENE KOMORBIDITÄTEN BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN	47
ABBILDUNG 12: ART DER BEENDIGUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN	48
ABBILDUNG 13: ERGEBNISSE DER BETREUUNG BEI PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN	49
ABBILDUNG 14: EINRICHTUNGSBETEILIGUNG (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	50
ABBILDUNG 15: DOKUMENTIERTE BETREUUNGEN (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	51
ABBILDUNG 16: HÄUFIGKEIT DES VORLIEGENS VON MIGRATIONSHINTERGRUND BEI DER GESAMTGRUPPE DER PATIENTEN MIT EINER HAUPTDIAGNOSE (ALLE EINRICHTUNGS- TYPEN).....	52
ABBILDUNG 17: ANZAHL DER KONTAKTE PRO BEENDETER BETREUUNG (AMBULANT)	53
ABBILDUNG 18: DAUER DER BETREUUNG (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	53
ABBILDUNG 19: PLANMÄßIGE BEENDIGUNG (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN).....	54
ABBILDUNG 20: BEENDIGUNG DURCH ABRUCH VON SEITEN DER PATIENTEN (ALLE EINRICHTUNGSTYPEN)	55
ABBILDUNG 21: PATIENTEN MIT POSITIVEM BETREUUNGSERGEBNIS (PLANMÄßIGE UND UNPLANMÄßIGE BEENDIGUNGEN; ALLE EINRICHTUNGSTYPEN).....	56

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht stellt die im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik 2008 erfassten Daten für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen des Bundeslands Thüringen und deren Patienten dar. In Thüringen wird bereits seit über 10 Jahren eine landesweite Standarddokumentation für ambulante Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Psychosoziale Beratungsstellen) der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Die Suchthilfeeinrichtungen werden für die fristgerechte Beteiligung an der Thüringer Standarddokumentation mit weitgehend vollständigen Daten von ihrer Landesregierung im Rahmen eines Bonussystems gefördert. Die Höhe des Bonusbetrags richtet sich nach dem durchschnittlichen Anteil fehlender Werte bei den zur Verfügung gestellten Daten.

2 Methodik

2.1 Design und Stichprobe

Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe aller Thüringer Einrichtungen, die sich an der zentralen Auswertung für die Suchthilfestatistik beteiligt haben. In die Erhebung von 2008 gingen die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten aus 57 ambulanten und stationären Einrichtungen ein. Grundlage des vorliegenden, vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebenen Berichts sind die Daten der Suchthilfestatistik für Thüringen für die Jahre 2003 bis 2008 (aktuellste Auswertung Pfeiffer-Gerschel, Hildebrand & Wegmann, 2009b).

2.2 Datenerhebung und Diagnostik

Die Datenerhebung wurde in den Einrichtungen mit dem *Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS)* durchgeführt. Die aktuelle Version des KDS wurde vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2007) entwickelt. Die Erhebung kompatibler Daten ist mit einer zertifizierten Dokumentationssoftware möglich. Die Diagnosestellung erfolgt nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005). In die Analyse mit einbezogen wurden Patienten mit einer ICD-Diagnose F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Essstörungen) oder F63.0 (pathologisches Spielen) bzw. Personen, die die Einrichtung auf Grund einer Problematik eines Angehörigen aufsuchten. Hauptdiagnosen¹ wurden nur für Patienten mit einer eigenen Problematik vergeben und zwar mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 für den schädlichen Gebrauch der Substanz oder F1x.2 für Abhängigkeit (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005). Viele Patienten weisen mehrere der genannten Störungen auf, die alle als Einzeldiagnosen kodiert werden. Unter den für einen Patienten vergebenen Einzeldiagnosen kann jedoch nur eine als behandlungsleitende Diagnose, d.h. als so genannte Hauptdiagnose, angegeben werden. Ein Teil der nachfolgenden Darstellungen differenziert nach Hauptdiagnosen. Die Gruppe der substanzbezogenen Hauptdiagnosen (z. B.

¹ Unter Hauptdiagnose wird die behandlungsleitende Diagnose verstanden.

Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol), umfasst sowohl „schädlichen Gebrauch“ als auch „Abhängigkeit“.

2.3 Hinweise zum Verständnis des Berichts

Für alle ambulanten Einrichtungstypen erfolgt die Auswertung soziodemografischer und diagnostischer sowie der Zugangs- und Konsumdaten über die Bezugsgruppe der „Zugänge“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2008 neu begonnen wurden. Zugänge werden deshalb zur Auswertung herangezogen, damit die Jahresverläufe korrekt abgebildet werden können und die Übernahmen aus den Vorjahren nicht erneut gezählt werden. Die Auswertung der behandlungsbezogenen Daten erfolgt über die Bezugsgruppe der „Beender“, d.h. der Betreuungsfälle, die im Bezugsjahr 2008 beendet wurden. Das gleiche Vorgehen findet für die Gesamtstichprobe aller Einrichtungen (im Text abgekürzt mit „Gesamt“) statt. Für stationäre Einrichtungstypen erfolgt die Auswertung aller Daten für die Beender. Diese Art der Erhebung deckt sich mit den organisatorischen Gegebenheiten der stationären Einrichtungen.

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

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden Prozentwerte in den Tabellen ohne Prozentzeichen dargestellt. Werden Prozentwerte dargestellt, so wird dies angegeben.

In allen Tabellen, die nach Einrichtungstyp unterscheiden, sowie zum Teil auch im Text werden zur sprachlichen Vereinfachung nicht die vollständigen Bezeichnungen der Einrichtungstypen verwendet, sondern nur die numerischen Kodierungen entsprechend dem Deutschen Kerndatensatz, die Tabelle 1 zu entnehmen sind. Zur sprachlichen Vereinfachung werden folgende Begriffe verwendet: „Beratungsstellen“ anstelle von „ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen“, „Patient“ sowohl für männliche und weibliche als auch für ambulant sowie stationär behandelte Personen, „Störung“ als Überbegriff für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Substanzen sowie „Betreuung“ als Überbegriff für Beratung und/oder Behandlung.

3 Ergebnisse zu den Einrichtungen

Es beteiligten sich insgesamt 57 Suchthilfeeinrichtungen an der Suchthilfestatistik 2008 für das Bundesland Thüringen. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2007 (N=46) zeigt sich somit eine Beteiligungszunahme von 24%. Die Stichprobe setzte sich wie in den Vorjahren überwiegend aus ambulanten Beratungsstellen zusammen (Tabelle 1). Im stationären Bereich beteiligten sich vor allem Einrichtungen der stationären bzw. teilstationären Sozialtherapie.

Die Zuordnung zu einem Einrichtungstyp erfolgte durch die Einrichtungsmitarbeiter selbst. Da viele Einrichtungen über unterschiedliche Angebote verfügen, wurde häufig eine Zuordnung nach dem überwiegenden Einrichtungstyp vorgenommen. Die Dokumentation der Daten erfolgte mit den Programmen „Ebis“, „Horizont“ und „Patfak“.

Einige Einrichtungstypen wurden bei der Ergebnisdarstellung zu Gruppen zusammengefasst: Ambulante Beratungsstellen (Typ 3) werden mit den niedrigschwelligen Einrichtungen (Typ 2) und der (einzigen) Einrichtung der externen Beratung im Strafvollzug (Typ 16) zusammengefasst, da die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen der beiden letzten Typen für eine differenzierte Darstellung zu gering war und es sich ebenfalls um ambulante Angebote handelt. Von Institutsambulanzen (Typ 4), die üblicherweise zusammen mit Einrichtungen vom Typ 3 dargestellt werden, lagen keine Daten vor. Die einzige Einrichtung mit einem Angebot des ambulant betreuten Wohnens (Typ 5) wird separat dargestellt, da sie sich bzgl. des Therapieangebots von den übrigen ambulanten Einrichtungen unterscheidet. Zu den stationären Einrichtungen zählen die Einrichtungen vom Typ 8, 9 und 10, wobei für das Berichtsjahr 2008 keine Daten von teilstationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 8) vorlagen. Die Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) werden aufgrund der ähnlichen inhaltlichen Konzeption zusammengefasst.

Tabelle 1: Einrichtungstypen und Software (N=57)

Einrichtungstyp	Typen- Nummer*	Software/System			Gesamt 2008	Gesamt 2007
		Ebis	Horizont	Patfak		
Ambulante Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtung (Typ 3) + zwei niedrigschwellige Einrichtungen (Typ 2) + eine Einrichtung der externen Beratung im Strafvollzug (Typ 16)	2+3+16	29	3	2	34	30
Ambulant betreutes Wohnen (Typ 5)	5	6	1	1	8	5
Rehabilitationseinrichtungen (SGB V § 107.2 / SGB VI § 9 und § 15) (Typ 9) + Adaptionseinrichtungen (Typ 10)	9+10	3	-	-	3	4
Teilstationäre (Typ 11) und stationäre (Typ 12) Sozialtherapie	11+12	8	4	-	12	7
Gesamt		46	8	3	57	46

* in den weiteren Tabellen werden die Einrichtungstypen im Sinne einer besseren Lesbarkeit mit den hier angegebenen Ziffern bezeichnet. Die zwei niedrigschwelligen Einrichtungen sowie die einzelne Einrichtung der ambulanten Beratung im Strafvollzug werden zusammengefasst mit den Typ 3-Einrichtungen ausgewertet und dargestellt.

4 Ergebnisse zur Klientel

In diesem Kapitel werden die in den Thüringer Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten hinsichtlich soziodemografischer und diagnostischer Merkmale beschrieben. Bei der Datendarstellung werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es erfolgen Vergleiche nach Einrichtungstypen sowie nach Hauptdiagnosegruppen. Ein Teil der Daten wird für die Gesamtgruppe aller betreuten Patienten dargestellt, differenziert nach den unterschiedlichen einbezogenen Einrichtungstypen. Für einen Teil der Variablen werden die Daten der fünf größten substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen (behandlungsleitende Diagnosen in Bezug auf Alkohol, Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien) sowie der nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen, Essstörungen und Pathologisches Glücksspiel, vergleichend gegenübergestellt. Dabei konzentriert sich die Darstellung jeweils auf die Daten der ambulanten Beratungsstellen, da mit Ausnahme der alkoholbezogenen Hauptdiagnosen die Fallzahlen der Hauptdiagnosen für einen Vergleich in den anderen Einrichtungsarten zu gering sind. Für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose, die in der Thüringer Suchtkrankenhilfe entsprechend der bundesweiten Situation den größten Anteil der Betreuten darstellt, erfolgt für ausgewählte Daten eine grafische Darstellung der Daten differenziert nach Einrichtungstypen. Für die anderen Diagnosegruppen wird aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungstypen auf diese Darstellung verzichtet. Die Ergebnisse werden größtenteils für Männer und Frauen getrennt dargestellt, um geschlechtsspezifischen Unterschieden gerecht zu werden.

4.1 Überblick zur Klientel

Die Auswertung des Jahres 2008 basiert auf den Daten von insgesamt 12.887 dokumentierten Betreuungsfällen. Der Umfang der Patientenstichprobe ist somit etwas größer als im Vorjahr (ca. +1%). Die Fallzahlen für Übernahmen, Zugänge und Beender sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Anzahl der Betreuungen 2008

Patientengruppe	M	F	G	n
Zahl der Übernahmen aus 2007	49,2	50,4	49,5	6.376
Zahl der Zugänge 2008	50,8	49,6	50,5	6.511
Zahl der Beender 2008	49,0	43,9	47,9	6.171
Zahl der Übernahmen nach 2009	51,0	56,1	52,1	6.716
Gesamt Betreuungen 2008	10.164	2.723		12.887
Gesamt %	78,9	21,1		-

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. n=57 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

Wie in den Vorjahren fanden sich unter den untersuchten Patienten überwiegend Männer (Verhältnis Männer: Frauen = 4:1; Tabelle 2). Fast immer waren eigene Störungen Grund der Betreuung (Tabelle 3). Die einzige nennenswerte Ausnahme stellen 15% der Frauen dar, die wegen der Problematik eines Angehörigen eine ambulante Beratungsstelle aufsuchten.

Tabelle 3: *Betreuungsgrund und Einrichtungstyp*

Betreuungsgrund	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			n
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	
Eigene Symptomatik	99,0	84,6	100,0	100,0	100,0	100,0	99,3	100,0	99,1	85,5	96,3	6.268
Familienangehörige	1,0	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	14,5	3,7	243
Gesamt	4.667	1.274	48	13	296	40	151	23	5.161	1.350		6.511

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Typ 2+3+16: n= 34 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 5: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 11+12: n= 12 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt: n= 57 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%).

4.2 Verteilung der Hauptdiagnosen

In den teilnehmenden Einrichtungen wurde für 5.658 der erfassten Patientenzugänge eine Hauptdiagnose vergeben. Für 166 Betreuungsfälle fehlt die Hauptdiagnose, wobei das Item „Grund, warum keine Hauptdiagnose vergeben wurde“ beantwortet wurde. Der Anteil der fehlenden Werte, d.h. der Fälle, in denen weder eine Hauptdiagnose kodiert noch einer der wählbaren Gründe dafür angegeben wurde, liegt bei 3%.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Hauptdiagnosen differenziert nach den unterschiedlichen beteiligten Einrichtungstypen. In den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) sowie den stationären Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 9+10) war die Breite der unterschiedlichen vergebenen Hauptdiagnosen höher als in den (hinsichtlich ihrer Anzahl) weniger stark vertretenen Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) und den (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12).

Den größten Anteil der dokumentierten Betreuungsfälle stellten Patienten dar, die primär aufgrund eines schädlichen Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit von Alkohol betreut wurden (Anteil gesamt: 73%). Dieser Anteil war in den Einrichtungen der Sozialtherapie mit am höchsten (Männer: 92%; Frauen: 88%) und in den Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen am niedrigsten (Männer: 62%; Frauen: 54%). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass insgesamt nur drei Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen an der Thüringer Suchthilfestatistik teilgenommen haben. Die zweitgrößte Diagnosegruppe umfasste Patienten mit cannabisbezogenen Störungen, wobei dieser Anteil bei den Männern deutlich größer war als bei den Frauen (Anteil Männer gesamt: 13%, Frauen gesamt: 8%). Der Anteil an Patienten mit opioidbezogenen Störungen war in den stationären Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen am höchsten (Männer: 13%, Frauen: 12%). Ebenso verhält es sich mit dem Anteil an Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Stimulanzen (Männer: 8%, Frauen: 9%).

Essstörungen spielen mit wenig dokumentierten Fällen (n=20) eine nachgeordnete Rolle und wurden vor allem bei Frauen diagnostiziert (n=18). Bei den pathologischen Glücksspielern (n=136) ist der Anteil der Männer hingegen höher (n=119). Essstörungen und pathologisches Glücksspiel wurden in Thüringen ausschließlich in den ambulanten Beratungsstellen behandelt.

Tabelle 4: Hauptdiagnosen, Einrichtungstyp und Geschlecht bei Patienten mit eigener Symptomatik

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			n
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	
Alkohol	73,5	70,5	83,3	76,9	62,5	53,5	92,1	87,5	73,7	70,6	73,1	4.138
Opioide	3,5	6,0	4,2	0,0	12,5	11,6	2,2	6,3	3,8	6,1	4,2	239
Cannabis	13,4	8,1	12,5	7,7	16,9	18,6	5,0	6,3	13,2	8,3	12,3	696
Sedativa/Hypnotika	0,4	3,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,3	2,9	0,8	45
Kokain	1,1	0,4	0,0	0,0	0,3	2,3	0,0	0,0	1,1	0,5	1,0	54
Stimulanzien	4,1	6,3	0,0	7,7	7,8	9,3	0,0	0,0	4,2	6,2	4,5	256
Halluzinogene	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Tabak	0,4	1,4	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,4	0,5	31
Flüchtige Lösungsmittel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Andere psychotrope Substanzen	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	2,3	0,7	0,0	0,7	0,7	0,7	41
Essstörungen	0,1	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,7	0,4	20
Patholog. Glücksspiel	2,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,7	2,4	136
Gesamt	4.038	964	48	13	320	43	139	16	4.656	1.002		5.658

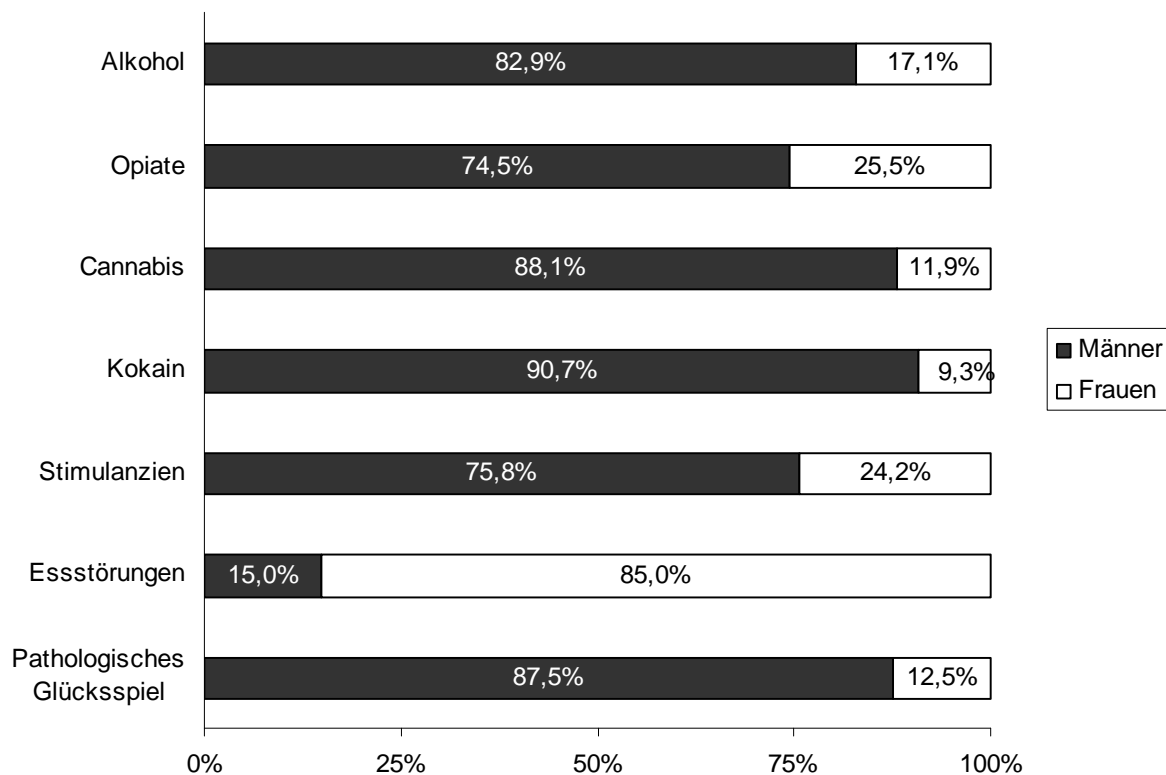
Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,4%). Typ 5: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%). Gesamt: n= 54 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

4.3 Soziodemografische Daten

Die folgende Darstellung differenziert zum Teil nach den fünf größten substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen sowie der nichtsubstanzbezogenen Diagnosegruppen Essstörungen und Pathologisches Glücksspiel. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für Patienten mit einer Kokain-Hauptdiagnose (n=54) sowie für Patienten mit Essstörungen (n=20) aufgrund der geringen Fallzahl nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind.

