



Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein



Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Jahresbericht 2000

Analysen der
Inanspruchnahme

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein

Text, Layout, Redaktion:

Institut für
interdisziplinäre
Sucht- und
Drogenforschung e.V.
ISD Hamburg

Satz:

Dr. Uwe Verthein,
Hamburg

Druck und Weiterverarbeitung:

Glückstädter Werkstätten

Juli 2002

Band 2

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre
wurde aus
Recyclingpapier
hergestellt.

Diese Druckschrift wird im
Rahmen der Öffentlichkeits-
arbeit der schleswig-holsteini-
schen Landesregierung heraus-
gegeben. Sie darf weder von
Parteien noch von Personen,
die Wahlwerbung oder Wahlhilfe
betreiben, im Wahlkampf zum
Zwecke der Wahlwerbung
verwendet werden. Auch ohne
zeitlichen Bezug zu einer bevor-
stehenden Wahl darf diese
Druckschrift nicht in einer Weise
verwendet werden, die als
Parteinahme der Landesregierung
zugunsten einzelner Gruppen
verstanden werden könnte.
Den Parteien ist es gestattet, die
Druckschrift zur Unterrichtung
ihrer eigenen Mitglieder zu
verwenden.

*Die Landesregierung im Internet:
www.landesregierung.schleswig-holstein.de*

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
(Band 2)

Jahresbericht 2000:
Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und
Klienten nach Geschlecht, Alter und Drogentyp

Peter Raschke
Jens Kalke
Marcus-Sebastian Martens

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung ISD
Hamburg

Inhalt

Vorwort	5
Kapitel 1: Zielsetzung und Fragestellung	9
Kapitel 2: Datengrundlage und Methodik	14
Kapitel 3: Die Klientinnen und Klienten	18
3.1 Namentlich erfasste Klienten/innen	18
3.2 Namentlich erfasste Angehörige	25
Kapitel 4: Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten	27
4.1 In Anspruch genommene Leistungen	30
4.2 Betreuungssequenzen	54
4.3 Niedrigschwellige Leistungen	77
Literatur	81

Vorwort

Dieser Jahresbericht setzt die regelmäßige Berichterstattung fort, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe begonnen wurde. Der erste Bericht (Raschke et al. 2000) schloss die Modellphase ab, in der das Dokumentationsprogramm entwickelt und in der Praxis erprobt wurde. Mit dem Jahr 2000 begann die landesweite Implementierung dieser Dokumentationsweise in den einzelnen Einrichtungen. Abhängig von den spezifischen Rahmenbedingungen konnte im Startjahr der Einsatz des PC am Arbeitsplatz in 28 Einrichtungen realisiert werden. Inzwischen sind es 58 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein.

Dieser Implementierungsprozess wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Sozialministeriums des Landes Schleswig-Holstein (MASGV), der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände, des Landkreistages, des Städteverbandes und des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) zusammensetzt. Die Aufgabe der Projektgruppe liegt neben der Verzahnung mit der Praxis und der Festlegung der zentralen Themen der jährlichen Berichterstattung insbesondere auch in der Formulierung von aus den Ergebnissen hergeleiteten Empfehlungen und Vorschlägen.

Mit der Vorlage jährlicher Analysen zu den Klienten und den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen entsteht ein Monitoring der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Durch Fortschreibung und Berücksichtigung bisheriger Entwicklungen können auf einer empirischen Grundlage hoher Validität Diskussionen über Handlungsbedarfe und Perspektiven geführt werden. Selbstverständlich kann mit dem eingesetzten Dokumentationssystem weder die Lebenslage der Klientinnen und Klienten noch die Tätig-

keit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen vollständig ausgebildet werden. Darüber hinaus werden die organisatorischen, personellen und finanziellen Bedingungen der Einrichtungen und Träger mit diesem System nicht erfasst. Dieser Hinweis soll davor warnen, all zu schnell zu generalisieren oder einzelne Daten aus ihrem Zusammenhang herauszureißen. Trotzdem werden mit der neuen Dokumentationssystematik zentrale Aspekte der Klientele und der Tätigkeit der Einrichtungen abgebildet. Deren Analyse ist daher geeignet, einen Reflexionsprozess anzustoßen und empirisch abzusichern, um im Sinne der Qualitätssicherung weiterführende und tiefergehende Diskussionen zu ermöglichen.

Im Verlauf des Jahres 2000 haben 28 Einrichtungen mit der EDV-gestützten Dokumentation begonnen. Für ganz Schleswig-Holstein gültige Aussagen über die Situation der Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchtkrankenhilfe sind so noch nicht möglich. Zentrales Thema der Ausführungen in dieser Publikation ist die Inanspruchnahme der angebotenen Hilfen differenziert nach dem Geschlecht, dem Alter und dem Konsummuster. Analysiert wird, inwieweit Männer und Frauen, Jüngere oder Ältere, Opiat- oder Alkoholkonsumenten in unterschiedlicher Häufigkeit, Intensität und zeitlichem Umfang sich informieren oder beraten lassen, Vermittlungen in Anspruch nehmen oder bereit sind, einem therapeutischen Setting zu folgen. Für diese Fragestellungen liegt inzwischen eine breite Datenbasis aus Einrichtungen vor, die das gesamte Spektrum der Hilfen der ambulanten Suchtkrankenhilfe abdecken. Insofern bilden diese Analysen eine geeignete Basis für den Startpunkt eines Monitoring im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen. Darüber hinaus liegt ein weiterer Schwerpunkt des Berichts in der Rekonstruktion von Betreuungs- und Therapiesequenzen.

Die folgenden Ausführungen haben vorwiegend einen deskriptiven Charakter über das Inanspruchnahmeverhalten von Klientinnen und Klienten. Allerdings sind

solche Informationen erst aufgrund der neuen Dokumentationsform möglich und haben daher einen hohen Neuigkeitswert. In Abstimmung mit der vorgenannten Projektgruppe wurde deshalb darauf verzichtet, bereits aus den Ergebnissen dieses Berichtes weiterreichende Schlussfolgerungen zu ziehen oder Empfehlungen abzuleiten.

Mit der Einführung eines neuen Dokumentationssystems stellt sich immer auch die Frage nach der Datenqualität. Um diese zu gewährleisten, wurden ein Handbuch entwickelt, Schulungsveranstaltungen seitens des ISD durchgeführt und einrichtungsspezifische Beratungen durch die LSSH angeboten. Darüber hinaus wurden die Datenqualität statistisch durch umfangreiche Plausibilitätskontrollen und Bereinigungsverfahren überprüft und entsprechende Qualitätsberichte an die einzelnen Einrichtungen geschickt.

Die Implementierung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein ist noch nicht abgeschlossen. Neben der Frage, wie es in technischer Hinsicht mit dem Dokumentationssystem weiter gehen wird, müssen auch die inhaltlichen Erfassungskataloge und die Dokumentationsstandards weiterentwickelt werden. Auch die Frage, was mit welchem Ziel ausgewertet werden soll, ist weiter zu diskutieren.

Ein solcher Prozess benötigt Zeit, weil es hier keine fertigen Rezepte gibt, sondern alle Beteiligten – Einrichtungen, Träger, Politik und Wissenschaft – Neuland betreten haben. Deshalb ist es auch so wichtig, dass alle Beteiligten in einen diskursiven Prozess eingebunden werden, damit eine gemeinsame und tragfähige Grundlage entstehen kann.

Auf dem Wege dorthin wurden große Fortschritte erzielt. In diesem Sinne möchten wir uns sehr herzlich bei der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“ für ihre stets konstruktive Begleitung bedanken. Dieser Dank gilt genauso für die sogenannte „Koordinationsrunde“, in der die sechs Modelleinrichtungen vertreten

sind. Die Hauptaufgabe dieses Gremiums ist die inhaltliche Weiterentwicklung der Kataloge und Module. Das Büro für Statistik der LSSH hat sich verdient gemacht, indem es – wenn erforderlich – den Einrichtungen bei der Nutzung des Dokumentationssystems und beim Herunterladen der Datenbanken geholfen hat. Last but not least gilt ein großes Dankeschön den Einrichtungen, die sich dem nicht einfachen Prozess des neuen Dokumentierens erfolgreich ausgesetzt und ihre Datenbanken für diesen Jahresbericht zur Verfügung gestellt haben. Wir hoffen, dass sie diesen Bericht mit Interesse lesen und vielleicht auch die eine oder andere Anregung für ihre praktische Arbeit daraus ziehen können.

Peter Raschke

Hamburg, Juni 2002

Kapitel 1:

Zielsetzung und Fragestellung

In einer Modellphase vom 01.08.1997 bis zum 31.01.2000 wurde mit Hilfe von sechs Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, einer wissenschaftlichen Begleitforschung und einer Computerfirma ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem (HORIZONT) entwickelt und erprobt. Damit konnte der PC als Instrument in der alltäglichen Arbeit eingesetzt werden.