Geschlecht

Der Großteil der behandelten Klientel setzte sich aus Männern zusammen. Unter den Patienten mit substanzbezogenen Störungen waren zwischen 75% (Opioide) und 91% (Kokain) Männer (Abbildung 1); bei den Pathologischen Glücksspielern waren es 88%. Lediglich bei den Essstörungen war das Geschlechterverhältnis erwartungsgemäß umgekehrt: hier bezogen sich die Behandlungsfälle mit 85% größtenteils auf Frauen.



Angaben in Prozent. n=54 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

Abbildung 1: Geschlechterverteilung bei den häufigsten Hauptdiagnosen

Alter bei Betreuungsbeginn

Der Großteil der Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen (Männer: 60%, Frauen: 64%) war zwischen 35 und 54 Jahre alt (Tabelle 5). Patienten bis 19 Jahre (Männer: 3%, Frauen: 2%) und über 60 Jahre (Männer: 4%, Frauen: 7%) waren eher selten aufgrund einer primären alkoholbezogenen Diagnose in Betreuung. Etwa jeder vierte Mann und jede fünfte Frau mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose war in den jüngeren Altersgruppen bis 34 Jahre zu finden.

Patienten mit der behandlungsleitenden Störung aufgrund des Konsums von Opioiden waren überwiegend zwischen 20 und 34 Jahre alt. Frauen mit einer opioidbezogenen Diagnose fanden sich häufiger in den jüngeren Altersgruppen bis 24 Jahre (Männer: 24%, Frauen: 44%), Männer häufiger in den Altersgruppen ab 30 Jahren (Männer: 26%, Frauen: 12%). Wie auch bei den anderen Störungen aufgrund des Konsums illegaler Substanzen waren Patienten mit einer opioidbezogenen Diagnose nur zu geringen Anteilen über 39 Jahre alt (Männer: 5,4%, Frauen: 5,3%).

Unter den Patienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose war sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ungefähr jeder fünfte Patient zwischen 15 und 19 Jahren alt. Der Großteil der Cannabispatienten war zwischen 20 und 24 Jahren alt (Männer: 43%, Frauen: 50%). Patienten mit einer stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose waren zum weit überwiegenden Teil zwischen 20 und 29 Jahren alt (Männer: 68%, Frauen: 73%).

Tabelle 5: Altersverteilung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Altersgruppe	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
- 14	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
15 - 17	1,0	0,8	0,0	1,8	6,6	9,5	0,0	0,0	1,7	6,9
18 - 19	1,9	1,1	2,0	3,5	15,3	12,2	6,3	0,0	8,7	13,8
20 - 24	7,4	5,2	21,6	38,6	43,0	50,0	31,3	40,0	37,8	39,7
25 - 29	9,2	5,2	50,7	43,9	24,2	17,6	29,2	0,0	30,2	32,8
30 - 34	8,0	7,1	14,9	3,5	6,9	4,1	10,4	0,0	15,1	6,9
35 - 39	11,4	10,5	5,4	3,5	2,3	5,4	6,3	0,0	1,7	0,0
40 - 44	17,4	19,2	2,7	3,5	0,4	0,0	10,4	40,0	2,3	0,0
45 - 49	17,4	20,0	2,0	0,0	0,9	1,4	6,3	0,0	0,6	0,0
50 - 54	13,5	14,4	0,7	1,8	0,4	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0
55 - 59	8,7	9,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 - 64	2,1	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
65 +	1,9	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3.097	660	148	57	563	74	48	5	172	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,0%).

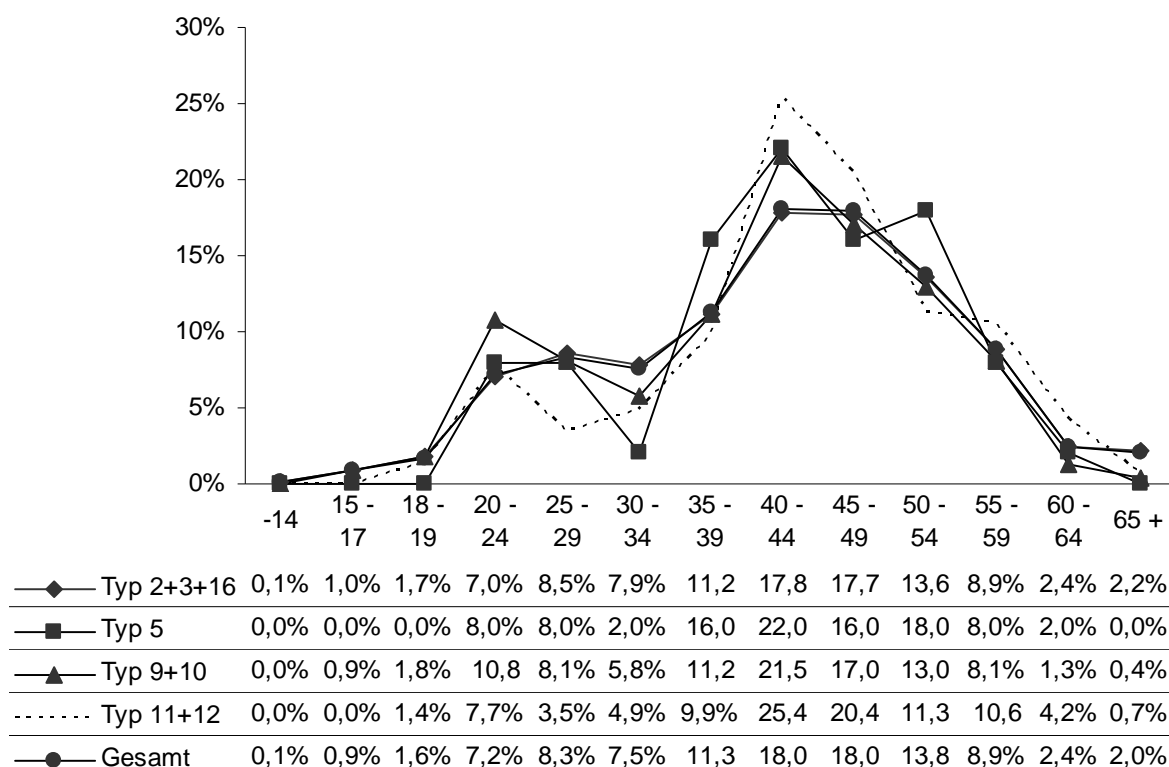
Wegen Essstörungen wurden größtenteils Frauen betreut (Tabelle 6). Etwa ein Drittel unter ihnen war zwischen 20 und 24 Jahre alt. Die Altersverteilung von männlichen Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel war ausgeglichen: zwischen 20 und 59 Jahren waren die verschiedenen Altersgruppen zu ähnlichen Anteilen vertreten.

Tabelle 6: Altersverteilung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Altersgruppe	Essstörungen		Pathol. Glücksspiel	
	M	F	M	F
- 14	0,0	0,0	0,8	0,0
15 - 17	0,0	0,0	1,7	0,0
18 - 19	0,0	22,2	5,9	0,0
20 - 24	0,0	27,8	11,8	5,9
25 - 29	33,3	16,7	18,5	23,5
30 - 34	33,3	16,7	15,1	11,8
35 - 39	0,0	16,7	12,6	29,4
40 - 44	33,3	0,0	9,2	5,9
45 - 49	0,0	0,0	11,8	5,9
50 - 54	0,0	0,0	5,0	5,9
55 - 59	0,0	0,0	5,9	11,8
60 - 64	0,0	0,0	0,8	0,0
65 +	0,0	0,0	0,8	0,0
Gesamt	3	18	119	17

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,0%).

Abbildung 2 veranschaulicht die Altersverteilung bei den Betreuungsfällen mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Alkohol. Für die übrigen Diagnosegruppen sind die Fallzahlen für Vergleiche zwischen den Einrichtungstypen zu gering.



Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,4%). Typ 5: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%). Gesamt: n= 54 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

Abbildung 2: Altersverteilung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen wiesen in den verschiedenen Einrichtungstypen jeweils ein ähnliches Durchschnittsalter auf (Tabelle 7). In den Einrichtungen vom Typ 11+12 lag das Durchschnittsalter mit 43,4 Jahren am höchsten.

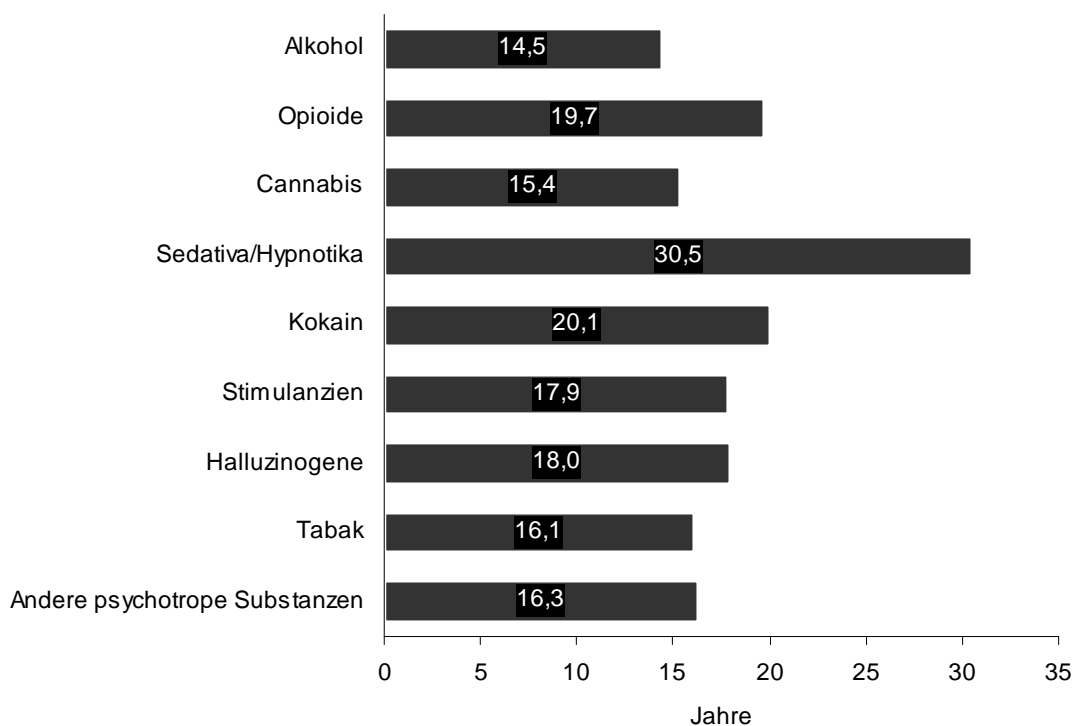
Tabelle 7: Altersdurchschnitt und Einrichtungstyp

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	41,9	3.753	42,6	50	40,7	223	43,4	142	41,9	4.137
Opioide	27,4	204	19,5	2	28,5	45	26,8	4	27,7	239
Cannabis	23,6	638	25,3	7	23,5	62	26,0	8	23,6	696
Kokain	28,4	52	-	-	37,0	2	-	-	28,8	54
Stimulanzien	25,2	231	26,0	1	27,0	29	-	-	25,4	256
Essstörungen	27,7	20	-	-	-	-	-	-	27,7	20
Pathologisches Spielen	35,3	136	-	-	-	-	-	-	35,3	136
Gesamt		5.034		60		361		154		5.538

Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,4%). Typ 5: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%). Gesamt: n= 54 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

Alter bei Erstkonsum

Das niedrigste Durchschnittsalter für den Erstkonsum zeigte sich bei den legalen Substanzen: Für den ersten Alkoholkonsum gaben die Patienten im Durchschnitt ein Alter von 14,5 Jahren an, für das Rauchen der ersten Zigarette ein Durchschnittsalter von 16,1 Jahren (Abbildung 3), wobei die Fallzahlen für Rauchen sehr niedrig waren (n=31). Von den illegalen Substanzen wurde Cannabis mit einem Durchschnittsalter von 15,4 Jahren am frühesten konsumiert. Der Erstkonsum von Sedativa / Hypnotika fand im Vergleich zu den anderen Substanzen mit etwa 31 Jahren erst relativ spät statt.



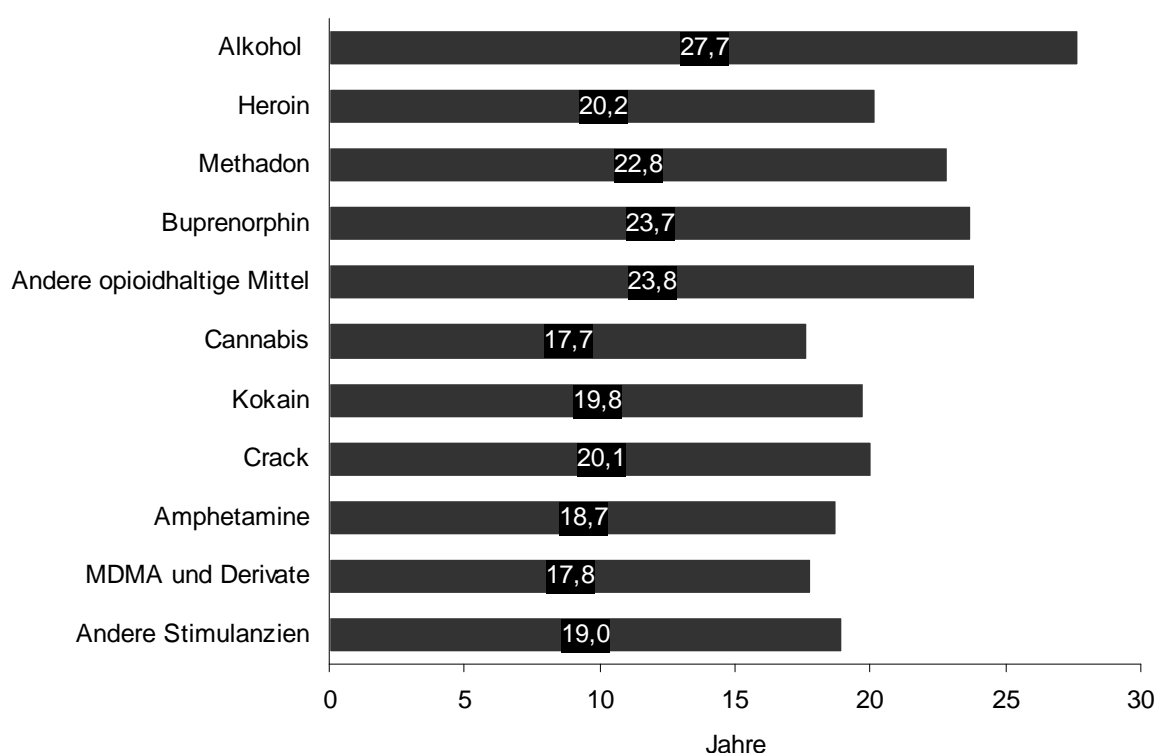
n=49 Einrichtungen (unbekannt: 2,4%)

Abbildung 3: Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum (Hauptdiagnosen)

Alter bei Störungsbeginn und Störungsdauer

Für den Beginn alkoholbezogener Störungen wurde von den Patienten ein durchschnittliches Alter von 27,7 Jahren angegeben (Abbildung 4). Das durchschnittliche Alter bei Beginn eines schädlichen Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit (von) einer illegalen Substanz lag deutlich niedriger, wobei die primär zur Substitution Opioidabhängiger eingesetzten Substanzen Methadon und Buprenorphin (sowie andere opioidhaltige Mittel) eine Ausnahme bildeten. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass diese Substanzen in der Regel erst mit dem Beginn einer Substitutionsbehandlung regelmäßig konsumiert werden, der üblicherweise andere Abhängigkeitsentwicklungen (v. a. von Heroin) vorangehen.

Den frühesten Störungsbeginn mit einem Alter von durchschnittlich 17,7 Jahren gaben Patienten mit cannabisbezogenen Einzeldiagnosen an.



n=56 Einrichtungen.

Abbildung 4: Durchschnittsalter bei Störungsbeginn (Einzeldiagnosen; keine Mehrfachnennungen möglich)

Beim Vergleich ausgewählter Einzeldiagnosen war die Dauer der Störung, d.h. der Zeitraum zwischen Störungsbeginn und der Aufnahme der aktuellen Behandlung, für den schädlichen Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol am längsten (durchschnittlich 12,7 Jahre; Tabelle 8). Die erfassten Störungen in Bezug auf illegale Drogen wiesen eine Störungsdauer zwischen 6 und 7 Jahren auf. Eine Ausnahme bilden der schädliche Gebrauch oder der abhängige Konsum von Methadon und Buprenorphin sowie anderer opioidhaltiger Mittel. Die kürzere Störungsdauer in diesen Fällen hängt vermutlich mit der primären Verwendung der Substanzen im Rahmen von

Substitutionsbehandlungen, der andere Abhängigkeitsentwicklungen vorangehen, zusammen (siehe dazu auch den Abschnitt zum Alter bei Störungsbeginn).

Tabelle 8: Dauer der Störung (Einzeldiagnosen; Einrichtungstypen 2+3+16)

Einzeldiagnose	≤	≤	≤	≤	≤	>	MW (Jahre)	N
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	5 Jahre	10 Jahre	10 Jahre		
Alkohol	8,4	4,5	5,1	10,3	22,1	49,6	12,7	3.569
Heroin	7,5	8,4	7,5	22,4	35,5	18,7	6,8	214
Methadon	28,6	14,3	10,7	17,9	17,9	10,7	5,0	28
Buprenorphin	43,8	12,5	0,0	25,0	6,3	12,5	4,7	16
Andere opioidhaltige Mittel	27,3	22,7	11,4	9,1	22,7	6,8	4,4	44
Cannabis	10,2	8,9	7,1	16,3	34,8	22,7	7,4	957
Kokain	9,8	9,1	8,8	15,1	36,8	20,4	7,2	285
Crack	0,0	25,0	8,3	0,0	33,3	33,3	7,3	12
Amphetamine	7,7	11,0	10,3	16,2	37,7	17,0	6,8	493
MDMA und verwandte Substanzen	9,2	7,4	9,2	12,9	40,1	21,3	7,3	272
Andere Stimulanzien	13,9	8,9	10,1	12,7	34,2	20,3	6,9	79

Angaben in Zeilenprozent. n= 34 Einrichtungen. Keine fehlenden Werte, da Mehrfachnennungen möglich. MW=Mittelwert.

Familienstand

Bei den Patienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Alkohol war etwa ein Viertel der Männer sowie ein Drittel der Frauen verheiratet (Tabelle 9). Sowohl bei den Männern als auch den Frauen war etwa ein Viertel der Patienten geschieden. Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen waren zum größten Teil ledig. Dies ist vor allem bei Patienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Cannabis vermutlich mit dem geringeren Durchschnittsalter in Zusammenhang zu bringen.

Tabelle 9: Familienstand bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Familienstand	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ledig	48,0	28,3	85,8	82,1	95,7	91,9	70,8	60,0	94,2	91,4
Verheiratet	22,1	34,7	5,4	5,4	1,8	4,1	8,3	0,0	0,0	5,2
Getrennt lebend	4,9	6,2	2,0	1,8	0,7	2,7	4,2	0,0	3,5	1,7
Geschieden	23,2	23,8	6,8	8,9	1,8	1,4	16,7	40,0	1,7	1,7
Verwitwet	1,8	7,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Gesamt	3.094	660	148	56	562	74	48	5	172	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,2%).