Mit diesem Programm können fortlaufend klientelbezogene Informationen chronologisch erfasst, die getätigten Leistungen registriert und Behandlungsabschnitte dokumentiert werden. Daraus ergeben sich zum einen sowohl die Basisinformationen über die Klientele der Einrichtungen als auch Einblicke über Entwicklungsverläufe der einzelnen Klienten, da die Dokumentation den chronologischen Ablauf von biografischen Ereignissen abzubilden vermag. Zum anderen werden fortlaufend vor allem die Leistungen festgehalten, die für die einzelnen Klienten/innen von den Mitarbeitern/innen erbracht worden sind. Dadurch wird einerseits ein wesentlicher Teil der Arbeit von Beratungseinrichtungen sichtbar und andererseits kann für spezifische Klientengruppen dargestellt werden, welche Leistungen sie nachgefragt bzw. empfangen haben.

Daten aus dem Jahr 2000

Seit dem Jahr 2000 wurde dieses Erfassungsprogramm in 58 Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eingeführt („Implementierungsphase“). Eine solche technische Erneuerung von der Handakte zu einer „PC-Akte“ bedeutet für die Einrichtungen und deren Mitarbeitern/innen auch eine erhebliche organisatorische und individuelle Umstellung. Dies erfordert sowohl Veränderungen der internen Organisation, Schaffung neuer Zuständigkeiten (z.B. Administratoren) und Investitionen in den Ausbau der EDV-Ausstattung als auch Schulung der Mitarbeiter/innen, wie das neue Pro-

gramm gehandhabt werden muss und wie der vorgegebene Klassifikationskatalog anzuwenden ist. All dies musste bei „laufendem Betrieb“ ohne zusätzliche Ressourcen bewältigt werden. Diese Mehrarbeit und praktische Einübung des elektronischen Dokumentierens konnte daher nur schrittweise erfolgen. Die Implementierung des neuen Dokumentationssystems erfolgte begrifflicherweise in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit von vorhandenen Ressourcen und organisatorischen Bedingungen. Die mit dem Programm dokumentierten Daten sind daher bezogen auf das Jahr 2000 unvollständig, weil einige Einrichtungen erst mit Beginn 2001 ihre Dokumentation vollständig umgestellt haben und andere Einrichtungen erst im Verlauf des Jahres 2000 begonnen haben, ihre Klientenakten EDV-gestützt zu dokumentieren. Trotzdem ist eine Auswertung dieser Fragmente sinnvoll, da sich bereits in dieser kurzen Phase eine umfangreiche Datenbasis ergeben hat (etwa 56.000 Leistungseinträge), aus der eine Fülle von Informationen gewonnen werden kann, die bisher so nicht verfügbar gewesen sind. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen und nachdrücklich davor gewarnt, die hier präsentierten Ergebnisse bereits als „repräsentativ“ für die Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein anzusehen. Insofern besteht immer ein Interpretationsvorbehalt. Da aber mit diesem modernen Dokumentationsinstrument fortlaufend tagtäglich dokumentiert wird, werden zukünftige Auswertungen zeigen, welche Veränderungen sich ergeben oder welche Interpretationen und Erwartungen modifiziert werden müssen. Mit diesem Bericht beginnt damit eine Art Monitoring der Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein.

Die Berichterstattungen über die jeweilige aktuelle Situation der Klienten/innen ist nicht neu und findet sich mehr oder weniger ausführlich in den meisten jährlichen Tätigkeitsberichten (siehe Kapitel 3). Hinzu tritt jetzt erstmals, dass aufgrund der chronologischen Dokumentation auch biografische *Verläufe* in Abhängigkeit der Nutzung der Suchtkrankenhilfe analysiert und bewertet werden können. Dies setzt allerdings hinrei-

chend lange Beobachtungszeiträume und Fallzahlen voraus. Da dieses in der Startphase des Jahres 2000 noch nicht gegeben ist, soll erstmals in dem Bericht des Jahres 2001 darauf eingegangen werden. Völlig neu sind die Möglichkeiten, das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen abzubilden. Bisherige Dokumentationssysteme beschränkten sich auf „Strichlisten“ und das Zählen von Kontakten. Mit dem eingeführten Dokumentationsprogramm kann jeder Kontakt u.a. nach seinem Typ – Information, Beratung, Vermittlung, Therapie – nach Beratungsinhalten und der Dauer des Kontakts erfasst werden. Dies ermöglicht Einblicke, was von wem in welchem Umfang nachgefragt worden ist. Hierauf liegt der Schwerpunkt des Berichtes für das Jahr 2000. Besondere Beachtung finden dabei geschlechts- und altersspezifische Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens sowie die Fragestellung, inwieweit das benutzte Suchtmittel (Drogentyp) und das therapeutische Setting auf diesen Prozess Einfluss haben.

***Analysen nach
Geschlecht, Alter
und Drogentyp***

Es besteht die Vermutung, dass sich Frauen und Männer, Jüngere und Ältere in der Nutzung von Hilfsangeboten unterscheiden. Gleichzeitig gibt es aber auch geschlechts- und altersspezifische Unterschiede, welche Mittel genutzt werden und wann Abhängigkeitsercheinungen auftreten. Darüber hinaus ist auch das therapeutische Setting von dem benutzten Mittel bzw. Drogen unterschiedlich – zum Beispiel bei einer Abstinenztherapie und einer Substitutionsbehandlung. Insofern können sich solche Einflussfaktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten bestimmen, wechselseitig überlagern. Es ist daher auch für die Einrichtungen sinnvoll, eine genaue Analyse hinsichtlich des Einflusses von Geschlecht, Alter, Drogentyp und therapeutischem Setting vornehmen zu lassen.¹ Damit kann zu-

¹ Eine Analyse über die Nutzung geschlechtsspezifischer Behandlungen war (noch) nicht möglich, weil die entsprechenden Kategorien bisher kaum bzw. falsch benutzt worden sind. Es könnte sein, dass sich durch das Handbuch (Kalke & Raschke 2001) und die im Jahre 2002 stattgefundenen Workshops zum inhaltlichen Umgang mit HORIZONT die Datenqualität in diesem Bereich verbessern wird.

nächst überprüft werden, ob bestehende Erwartungen zutreffen, und wie auf Unerwartetes reagiert werden könnte.

Die Klientele der Suchtkrankenhilfe sind oft Abhängige, aber ein Teil von ihnen befindet sich noch in der Phase des Probierens oder sind Gelegenheitskonsumenten/innen. Die einen konsumieren Genussmittel wie z.B. Alkohol, andere nehmen illegale psychotrope Substanzen oder haben einen missbräuchlichen Konsum von Medikamenten. Wieder andere sind spiel- oder esssüchtig. Es ist daher sehr schwer einen einheitlichen Oberbegriff für das Gesamtklientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu finden. Da die Mehrheit der hier dokumentierten Klienten/innen Probleme mit dem Konsum von Alkohol und Opiaten hat und sich die Analysen des Inanspruchnahmeverhaltens vor allem auf sie beziehen, wird hier als übergreifender Begriff vom „Drogentyp“ gesprochen, um die Klienten/innen nach ihrem Haupt-„Konsum“ zu differenzieren.

Die Inanspruchnahme der Suchtkrankenhilfe stellt sich in der Regel als ein komplexer Vorgang dar (siehe Kapitel 4.1). Es wird informiert, beraten, zu der Aufnahme einer Therapie motiviert, therapeutische Sitzungen abgehalten und weitervermittelt zu anderen Stationen der Hilfe. Dies geschieht in aufeinanderfolgenden Kontakten und Terminen, die im Rahmen einer Therapie eine feste zeitliche Struktur aufweisen, sich aber auch als lose Folge von Kontakten ereignen können. Insofern ergänzen oder überlagern sich therapeutische Sequenzen mit Beratungssequenzen. Wie lang oder kurz solche Kontaktsequenzen werden und wie intensiv und zeitaufwendig sie sich gestalten, ist für die Betreuer/in nicht vorherzusehen, sondern kann erst „ad hoc“ festgestellt werden. Daher war es bisher schwierig, solche Kontaktsequenzen, die den Betreuungsprozess insgesamt abbilden, zum eigenen Gegenstand der Dokumentation und der empirischen Analyse zu machen.

Mit dem jetzigen Dokumentationsprogramm werden jedoch die Kontakte sofort einzeln erfasst und chronologisch abgelegt. Dadurch können mit Hilfe EDV-gestützter Verfahren die Kontaktsequenzen im nachhinein „rekonstruiert“ und analysiert werden (siehe Kapitel

4.2). Dies ergibt einen neuen Blick auf die komplexe Tätigkeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Dies bildet den zweiten Schwerpunkt in diesem Bericht, wobei der deskriptive Aspekt im Vordergrund steht.

Kapitel 2:

Datengrundlage und Methodik

In der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein können mit dem Dokumentationsprogramm HORZIONT Einträge zu Klienten/innen in verschiedener Form vorgenommen werden. Hieraus ergibt sich eine unterschiedliche Tiefe und Differenzierungsmöglichkeit in der Dokumentation.

Für namentlich bekannte Klienten/innen und Angehörige wird ein Stammdatenblatt angelegt. Dieses ist verknüpft mit biografischen Einträgen, Behandlungen, Terminen, Leistungen, Hilfeplänen und Bewertungen für den jeweiligen Klienten oder Angehörigen. Für diese Gruppe der namentlich erfassten Personen können sehr detailliert Informationen dokumentiert werden. Anonyme Klienten/innen und Angehörige werden dagegen in der sogenannten „Sammelakte“ erfasst. Diesen anonymen Klienten/innen und Angehörigen können Termine und Leistungsdaten zugeordnet werden, jedoch keine biografischen Angaben, Behandlungen, Hilfepläne oder Bewertungen.