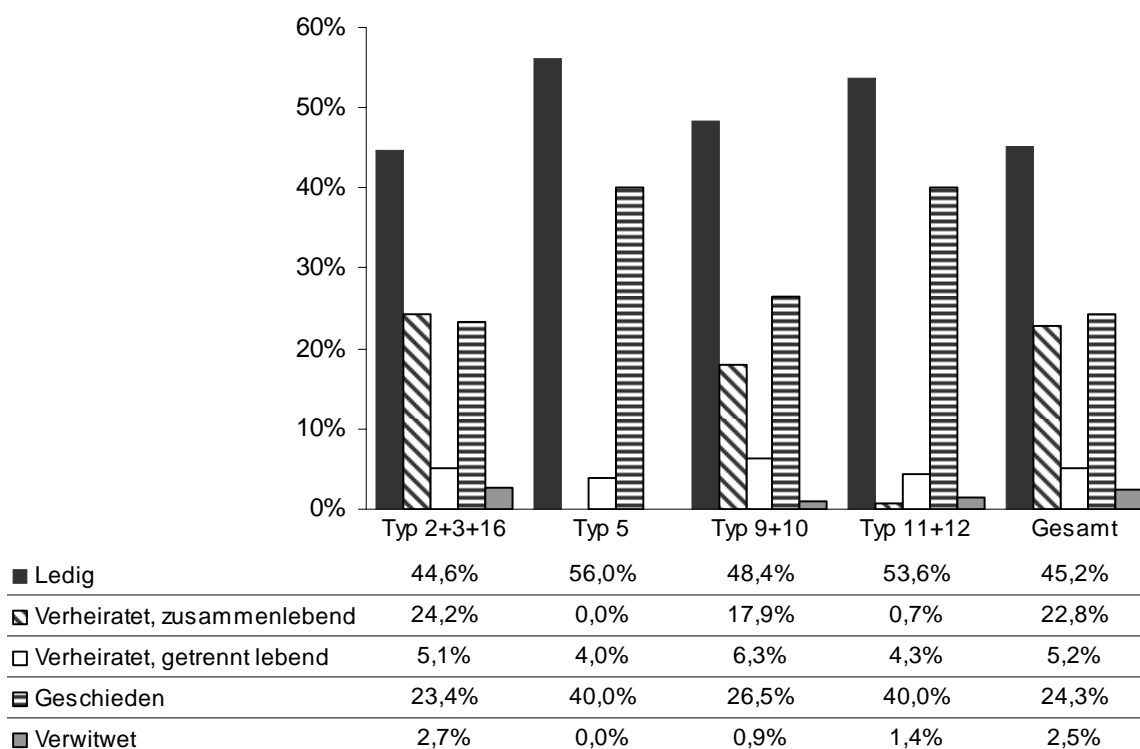
Alle erfassten Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Essstörungen waren ledig (Tabelle 10). Unter den Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel waren über die Hälfte ledig.

Tabelle 10: Familienstand bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Familienstand	Esstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Ledig	100,0	100,0	69,7	52,9
Verheiratet	0,0	0,0	20,2	11,8
Getrennt lebend	0,0	0,0	3,4	17,6
Geschieden	0,0	0,0	5,9	17,6
Verwitwet	0,0	0,0	0,8	0,0
Gesamt	3	18	119	17

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,2%).

Bei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol ergaben sich Unterschiede im Familienstand zwischen den Einrichtungstypen (Abbildung 5). Der höchste Anteil Verheirateter zeigte sich in den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) und der Anteil an Ledigen und Geschiedenen war im Vergleich zu den anderen Einrichtungstypen niedriger.



Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%). Typ 5: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 3,8%). Gesamt: n= 54 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Abbildung 5: Familienstand und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Wohnsituation bei Betreuungsbeginn

In Abhängigkeit von der substanzbezogenen Störung unterschieden sich die Patienten in den ambulanten Beratungsstellen hinsichtlich ihrer Wohnsituation in den letzten sechs Monaten vor Aufnahme der aktuellen Betreuung (Tabelle 11). Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose, insbesondere Frauen, wohnten zum Großteil selbständig, d.h. durch einen Mietvertrag oder Wohneigentum abgesichert. Unter den Männern mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol wohnte jeder zehnte bei anderen Personen, etwa bei der Lebenspartnerin oder bei Familienangehörigen (Frauen: 6%).

Im Vergleich zu Personen mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen wohnten von den Patienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf illegale Substanzen deutlich mehr bei anderen Personen. In der Gruppe mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen lag der Anteil derjenigen, welche bei anderen Personen wohnten, am höchsten.

Die männlichen Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Drogen befanden sich zu unterschiedlichen Anteilen in Haft: Etwa jeder dritte Patient mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Kokain und jeder vierte Patient mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Opioide oder Stimulanzien befand sich in Haft. Unter den Patienten mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose befand sich nur ungefähr jeder zehnte männliche Patient in Haft.

Tabelle 11: Wohnsituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Wohnsituation	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Selbstständiges Wohnen	79,8	90,4	37,8	80,0	43,4	58,1	39,6	60,0	44,8	72,4
Bei anderen Personen	9,7	5,6	28,4	16,4	37,5	35,1	18,8	20,0	27,3	22,4
Ambulant betreutes Wohnen	0,8	0,5	0,7	0,0	2,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,0	1,4	4,1	0,0	0,5	0,0	2,1	0,0	1,2	0,06
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,8	0,6	1,4	0,0	2,3	4,1	0,0	0,0	1,7	3,4
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	5,7	0,5	26,4	3,6	12,5	0,0	37,5	0,0	24,4	1,7
Notunterkunft/Übernachtungsstelle	0,6	0,6	0,7	0,0	0,7	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0
Ohne Wohnung	0,4	0,2	0,7	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Sonstiges	0,1	0,3	0,0	0,0	0,9	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3.088	659	148	55	560	74	48	5	172	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%).

Auch von den Patientinnen mit Essstörungen sowie den Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel wohnte der größte Anteil selbständig (Tabelle 12).

Tabelle 12: Wohnsituation bei nichtsubstanbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Wohnsituation	Esstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Selbständiges Wohnen	33,3	72,2	78,4	100,0
Bei anderen Personen	66,7	16,7	17,2	0,0
Ambulant betreutes Wohnen	0,0	0,0	0,9	0,0
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,0	0,0	0,0	0,0
Wohnheim/Übergangswohnheim	0,0	11,1	0,9	0,0
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	0,0	0,0	0,9	0,0
Notunterkunft/Übernachtungsstelle	0,0	0,0	0,0	0,0
Ohne Wohnung	0,0	0,0	1,7	0,0
Sonstiges	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3	18	116	17

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%).

Einen Überblick über die Wohnsituation von Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen gibt Tabelle 13. In den Einrichtungen vom Typ 3 sowie den Einrichtungen vom Typ 9+10 wohnten 80% bzw. 73% selbständig. In den Einrichtungen vom Typ 5 sowie vom Typ 11+12 war der Anteil deutlich niedriger. Die Patienten in (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) wiesen anteilig häufiger als diejenigen in anderen Einrichtungstypen eine problematische Wohnsituation auf: Jeder zehnte war überwiegend in Haft, weitere 5% waren überwiegend in Notunterkünften untergebracht. Von den Patienten der ambulanten Beratungsstellen befanden sich 6% in den letzten sechs Monaten vor Betreuungsbeginn in Haft.

Tabelle 13: Wohnsituation und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Wohnsituation	Einrichtungstypen				Gesamt
	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	
Selbständiges Wohnen	79,8	34,0	73,1	50,7	79,9
Bei anderen Personen	9,7	10,6	8,1	8,2	8,8
Ambulant betreutes Wohnen	0,8	2,1	1,3	4,5	1,0
(Fach-)Klinik/stationäre Rehabilitationseinrichtung	1,0	8,5	11,2	14,2	2,0
Wohnheim/Übergangswohnheim	1,8	31,9	1,3	6,0	2,2
JVA/Maßregelvollzug/Sicherheitsverwahrung	5,7	2,1	3,1	9,7	4,8
Notunterkunft/Übernachtungsstelle	0,6	2,1	0,0	5,2	0,6
Ohne Wohnung	0,4	2,1	1,8	0,7	0,5
Sonstiges	0,1	6,4	0,0	0,7	0,2

Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,9%). Typ 5: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,4%). Typ 11+12: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 3,3%). Gesamt: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 2,8%).

Lebenssituation

Unabhängig von der substanzbezogenen Störung lebte der Großteil der Patienten mit anderen Personen zusammen (Tabelle 14). In allen Diagnosegruppen lag dieser Anteil zudem für Frauen höher als für Männer. Unter den Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose, die mit anderen zusammenlebten, wohnten über die Hälfte der Männer sowie knapp zwei Drittel der Frauen mit ihrem Lebenspartner zusammen. Dieser Anteil lag für Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen niedriger. Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen wohnten zudem häufig mit Kindern zusammen: bei 42% der Frauen sowie 25% der Männer befand sich mindestens ein Kind im Haushalt. Bei männlichen Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen war der Anteil derjenigen, die mit Kindern zusammenlebten, am niedrigsten: Zwischen 6% und 9% der Betroffenen lebten mit einem Kind zusammen. Eine Ausnahme bilden die Patienten mit einer kokainbezogenen Primärdiagnose, von welchen jeder fünfte mit einem Kind zusammenlebte. Die geringen Anteile von Patienten mit cannabis- und stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen, die mit einem Kind zusammenwohnen, lassen sich vermutlich mit dem niedrigen Durchschnittsalter dieser Patienten erklären.

Tabelle 14: Lebenssituation bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Lebenssituation	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Alleinlebend	46,5	28,2	37,8	21,1	33,1	29,7	37,5	0,0	34,9	31,0
Nicht alleinlebend	53,5	71,8	62,2	78,9	66,9	70,3	62,5	100,0	65,1	69,0
Von den nicht Alleinlebenden leben:*										
Partner/in	56,9	64,6	27,2	42,2	15,7	38,5	40,0	40,0	15,2	40,0
Kind(ern)	24,7	41,9	8,7	57,8	7,4	26,9	20,0	20,0	6,3	42,5
Eltern(teil)	21,3	9,5	30,4	15,6	57,2	28,8	26,7	0,0	46,4	27,5
Sonstiger/n Bezugsperson/en	3,2	4,2	8,7	4,4	6,6	7,7	0,0	20,0	3,6	5,0
Sonstige/n Person/en	14,6	4,4	35,9	4,4	25,3	9,6	33,3	40,0	36,6	7,5
Gesamt	3.094	657	148	57	562	74	48	5	172	58

Angaben in Prozent. * Mehrfachnennungen möglich. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Der Großteil der Patienten mit nichtsubstanzbezogenen Störungen lebte mit anderen Personen gemeinsam (Tabelle 15). Von den Männern mit der behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel lebte jeder Dritte allein. Von den nicht Alleinlebenden lebten 60% mit einem Partner zusammen und 29% mit einem Kind.

Tabelle 15: Lebenssituation bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Lebenssituation	Esstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Alleinlebend	33,3	22,2	32,8	33,3
Nicht alleinlebend	66,7	77,8	67,2	66,7
Von den nicht Alleinlebenden leben:*				
Partner/in	0,0	57,1	60,0	40,0
Kind(ern)	0,0	14,3	28,8	70,0
Eltern(teil)	100,0	28,6	21,3	0,0
Sonstiger/n Bezugsperson/en	50,0	7,1	8,8	0,0
Sonstiger/n Person/en	0,0	14,3	8,8	0,0
Gesamt	3	18	119	17

Angaben in Prozent. * Mehrfachnennungen möglich. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Schulausbildung

Die meisten Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen verfügten über einen Abschluss an einer Realschule bzw. Polytechnischen Oberschule (Tabelle 16). Insgesamt überwogen neben dieser Abschlussart in den Gruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen die Abschlüsse an Haupt- bzw. Volksschulen. Unter den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen befanden sich vergleichsweise viele Betroffene ohne Schulabschluss. Am höchsten lag dieser Anteil in der Gruppe der Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen (Männer: 14%, Frauen: 15%). Zudem befanden sich bei dieser Gruppe 5% der Männer und 7% der Frauen noch in der Schulausbildung.

Tabelle 16: Höchster Schulabschluss bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Schulabschluss	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Derzeit in Schulausbildung	0,9	1,1	0,0	1,8	4,4	6,8	0,0	0,0	2,3	5,2
Ohne Schulabschluss abgegangen	4,5	2,3	15,0	8,9	13,7	14,9	4,2	40,0	12,8	8,6
Sonderschulabschluss	3,8	2,3	0,7	0,0	2,3	2,7	2,1	0,0	0,6	1,7
Haupt-/Volksschulabschluss	31,4	22,3	52,4	39,3	41,1	35,1	45,8	20,0	48,8	29,3
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	52,5	59,8	27,9	41,1	33,3	31,1	39,6	20,0	30,2	46,6
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	6,5	12,2	2,7	8,9	5,2	9,5	6,3	20,0	5,2	8,6
Anderer Schulabschluss	0,4	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3.087	654	147	56	562	74	48	5	172	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,8%).

Sowohl unter den Patienten mit Esstörungen als auch unter den Pathologischen Glücksspielern wiesen die meisten Personen einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule auf (Tabelle 17).

Tabelle 17: Höchster Schulabschluss bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Schulabschluss	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Derzeit in Schulausbildung	0,0	5,6	4,2	0,0
Ohne Schulabschluss abgegangen	0,0	0,0	1,7	5,9
Sonderschulabschluss	33,3	0,0	2,5	11,8
Haupt-/Volksschulabschluss	33,3	11,1	22,0	17,6
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	33,3	44,4	61,9	47,1
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	0,0	38,9	7,6	17,6
Anderer Schulabschluss	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3	18	118	17

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,8%).

Berufliche Integration

Ein großer Anteil der von Suchthilfeeinrichtungen in Thüringen erreichten Patienten war arbeitslos (Tabelle 18). Dieser Anteil war bei den Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen am höchsten (Männer: 48%, Frauen: 57%). Patienten mit substanzbezogenen Diagnosen, die über einen Arbeitsplatz verfügten, waren größtenteils als Arbeiter, Angestellte bzw. Beamte beschäftigt. Die höchsten Anteile mit diesem Berufsstatus fanden sich bei Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (Männer: 27%, Frauen: 25%) und die niedrigsten bei weiblichen Patienten mit einer opioidbezogenen Primärdiagnose. Darüber hinaus zeigten sich geringere Anteile an Arbeitern, Angestellten bzw. Beamten bei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Cannabis. Der Anteil an Patienten, die sich in Berufsausbildung befanden oder Schüler bzw. Studenten waren, war bei Patienten mit einer cannabis- bzw. stimulanzenbezogenen Hauptdiagnose am höchsten. Rentner bzw. Pensionäre fanden sich im Vergleich zu den anderen substanzbezogenen Störungsgruppen größtenteils unter den Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose.

Tabelle 18: Berufliche Integration bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Berufsstatus	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Auszubildender	3,1	2,6	4,1	10,2	16,2	10,9	6,4	0,0	12,9	28,1
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	26,9	25,0	22,3	6,1	18,9	12,5	8,5	0,0	29,8	10,5
Selbstständig/Freiberufler	2,9	4,0	0,7	2,0	1,0	0,0	4,3	0,0	1,2	0,0
Sonstige Erwerbsperson (z.B. Wehrdienst/Elternzeit)	1,0	1,6	2,0	0,0	1,5	3,1	6,4	0,0	4,7	0,0
in beruflicher Rehabilitation	0,6	0,7	0,0	0,0	0,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	5,0	5,3	2,0	0,0	3,8	4,7	8,5	0,0	3,5	1,8
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	45,4	40,4	48,0	57,1	33,9	39,1	36,2	50,0	26,9	42,1
Schüler/Student	1,8	1,9	0,0	6,1	8,8	18,8	0,0	25,0	3,5	15,8
Hausfrau/Hausmann	0,2	4,0	0,0	8,2	0,0	1,6		0,0	0,0	0,0
Rentner/Pensionär	7,1	11,8	0,0	4,1	1,0	1,6	2,1	0,0	1,2	0,0
Sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII)	6,1	2,6	20,9	6,1	14,3	6,3	27,7	25,0	16,4	1,8
Gesamt	2.907	569	148	49	525	64	47	4	171	57

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 26 Einrichtungen (unbekannt: 1,9%).

Von den 14 Patientinnen mit Essstörungen waren 36% arbeitslos (Tabelle 19). Unter den männlichen Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel verfügte jeder Zweite über einen Arbeitsplatz als Arbeiter, Angestellter bzw. Beamter.

Tabelle 19: Berufliche Integration bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Berufsstatus	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Auszubildender	0,0	14,3	7,1	0,0
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	0,0	35,7	47,3	13,3
Selbstständig/Freiberufler	0,0	0,0	6,3	0,0
Sonstige Erwerbsperson (z.B. Wehrdienst/Elternzeit)	0,0	0,0	0,9	0,0
In beruflicher Rehabilitation	33,3	0,0	0,0	0,0
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	0,0	7,1	6,3	13,3
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	66,7	28,6	22,3	66,7
Schüler/Student	0,0	14,3	4,5	0,0
Hausfrau/Hausmann	0,0	0,0	0,0	0,0
Rentner/Pensionär	0,0	0,0	2,7	6,7
Sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII)	0,0	0,0	2,7	0,0
Gesamt	3	14	112	15

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Frauen: n= 26 Einrichtungen (unbekannt: 1,9%).

Problematische Schulden

Problematische Schulden (im Verhältnis zur finanziellen Situation) betrafen einen großen Anteil der in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten Patienten (Tabelle 20). In den stationären Einrichtungstypen war der Anteil an Patienten mit problematischen Schulden größer als in den ambulanten Beratungsstellen. Ein Vergleich mit der Verteilung in den Einrichtungen vom Typ 5 ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. Bei den meisten verschuldeten Patienten lag die Verschuldungssumme in einem Bereich von bis zu 10.000 Euro. Nur ein geringer Anteil der Patienten hatte Schulden von mehr als 25.000 Euro.

Tabelle 20: Problematische Schulden und Einrichtungstyp

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	N
Keine	62,6	71,1	22,9	54,5	44,4	51,2	51,9	60,0	60,9	69,5	61,9	3.125
Bis 10.000 EUR	28,7	22,4	66,7	45,5	42,2	37,2	36,6	40,0	29,8	23,8	29,4	1.483
Bis 25.000 EUR	5,1	3,6	8,3	0,0	6,6	2,3	9,9	0,0	5,4	3,3	5,0	254
Bis 50.000 EUR	1,8	1,3	2,1	0,0	2,5	4,7	0,8	0,0	1,9	1,7	1,8	92
Mehr	1,8	1,6	0,0	0,0	4,4	4,7	0,8	0,0	2,0	1,7	1,9	98
Gesamt	3.749	772	48	11	320	43	131	15	4.086	840		5.052

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Typ 2+3+16, Männer: n= 30 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%); Frauen: n= 25 Einrichtungen (unbekannt: 2,8%). Typ 5, Männer: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 4 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Männer: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 0,9%); Frauen: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 11+12, Männer: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 4,4%); Frauen: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt, Männer: n= 51 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%); Frauen: n= 41 Einrichtungen (unbekannt: 3,3%); Gesamt: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 4,5%).

5 Ergebnisse zur Behandlung

Der folgende Abschnitt beschreibt Daten zum Zugang zur Betreuung sowie zu Art, Abschluss und Ergebnissen der Betreuung. Die Art der Datendarstellung – differenziert nach Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der betreuten Patienten; gesondert für die Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen; gesondert für die Daten der ambulanten Beratungsstellen differenziert nach sieben ausgewählten Hauptdiagnosen – stimmt mit Kapitel 4 überein.

Gerichtliche Auflagen

In den betrachteten Patientengruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen begannen die meisten Betroffenen die Betreuung ohne gerichtliche Auflagen (Tabelle 21). Eine Ausnahme stellten hierbei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Kokain dar: Jeder zweite männliche Patient begann die Betreuung mit gerichtlichen Auflagen. Betreuungsaufnahmen aufgrund von Auflagen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz kamen in den Gruppen mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf illegale Drogen bei etwa einem Sechstel bis zu einem Drittel der Patienten vor, dabei häufiger bei Männern als bei Frauen. Bei etwa jedem zehnten bis fünften männlichen Patienten stand die Behandlungsaufnahme mit einer anderen strafrechtlichen Grundlage in Zusammenhang.

Tabelle 21: Gerichtliche Auflagen bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Aufnahmegrund	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Keine gerichtlichen Auflagen	88,3	98,8	61,2	89,5	67,6	89,0	50,0	80,0	62,9	91,4
§§ 35 - 38 BtmG	0,7	0,0	17,7	7,0	21,1	5,5	33,3	20,0	18,2	5,2
Psych-KG/ Landesunterbringungsgesetz	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere strafrechtliche Grundlagen	10,9	1,2	21,1	3,5	11,3	5,5	16,7	0,0	18,8	3,4
Gesamt	3.685	653	203	57	623	73	48	5	170	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,8%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 4,1%).

Die erfassten Patienten mit Essstörungen sowie nahezu alle Pathologischen Glücksspieler begannen die Betreuung ohne gerichtliche Auflagen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Gerichtliche Auflagen bei nicht substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Aufnahmegrund	Essstörungen		Path. Spielverhalten	
	M	F	M	F
Keine gerichtlichen Auflagen	100,0	100,0	98,2	100,0
§§ 35 - 38 BtmG	0,0	0,0	0,0	0,0
Psych-KG/ Landesunterbringungsgesetz	0,0	0,0	0,0	0,0
Andere strafrechtliche Grundlagen	0,0	0,0	1,8	0,0
Gesamt	3	18	113	15

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,8%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 4,1%).

Vermittlung

Bei den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) kam ein Viertel der männlichen und ein Drittel der weiblichen Patienten ohne Vermittlung direkt in die Betreuung (Tabelle 23). Bei den übrigen Einrichtungstypen spielte die Vermittlung durch andere Institutionen eine größere Rolle: häufig fand die Vermittlung durch ambulante Beratungsstellen, Krankenhausabteilungen oder andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen statt. Die Vermittlung durch Justizbehörden bzw. Bewährungshilfe spielte insbesondere in den (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie und in den ambulanten Beratungsstellen eine Rolle.

Tabelle 23: Vermittlung und Einrichtungstyp

Vermittlung durch	Typ 2+3+16		Typ 3		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	N
Keine/Selbstmelder	27,3	35,0	27,7	34,5	0,0	0,0	2,9	0,0	22,3	27,7	26,8	1.463
Familie	11,1	11,6	11,4	11,5	1,6	0,0	2,2	13,3	10,1	13,9	10,7	583
Arbeitgeber/ Betrieb/Schule	2,5	4,8	2,6	4,8	0,3	0,0	0,0	0,0	1,8	2,2	2,7	148
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	6
Ärztliche /psychotherapeutische Praxis	4,2	8,4	4,2	8,1	1,3	2,3	1,5	0,0	4,1	7,2	4,7	255
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	0,9	0,9	0,9	0,9	38,2	32,6	13,9	13,3	0,0	7,5	2,4	133
Andere ambulante Suchthilfeeinrichtungen	2,0	1,4	1,8	1,4	0,0	2,3	6,6	6,7	1,4	0,8	2,1	115
Krankenhaus(abteilung)	10,5	14,2	11,0	14,6	24,5	34,9	21,2	13,3	13,3	16,3	13,7	773
Andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen	3,6	4,2	3,7	4,3	17,9	23,3	21,2	26,7	4,3	5,6	5,3	287
Andere Beratungsdienste	7,1	1,5	5,1	1,6	5,0	2,3	6,6	6,7	5,7	2,7	5,9	325
Justizbehörde/ Bewährungshilfe	10,3	2,5	9,8	2,5	7,5	0,0	11,7	6,7	11,0	2,5	8,5	467
Soziale Verwaltung	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	2,2	6,7	0,4	0,6	0,4	21
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	4,5	1,7	4,8	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0	3,2	0,9	3,7	202
Sonstige	15,7	13,5	16,5	13,7	3,8	2,3	10,2	6,7	14,3	12,1	14,6	799
Gesamt	4.155	904	3.931	867	319	43	137	15	4.431	1.056		5.464

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen, G= Gesamt. Typ 2+3+16, Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,7%); Frauen: n= 28 Einrichtungen (unbekannt: 4,3%). Typ 5, Männer: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Männer: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,2%); Frauen: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 11+12, Männer: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 4,2%); (Frauen: n= 8 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%)). Gesamt, Männer: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 3,6%); Frauen: n= 45 Einrichtungen (unbekannt: 4,5%). Gesamt: n= 53 Einrichtungen (unbekannt: 3,8%).

Frauen nahmen die Betreuung in einer ambulanten Beratungsstelle generell häufiger als Männer ohne Vermittlung auf (Tabelle 24). Bei den Männern war der durch Justizbehörden bzw. Bewährungshelfer vermittelte Anteil an Patienten größer: bei Männern mit cannabis-, kokain- oder stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen war ungefähr jeder dritte bis fünfte Patient betroffen. Die Vermittlung durch Familienangehörige betraf vor allem Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Cannabis. Über ärztliche bzw. psychotherapeutische Praxen kamen hauptsächlich Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen in die Betreuung, über Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen größtenteils Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen. Jeder fünfte männliche Patient mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Opioide wurde durch andere Beratungsdienste vermittelt, d. h. durch Ehe-, Familien- Erziehungs- und Schuldnerberatung.

Tabelle 24: Vermittlung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Vermittlung durch	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Keine/Selbstmelder	27,8	34,0	28,6	45,5	22,8	37,1	33,3	0,0	22,9	27,6
Familie	8,9	10,2	10,2	7,3	15,6	14,3	10,4	25,0	7,6	17,2
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	2,7	4,2	0,7	0,0	2,9	5,7	0,0	0,0	1,8	6,9
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,7
Ärztliche/psychotherapeutische Praxis	4,3	7,8	16,3	23,6	1,6	5,7	0,0	0,0	2,9	5,2
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	0,9	1,1	0,4	0,0	0,4	0,0	4,2	0,0	2,4	1,7
Andere ambulante Suchthilfeeinrichtungen	1,9	1,6	3,4	1,8	3,1	0,0	2,1	25,0	0,0	1,7
Krankenhaus(abteilung)	13,4	17,4	1,4	5,5	2,5	5,7	0,0	0,0	2,4	3,4
Andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen	4,2	5,0	2,7	3,6	1,4	2,9	4,2	0,0	0,6	0,0
Andere Beratungsdienste	5,2	1,3	20,4	1,8	10,3	1,4	14,6	0,0	20,6	1,7
Justizbehörde/Bewährungshilfe	7,5	1,9	12,9	1,8	21,9	5,7	29,2	25,0	22,4	6,9
Soziale Verwaltung	0,2	0,2	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	4,4	1,6	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	11,2	8,6
Sonstige	18,5	13,8	2,7	9,1	11,6	21,4	2,1	25,0	4,1	17,2
Gesamt	3.059	639	147	55	553	70	48	4	170	58

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,7%); Frauen: n= 28 Einrichtungen (unbekannt: 4,3%).

Die Patienten aus den erfassten Suchthilfeeinrichtungen mit nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen nahmen die Betreuung größtenteils ohne Vermittlung auf (Tabelle 25). Von den männlichen pathologischen Glücksspielern wurde annähernd jeder zweite durch Familienangehörige vermittelt, bei den Patientinnen mit Essstörungen war es jede Dritte.

Tabelle 25: Vermittlung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstypen 2+3+16)

Vermittlung durch	Essstörungen		Path. Glücksspiel	
	M	F	M	F
Keine/Selbstmelder	33,3	47,1	38,1	56,3
Familie	33,3	29,4	45,8	37,5
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	0,0	11,8	0,0	0,0
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	0,0	0,0	0,8	0,0
Ärztliche/psychotherapeutische Praxis	0,0	5,9	1,7	0,0
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	0,0	0,0	1,7	0,0
Andere ambulante Suchthilfeeinrichtungen	0,0	0,0	0,0	0,0
Krankenhaus(abteilung)	0,0	5,9	0,8	0,0
Andere stationäre Suchthilfeeinrichtungen	0,0	0,0	0,8	0,0
Andere Beratungsdienste	0,0	0,0	3,4	0,0
Justizbehörde/Bewährungshilfe	0,0	0,0	0,8	0,0
Soziale Verwaltung	0,0	0,0	0,0	0,0
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige	33,3	0,0	5,9	6,3
Gesamt	3	17	118	16

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,7%); Frauen: n= 28 Einrichtungen (unbekannt: 4,3%).

Anteil der Erstbehandelten

In den ambulanten Beratungsstellen war etwa ein Drittel der Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen erstmalig in Behandlung (Tabelle 26). Den höchsten Anteil erstbehandelter Patienten mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen in den ambulanten Beratungsstellen wies die im Durchschnitt eher junge Gruppe der Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen auf (Männer: 54%, Frauen: 55%). Ebenso hohe und höhere Anteile an Erstbehandelten fanden sich unter den pathologischen Spielern (Männer: 59%, Frauen: 71%) sowie unter den Patienten mit Essstörungen (Männer: 67%, Frauen: 57%), wobei hier auf die geringe Fallzahl zu achten ist. Der geringste Anteil an Erstbehandelten zeigte sich bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opioide (Männer: 12%, Frauen: 22%). In den anderen Einrichtungstypen, in denen überwiegend Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen betreut wurden, war der überwiegende Anteil der Betreuten bereits zum wiederholten Mal in Behandlung.

Tabelle 26: Anteil der Erstbehandelten bei den häufigsten Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	N
Alkohol	35,0	36,7	5,4	10,0	1,0	4,3	9,8	11,1	32,2	34,5	32,4	3.663
Opioide	12,0	22,4	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,2	20,4	12,8	226
Cannabis	54,0	54,7	33,3	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	52,5	50,0	49,5	620
Kokain	23,9	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,9	20,0	23,1	52
Stimulanzien	45,2	66,1	0,0	0,0	28,0	0,0	0,0	0,0	44,6	62,7	47,4	247
Essstörungen	66,7	57,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	57,1	58,8	17
Pathol. Spielen	58,9	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	58,9	71,4	60,3	121

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Typ 2+3+16, Männer: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 1,8%); Frauen: n= 26 Einrichtungen (unbekannt: 2,9%). Typ 5, Männer: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Männer: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 0,9%); Frauen: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 11+12, Männer: n= 6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt, Männer: n= 45 Einrichtungen (unbekannt: 1,7%); Frauen: n= 40 Einrichtungen (unbekannt: 3,2%); Gesamt: n=46 Einrichtungen (unbekannt: 2,9%).

Art der Betreuung

Die vorwiegende Art der Betreuung entsprach den Einrichtungstypen (Tabelle 27): Während in ambulanten Beratungsstellen nahezu alle Patienten eine ambulante Beratung erhielten, nahm der Großteil der Patienten der Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch. An den genannten Einrichtungsarten wurden jedoch auch andere Betreuungsangebote genutzt: Unter den Patienten der ambulanten Beratungsstellen nahmen 9% der Männer und 12% der Frauen an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung teil. In den Einrichtungen vom Typ 9+10 erhielt mehr als ein Drittel der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung.

Tabelle 27: Art der Betreuung und Einrichtungstyp*

Maßnahme	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	G	N
Medizinische Notfallhilfe	0,2	0,4	2,7	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,3	0,4	0,3	15
Substitutionsbe- handlung	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,3	14
Psychosoz. Begleitbe- treuung bei Substitution	1,3	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	2,7	1,4	69
Sonstige medizinische Maßnahmen	0,1	0,0	2,7	0,0	0,6	0,0	19,2	25,0	0,6	0,4	0,6	30
Entzug/ Entgiftung	0,7	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,7	1,1	0,8	39
Ambulante Suchtberatung	90,5	92,8	40,5	71,4	0,0	0,0	1,0	0,0	81,1	86,3	81,9	4.075
Ambulante Entwöhnung	8,7	11,7	2,7	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,8	11,0	8,3	413
Teilstationäre Entwöh- nung	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	2,3	2,0	0,0	0,1	0,2	0,1	6
Stationäre Entwöhnung	0,3	0,4	0,0	0,0	84,4	74,4	1,0	0,0	6,8	4,4	6,4	317
Kombinationstherapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Adaptionsbehandlung	0,1	0,0	2,7	0,0	16,3	23,3	0,0	0,0	1,3	1,2	1,3	66
Ambulante Sozialtherapie	1,9	2,4	64,9	28,6	0,0	0,0	1,0	0,0	2,3	2,5	2,3	114
Teilstationäre Sozialtherapie	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,2	33,3	0,6	0,5	0,6	30
Stationäre Sozialtherapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	71,7	50,0	1,7	0,7	1,6	78
Psychiatrische Behandlung	0,1	0,4	2,7	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,1	0,4	0,2	8
Psychotherapeutische Behandlung	0,7	1,3	2,7	0,0	39,7	37,2	1,0	0,0	3,7	3,2	3,6	181
Sonstige Maßnahmen	5,1	4,7	18,9	14,3	0,0	0,0	18,2	25,0	5,1	4,9	5,1	252
Gesamt	3.714	741	37	7	320	43	99	12	4.169	803		4.975

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. * Mehrfachnennungen möglich. Typ 2+3+16, Männer: n= 30 Einrichtungen (unbekannt: 1,4%); Frauen: n= 26 Einrichtungen (unbekannt: 1,7%). Typ 5, Männer: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Männer: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 0,9%); Frauen: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 11+12, Männer: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Frauen: n= 6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Gesamt, Männer: n= 46 Einrichtungen (unbekannt: 1,3%); Frauen: n= 40 Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Gesamt: n=47 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%).

Dauer der Betreuung

In den ambulanten Beratungsstellen zeigte sich für Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen im Vergleich zu den übrigen betrachteten substanzbezogenen Diagnosegruppen eine lange durchschnittliche Betreuungsdauer von 61 Wochen (Tabelle 28). Patienten mit Diagnosen in Bezug auf Cannabis bzw. Kokain befanden sich mit durchschnittlich 38 bzw. 39 Wochen kürzer in Betreuung. Eine noch kürzere mittlere Betreuungsdauer wiesen die Pathologischen Glücksspieler mit 31 Wochen auf. Ein anderes Bild zeigte sich in den Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen: Hier war die durchschnittliche Betreuungsdauer deutlich kürzer und mit ca. 17 Wochen für Patienten mit cannabis- bzw. stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen tendenziell länger als für Patienten mit opioid- bzw. alkoholbezogenen Hauptdiagnosen (16 bzw. 14 Wochen).

Ein Vergleich zwischen den Einrichtungsarten ist für Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol möglich: in Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) und den (teil)stationären sozialtherapeutischen Einrichtungen (Typ 11+12) zeigte sich eine lange mittlere Betreuungsdauer mit 66 bzw. 86 Behandlungswochen. Die Betreuung an den Rehabilitationseinrichtungen bzw. Adap-

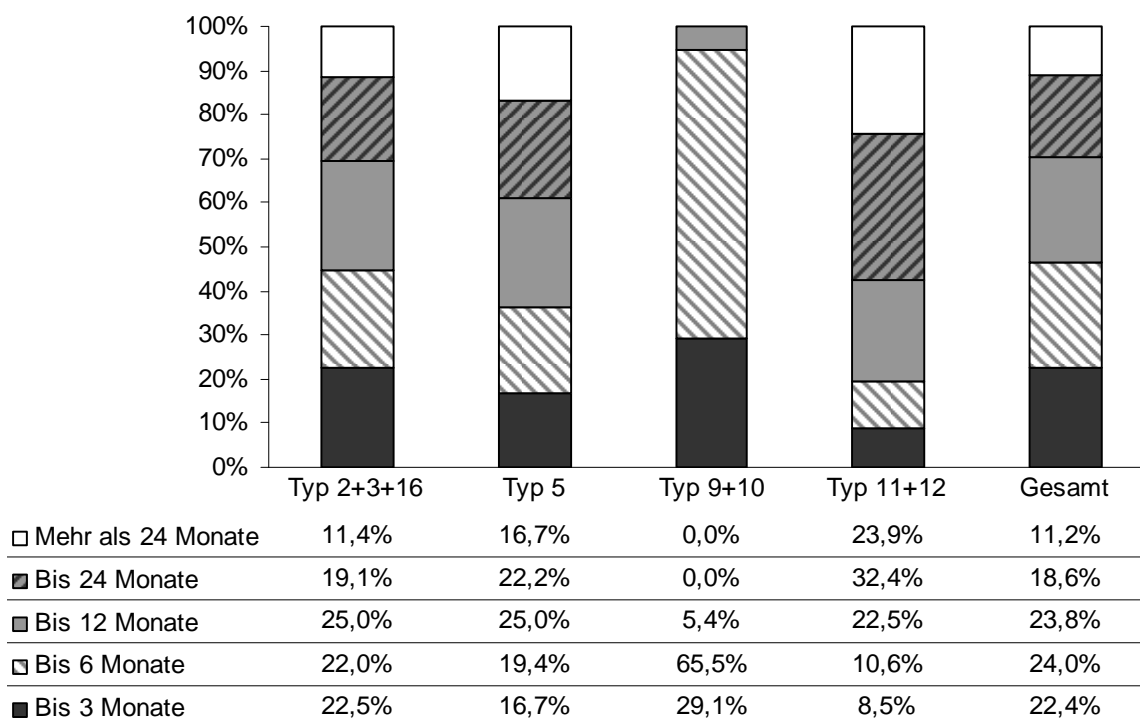
tionseinrichtungen (Typ 9+10) dauerte dagegen im Durchschnitt nur etwa 14 Wochen. Die Betreuungsdauer an den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) ist mit 50 Wochen zwischen der Betreuungsdauer der anderen Einrichtungsarten einzustufen.

Tabelle 28: Mittlere Betreuungsdauer in Wochen und Einrichtungstyp

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Typ 9+10		Typ 11+12		Gesamt	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	49,5	3.597	65,6	36	13,5	223	86,4	142	48,9	3.997
Opioide	61,2	203	24,0	1	15,9	45	32,5	4	52,6	253
Cannabinoide	38,2	696	48,6	8	17,1	62	36,8	8	36,6	774
Kokain	38,6	64	-	-	6,4	2	-	-	37,6	66
Stimulanzien	43,8	224	-	-	17,7	29	-	-	40,8	253
Essstörungen	51,0	31	-	-	-	-	-	-	51,0	31
Pathologisches Spielen	31,2	106	84,1	1	-	-	-	-	31,7	107

Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 5: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%). Gesamt: n= 53 Einrichtungen (unbekannt: 2,2%).