In der Dienstleistungsmaske kann die Anzahl der Klienten/Besucher pro Tag, Woche oder Monat pauschal gezählt werden. Diese Angaben sind mit keinen weiteren Einträgen verknüpfbar.

Datenexport mit Datex

Die in den verschiedenen Dokumentationsbereichen erfassten Informationen werden in der HORIZONT-Datenbank gespeichert. Diese Daten können mit der zum Softwareprogramm gehörenden Datenbankexport-schnittstelle „Datex“ als einrichtungsbezogene Daten in anonymisierter, verschlüsselter Form in eine Datenbank exportiert werden. Dies stellt ein günstiges Verfahren der Datenübergabe von einem Dokumentationsprogramm an eine auswertende Stelle dar. Dadurch ist es möglich, der auswertenden Institution die Gesamtheiten aller, über die einrichtungsbezogenen Kataloge gespeicherten Daten in nicht-aggregierter,

fallbezogener Form vorzulegen, die jedoch durch einen verschlüsselten HIV-Code doppelt anonymisiert sind. Es sei hier angemerkt, dass nur über eine solche Schnittstelle, wie HORIZONT sie bietet, EDV-erfasste Daten inhaltlich valide ausgewertet werden können. Auf dieser Datengrundlage können Plausibilitätskontrollen ansetzen und systematische Programm- und Bedienungsfehler detektiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Darüber hinaus können nur auf einer solchen Datengrundlage Verlaufs-, Netzwerk- und Inanspruchnahmeanalysen durchgeführt werden.

Daten aus 28 Einrichtungen

Für das Jahr 2000 liegen dem ISD 21 HORIZONT-Datenbanken zur Auswertung vor, die Daten für 28 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein umfassen.² Im Durchschnitt hat jede dieser Einrichtungen 10,9 Monate im Jahr 2000 EDV-gestützt dokumentiert. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Dokumentieren in den verschiedenen Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf des Jahres 2000 begonnen hat („Implementierungsphase“). Ein Gesamtüberblick der Klientele der Suchtkrankenhilfe ist daher für dieses Jahr nicht möglich.

Eine Klientin bzw. Klient mit Stammdatenblatt wurde als gültiger Klient/in oder Angehörige/r für das Jahr 2000 gezählt, wenn diese/r einen Termin-, Leistungs- oder Behandlungseintrag für das Jahr 2000 aufwies. Es konnten insgesamt 5.863 Stammdatenblätter als gültige Einträge gezählt werden.

Diese teilen sich auf in:

- 5.010 namentlich bekannte Klienten/innen *und*
- 853 namentlich bekannte Angehörige.

² Unter diesen 28 Einrichtungen sind fast alle Einrichtungstypen vertreten, die sich zudem über das ganze Land Schleswig-Holstein verteilen (Landkreise und kreisfreie Städte). Es handelt sich in erster Linie um integrative Beratungsstellen für Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige. Aber auch spezielle Angebote für die Konsumenten/innen illegaler Drogen (auch niedrigschwellige Hilfen) und für essgestörte Personen sind darunter. Als Einrichtungstypen sind für den Jahresbericht 2000 nur kommunale Gesundheitsämter und frauenspezifische Einrichtungen nicht vertreten. Diese machen jedoch nur einen sehr geringen Anteil der etwa 60 Einrichtungen aus, die mit dem Dokumentationssystem HORIZONT arbeiten.

In der Sammelakte wurden Kontakte als gültig gezählt, wenn ein Termineintrag für das Jahr 2000 vorlag. Es konnten 1.761 gültige anonyme Kontakte ermittelt werden.

Diese teilen sich auf in:

- 1.247 anonyme Kontakte mit Klienten/innen *und*
- 514 anonyme Kontakte mit Angehörigen.

Über die Dienstleistungsmaske wurden ca. 4000 Besucher pro Quartal in 3 Einrichtungen dokumentiert. Knapp 40% der namentlich erfassten Klienten/innen waren schon in den Vorjahren in Betreuung. 33% der Klienten/innen wurden aus dem Jahr 1999 übernommen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Dokumentationsprogramm – außer bei den 6 Modelleinrichtungen – erst im Laufe des Jahres 2000 in den allermeisten Einrichtungen implementiert und eine rückwirkende Klientenerfassung nur in den wenigsten Fällen durchgeführt wurde. Der Anteil von bekannten Klienten/innen aus dem Vorjahr wird somit systematisch unterschätzt. Betrachtet man nur die sechs Modelleinrichtungen, die seit dem Jahre 1997 mit HORIZONT dokumentieren, so steigt der Anteil dieser „Altklienten/innen“ auf 56% an. Nach diesen Daten wurden 51% der Klienten/innen aus dem Jahr 1999 übernommen. Für 65% der Klienten/innen des Jahres 2000 konnte die Hauptdroge bestimmt werden. Bei 1.750 Personen wurde der Drogentyp nicht dokumentiert bzw. keine Suchtdiagnose gestellt. Hierfür können mindestens zwei Gründe angegeben werden:

- Bei Kurzkontakten zwischen der Einrichtung und einem Klienten (Klientin) ist es nicht ungewöhnlich, dass zwar Termine und Leistungen, jedoch keine biografischen Informationen einschließlich des Drogenkonsums dokumentiert werden.
- Es ist in der Vergangenheit zu einigen Umstellungen im Dokumentationsprogramm bezüglich der Erfassung des aktuellen Konsums gekommen. Diese Veränderungen waren für die Anwender/innen nicht immer sofort erkennbar und wurden deshalb (noch) nicht genutzt (z.B. Erfassung der „30-Tages-Prävalenz“ in der Bewertungsmaske).

***Datenkontrolle und
Datenqualität***

Es war zu erwarten, dass der erstmalige Einsatz eines komplexen Dokumentationssystems als Instrument in der alltäglichen Praxis fehleranfällig ist. Das können Tippfehler sein – z.B. falsche Zeitangaben – oder unterschiedliche Interpretationen der Klassifikationskataloge oder unterschiedliche Strategien des Dokumentierens desselben Sachverhaltes. Daher wurden die Daten einer gründlichen und aufwendigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder unplausible Angaben herauszufiltern. Darüber hinaus wurde analysiert wie ausführlich, wie vollständig und wie tief dokumentiert worden ist. Hieraus wurden Protokolle erstellt, die den einzelnen Einrichtungen zugesandt wurden, um eine Transparenz des Dokumentierens zu ermöglichen. Ferner wurden auf dieser Grundlage Workshops durchgeführt, auf denen über Begriffsbestimmungen und fallspezifische Strategien des Dokumentierens informiert wurde. Diese einrichtungsspezifische Berichterstattung zum Einsatz des Dokumentationsprogramms – gleichsam als Selbstauskunft – wird in der folgenden Zeit ebenso wie die Workshops fortgesetzt. Damit soll eine möglichst ähnliche und vergleichbare Form des Dokumentierens gewährleistet werden und interne Diskussionsprozesse initiiert werden. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einem reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass auf der Basis der ausgewerteten Daten keine repräsentativen Gesamtangaben für Schleswig-Holstein möglich sind, aber aufgrund der hohen Fallzahlen (28 Einrichtungen mit über 5.000 dokumentierten Klienten/innen und etwa 50.000 Leistungseinträgen) können statistisch valide Inanspruchnahmeanalysen durchgeführt werden.

Kapitel 3: Die Klientinnen und Klienten

Im Folgenden soll nur kurz die Situation der Klienten/innen und Angehörigen im Jahr 2000 dargestellt werden, da die Datengrundlage hier noch unvollständig ist (siehe die Kapitel 1 und 2). Vor allem werden Auswertungen nach Geschlecht, Alter und Drogentyp vorgenommen. Dies kann aber nur für die namentlich erfassten Personen erfolgen, weil entsprechende Informationen bei den anonymen Kontakten nicht dokumentiert werden können.

3.1 Namentlich erfasste Klienten/innen

Geschlecht und Alter

Die namentlich erfassten Klienten/innen stellen das Hauptklientel in der ambulanten Suchtkrankenhilfe dar. Es handelt sich dabei zu drei Vierteln um Männer und zu einem Viertel um Frauen (siehe Tabelle 3.1). Dies entspricht dem bekannten Geschlechterverhältnis unter suchtkranken und abhängigen Personen. Im Altersmittelwert unterscheiden sich männliche und weibliche Klienten nicht; für beide Gruppen liegt dieser bei 37 Jahren. Auch die Altersverteilung über die Lebensjahre hinweg zeigt keine größeren Unterschiede (siehe Abbildung 3.1).