Abbildung 6 veranschaulicht die durchschnittliche Betreuungsdauer für die Gruppe der Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Alkohol im Vergleich der Einrichtungstypen. Die kürzesten Betreuungsdauern zeigten sich in den Einrichtungen vom Typ 9+10: der Großteil der Patienten blieb bis zu maximal einem halben Jahr in Behandlung. In den Einrichtungen vom Typ 5 und vom Typ 11+12 blieben die Patienten, der Angebotsform entsprechend, zu einem großen Teil über ein Jahr in Betreuung. An den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) zeigte sich eine beinahe gleichmäßige Verteilung in den unterschiedlichen Kategorien.



Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%). Typ 5: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%). Gesamt: n= 53 Einrichtungen (unbekannt: 2,2%).

Abbildung 6: Betreuungsdauer und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Die Verteilung der Betreuungsdauer unterscheidet sich für die in den ambulanten Beratungsstellen betreuten Patientengruppen mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Tabelle 29). Bei den Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol sowie bei den 57 Männern mit kokainbezogenen Hauptdiagnosen zeigte sich ein breiter besetztes Spektrum unterschiedlicher Betreuungsdauern. Bei den Patienten mit primären Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis bzw. Stimulanzien lagen überwiegend kurze Betreuungsdauern von bis zu drei bzw. bis zu sechs Monaten vor. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, wie etwa schnelle Behandlungserfolge oder frühzeitige Behandlungsabbrüche durch den Patienten (Angaben zur Art der Beendigung und den Ergebnissen der Betreuung finden sich weiter unten im Bericht). Die höchsten Anteile langer Betreuungszeiten zeigten sich bei der Gruppe der Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf Opiode: Etwa ein Viertel der Patienten waren bis zu zwei Jahren in Betreuung und 21% der Männer sowie 16% der Frauen wurden länger als zwei Jahre betreut. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren bei der Gruppe der Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol, welche im Hinblick auf die Fallzahl einen Vergleich am ehesten ermöglicht, nicht zu verzeichnen.

Tabelle 29: Dauer der Betreuung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Betreuungsdauer	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzen	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bis 3 Monate	22,6	22,3	19,5	20,4	27,5	35,5	22,8	28,6	21,8	34,0
Bis 6 Monate	22,0	22,1	11,7	14,3	25,9	19,4	19,3	57,1	24,7	12,0
Bis 9 Monate	15,0	13,2	14,3	16,3	14,8	6,5	17,5	0,0	18,4	18,0
Bis 12 Monate	10,1	11,1	11,0	8,2	8,8	14,5	19,3	0,0	6,9	10,0
Bis 24 Monate	19,0	19,9	22,1	24,5	14,7	24,2	12,3	14,3	19,5	12,0
Mehr als 24 Monate	11,4	11,4	21,4	16,3	8,2	0,0	8,8	0,0	8,6	14,0
Gesamt	3.001	597	154	49	633	62	57	7	174	50

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Frauen: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

Jede dritte Patientin, die primär aufgrund von Essstörungen betreut wurde, wies kurze Betreuungsdauern von bis zu drei Monaten auf (Tabelle 30). Dies trifft auch auf 38% der männlichen Pathologischen Glücksspieler zu.

Tabelle 30: Dauer der Betreuung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Betreuungsdauer	Essstörungen		Path. Glücksspiel	
	M	F	M	F
Bis 3 Monate	0,0	31,0	38,3	58,3
Bis 6 Monate	66,7	17,2	25,5	16,7
Bis 9 Monate	0,0	13,8	10,6	8,3
Bis 12 Monate	0,0	10,3	6,4	0,0
Bis 24 Monate	0,0	13,8	10,6	0,0
Mehr als 24 Monate	33,3	13,8	8,5	16,7
Gesamt	3	29	94	12

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,1%); Frauen: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 3,1%).

Anzahl der Kontakte

Durchschnittliche Kontaktzahlen werden nur für ambulante Einrichtungstypen dokumentiert und dargestellt, da eine stationäre Betreuung einen kontinuierlichen Kontakt darstellt und eine Angabe über Einzelkontakte daher nicht sinnvoll ist (Tabelle 31). Die Kontaktzahl beinhaltet die Gesamtzahl aller Kontakte innerhalb einer Betreuungsepisode, d. h. Einzel- und Gruppenkontakte oder Kontakte mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen.

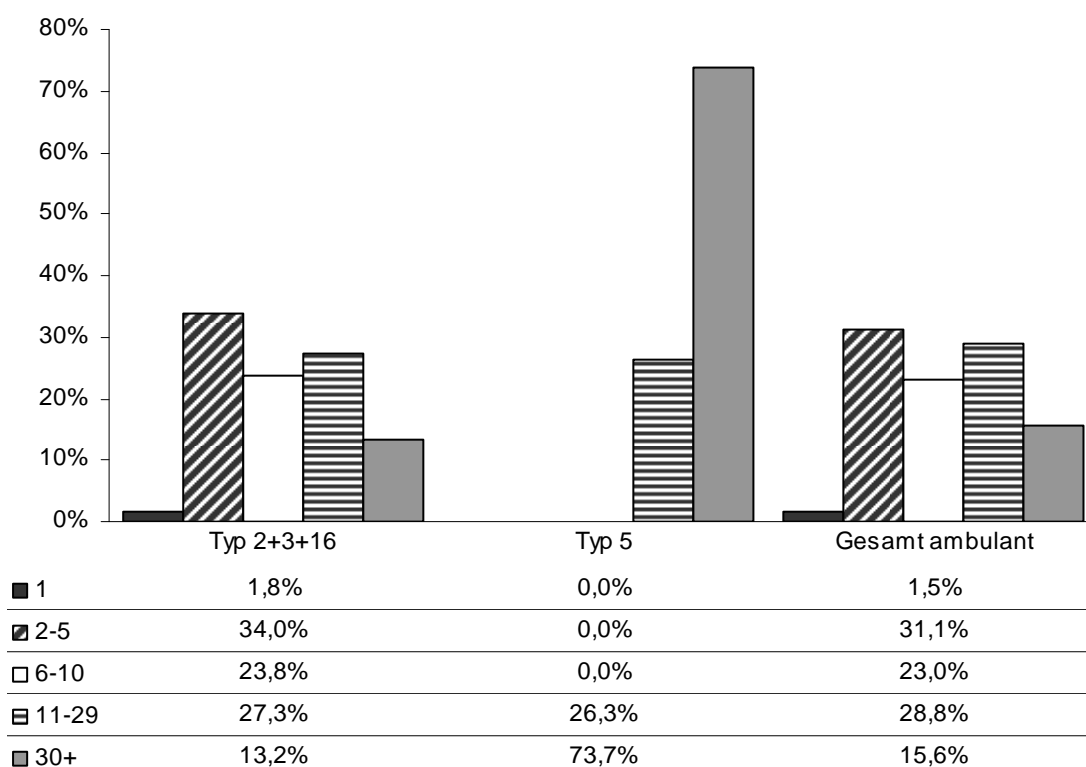
Die Daten der ambulanten Beratungsstellen ermöglichen einen Vergleich der unterschiedlichen Diagnosegruppen: Die höchste durchschnittliche Kontaktzahl wiesen Patienten mit alkohol- und opioidbezogenen Hauptdiagnosen auf (ca. 19 bzw. 16 Kontakte). Die Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis und Kokain nahmen eine deutlich geringere Anzahl von Kontakten in Anspruch (ca. 10 bzw. 9 Kontakte).

Tabelle 31: Mittlere Kontaktzahl und Einrichtungstyp (ambulant)

Hauptdiagnose	Typ 2+3+16		Typ 5		Gesamt ambulant	
	Ø	N	Ø	N	Ø	N
Alkohol	18,5	3.490	105,1	18	19,0	3.508
Opioide	16,4	196	-	0	16,4	196
Cannabinoide	9,9	683	-	0	9,9	683
Kokain	9,0	62	-	0	9,0	62
Stimulanzien	13,2	216	-	0	13,2	216
Essstörungen	12,4	31	-	0	12,4	31
Pathologisches Spielverhalten	10,4	103	174,0	1	11,9	104

Typ 2+3+16: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%). Typ 5: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 9,5%). Gesamt: n= 36 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%).

Der Großteil der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in ambulanten Einrichtungen nahm zwischen 2 und 5 Kontakten in Anspruch (Abbildung 7).



Typ 2+3+16: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%). Typ 5: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 9,5%). Gesamt: n= 36 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%).

Abbildung 7: Kontaktzahl und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

In allen Patientengruppen mit substanzbezogenen Diagnosen zeigte sich ein hoher Anteil an Betroffenen, die nur zwei bis fünf Kontakte in Anspruch nahmen (Tabelle 32). Ebenso zeigte sich ein hoher Anteil an Betroffenen in allen Patientengruppen,

die 11 bis 29 Kontakte in Anspruch nahmen. Verglichen mit den übrigen Diagnosegruppen wiesen Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol bzw. Opioide relativ häufig eine Anzahl von 30 oder mehr Kontakten auf.

Tabelle 32: Anzahl der Kontakte bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Kontaktzahlen	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	1,5	1,4	1,3	6,8	2,1	1,7	1,8	16,7	1,2	2,1
2 bis 5	31,0	32,2	33,6	25,0	43,4	50,0	57,1	66,7	37,9	34,0
6 bis 10	23,5	21,1	20,4	11,4	28,1	20,0	17,9	0,0	29,0	34,0
11 bis 29	28,8	29,0	33,6	38,6	21,1	25,0	19,6	0,0	23,1	19,1
30 und mehr	15,1	16,3	11,2	18,2	5,3	3,3	3,6	16,7	8,9	10,6
Gesamt	2.919	569	152	44	622	60	56	6	169	47

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,7%).

Sowohl bei den Patientinnen mit Essstörungen als auch bei den Pathologischen Glücksspielern überwogen Betreuungen mit zwei bis fünf Kontakten (Tabelle 33).

Tabelle 33: Anzahl der Kontakte bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Kontaktzahlen	Essstörungen		Pathologisches Glücksspiel	
	M	F	M	F
1	0,0	7,1	1,1	0,0
2 bis 5	33,3	35,7	46,2	83,3
6 bis 10	0,0	14,3	24,2	8,3
11 bis 29	33,3	32,1	18,7	0,0
30 und mehr	33,3	10,7	9,9	8,3
Gesamt	3	28	91	12

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 2,3%); Frauen: n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 3,7%).

Art der Beendigung

Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Opioide beendeten die ambulante Behandlung am seltensten regulär (Tabelle 34; Männer: 28%, Frauen: 25%) und brachen die Therapie auch am häufigsten ab. Beim Vergleich der Beendigungsart zwischen Männern und Frauen mit der behandlungsleitenden Diagnose Alkohol bzw. Stimulanzien fanden sich keine Unterschiede. Bei der Patientengruppe mit der Hauptdiagnose Cannabis ließ sich feststellen, dass die betroffenen Frauen die Therapie häufiger abbrachen als die Männer. In Bezug auf Kokain-Patienten zeigte sich ein ähnliches Bild, jedoch war ein Vergleich aufgrund der geringen Fallzahl an Frauen in dieser Gruppe (n=7) nicht möglich.

Tabelle 34: Art der Beendigung bei substanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Art der Beendigung	Alkohol		Opioide		Cannabis		Kokain		Stimulanzien	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	41,9	40,3	27,9	24,5	42,2	35,5	40,4	28,6	41,0	40,0
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,9	1,0	0,0	2,0	1,4	1,6	0,0	0,0	1,2	2,0
Vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	4,6	5,0	2,6	2,0	4,7	3,2	8,8	0,0	2,9	4,0
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	40,4	41,5	44,2	49,0	41,5	48,4	35,1	71,4	40,5	38,0
Disziplinarisch	1,0	1,2	4,5	4,1	1,6	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1,1	0,8	6,5	2,0	2,2	0,0	3,5	0,0	1,2	2,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	8,3	8,4	13,0	16,3	6,3	11,3	12,3	0,0	11,6	14,0
Verstorben	1,7	1,7	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	2.996	595	154	49	632	62	57	7	173	50

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen.; Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Bei der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler zeigte sich ein sehr hoher Anteil von Therapieabbrüchen, der über dem Wert für Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen liegt (Tabelle 35). Von den 29 Patientinnen mit Essstörungen beendeten 45% die Betreuung regulär.

Tabelle 35: Art der Beendigung bei nichtsubstanzbezogenen Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Art der Beendigung	Essstörungen		Pathologisches Spielverhalten	
	M	F	M	F
Regulär nach Beratungs-/Behandlungsplan	100,0	44,8	29,0	16,7
Vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	0,0	3,4	0,0	0,0
Vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	0,0	10,3	8,6	0,0
Vorzeitig, Abbruch durch Patient	0,0	13,8	52,7	83,3
Disziplinarisch	0,0	0,0	0,0	0,0
Außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,0	3,4	0,0	0,0
Planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0,0	24,1	9,7	0,0
Verstorben	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	3	29	93	12

Angaben in Prozent. M= Männer, F= Frauen. Männer: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Frauen: n= 31 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Im Vergleich der unterschiedlichen Einrichtungstypen für die Gesamtgruppe der erfassten Patienten wiesen die Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen (Typ 9+10) den höchsten Anteil regulärer Behandlungsabschlüsse auf (61%; Tabelle 36). In den ambulanten Beratungsstellen (Typ 3) beendeten 41% der Patienten die Betreuung regulär. In den Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens (Typ 5) sowie den (teil)stationären Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 11+12) traf dies auf ein Fünftel bzw. ein Viertel der Patienten zu. Abbrüche von Seiten der Patienten spielten vor allem in den Einrichtungen vom Typ 3 eine Rolle (41%), betrafen jedoch auch ein Viertel der Patienten der Einrichtungen vom Typ 11+12.

Tabelle 36: Art der Beendigung und Einrichtungstyp in der Gesamtgruppe aller Patienten mit einer Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Regulär	40,9	21,7	61,2	26,4	41,7
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	1,0	8,7	1,7	4,7	1,2
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,6	10,9	4,4	4,1	4,7
Abbruch	40,8	15,2	19,0	28,4	38,9
Disziplinarisch	1,2	19,6	13,5	9,5	2,4
Außerplanmäßiger Wechsel	1,4	4,3	0,3	7,4	1,5
Planmäßiger Wechsel	8,6	15,2	0,0	17,6	8,4
Verstorben	1,3	4,3	0,0	2,0	1,3
Gesamt	5007	46	363	148	5563

Angaben in Prozent. Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%). Typ 5: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%). Gesamt: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%).

Für die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen zeigten sich zwischen den Einrichtungsarten Unterschiede in der Art der Beendigung (Tabelle 37). In den Rehabilitationskliniken bzw. Adaptionseinrichtungen schlossen drei von vier Patienten die Betreuung regulär ab. Dieser Anteil ist höher als in den ambulanten Beratungsstellen und in den Einrichtungen der Sozialtherapie (42% bzw. 26%). Die wenigsten regulären Betreuungsabschlüsse zeigten sich in Einrichtungen vom Typ 5, in denen zudem 17% der Betreuten aus disziplinarischen Gründen entlassen wurden. Die wenigsten Therapieabbrüche wiesen entsprechend des hohen Anteils an regulärer Beendigung Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen (13%) auf.

Tabelle 37: Art der Beendigung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Art der Beendigung	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Regulär	41,6	19,4	67,7	25,9	42,4
Vorzeitig (auf therapeutische Veranlassung)	0,9	8,3	2,7	4,4	1,2
Vorzeitig (mit therapeutischem Einverständnis)	4,7	13,9	4,9	4,4	4,8
Abbruch	40,6	16,7	12,6	25,2	38,2
Disziplinarisch	1,1	16,7	12,1	10,4	2,1
Außerplanmäßiger Wechsel	1,0	2,8	0,0	8,1	1,2
Planmäßiger Wechsel	8,4	16,7	0,0	19,3	8,3
Verstorben	1,7	5,6	0,0	2,2	1,7
Gesamt	3590	36	223	135	3983

Typ 2+3+16: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 2,7%). Typ 5: n= 7 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,1%). Typ 11+12: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%). Gesamt: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 2,6%).

Ergebnisse der Betreuung

Tabelle 38 stellt die Daten der ambulanten Beratungsstellen zu den Betreuungsergebnissen differenziert nach Hauptdiagnosen sowie nach planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung dar. Ein „planmäßiges Behandlungsende“ liegt vor, wenn die jeweiligen Ziele der Betreuung erreicht wurden oder ein Einverständnis zwischen Therapeut und Patient bezüglich der Beendigung vorliegt. Eine planmäßige Behandlungsbeendigung geht also nicht unbedingt mit einem erfolgreichen Ergebnis im Sinne der Behebung der vorliegenden Problematik einher. Möglich ist auch die Vereinbarung von Teilzielen. Eine unplanmäßige Behandlungsbeendigung liegt vor, wenn die Behandlung von Seiten des Patienten oder der Einrichtung abgebrochen wird, wenn ein unplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung erfolgt – hierzu zählt auch eine Inhaftierung – oder wenn der Patient überraschend stirbt. Die Einschätzung des Behandlungserfolgs erfolgt durch den Berater bzw. Therapeuten: Die Problematik wird zum Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung als behoben, gebessert, unverändert oder verschlechtert eingestuft.

Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung wurde für 44% der Patienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Alkohol, für 41% der Pathologischen Glücksspieler, für 35% der Patienten mit stimulanzenbezogenen Hauptdiagnosen sowie für 32% der Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen die Problematik am Ende der Betreuung als behoben bzw. abstinent beurteilt (Tabelle 38). Unter den Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen war dies nur bei jedem Fünften der Fall. In allen betrachteten Patientengruppen wies ein Großteil der Patienten bei planmäßigem Behandlungsabschluss eine Besserung seines Zustandes auf. Bei den Patientengruppen mit opioid- bzw. kokainbezogenen Hauptdiagnosen verblieben jedoch auch viele Patienten, deren Zustand sich durch die Betreuung trotz des planmäßigen Abschlus-

ses nicht verändert hatte (Opioide: 19%, Kokain: 24%). Dieser Anteil war bei den Patienten mit Essstörungen und Pathologischem Glücksspiel ähnlich hoch (25% bzw. 16%). Eine Verschlechterung der Problematik trotz planmäßiger Beendigung wurde kaum dokumentiert.

Wurde die Betreuung unplanmäßig beendet, war die Problematik nur bei einem geringen Anteil der Patienten behoben. Bei unplanmäßiger Beendigung zeigte sich eine Besserung der Problematik am seltensten bei Patienten mit einer Kokain-Hauptdiagnose (15%) und am häufigsten bei Patienten mit einer Stimulanzien-Hauptdiagnose (39%). Dies traf auch auf 29% der Pathologischen Glücksspieler zu. Eine unplanmäßige Behandlungsbeendigung ging jedoch in allen Diagnosegruppen überwiegend mit einem unveränderten Zustandsbild einher. Bei einigen Patienten verschlechterte sich die Problematik bei einer unplanmäßigen Beendigung: Bei den Patienten mit opioid- und alkoholbezogenen Hauptdiagnosen war es jeder Zehnte bzw. Zwölfte.