Tabelle 3.1: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Geschlecht (N=5.010) und Durchschnittsalter (N=4.822) ^{a)}

	Anzahl (in %)	Alter (Durchschnitt in Jahren)	N
Frauen	25%	36,9 Jahre (Std. 13,1 J.)	1.266
Männer	75%	36,8 Jahre (Std. 11,9 J.)	3.744

^{a)} Obwohl es sich beim Alter um ein Pflichtfeld auf der Stammdatenmaske handelt, ist das N bei den Altersangaben etwas geringer, weil in einigen Fällen nicht plausible Einträge (z.B. Alter: 105 Jahre) vorgenommen worden sind. Diese Klienten/innen wurden bei den Auswertungen nach Alter nicht berücksichtigt.

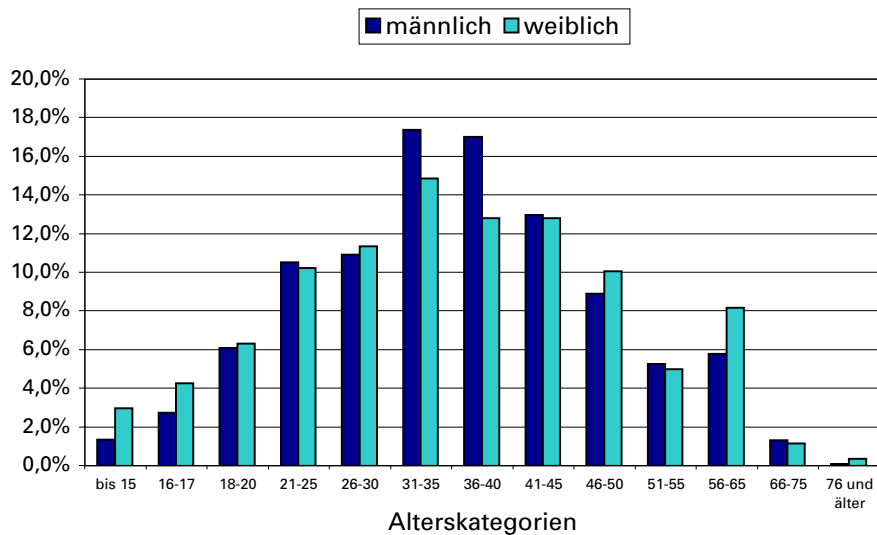


Abbildung 3.1: Altersverteilung nach Geschlecht der Klienten/innen (männlich N=3.595, weiblich N=1.227)

Der jüngste männliche und weibliche Klient ist jeweils 11 Jahre alt, der älteste männliche Klient ist 78 Jahre und die älteste weibliche Klientin 79 Jahre alt. 56% aller Klienten/innen liegen in der Altersspanne von 26 bis 45 Jahre, jeweils etwas über 20% verteilen sich auf die darunter und darüber liegenden Altersgruppen (siehe Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Namentlich erfasste Klienten/innen nach Altersklassen (N=4.822)

	%-Anteil	N
Bis 25 Jahre	21%	1.031
26 bis 35 Jahre	28%	1.337
36 bis 45 Jahre	29%	1.390
46 Jahre und älter	22%	1.064

Drogentyp Für mehr als jede zweite Klientin (Klient), bei der der Drogentyp bestimmt werden konnte, ist Alkohol das Hauptsuchtmittel (55%) (siehe Tabelle 3.3).³ Der Anteil

³ Es ist fraglich, inwieweit diese Ergebnisse zur Hauptdroge repräsentativ für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein sind. In diese Jahresauswertung 2000

männlicher Klienten mit der Hauptdroge Alkohol übersteigt den Anteil weiblicher Klienten um mehr als das dreifache (77% zu 23%) (siehe Tabelle 3.3). Der Drogentyp Opiate ist 32% der Klienten/innen zuzuordnen; die Geschlechterverteilung ähnelt hier der der alkoholabhängigen Personen (siehe Tabelle 3.3).⁴

Die anderen Drogen- und Abhängigkeitstypen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Bei 3% aller Personen handelt es sich um Konsumenten/innen anderer harter Drogen (z.B. Kokain). 4% sind Cannabisgebraucher (siehe Tabelle 3.3). Essstörungen liegen in 2% aller Fälle vor. Es ist der einzige Abhängigkeitstyp, bei dem der Anteil weiblicher Personen im Vergleich zu den männlichen Mitklienten überwiegt (86% zu 14%). Klienten/innen, die wegen Medikamentenmissbrauches eine Einrichtung aufsuchen, sind sehr selten (0,5%).

Tabelle 3.3: Hauptdroge der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht (N=3.260)

	Frauen →	Männer →	Gesamtanteil ↓
Alkohol	23%	77%	55%
Opiate	25%	75%	32%
Anderer harte Drogen	31%	69%	3%
Cannabis	21%	79%	4%
Medikamente	44%	56%	0,5%
Essstörungen	86%	14%	2%
Glückspiel	7%	93%	3%
Anderes	33%	67%	0,2%
N-Klienten	811	2.449	3.260

Mit zusammengekommen 87% aller Personen, von denen der Drogentyp bekannt ist, stellen die Alkohol- und Opiatabhängigen die mit Abstand größten Konsumenten-

sind die Daten von etwa 50% der landesweiten Einrichtungen eingeflossen und in ca. 66% aller Fälle konnte eine Hauptdroge bestimmt werden. Die nächsten landesweiten Jahresauswertungen werden hierüber genaueren Aufschluss bieten können.

⁴ Bei 23% der Opiatabhängigen ist zudem regelmäßiger Alkoholkonsum dokumentiert, bei 17% Konsum von Kokain, bei 27% Gebrauch von Cannabisprodukten und bei 14% liegt regelmäßiger Missbrauch von Medikamenten vor (hauptsächlich Benzodiazepine).

tengruppen dar. Daher sollen im Folgenden die Altersstruktur und die soziale Situation dieser beiden Klientele in vergleichender Perspektive dargestellt werden. Im Durchschnitt sind die Alkoholiker/innen 43 Jahre alt (älteste/r Klient/in ist 78 Jahre). Der Altersmittelwert für die Opiatabhängigen liegt 12 Jahre darunter: er beträgt 31 Jahre. Der jüngste Klient/in ist 15 Jahre alt. Das Altersmaximum liegt bei 64 Jahren. 67% der Opiatabhängigen sind 35 Jahre oder jünger. Der Anteil dieser Altersgruppe liegt dagegen bei den alkoholabhängigen Personen bei nur 27% (siehe Abbildung 3.2). Die ambulante Suchtkrankenhilfe hat es hier also – das verdeutlicht die Abbildung 3.2 – von der Altersstruktur her mit zwei völlig unterschiedlichen Klientengruppen zu tun.

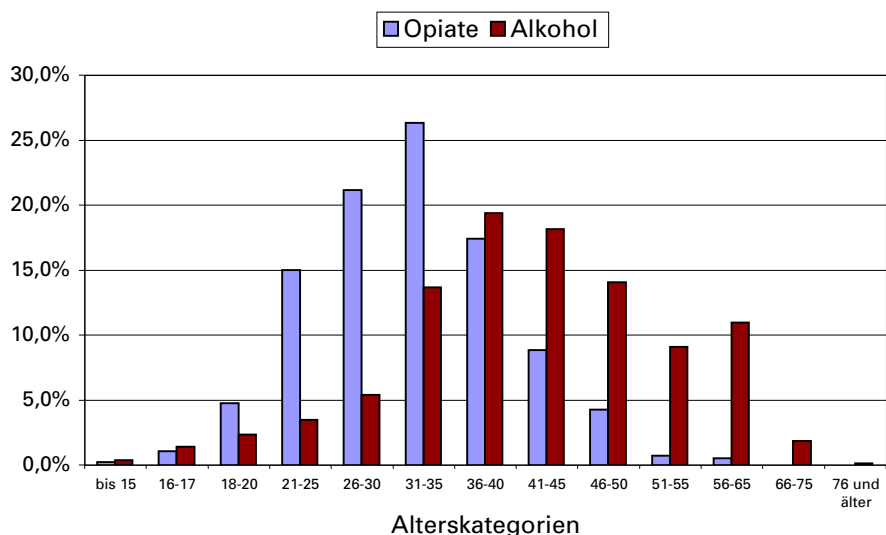


Abbildung 3.2: Altersverteilung und Drogentyp (Opiate N=1.041, Alkohol N=1.765)

Auch wenn die soziale Situation von Alkohol- und Opiatabhängigen miteinander verglichen wird, zeigen sich starke Unterschiede:

Wohnsituation

Leben 90% der Alkoholabhängigen in einer stabilen Wohnsituation (eigene Wohnung), und dies im Durch-

schnitt seit etwa 10 Jahren, weisen immerhin 22% der Opiatabhängigen eine prekäre Wohnsituation auf, d.h. sie sind obdachlos oder wohnen in Notunterkünften (siehe Tabelle 3.4).⁵ Diese Situation dauert schon durchschnittlich 2,5 Jahre an. Alkoholabhängige in einer prekären Wohnsituation sind mit 37 Jahren mehr als sechs Jahre jünger als ihre Mitklienten/innen, die sich in einer stabilen Wohnsituation befinden. Bei den Opiatabhängigen bestehen hier keine Unterschiede. Jeder zwanzigste Alkoholabhängige wohnt mit einem abhängigen Mitbewohner/in zusammen (siehe Tabelle 3.4). Bei den Opiatabhängigen trifft dies auf etwa jede siebte Person zu (15%). Eine Wohnsituation, in der es keine weitere Person mit einer Suchtproblematik gibt, kann einen wichtiger Faktor für die Befreiung von der eigenen Abhängigkeit darstellen.