Tabelle 38: Ergebnisse der Betreuung bei ausgewählten Hauptdiagnosen (Einrichtungstyp 2+3+16)

Planmäßig beendet	Alkohol	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathologisches Glücksspiel
Behoben/abstinent	43,9	21,3	31,9	29,7	34,4	16,7	40,9
Gebessert	40,7	59,6	52,9	45,9	53,6	58,3	43,2
Unverändert	14,0	19,1	14,7	24,3	12,0	25,0	15,9
Verschlechtert	1,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	1.956	89	367	37	125	24	44

Unplanmäßig beendet	Alkohol	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	Essstörungen	Pathologisches Glücksspiel
Behoben/abstinent	5,2	1,8	2,5	11,1	7,5	0,0	0,0
Gebessert	27,6	31,0	29,3	14,8	38,7	20,0	28,6
Unverändert	58,8	57,5	63,7	70,4	53,8	60,0	62,5
Verschlechtert	8,3	9,7	4,5	3,7	0,0	20,0	8,9
Gesamt	1.564	113	314	27	93	5	56

Angaben in Prozent. Planmäßig: n= 33 Einrichtungen (unbekannt: 5,2%). Unplanmäßig: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%).

Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung war in allen Einrichtungsarten für einen Großteil der Betreuungsfälle ein positives Ergebnis im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik zu verzeichnen (Tabelle 39). Die Beurteilung der Problematik als erfolgreich erfolgte dabei in den Einrichtungen vom Typ 9+10 bei jedem vierten Patienten bzw. bei jedem fünften Patienten in Einrichtungen vom Typ 5. Dieser Anteil lag in den Einrichtungen vom Typ 3 (41%) sowie in den Einrichtungen vom Typ 11+12 (51%) höher. Umgekehrt wiesen die Einrichtungen vom Typ 9+10 einen höheren Anteil von Patienten mit gebesselter Problematik auf als die übrigen Einrichtungstypen. Bei Patienten aus Einrichtungen vom Typ 5 bestand die Symptomatik mit 42% relativ häufig unverändert fort (Typ 3: 15%, Typ 9+10: 9%, Typ 11+12: 17%).

Bei unplanmäßiger Beendigung der Betreuung wurde in allen Einrichtungsarten bei einem Großteil der Patienten bei Betreuungsende ein unveränderter Zustand festgestellt (Tabelle 39). Eine Besserung trotz des unplanmäßigen Betreuungsendes konnte für jeden fünften Patienten einer (teil)stationären Einrichtung der Sozialthera-

pie und des ambulant betreuten Wohnens, für jeden achten Patienten stationärer Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen sowie für 29% der Patienten ambulanter Beratungsstellen verzeichnet werden.

Tabelle 39: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp in der Gesamtgruppe aller Patienten mit einer Hauptdiagnose

Planmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/abstinent	40,8	19,2	25,8	50,6	39,6
Gebessert	43,5	34,6	65,6	30,4	44,9
Unverändert	14,6	42,3	8,6	16,5	14,4
Verschlechtert	1,1	3,8	-	2,5	1,0
Gesamt	2.704	26	244	79	3.053

Unplanmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/abstinent	4,9	-	-	8,7	4,7
Gebessert	28,5	20,0	12,7	21,7	27,5
Unverändert	59,2	75,0	65,3	53,6	59,5
Verschlechtert	7,3	5,0	22,0	15,9	8,3
Gesamt	2.205	20	118	69	2.411

Angaben in Prozent. Typ 2+3+16, Planmäßig: n= 33 Einrichtungen (unbekannt: 5,2%); Unplanmäßig: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%). Typ 5, Planmäßig: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Unplanmäßig: n= 6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Planmäßig: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,2%); Unplanmäßig: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,7%). Typ 11+12, Planmäßig: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Unplanmäßig: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 4,2%). Gesamt, Planmäßig: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 4,8%); Unplanmäßig: n= 51 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose wiesen je nach Einrichtungstyp unterschiedliche Behandlungsergebnisse auf (Tabelle 40). Bei planmäßigem Abschluss der Betreuung zeigten mehr als vier von fünf Patienten der ambulanten Beratungsstellen ein positives Betreuungsergebnis im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik. In den Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen lag der Anteil der Patienten mit behobener Problematik im Vergleich niedriger (23%), der Anteil der Patienten mit gebessertem Zustand dagegen deutlich höher (70%). Insgesamt war der Anteil positiver Betreuungsergebnisse in diesen Einrichtungen somit höher als in den ambulanten Beratungsstellen. In Einrichtungen vom Typ 11+12 galt die Problematik bei jedem zweiten Patienten bei Ende der Betreuung als behoben.

Bei unplanmäßiger Beendigung der Beratung bzw. Behandlung wies etwa jeder dritte der Patienten der ambulanten Beratungsstellen sowie der Einrichtungen der Sozialtherapie eine Besserung der Problematik auf. In allen Einrichtungsarten zeigte sich bei mehr als der Hälfte bis zu zwei Drittel der Betreuten ein unveränderter Zustand bei Betreuungsende. Etwa jeder zehnte Patient wies einen verschlechterten Zustand auf. Je nach Einrichtungstyp zeigte sich bei 7% (ambulant betreutes Wohnen) bis 30% der Patienten (Rehabilitationskliniken und Adaptionseinrichtungen) ein verschlechtertes Zustandsbild bei unplanmäßiger Beendigung der Therapie.

Tabelle 40: Ergebnisse der Betreuung und Einrichtungstyp bei alkoholbezogener Hauptdiagnose

Planmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/abstinent	43,9	14,3	23,2	51,4	42,3
Gebessert	40,7	38,1	70,2	28,4	42,5
Unverändert	14,0	42,9	6,5	17,6	13,8
Verschlechtert	1,4	4,8	0,0	2,7	1,4
Gesamt	1.956	21	168	74	2.219

Unplanmäßig beendet	Typ 2+3+16	Typ 5	Typ 9+10	Typ 11+12	Gesamt
Behoben/abstinent	5,2	0,0	0,0	9,8	5,2
Gebessert	27,6	20,0	9,3	24,6	26,9
Unverändert	58,8	73,3	61,1	47,5	58,6
Verschlechtert	8,3	6,7	29,6	18,0	9,3
Gesamt	1.564	15	54	61	1.693

Angaben in Prozent. Typ 2+3+16, Planmäßig: n= 33 Einrichtungen (unbekannt: 5,2%); Unplanmäßig: n= 32 Einrichtungen (unbekannt: 3,5%). Typ 5, Planmäßig: n= 5 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%); Unplanmäßig: n= 6 Einrichtungen (unbekannt: 0,0%). Typ 9+10, Planmäßig: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,2%); Unplanmäßig: n= 3 Einrichtungen (unbekannt: 1,7%). Typ 11+12, Planmäßig: n= 11 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Unplanmäßig: n= 10 Einrichtungen (unbekannt: 4,2%). Gesamt, Planmäßig: n= 52 Einrichtungen (unbekannt: 4,8%); Unplanmäßig: n= 51 Einrichtungen (unbekannt: 3,4%).

6 Pathologische Glücksspieler

Im folgenden Abschnitt werden Daten zu Patienten beschrieben, die aufgrund der Diagnose Pathologisches Glücksspiel (F63.0) in einer Thüringer Suchthilfeeinrichtung betreut wurden. Die Daten der Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel werden im Längsschnitt für die Jahre 2003 bis 2008 dargestellt. In den Erhebungsjahren 2007 bzw. 2008 wurden Patienten mit dieser Hauptdiagnose im Vergleich zu den Vorjahren nur in ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Typ 3) betreut.

Ein Vergleich von Haupt- und Einzeldiagnosen in Bezug auf Pathologisches Glücksspiel zeigt, dass in nahezu jedem Fall, in dem ein Patient eine glücksspielbezogene Diagnose erhielt, diese auch die behandlungsleitende Diagnose war. So wurde im Jahr 2008 für 135 Betreuungsfälle eine Einzeldiagnose Pathologisches Glücksspiel dokumentiert, in 125 dieser Fälle war dies zugleich die Hauptdiagnose. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel.

Mit Ausnahme der Jahre 2006 und 2008, in denen deutlich mehr Patienten primär wegen pathologischen Glücksspiels betreut wurden, ist die Anzahl der entsprechenden Betreuungsfälle in den Thüringer Einrichtungen seit 2003 relativ konstant (Abbildung 8). Im aktuellen Erhebungsjahr zeigte sich mit 136 Fällen die höchste Anzahl an Pathologischen Glücksspielern. In diesem Jahr zeigte sich bezogen auf die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen zwar die bislang höchste Beteiligung an der Thüringer Suchthilfestatistik (N=57 Einrichtungen). Allerdings ist die Gesamtzahl dokumentierter Betreuungen im Vergleich zum Vorjahr praktisch konstant geblieben (2008: 12.887 Fälle; 2007: 12.714 Fälle). Die unterschiedliche Anzahl an pathologischen Glücksspielern 2008 kann also nicht durch die höhere Gesamtzahl dokumentierter Betreuungen erklärt werden.

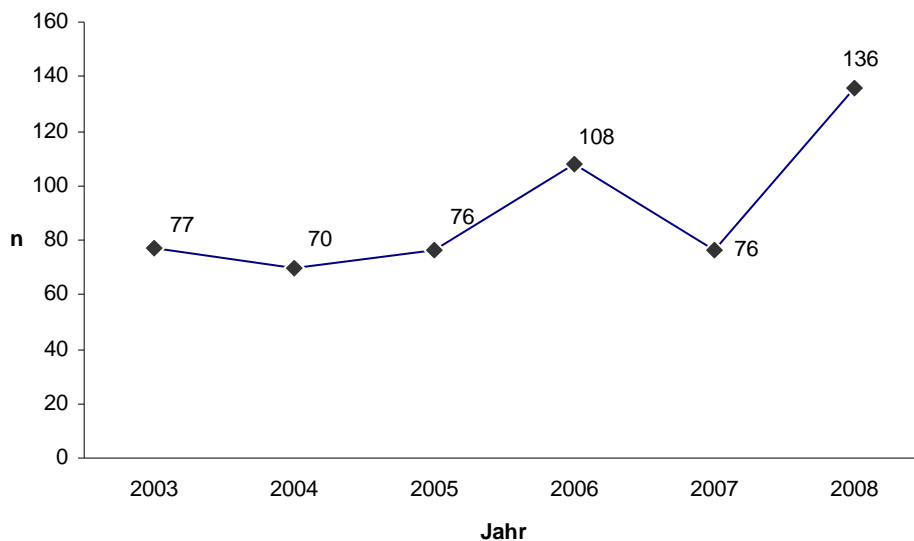


Abbildung 8: Anzahl der Betreuungsfälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel zwischen 2003 und 2008 (Alle Einrichtungstypen)

Der Anteil an Patienten mit einer Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel an der Gesamtgruppe der in den Thüringer Einrichtungen betreuten Patienten mit einer Hauptdiagnose verringerte sich zwischen 2003 und 2005 geringfügig, stieg 2006 wieder auf den Ausgangswert des Jahres 2003 an und stieg erst 2008 deutlich auf 3% an (Abbildung 9).

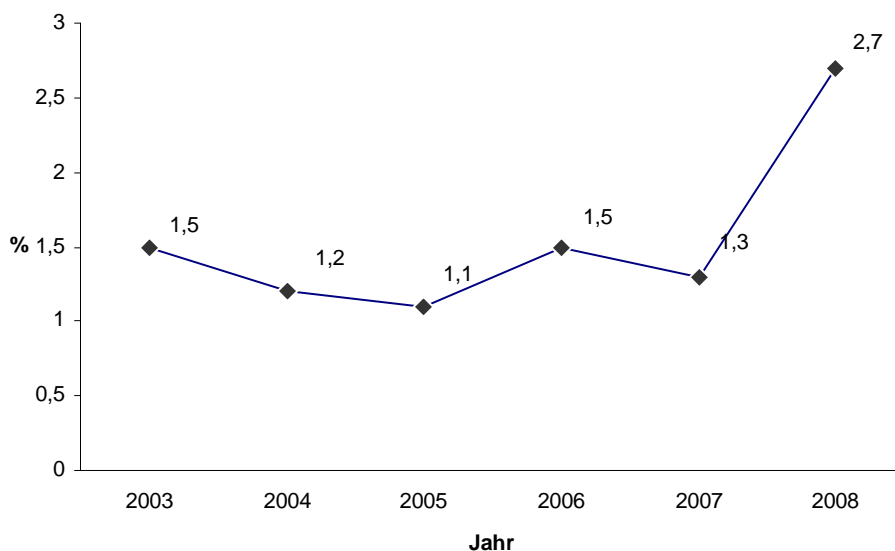
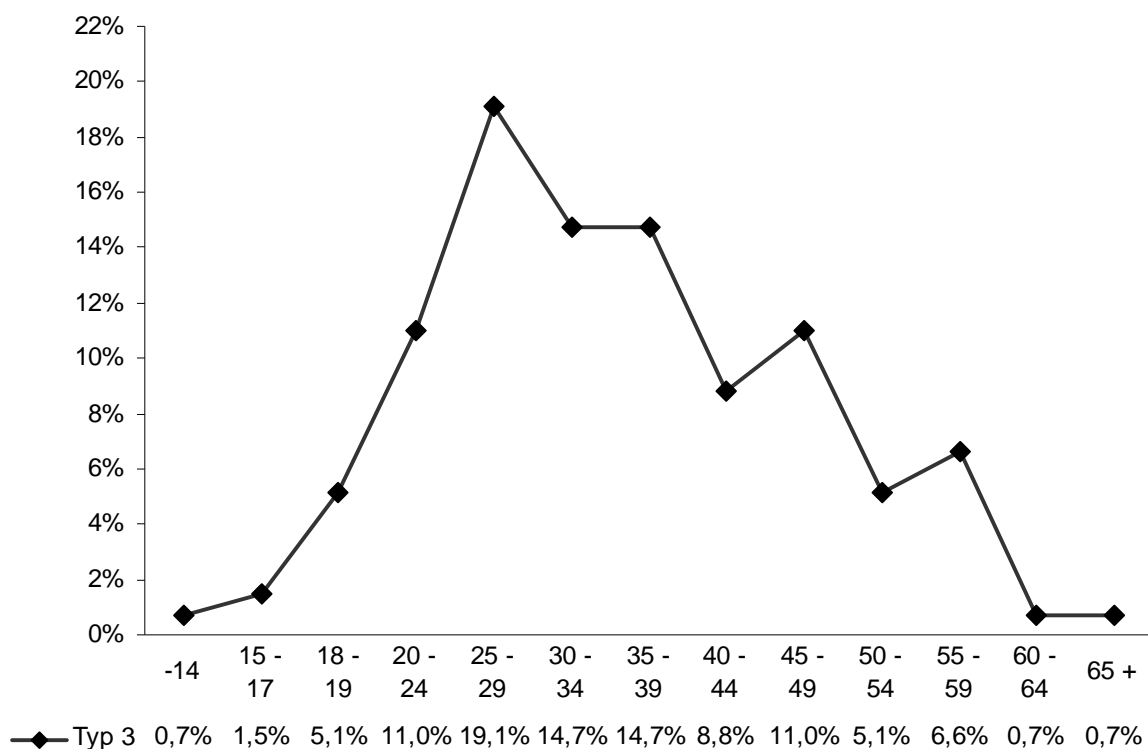


Abbildung 9: Anteil der Betreuungsfälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel an allen Hauptdiagnosen zwischen 2003 und 2008 (Alle Einrichtungstypen)

In den ambulanten Beratungsstellen befanden sich deutlich mehr Männer als Frauen unter den Pathologischen Glücksspielern (Verhältnis Männer: Frauen = 7:1; 2007: 9:1).

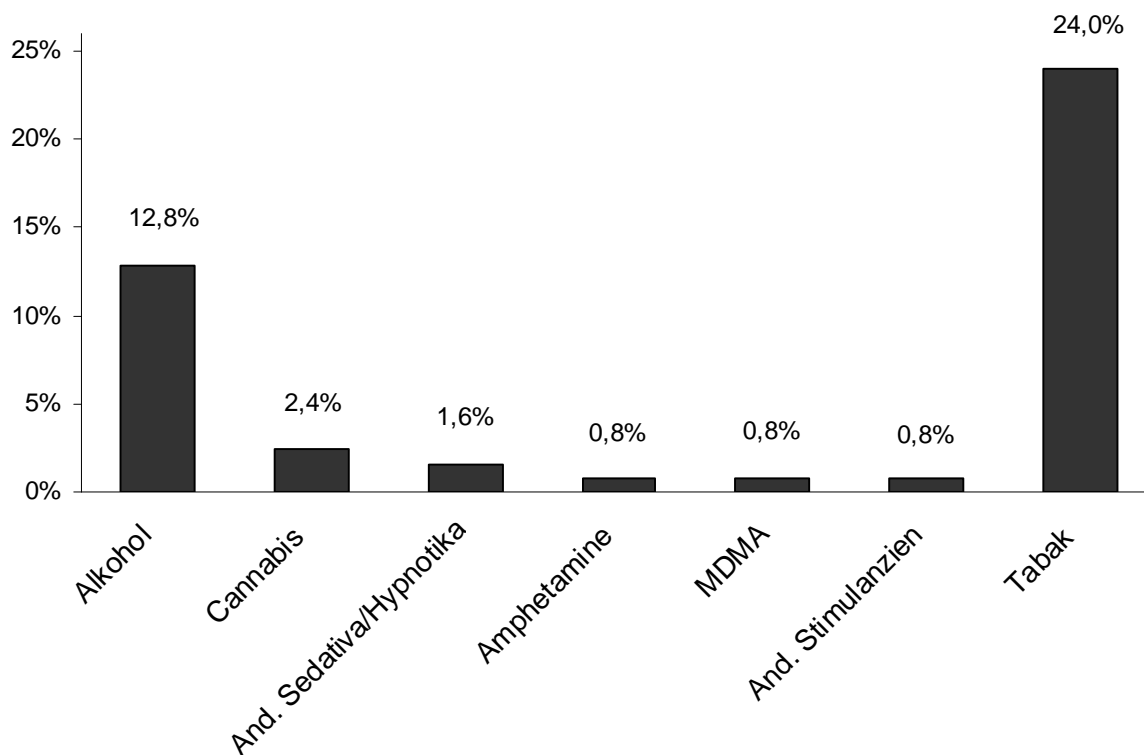
Der Großteil der im Auswertungsjahr 2008 in den ambulanten Beratungsstellen betreuten Pathologischen Glücksspieler war zwischen 20 und 45 Jahre alt (Abbildung 10). Ab dem 45. Lebensjahr nahm die Altersverteilung einen treppabförmigen Verlauf mit weiteren Gipfeln zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr sowie zwischen dem 55. und 59. Lebensjahr.



n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 2,5%).