Tabelle 3.4: Wohnsituation der namentlich erfassten Alkohol- und Opiatabhängigen (N-Klienten=1.926)

Wohnsituation	Alkoholabhängige			Opiatabhängige		
	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation
Stabil	90%	43,3	9,8 Jahre	78%	33,1	5,4 Jahre
Prekär	10%	37,1	1,9 Jahre	22%	33,1	2,5 Jahre
Mitbewohner abhängig	5%			15%		
N-Klienten	1.241	1.229	468	685	682	348

Familienstand

Die meisten Opiatabhängigen sind ledig (69%) (siehe Tabelle 3.5). Jeder zehnte Klient (Klientin) ist verheiratet. 14% sind schon seit über 8 Jahren geschieden (Durchschnittswert). Bei den alkoholabhängigen Personen sehen die Angaben zum Familienstand anders aus: Nur jede dritte Person ist ledig (34%) (siehe Tabelle 3.5). Genauso viele sind verheiratet und leben mit ihrer/m Partner/in auch zusammen. Aber immerhin ist schon jeder fünfte Alkoholabhängige geschieden –

⁵ In absoluten Zahlen betrachtet befinden sich fast genauso viele Alkohol- wie Opiatabhängige in einer prekären Wohnsituation (124 zu 151 Personen).

möglicherweise ist dies eine Ursache oder eine Wirkung des regelmäßigen und unkontrollierten Trinkens.

Tabelle 3.5: Familienstand der namentlich erfassten Alkohol- und Opiatabhängigen (N-Klienten=1.908)

Familienstand	Alkoholabhängige			Opiatabhängige		
	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation
Ledig, nie verheiratet	34%	35,5	35,5 Jahre	69%	31,1	31,1 Jahre
Verheiratet: zusammen lebend	34%	46,8	16,5 Jahre	11%	35,2	6,8 Jahre
Verheiratet: getrennt lebend	7%	45,0	3,8 Jahre	5%	35,9	3,5 Jahre
Geschieden	21%	45,9	8,4 Jahre	14%	38,5	8,2 Jahre
Verwitwet	4%	55,1	6,8 Jahre	0,7%	45,6	11,3 Jahre
N-Klienten	1.234	1.222	847	674	671	588

Der unterschiedliche Familienstand von alkohol- und opiatabhängigen Klienten/innen dürfte auch mit der spezifischen Altersstruktur der beiden Konsumentengruppen zusammenhängen.

Berufliche Situation

Die schlechte soziale Situation zeigt sich bei den Opiatabhängigen am deutlichsten in ihrer Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit: 60% der Klienten/innen mit der Hauptdroge Opiate sind im Durchschnitt schon seit 4,4 Jahren arbeitslos (siehe Tabelle 3.6). Jede/r dritte Opiatabhängige ist erwerbstätig. Zwar haben fast alle einen Schulabschluss gemacht, aber nur 40% besitzen eine abgeschlossene Berufsausbildung. 44% der opiatabhängigen Klientel leben von der Sozialhilfe, im Mittel hat ein Opiatabhängiger höchstens 500 EURO im Monat zur Verfügung. Mit geringen monatlichen Einkünften steigt auch die Wahrscheinlichkeit, sich zu verschulden. 77% der Opiatabhängigen geben eine solche Verschuldungssituation an.

Die berufliche Situation der Alkoholabhängigen stellt sich vergleichsweise günstiger dar: Sie haben im Durchschnitt 1000 bis 1500 EURO im Monat zur Verfü-

gung. Fast zwei Drittel von ihnen sind erwerbstätig (62%) (siehe Tabelle 3.6). „Nur“ 16% der Alkoholabhängigen leben von der Sozialhilfe. Immerhin 70% weisen eine abgeschlossene Berufsausbildung auf.

Tabelle 3.6: Berufliche Situation der namentlich erfassten Alkohol- und Opiatabhängigen (N-Klienten=1.714)

	Alkoholabhängige			Opiatabhängige		
	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation	%- Anteil	Alter (Jahre)	Dauer der Situation
Schulabschluss	95%			92%		
Abgeschlossene Berufsausbildung	70%			40%		
Erwerbstätig	62%	43,1	14,3 Jahre	33%	34,1	6,3 Jahre
Arbeitslos	29%	40,1	3,4 Jahre	60%	32,9	4,4 Jahre
Anderes	9%			7%		
Schulden	52%			77%		
N-Klienten	1.116	1.109	578	598	596	297

Vermittlung des Kontaktes

Bei 246 von 5.037 Behandlungen wurden Angaben darüber gemacht, durch wen der Klient (die Klientin) an die Einrichtung überwiesen worden ist. Ein großer Teil der Klienten/innen wird durch professionelle Stellen, wie Ärzte, Krankenhäuser oder Suchthilfeeinrichtungen an eine Einrichtung vermittelt (40%) (siehe Tabelle 3.7). Einen bedeutsamen Einfluss hinsichtlich der Kontakthanbahnung zur ambulanten Suchtkrankenhilfe

Tabelle 3.7: Vermittlung des Kontaktes der namentlich erfassten Klienten/innen (N=246)

Vermittlung durch ...	%-Anteil
Justiz/JVA/Öffentliche Ämter	9%
Soziale Umgebung (Eltern, Freunde)	23%
Professionelle Hilfe (Suchthilfe, Ärzte)	40%
Anderes	11%
Ohne Vermittlung	17%
N-Klienten	246

hat auch die persönliche und soziale Umgebung des Klienten/in, wie Eltern, Ehepartner oder Freunde (23%). 17% der Klienten/innen haben den Kontakt zu den professionellen Einrichtungen der Suchthilfe aus eigener Motivation gesucht („ohne Vermittlung“). Bei der Vermittlung des Kontaktes zeigen sich keine Unterschiede zwischen Opiat- und Alkoholabhängigen.

3.2 Namentlich erfasste Angehörige

Die namentlich erfassten Angehörigen machen mit 15% einen wichtigen Anteil am Klientel der ambulanten Suchtkrankenhilfe aus. Sie gehören somit zum normalen Arbeitsalltag der Suchtkrankenhilfe. Der Altersdurchschnitt der Angehörigen liegt bei 43 Jahren (siehe Tabelle 3.8). Die meisten Angehörigen sind älter als 35 Jahre (70%) (siehe Abbildung 3.3). Die Gruppe der Angehörigen ist damit älter als die der namentlich erfassten Klienten/innen.

Tabelle 3.8: Namentlich erfasste Angehörige nach Geschlecht (N=853) und Durchschnittsalter (N=731) ^{a)}

	Anzahl (in %)	Alter (Durchschnitt in Jahren)	N
Frauen	72%	43,1 Jahre (Std. 12,4 J.)	612
Männer	28%	42,2 Jahre (Std. 13,5 J.)	241

^{a)} Auch hier ist das N bei den Altersangaben etwas geringer, weil in einigen Fällen nicht plausible Einträge vorgenommen worden sind. Diese Angehörigen wurden bei den Auswertungen nach Alter nicht berücksichtigt.

Das Geschlechterverhältnis ist genau andersherum als bei den namentlich erfassten Klienten/innen: 72% der Angehörigen sind Frauen. Dieser große Anteil an weiblichen Angehörigen dürfte darauf zurückzuführen sein, dass mehr besorgte Mütter in die Beratungsstellen kommen als Väter. Zudem dürfte es sich häufig um Lebenspartnerinnen von Alkoholabhängigen handeln. In der Arbeit mit Alkoholabhängigen ist das Paradigma der Co-Abhängigkeit weit verbreitet und führt zur Einbindung des Lebenspartners in den beratenden und therapeutischen Prozess.

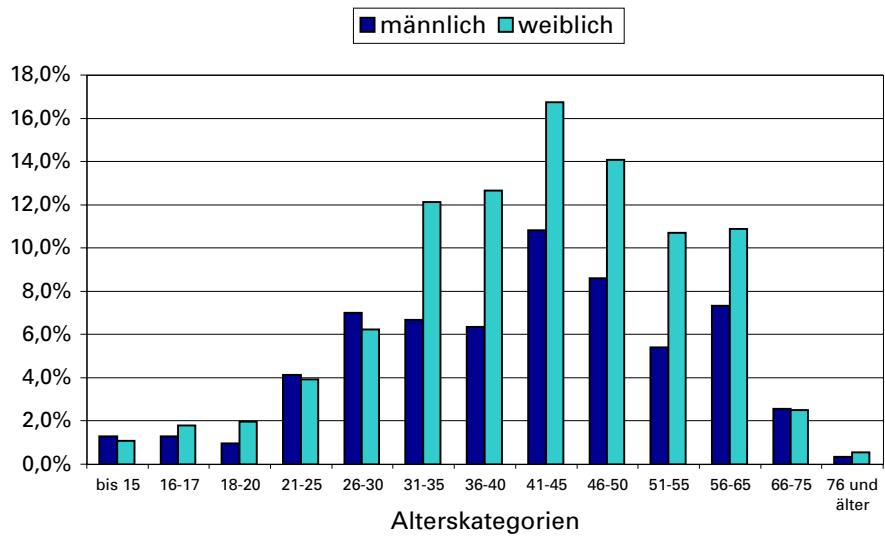


Abbildung 3.3: Altersverteilung der Angehörigen nach Geschlecht (männlich N=197, weiblich N=534)

Weitere Auswertungen über die soziale Situation der Angehörigen sind nicht möglich, weil diese bislang nur selten im Biografiekatalog mit erfasst worden ist bzw. hier noch keine einheitliche Dokumentationsstrategie existiert.