Abbildung 10: Altersverteilung bei Pathologischen Glücksspielern

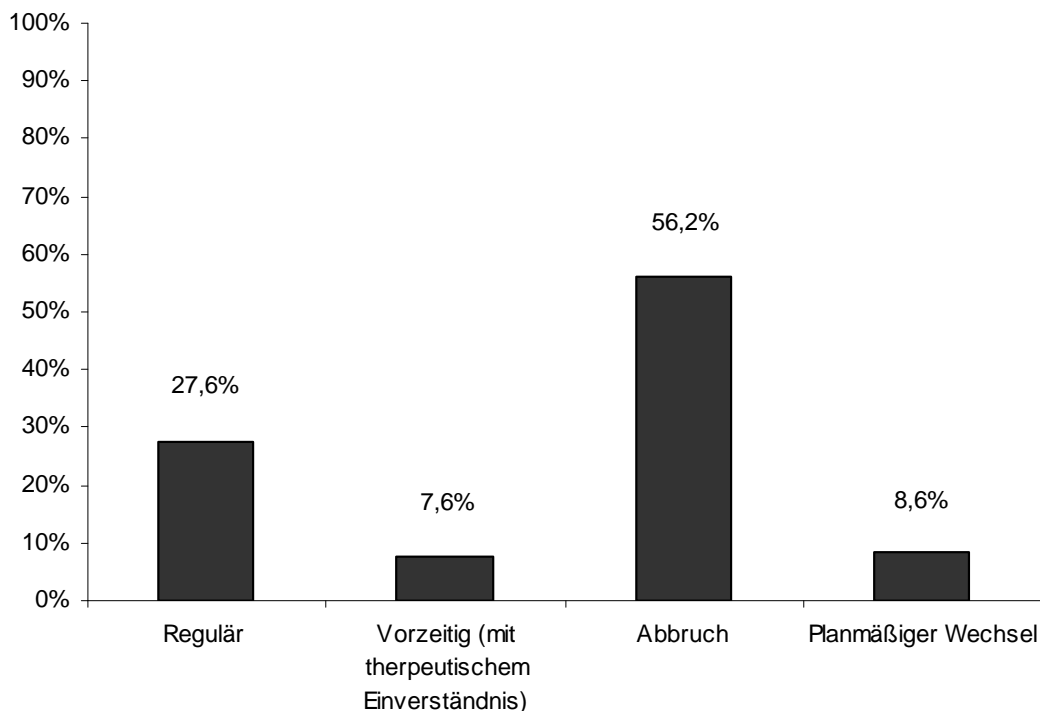
In Abbildung 11 sind die substanzbezogenen Komorbiditäten der Pathologischen Glücksspieler dargestellt. Bei 24% der Patienten wurde eine zusätzliche tabakbezogene Diagnose kodiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass hier eine Unterschätzung vorliegt (Unterdiagnostizierung). 13% der Pathologischen Glücksspieler wiesen eine komorbide Abhängigkeit bzw. einen schädlichen Gebrauch von Alkohol auf. Komorbide Diagnosen in Bezug auf illegale Substanzen lagen deutlich seltener vor.



Mehrfachnennungen möglich. n= 28 Einrichtungen (unbekannt: 7,0%).

Abbildung 11: Substanzbezogene Komorbiditäten bei Pathologischen Glücksspielern

Mehr als die Hälfte der Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Pathologisches Glücksspiel brach die Betreuung vorzeitig ab (Abbildung 12). Ein regulärer Behandlungsabschluss lag bei jedem vierten Patienten vor. 8% der Patienten beendeten die Therapie mit therapeutischem Einverständnis vorzeitig und 9% wurden planmäßig in eine andere Einrichtung verlegt.

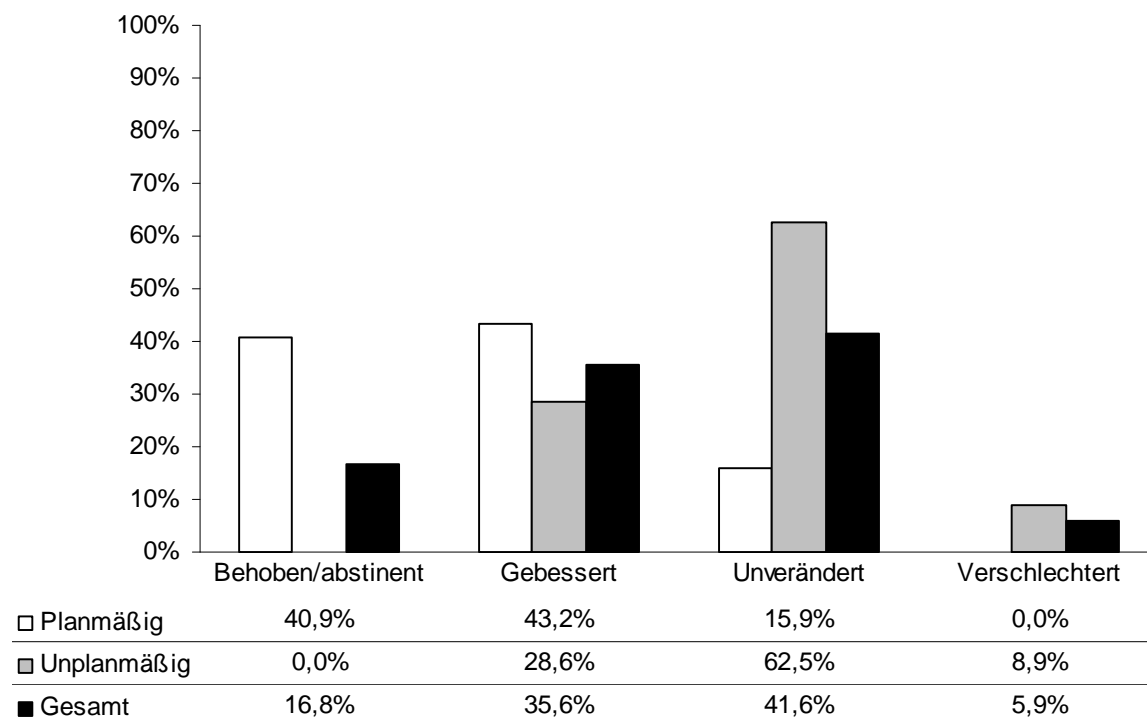


n= 29 Einrichtungen (unbekannt: 2,8%).

Abbildung 12: Art der Beendigung bei Pathologischen Glücksspielern

Die Problematik von ungefähr jedem sechsten Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Pathologisches Glücksspiel wurde von den Therapeuten am Ende der Behandlung als behoben eingeschätzt (Abbildung 13). 36% der Patienten wiesen eine Verbesserung ihres Zustandsbildes und 42% einen unveränderten Zustand auf. Nur bei 6% der pathologischen Glücksspieler zeigte sich am Ende der Betreuung eine Verschlechterung der Symptomatik.

Bei planmäßiger Beendigung wurde die Betreuung für 41% der Patienten als erfolgreich bzw. die Problematik als behoben beurteilt. 43% der Patienten wiesen zudem eine Besserung der Symptomatik auf. Im Gegensatz dazu bestand die Problematik bei 63% der Patienten, die die Betreuung unplanmäßig beendeten, unverändert fort. Eine Besserung der Problematik war nur bei 29% dieser Patienten zu verzeichnen.



n= 29 Einrichtungen (unbekannt:3,6%).

Abbildung 13: Ergebnisse der Betreuung bei Pathologischen Glücksspielern

7 Trendanalyse ausgewählter Daten 2003 bis 2008

Im folgenden Abschnitt werden Einrichtungs-, Patienten- und Behandlungsdaten in ihrer Entwicklung von 2003 bis 2008 dargestellt. Stationäre und ambulante Einrichtungen werden in der Darstellung zusammengefasst.

Ausgehend von einer Beteiligung von N=48 Einrichtungen im Jahr 2003, zeigte sich zwischen 2004 bis 2006 ein Anstieg der Einrichtungsbeteiligung auf 53 Einrichtungen (Abbildung 14). Im Bezugsjahr 2007 ging die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen auf den Wert von 2004 zurück (46 Einrichtungen). Im aktuellen Bezugsjahr 2008 stieg die Anzahl der beteiligten Einrichtungen auf den bisherigen Beteiligungshöchststand von 57 Einrichtungen.

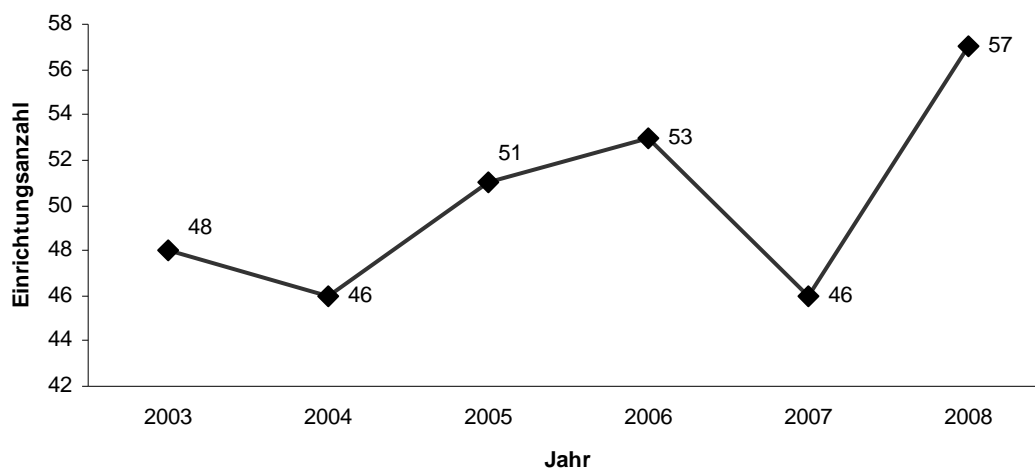


Abbildung 14: Einrichtungsbeteiligung (alle Einrichtungstypen)

Die Anzahl der insgesamt im Rahmen der Thüringer Suchthilfestatistik dokumentierten Betreuungsfälle zeigte seit 2003 einen Anstieg bis zum Höchststand im Jahr 2006 (Abbildung 15). Im Jahr 2007 war (vermutlich aufgrund der verringerten Einrichtungsbeteiligung) ein Rückgang der Betreuungsfälle zu verzeichnen. Das aktuelle Bezugsjahr 2008 war wiederum durch einen leichten Anstieg gekennzeichnet. Trotz einer neuen Höchstmarke bei der Einrichtungsbeteiligung zeigte sich kein entsprechender Anstieg in der Patientenzahl. Gründe hierfür können vielfältig sein. Es zeigte sich beispielsweise eine niedrigere Wochenstundenanzahl bei den Mitarbeitern im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr (2007: 263 Wochenstunden, 2008: 175 Wochenstunden). Darüber hinaus war die Dauer der Betreuung im Bezugsjahr 2008 mit einem Mittelwert von 325 Tagen länger als im Jahr 2007 (Mittelwert von 293 Tagen).

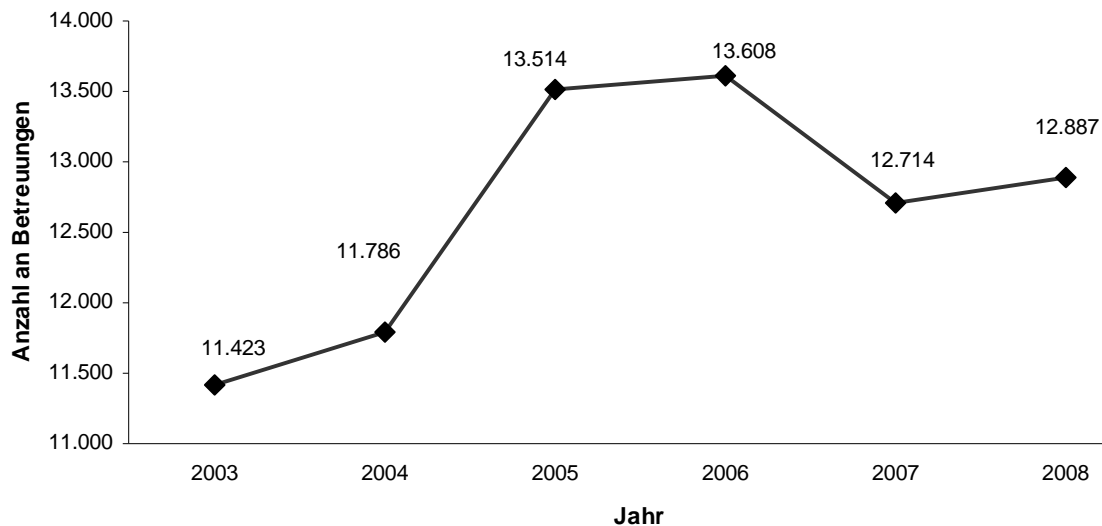


Abbildung 15: Dokumentierte Betreuungen (alle Einrichtungstypen)

Abbildung 16 veranschaulicht die Verteilung der Anteile von Patienten mit Migrationshintergrund. Insgesamt wurden in den Thüringer Einrichtungen nur wenige Patienten mit Migrationshintergrund betreut. Dabei zeigte sich in allen Erhebungsjahren bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf illegale Substanzen (Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzen) im Vergleich zu den Patienten mit Hauptdiagnose Alkohol ein beinahe doppelt so hoher Prozentsatz an Patienten mit Migrationshintergrund. Über die Jahre zeigte sich bei den Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen ein Anstieg des Anteils an Patienten mit Migrationshintergrund bis zu einem Höchststand von 4% im Jahr 2006. Im Jahr 2008 lag dieser Anteil mit 1% deutlich niedriger. Auch bei den Patienten mit behandlungsleitenden Diagnosen in Bezug auf illegale Substanzen zeigte sich ein Anstieg des Anteils von Patienten mit Migrationshintergrund bis zu einem Höchststand von 7% im Jahr 2006, gefolgt von einem Absinken des Werts auf 2% im Jahr 2008. Patienten mit Migrationshintergrund, die in den Suchthilfeeinrichtungen betreut wurden, stammten nahezu ausschließlich aus Ländern außerhalb der Europäischen Union.

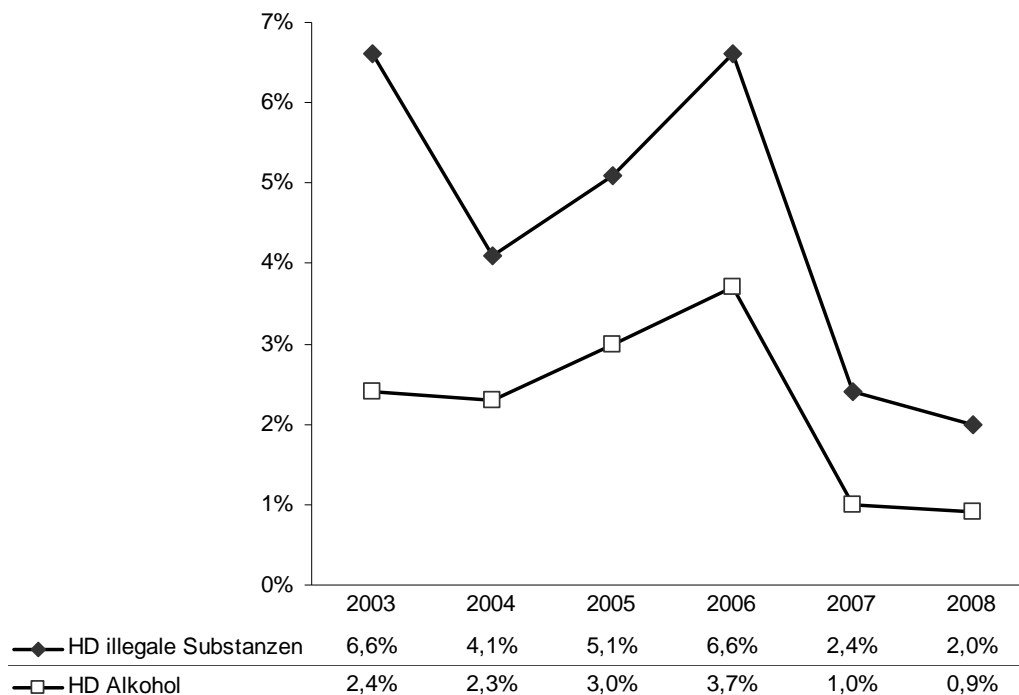


Abbildung 16: Häufigkeit des Vorliegens von Migrationshintergrund bei der Gesamtgruppe der Patienten mit einer Hauptdiagnose (alle Einrichtungstypen)

Abbildung 17 gibt einen Überblick über die Entwicklung der durchschnittlichen Kontaktzahl der in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen durchgeführten Betreuungen in den letzten sechs Jahren. Es zeigte sich eine geringe Schwankung zwischen durchschnittlich 19 bis 20 wahrgenommenen Kontakten in den Jahren 2003, 2005 und 2007 und einem geringeren Wert von 16 Kontakten in den Jahren 2004 und 2006.

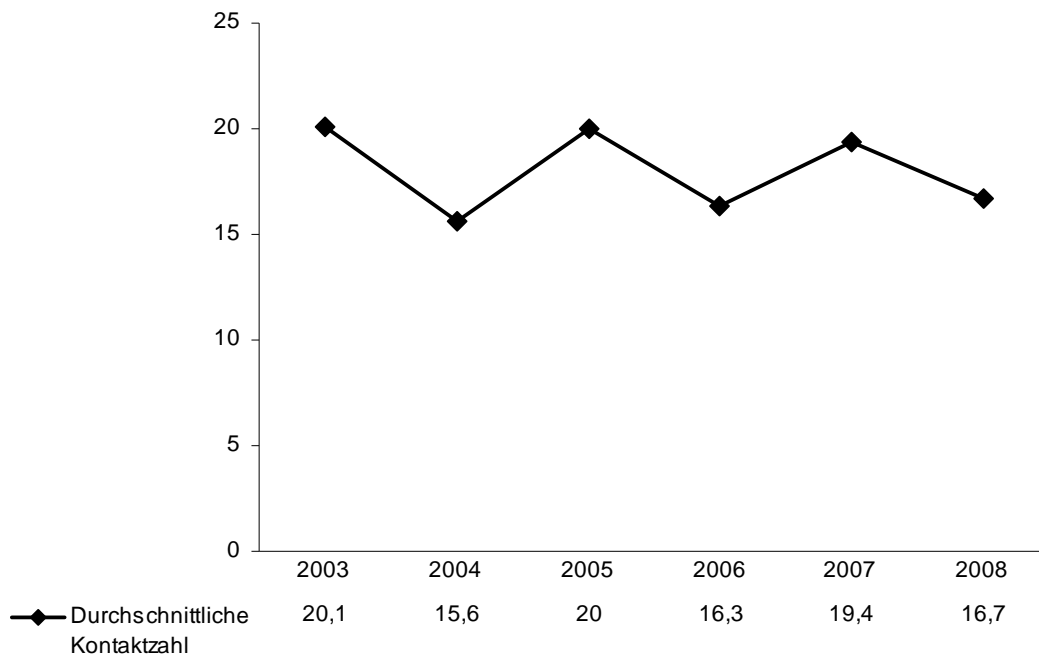


Abbildung 17: Anzahl der Kontakte pro beendeter Betreuung (ambulant)

Die Dauer der Betreuung variierte in den verschiedenen Erhebungsjahren (Abbildung 18) und verringerte sich seit dem Erhebungsjahr 2003 kontinuierlich. Erst seit 2007 zeigte sich wieder einen Anstieg. Im aktuellen Erhebungsjahr 2008 zeigte sich die insgesamt längste Betreuungsdauer. 11% der Betreuungen dauerten länger als 24 Monate.