Kapitel 4:

Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientinnen und Klienten

In diesem Kapitel wird das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen analysiert. Es stellt den Hauptbestandteil des Jahresberichtes 2000 dar. Mit Hilfe solcher Analysen ist es möglich, differenzierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Leistungen von welcher Klientel nachgefragt werden, und ob dabei Zusammenhänge mit dem Geschlecht, dem Alter und der Hauptdroge (psychoaktive Substanz) der Klienten/innen bestehen. Diese Fragestellung ist von hoher praktischer Relevanz. Denn es könnte beispielsweise sein, dass Frauen andere Leistungen nachfragen als Männer, oder dass Alkoholabhängige andere Hilfen in Anspruch nehmen als die opiatabhängigen Personen. Dieses wiederum könnte möglicherweise Konsequenzen für die Ausgestaltung des Versorgungsangebotes oder die professionelle Zusammensetzung eines Beratungsteams haben.

Analysen auf unterschiedlichen Ebenen

Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens erfolgt anhand der vier Leistungstypen „Information“, „Beratung“, „Vermittlung“ und „Therapie“. Dabei werden verschiedene Einzelanalysen auf unterschiedlichen Ebenen durchgeführt:

- Es werden die im Jahr 2000 in Anspruch genommenen Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen und Angehörigen dargestellt. Gleichzeitig erfolgt eine kurze Auswertung der anonymen Kontakte mit Klienten/innen und Angehörigen (Abschnitt 4.1).
- Es werden Betreuungssequenzen analysiert. Dies geschieht auf der Grundlage der dokumentierten Daten der 6 Modelleinrichtungen im Zeitraum 1998-2000 (Abschnitt 4.2).
- Es werden Entwicklungstendenzen in der niedrigschwelligen Arbeit anhand einiger exemplarischer

Auswertungen beschrieben (1998-2000) (Abschnitt 4.3).

Definition der Leistungstypen

Zuvor sollen aber, zum besseren Verständnis der folgenden Analysen, die verschiedenen Leistungstypen noch einmal kurz erläutert und voneinander abgegrenzt werden (siehe Kalke & Raschke 2001):

Unter **Information** ist die bloße Übermittlung von Informationen zu verstehen – zum Beispiel, wie und wo Hilfen und Angebote zu finden sind –, ohne dass dies eine Beratungsqualität hat. Solche Informationsnachfragen dürften eher zu Beginn eines Beratungsverhältnisses bestehen oder im Rahmen von Erstkontakten. „Information“ umfasst auch klientenspezifische Mitteilungen der Betreuerin (Betreuer) an Dritte, soweit dies überhaupt datenschutzrechtlich erlaubt ist. Ebenfalls als „Information“ gewertet werden die telefonischen oder schriftlichen Eingänge oder persönlichen Mitteilungen, in denen der Betreuerin (Betreuer) klientenspezifische Informationen zugehen.

Die **Beratung** hebt sich von der bloßen Informationsvermittlung dadurch ab, dass in Kenntnis der spezifischen Problemlage der Klientin (Klient) „beraten“ wird, wobei professionelle Methoden der Gesprächsführung zum Einsatz kommen. Dies ist in der Regel mit einer engeren Klient-Betreuer-Beziehung verbunden, die über den Austausch von Informationen hinausgeht. Dass eine Beratung auch therapeutische Qualitäten haben kann, wird nicht verkannt. Trotzdem werden solche Sitzungen der Beratung zugeordnet, solange kein therapeutisches Setting im engeren Sinne besteht.

Die **Vermittlung** ist eine zentrale Tätigkeit der Suchthilfe, da diese viele Leistungen nicht selbst erbringen kann. Um den Klientinnen und Klienten zum Beispiel beim Finden einer Wohnung oder einer Arbeitsstelle helfen zu können, müssen meistens Dritte eingeschaltet werden, oder sie werden an andere Einrichtungen der Suchthilfe weitergeleitet – zum Beispiel in eine Therapieeinrichtung. Diese Vermittlungen verbinden sich mit einem komplexen und länger andauernden Beratungsprozess, der neben beratenden Klientenkontakten auch telefonische und schriftliche Kontakte zu

anderen Einrichtungen, Behörden, Organisationen, usw. erfordert. Dieser hinführende Beratungsprozess ist aber unter dem Leistungstyp Beratung zu erfassen. **Therapie** meint ein relativ geschlossenes therapeutisches Setting, in dem eine bestimmte Problemlage klientenzentriert über längere Zeit hinweg bearbeitet wird. Damit einher geht der Einsatz professioneller therapeutischer Methoden und Zielsetzungen der Behandlung (also gehört auch die psychosoziale Betreuung bei der Substitutionsbehandlung dazu). Dass im Rahmen einer solchen Behandlung auch beraten und informiert wird, wird als selbstverständlich angesehen und bedarf keiner gesonderten Dokumentation. Insofern umfasst Therapie/Behandlung auch die Beratung und Information, falls diese im Rahmen der therapeutischen Sitzungen gegeben werden.⁶ Die folgenden Analysen basieren auf den erfassten Informationen in den Dokumentationsbereichen „Stammdatenmaske“, „Leistungskatalog“, „Biografiekatalog“ und „Behandlungsmodul“ (siehe Kalke & Raschke 2001). Der Leistungskatalog mit seinen Möglichkeiten differenzierter Erfassung wurde von den Mitarbeitern/innen der Suchthilfeeinrichtungen im Jahr 2000 intensiv genutzt.⁷ Damit existiert für statistische Auswertungen eine gute Datengrundlage. Ebenso wurden in der Regel das Alter und das Geschlecht der Klienten/innen erfasst, weil es sich hierbei um „Pflichtfelder“ auf der Stammdatenmaske handelt. Nicht ganz so häufig sind dagegen Angaben im Biografiekatalog und im Behandlungsmodul vorgenommen worden. Deshalb ist vor allem bei der Hauptdroge/Suchtmittel der Klienten/innen die Fallzahl der Nennungen (N) geringer.

⁶ Die Leistungen, die unter dem Leistungstyp „Andere Hilfen“ erfasst worden sind, wurden den Tätigkeitskategorien „Beratung“ und „Therapie“ zugeordnet. Beispielsweise wurde hier 1.137mal die Leistung „Urinkontrolle“ dokumentiert (selbst konfiguriert), die aber nach dem Tätigkeitskatalog zum Leistungstyp „Therapie/Behandlung“ gehört. Zum Leistungstyp „Andere Hilfen“ siehe Kalke & Raschke 2001 (Kapitel III, S. 9/10).

⁷ Das zeigen auch die Ergebnisse einer Befragung der Mitarbeiter/innen aus den 6 Modelleinrichtungen (Raschke & Kalke 2001).

4.1 In Anspruch genommene Leistungen

Namentlich erfasste Klienten/innen

Für das Jahr 2000 wurden von den beteiligten Einrichtungen beinahe 52.000 Leistungseinträge zu 4.200 namentlich erfassten Klienten/innen vorgenommen, also im Durchschnitt etwa 12 pro Klient/in.⁸ Viele Klienten/innen haben dabei mehrere Leistungstypen in Anspruch genommen: Die allermeisten Personen sind mindestens einmal in einer Beratung gewesen (87%). Jede dritte Klientin (Klient) hat Information erhalten (32%). Beinahe so viele Personen haben mindestens eine therapeutische Leistung nachgefragt (29%). Zu einer Vermittlungsleistung ist es bei jeder achten Klientin (Klient) gekommen (13%). Insgesamt wurden für diese dokumentierten Hilfeleistungen von den Klienten/innen 40.287 Stunden in Anspruch genommen. Es sei noch einmal betont, dass sich diese Basiszahlen nicht auf die gesamte ambulante Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein beziehen, sondern auf die Einrichtungen, die im Jahre 2000 vollständig oder teilweise mit HORIZONT dokumentiert haben. Damit sind zwar keine Gesamtangaben für Schleswig-Holstein möglich, aber aufgrund der hohen Fallzahlen können statistisch valide Inanspruchnahmeanalysen durchgeführt werden. Das soll im Folgenden geschehen.

Verteilung nach Leistungstyp

Wird zunächst die Verteilung aller erfassten Leistungen nach ihrer Anzahl über die verschiedenen Leistungstypen betrachtet, ergibt sich das folgende Bild: 57% der registrierten Leistungen betreffen die Beratung (siehe Tabelle 4.1.1). Bei gut einem Viertel aller Leistungen handelt es sich um therapeutische Tätigkeiten (27%). Jede siebte dokumentierte Leistung ist ein Informationsgespräch (14%). Vermittlungsleistungen kommen selten vor (2%). Dies dürfte sich dadurch erklären, dass diese Leistungsart häufig nur einmal pro Klientin bzw. Klient erbracht wird. Denn die Kategorie „Vermittlung“ soll nur dann – in einem engeren Sinne – benutzt wer-

⁸ Bei 800 Klienten/innen wurden Termineinträge und/oder Einträge im Behandlungsmodul vorgenommen, aber keine Leistungen erfasst.

den, wenn es tatsächlich zur (Weiter-)Vermittlung an Dritte kommt.⁹

Geschlechtsspezifische Unterschiede werden bei dieser Betrachtung der Inanspruchnahme von Leistungen nicht sichtbar. Das Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und Männern ist hier sehr ähnlich (siehe Tabelle 4.1.1).

Tabelle 4.1.1: Von den namentlich erfassten Klienten/innen in Anspruch genommene Leistungen nach Geschlecht – prozentuale Anteile (in %, N-Leistungen=51.695)

	Frauen	Männer	Insgesamt
Information	13%	14%	14%
Beratung	58%	56%	57%
Vermittlung	2%	2%	2%
Therapie	28%	27%	27%
N-Leistungen	14.811	36.884	51.695

Ergänzend sei angemerkt, dass über drei Viertel der Leistungen in der Einrichtung erbracht werden (78%), jede zwanzigste außer Haus (5%). Hinzu kommen die telefonischen und schriftlichen Leistungen mit Anteilen von 8% bzw. 9%.¹⁰

Zeitaufwand der erbrachten Leistungen

Mit HORIZONT kann der Zeitaufwand für nachgefragte Hilfeleistungen dokumentiert werden. Dadurch ist es möglich, verschiedene zeitbezogene Analysen des Inanspruchnahmeverhaltens durchzuführen, aus denen wichtige Informationen über die Leistungserbringung des Hilfesystems und das Nachfrageverhalten der Klienten/innen resultieren können.

So zeigt sich bei einer zeitbezogenen Betrachtung der erbrachten Leistungen, dass die Therapie eine noch

⁹ Wenn der Klient/in weitervermittelt wird, er (sie) dort aber nicht ankommt, so gilt dies trotzdem als Vermittlungsleistung (Kalke & Raschke 2001).

¹⁰ Hierbei muss berücksichtigt werden, dass nicht jedes telefonische Kurzgespräch oder jeder kurze Brief, der geschrieben wird, als Leistung dokumentiert wird. Solche kurzen Tätigkeiten sollen in der Regel auch gar nicht erfasst werden (Kalke & Raschke 2001). Es geht immer um die Erfassung der wichtigen Leistungen. Deshalb dürfte der Prozentanteil schriftlicher und telefonischer Leistungen tatsächlich etwas höher sein.

größere Rolle im Alltag der ambulanten Suchtkrankenhilfe spielt als die vorangegangene Auswertung vermuten lässt. Es wird nämlich deutlich, dass 40% der gesamten Zeit im Bereich der klientenbezogenen Leistungen für die Therapie erbracht wird (siehe Tabelle 4.1.2). Die Beratung kommt in dieser Betrachtungsweise auf einen Wert von 53%. Das entspricht in etwa auch ihrem prozentualen Anteil, wenn die Anzahl erbrachter Leistungen als Berechnungsgrundlage genommen wird. Beim Leistungstyp Information verschiebt sich das Bild: Zwar ist jede siebte Leistung ein Informationsgespräch, vom zeitlichen Aufwand her machen sie aber nur ein Zwanzigstel aus (5%). Die Vermittlung bleibt auch in dieser Zeitanalyse ein Leistungssegment mit einer untergeordneten Bedeutung. Hierbei muss jedoch noch einmal betont werden, dass unter diesem Leistungstyp die eigentliche Vermittlungsleistung und nicht die dahin führenden Beratungstätigkeiten erfasst werden.

Es kann festgehalten werden, dass die Erbringung therapeutischer Leistungen einen hohen Stellenwert in der ambulanten Suchthilfearbeit besitzt. Daran wird die Entwicklung der letzten Jahre deutlich, bei der die Suchtberatungsstellen immer mehr therapeutische Aufgaben übernommen haben. Gerade die Therapie ist aber eine sehr zeitintensive Form der Hilfe, wie die nächste Auswertung zeigen wird.

Tabelle 4.1.2: Leistungstypen nach Anzahl und zeitlichem Aufwand (in %, N-Leistungen=51.695)

	Nach Anzahl der Leistungen (in %)	Nach zeitlichem Aufwand der Leistungen (in %)
Information	14%	5%
Beratung	57%	53%
Vermittlung	2%	2%
Therapie	27%	40%
N-Leistungen	51.695	51.695

Therapeutische Leistungen bringen – im Vergleich zu den anderen Hilfeformen – pro Kontakt den höchsten Zeitaufwand mit sich. Ein Kontakt dieser Art dauert im

Durchschnitt 70 Minuten (siehe Tabelle 4.1.3). Dies dürfte vor allem mit den Therapiesettings zusammenhängen, wenn beispielsweise eine bestimmte Dauer abzurechnender Einzel- und Gruppengespräche durch den Kostenträger vorgegeben ist, oder es sich in der Praxis bewährt hat, eine bestimmte Therapiemethode – z.B. Paartherapie, Gestalttherapie – in einem fest strukturierten zeitlichen Ablauf durchzuführen. Ein Beratungsgespräch dauert im Durchschnitt eine dreiviertel Stunde (44 Minuten) (siehe Tabelle 4.1.3). Die Streuung ist dabei sehr weit: Ein Beratungsgespräch kann 5 Minuten umfassen, aber auch über 3 Stunden gehen. Zwischen diesen beiden Extremen ist die Beratung in allen zeitlichen Facetten anzutreffen (siehe Standardabweichung in Tabelle 4.1.3). Eine gewachsene zeitliche Norm für ein „typisches Beratungsgespräch“ gibt es offensichtlich nicht. Werden „nur“ Information gegeben ist – erwartungsgemäß – der Zeitumfang geringer als bei einem Beratungsgespräch. Er umfasst durchschnittlich 17 Minuten. Eine Vermittlungsleistung nimmt im Durchschnitt 35 Minuten in Anspruch. Hierbei handelt es sich um die eigentliche Vermittlung des Klienten/in an Dritte.

Tabelle 4.1.3: Von den namentlich erfassten Klienten/innen in Anspruch genommene Leistungen nach Geschlecht – durchschnittliche Dauer pro Leistung (in Minuten, N-Leistungen=51.659)

	Frauen	Männer	Insgesamt
Information	16 min. (Sd. 12 min.) ^{a)}	17 min. (Sd. 13 min.)	17 min. (Sd. 13 min.)
Beratung	48 min. (Sd. 42 min.)	42 min. (Sd. 31 min.)	44 min. (Sd. 35 min.)
Vermittlung	33 min. (Sd. 25 min.)	36 min. (Sd. 20 min.)	35 min. (Sd. 21 min.)
Therapie	67 min. (Sd. 37 min.)	71 min. (Sd. 38 min.)	70 min. (Sd. 38 min.)
N-Leistungen	14.811	36.884	51.695

^{a)} Sd. = Standardabweichung

Auch bei dieser Analyse nach der durchschnittlichen Dauer pro Kontakt ergeben sich im Wesentlichen keine

Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von weiblichen und männlichen Klienten (siehe Tabelle 4.1.3).

Durchschnittliche Leistungserbringung pro Klient/in

Eine weitere Möglichkeit eine zeitbezogene Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens vorzunehmen, besteht darin, zu fragen, wie viele Stunden im Jahr jede Klientin (jeder Klient) Leistungen in Anspruch genommen hat. Das kann sowohl für die Leistungen insgesamt als auch getrennt nach den einzelnen Leistungstypen erfolgen.

Jeder Klient/in hat im Durchschnitt beinahe 10 Stunden Leistungen im Jahr 2000 erhalten (siehe Tabelle 4.1.4). Die weiblichen Klienten fragen dabei etwas mehr Stunden Hilfeleistungen nach als die Männer (11,6 zu 9,0 Stunden).

Im Folgenden wird nun betrachtet, welche Zeit jede Klientin (Klient) in den einzelnen Leistungssegmenten in Anspruch nimmt. Dabei muss vorausgeschickt werden, dass sich diese Auswertungen auf diejenigen Personen beziehen, die mindestens eine Leistung in dem entsprechenden Leistungssegment erhalten haben. Die Durchschnittswerte stehen also nicht – wie der obige Gesamtwert – für alle Klienten/innen, sondern immer nur für diejenigen, die in dem entsprechenden Hilfebereich Leistungen empfangen haben. Diese Voraussetzung gilt auch für noch folgende Analysen.

Es zeigt sich, dass die Therapie auch in dieser Analyseperspektive die zeitaufwendigste Form der Hilfe ist. Im Durchschnitt erhält jede Klientin (Klient) über 13 Stunden im Jahr therapeutische Leistungen (siehe Tabelle 4.1.4). Bei den „Beratungsklienten“ liegt der entsprechende Wert bei fast 6 Stunden. Die durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in bei der Information und der Vermittlung liegt bei 1,5 bzw. 1,3 Stunden.