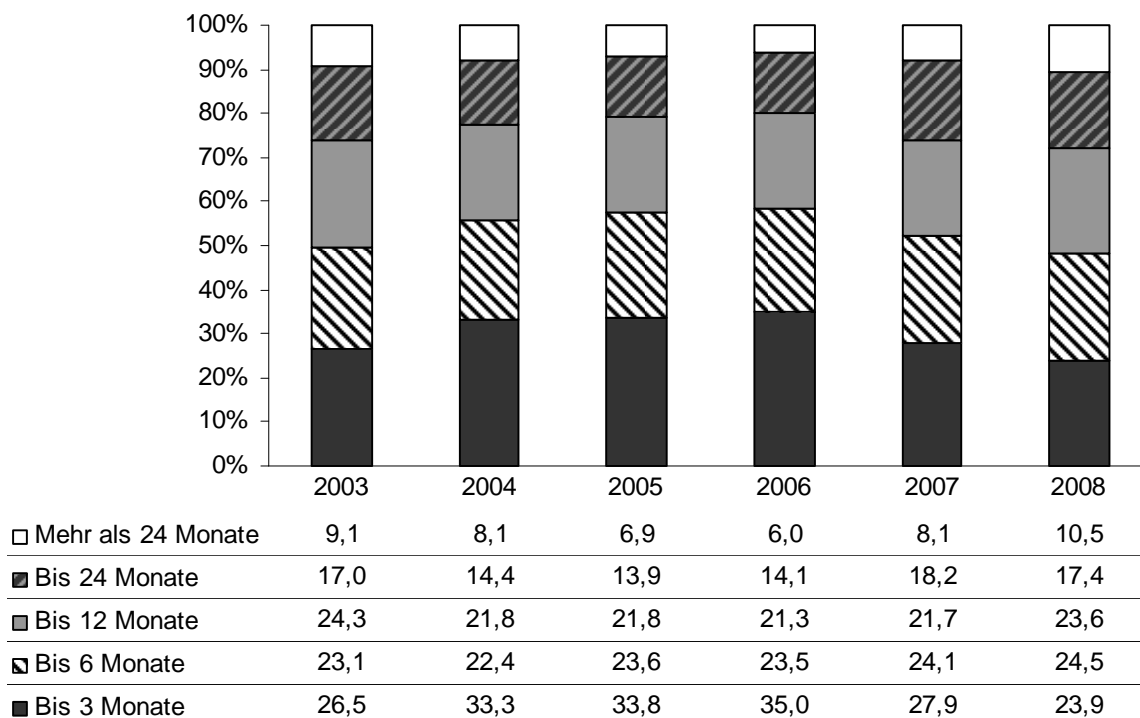


Abbildung 18: Dauer der Betreuung (alle Einrichtungstypen)

Für Patienten mit opioid- und cannabisbezogenen Hauptdiagnosen zeigte sich im Jahr 2008 ein höherer Anteil planmäßiger Behandlungsabschlüsse als im Vorjahr (Abbildung 19). Für Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen war der Anteil der planmäßigen Behandlungsabschlüsse geringer als im Vorjahr.

Betrachtet man die Entwicklung des Anteils planmäßiger Beendigungen über die Jahre hinweg, so zeigte sich bei den Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen ein relativ konstanter Verlauf mit Höchstwerten im Jahr 2005. Bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Opiode zeigte sich über die Jahre hinweg ein Anstieg der planmäßigen Beendigungen, vor allem seit 2004. Die stärksten Schwankungen zeigten sich bei den Patienten mit cannabisbezogenen Hauptdiagnosen, vor allem zwischen 2003 und 2004. Im aktuellen Bezugsjahr 2008 wurde mit 49% nahezu der Anteil an planmäßigen Beendigungen aus dem Jahr 2003 erreicht.

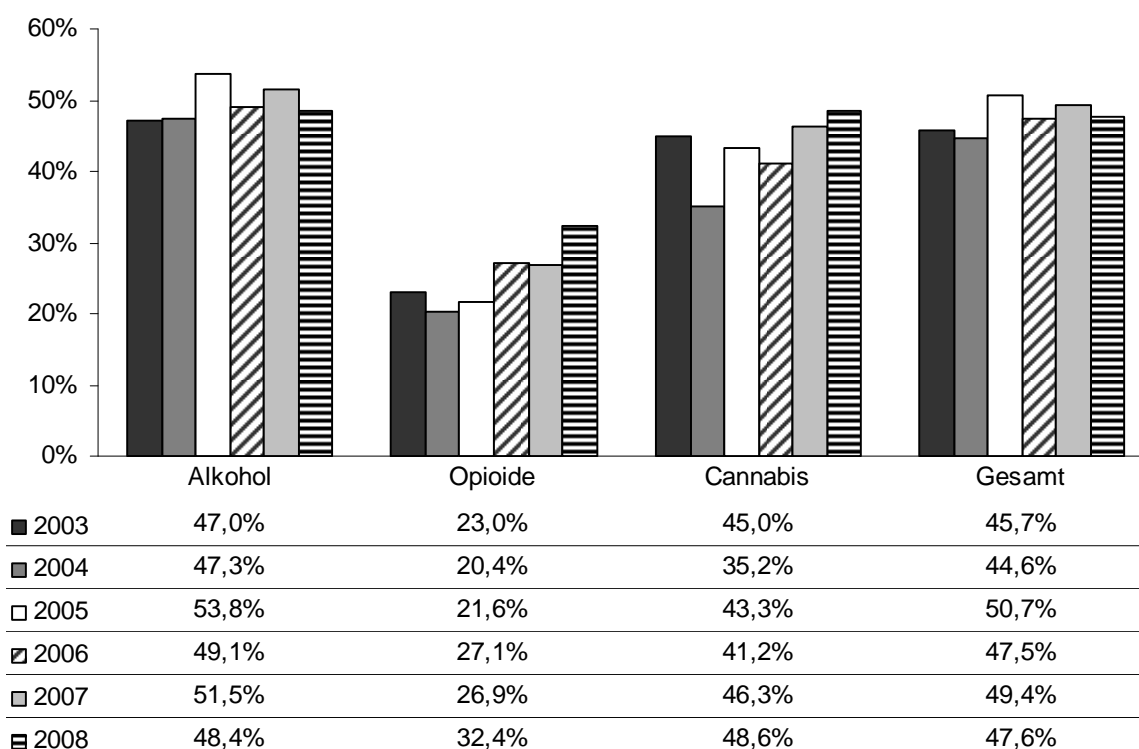


Abbildung 19: Planmäßige Beendigung (alle Einrichtungstypen)

Der Anteil der Behandlungsabbrüche von Seiten der Patienten weist in allen drei betrachteten Diagnosegruppen über die Jahre in unterschiedlichem Ausmaß Schwankungen auf (Abbildung 20). Die stärksten Schwankungen zeigten sich dabei in der Gruppe der Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen, die geringsten bei den Patienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Alkohol. Im aktuellen Bezugsjahr 2008 sank der Anteil der Behandlungsabbrüche bei Patienten mit opioidbezogener Hauptdiagnosen auf 42% (Vorjahr 49%). Mit 41% lag dieser Wert für die Klientel mit cannabisbezogenen Störungen etwas niedriger, den geringsten Wert wiesen die Patienten mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Alkohol auf (38% Abbrüche).

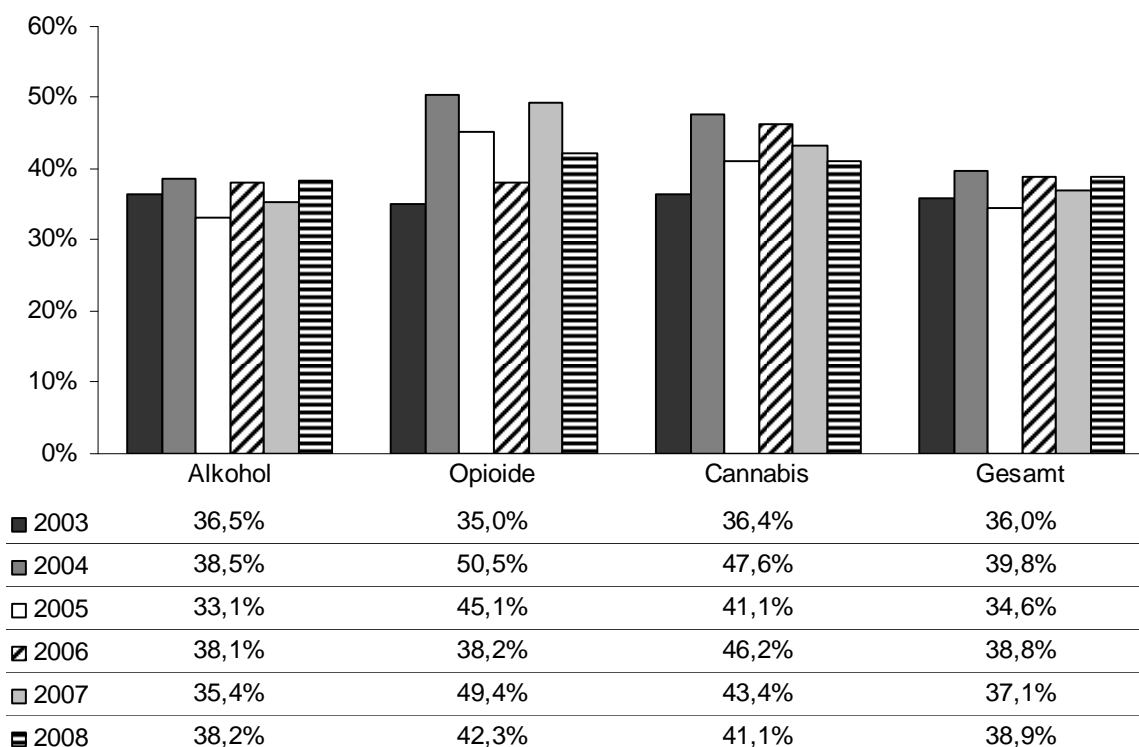


Abbildung 20: Beendigung durch Abbruch von Seiten der Patienten (alle Einrichtungstypen)

Abbildung 21 veranschaulicht die Entwicklung des Anteils positiver Behandlungsergebnisse im Sinne einer Behebung oder Besserung der Problematik bei Patienten mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Alkohol, Opioide oder Cannabis. Zwischen 2003 und 2005 war in allen drei betrachteten Diagnosegruppen eine Steigerung des Anteils positiver Betreuungsergebnisse festzustellen, gefolgt von einem Rückgang in den Gruppen mit alkohol- und cannabisbezogenen Hauptdiagnosen im Jahr 2006. Bei den Patienten mit opioidbezogenen Hauptdiagnosen stagnierte der Wert. Im Jahr 2007 zeigte sich ein weitgehend gleich bleibender Anteil von positiven Betreuungsergebnissen für die Patienten mit alkoholbezogenen Hauptdiagnosen, ein Rückgang des Anteils bei den Patienten mit opioidbezogenen Diagnosen um fünf Prozentpunkte auf 49% sowie ein Anstieg bei den Patienten mit Hauptdiagnosen in Bezug auf Cannabis auf den Wert von 58%. Im aktuellen Bezugsjahr 2008 zeigte sich bei Patienten mit cannabis- und opioidbezogenen Störungen ein leichter Anstieg bzw. bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen ein leichter Rückgang der Anteile von positiven Betreuungsergebnissen.

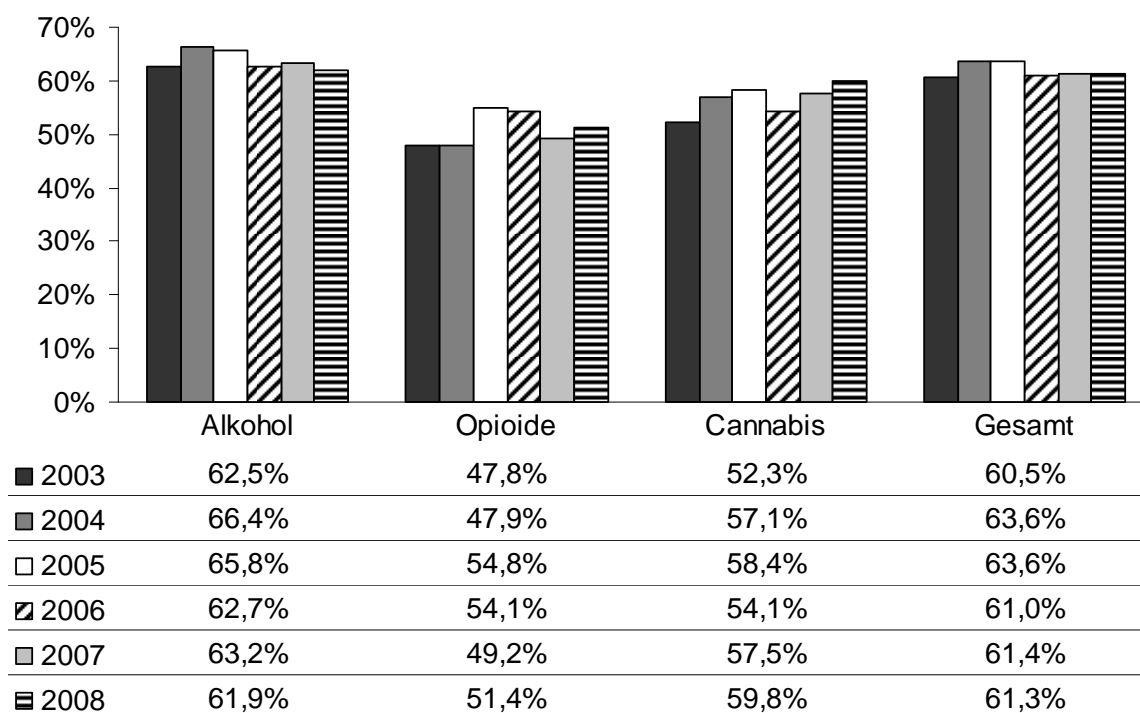


Abbildung 21: Patienten mit positivem Betreuungsergebnis (planmäßige und unplanmäßige Beendigungen; alle Einrichtungstypen)

8 Zusammenfassende Diskussion

Die abschließende Diskussion beleuchtet einige interessante Ergebnisse der Thüringer Suchthilfestatistik aus dem Bezugsjahr 2008 und ihre Bedeutung für das Versorgungssystem: Die dargestellten Ergebnisse lassen sich mit den Ergebnissen des Vorjahres vergleichen: die Einrichtungszahl stieg zwar von 46 auf 57 Einrichtungen, die Patientenstichprobe erhöhte sich jedoch nur um 1% von 12.714 auf 12.887. Gründe hierfür können vielfältig sein. Möglich ist, dass sich 2008 mehr Einrichtungen mit geringen Patientenzahlen an der Suchthilfestatistik beteiligt haben und sich daher die Anzahl der Patienten trotz größerer Einrichtungsstichprobe nicht wesentlich geändert hat. Dafür spricht, dass im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr eine geringere Beschäftigung von Mitarbeitern in den Suchthilfeinrichtungen zu verzeichnen war. Zudem ist möglich, dass längere Betreuungsdauern der Patienten ursächlich für den geringen Anstieg in den Betreuungszahlen waren.

Beim Vergleich der Behandlungsdauern und –ergebnissen fällt auf, dass die Behandlungen über die Jahre hinweg konstant häufig planmäßig beendet wurden. Eine planmäßige Therapiebeendigung ging meistens mit einem positiven Behandlungsergebnis im Sinne einer Verbesserung der Symptomatik einher und ist daher ein anzustrebendes Ziel. Bei Patienten mit einer primären Diagnose wegen pathologischen Glücksspiels (deren Anzahl im Erhebungsjahr 2008 die bisher höchste Fallzahl erreichte) fanden sich viele Therapieabbrüche: Mehr als die Hälfte der Patienten brach die Therapie vorzeitig ab. Möglicherweise kann der Ausbau hoch spezialisierter Behandlungsangebote mit der besonderen Berücksichtigung der ambivalenten Therapiemotivation von Glücksspielern und der Gewährleistung einer Mindestanzahl an Therapiestunden die Anzahl der Therapieabbrüche reduzieren.

Bezüglich der opioidbezogenen Störungen fällt ein relativ niedriges Durchschnittsalter der betroffenen Patienten im Vergleich zu den Ergebnissen der Bundesstatistik aus dem Jahre 2007 (Hildebrand, Bauer & Sonntag, 2009) auf. Die Tatsache, dass diese Patienten im Versorgungssystem der Thüringer Suchthilfestatistik im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt früher auftauchen, kann als positiver Hinweis gewertet werden, dass die suchtspezifische Versorgung den Betroffenen hinreichend bekannt und gut zugänglich ist. Andererseits lässt sich dies auch als Hinweis darauf verstehen, dass hier neben der „alten“ Generation von (v.a.) Heroinkonsumenten eine nennenswerte Zahl junger Opioidabhängiger nachwächst.

Darüber hinaus fällt auf, dass Patienten der Thüringer Suchthilfeinrichtungen mit einer behandlungsleitenden Diagnose in Bezug auf Opioide über die Jahre hinweg einen Anstieg an planmäßigen Behandlungsbeendigungen aufweisen, was jedoch nicht mit einem Anstieg der positiven Behandlungsergebnisse einhergeht. Insgesamt lässt sich feststellen, dass Patienten mit opioid- und cannabisbezogenen Störungen bei weitem mehr Therapieabbrüche und weniger positive Behandlungsergebnisse aufweisen als Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Diese Patientengruppe scheint am besten vom Suchthilfesystem zu profitieren.

Die Problematik der Einführung des neuen KDS und der neuen Einrichtungstypisierung des Jahres 2006 bestand für die aktuelle Auswertung offensichtlich nicht mehr. Die rein deskriptiv durchgeführte Beschreibung der Trenddaten ohne statistische und inhaltliche Berücksichtigung der Einrichtungstichprobe sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Das Verwenden einer konstanten Einrichtungstichprobe wäre sinnvoll um die Interpretationsfähigkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Auf der anderen Seite ist bei der geringen Größe der Einrichtungstichprobe eine artifizielle Verringerung der Stichprobe durch das Ableiten einer konstanten Stichprobe über die Jahre hinweg problematisch.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass das jährliche Monitoring der Thüringer Suchthilfestatistik das Potential birgt, jährlich kurzfristige und mittels der Trendanalyse langfristige Verbesserungsmöglichkeiten der Suchthilfesysteme abzuleiten.

Literatur

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) (2007). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS.

Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Auflage). Bern: Huber.

Hildebrand, A., Bauer, C., & Sonntag, D. (2009). Patienten mit opioidbezogenen Störungen: Analyse soziodemografischer und behandlungsbezogener Daten der Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55, S43 -51.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009a). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009b). Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008a). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008b). Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Bundesland Thüringen. Tabellenband für alle Einrichtungstypen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen. *SUCHT*, 53, Sonderheft 1.

Sonntag, D., Hellwich, A.K. & Bauer, C. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. *SUCHT*, 523 Sonderheft 1.

Strobl, M., Schiessl, A. & Weissbach, S. (2008). Einrichtungsbezogenes Informationssystem. Manual für die Suchtkrankenhilfe (EBIS-A/S) und Sozialpsychiatrische Dienste (EBIS-SPD). Erläuterungen zu den Erhebungsbogen und zum PC-Programm. Höhenkirchen: GSDA.