Inanspruchnahmeverhalten nach Geschlecht

Die weiblichen Klienten nehmen in zwei der vier Leistungssegmente mehr Zeit in Anspruch als die Männer: Bei der Beratung kommen sie auf einen Durchschnittswert von 7,5 Stunden (Männer: 5,3 Stunden), bei der Therapie auf 14,2 Stunden (Männer: 13,0 Stun-

den) (siehe Tabelle 4.1.4). Bei den Leistungstypen Information und Vermittlung bestehen hingegen keine großen Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Tabelle 4.1.4: Von den namentlich erfassten Klienten/innen in Anspruch genommene Leistungen nach Geschlecht – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=4.196)

	Frauen	Männer	Insgesamt	N-Klienten je Leistungstyp (MF)
Information	1,7 St.	1,5 St.	1,5 St.	1.343
Beratung	7,5 St.	5,3 St.	5,9 St.	3.628
Vermittlung	1,1 St.	1,3 St.	1,3 St.	529
Therapie	14,2 St.	13,0 St.	13,3 St.	1.225
Leistungen insgesamt	11,6 St.	9,0 St.	9,6 St.	
N-Leistungen	1.044	3.125	4.196	

Mit dem Leistungskatalog von HORIZONT können die Inhalte der Beratung dokumentiert werden. Hierdurch kann ausgewertet werden, welches Klientel zu welchen Themen beraten wird, um gegebenenfalls spezifische Hilfebedarfe identifizieren zu können. Denn die Gesprächsinhalte können ein Hinweis auf die gesundheitliche, soziale und persönliche Situation der Klientel geben.

Interessant ist in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Frage, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bei den nachgefragten Inhalten bestehen, ob also Frauen zu anderen Themen beraten werden als die Männer, und in welchem Umfang dies geschieht. Es könnte beispielsweise vermutet werden, dass die weiblichen Klienten zum Thema Beziehungen häufiger und in zeitlicher Hinsicht umfassender beraten werden als die Männer. Für diese wiederum könnte das Thema Recht einen besonderen Stellenwert haben, weil sie häufiger in Strafverfahren involviert sind als die Frauen.

Diese Annahmen bestätigen sich jedoch bei der Auswertung nicht. Dies gilt sowohl für die Analyse der Beratungsinhalte nach ihrer Anzahl als auch für die durchschnittliche Gesamtdauer nachgefragter Beratungsinhalte pro Klient/in. Es gibt nur ganz wenige Unterschiede zwischen den Beratungsbedürfnissen von

Frauen und Männern. So werden die weiblichen Klienten häufiger „umfassend“ beraten als ihre männlichen Mitklienten (48% zu 38%) (siehe Tabelle 4.1.5). Die Letztgenannten sprechen dagegen häufiger über Fragen der Sucht und Therapie (33% zu 25%). Als inhaltlicher Einzelaspekt spielt bei Frauen und Männern noch das Thema „Beziehungen“ eine gewisse Rolle. Die Frauen haben hier jedoch nur einen leicht höheren Beratungsbedarf (1,4 zu 1,0 Stunden).¹¹ Die größte geschlechtsspezifische Differenz zeigt sich noch bei der in Anspruch genommenen Beratungsdauer, wenn „umfassend“ beraten wird: Die Frauen kommen auf einen Durchschnittswert von 9,3 Stunden pro Klient/in und Jahr, die Männer auf 6,7 Stunden (siehe Tabelle 4.1.5).

Tabelle 4.1.5: Inhalte der Beratung der namentlich erfassten Klienten/innen – getrennt nach Geschlecht (N-Leistungen=29.351, N-Klienten= 3.628)

Beratung über:	Nach Anzahl der Beratungsinhalte		Nach durchschnittlicher Gesamtdauer nachgefragter Beratungsinhalte pro Klient/in	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Therapie/Sucht	25%	33%	2,1 Std.	2,0 Std.
Gesundheit	6%	5%	1,3 Std.	1,0 Std.
Beziehungen	10%	8%	1,4 Std.	1,0 Std.
Soziales	6%	9%	1,1 Std.	1,1 Std.
Recht	1%	2%	0,9 Std.	0,9 Std.
Umfassend	48%	38%	9,3 Std.	6,7 Std.
Anderes	4%	5%	7,2 Std.	4,7 Std.
Beratung insgesamt			7,5 Std.	5,3 Std.
N-Leistungen	8.566	20.785		
N-Klienten			910	2.718

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass nach dieser Auswertung die Beratungsbedürfnisse von Frauen und Männern nicht grundlegend verschieden sind, sowohl was die Themen als auch die dafür benötigte

¹¹ Die Zeitangaben beziehen sich auf die Klienten/innen, die zu den entsprechenden Inhalten überhaupt beraten werden.

Zeit anbelangt. Sie unterschieden sich eher in Nuancen.¹²

**Inanspruchnahme-
verhalten nach
Alter**

Ein Schwerpunkt dieses Berichtes sind altersspezifische Analysen. Deshalb erfolgt an dieser Stelle eine Auswertung des Inanspruchnahmeverhaltens nach dem Alter der Klienten/innen. Dafür wird zur besseren Übersichtlichkeit das schon bekannte Raster der Altersklassifikation benutzt (siehe Tabelle 4.1.6).

Die Analyse ergibt, dass je älter die Klienten/innen sind, umso mehr Zeit nehmen sie für Leistungen insgesamt als auch für einzelne Leistungssegmente in Anspruch. Jeder der jüngeren Klienten/innen hat im Mittel 4,9 Stunden Hilfeleistungen empfangen (siehe Tabelle 4.1.6). Dieser Wert steigert sich kontinuierlich über die Alterklassen hinweg und erreicht seinen Höhepunkt bei den 46 Jahre und älteren Klienten/innen, die Leistungen in einem Umfang von 13,5 Stunden nachfragen.

Ein solcher Verlauf zeigt sich auch bei den einzelnen Leistungstypen, mit Ausnahme der Vermittlung. Vor allem bei der Therapie wird dies deutlich: Während die jüngeren Klienten/innen (bis 25 Jahre) im Mittel 5,7 Stunden pro Jahr therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, wächst dieser Durchschnittswert bei den über 45jährigen Personen auf 23,4 Stunden an (siehe Tabelle 4.1.6).¹³ In dieser Lesart verursachen die älteren Klienten/innen demnach einen viermal so großen therapeutischen Zeitaufwand wie ihre jüngeren Mitklienten/innen. Auch bei der Beratung findet sich der Zusammenhang, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in zunimmt. Die Steigerungsrate ist hier jedoch nicht ganz so stark ausgeprägt wie jene beim Leistungstyp Therapie. Ähnliches lässt sich auch für das Leistungssegment Information sagen. Bei der Vermittlung ist dagegen eine leicht abnehmende Tendenz zu registrieren (von 1,5 auf 1,0 Stunden) (siehe Tabelle 4.1.6).

¹² Der Kategorie „Anderes“ wurden die Beratungsgruppen zugeordnet.

¹³ Auch hier beziehen sich die Ergebnisse immer auf diejenigen Personen, die mindestens einen Kontakt bei den entsprechenden Leistungstypen haben.

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass offensichtlich das Alter der Klienten/innen eine wichtige Einflussgröße für ihr Inanspruchnahmeverhalten darstellt. Noch folgende „Feinanalysen“ werden jedoch zeigen, dass ein solcher „Alterseffekt“ nur in geringem Maße existent ist. Ausschlaggebend für das Inanspruchnahmeverhalten ist vor allem der Drogentyp und das Therapiesetting.

Tabelle 4.1.6: Von den namentlich erfassten Klienten/innen in Anspruch genommene Leistungen nach Alter – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N=4.109)

	Bis 25 Jahre	26 bis 35 Jahre	36 bis 45 Jahre	46 Jahre und älter
Information	1,1 St.	1,4 St.	1,4 St.	2,1 St.
Beratung	3,7 St.	6,1 St.	6,5 St.	7,4 St.
Vermittlung	1,5 St.	1,2 St.	1,3 St.	1,0 St.
Therapie	5,7 St.	9,7 St.	14,8 St.	23,4 St.
Leistungen insgesamt	4,9 St.	9,2 St.	11,0 St.	13,5 St.
N-Leistungen	852	1.158	1.206	893

***Inanspruchnahme-
verhalten nach
Hauptdroge***

Als nächstes soll geprüft werden, wie sich das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen darstellt, wenn nach der Hauptdroge (psychoaktive Substanz) differiert wird. Dabei werden auch Essstörungen und Glücksspiel mit einbezogen.

Es ergeben sich die folgenden Befunde: Bezogen auf die empfangenen Leistungen insgesamt zeigt sich, dass essgestörte Personen vom Umfang her die meiste Zeit in Anspruch nehmen: 15,5 Stunden im Durchschnitt pro Klient/in und Jahr (siehe Tabelle 4.1.7). Es folgen die alkohol- und opiatabhängigen Klienten/innen mit Durchschnittswerten von 12,7 bzw. 9,5 Stunden erhaltener Leistungen. Dagegen fragen Konsumenten/innen anderer harter oder weicher Drogen (Cannabis) sowie Spielsüchtige deutlich weniger Leistungen nach (3,9 bis 5,4 Stunden).

Zudem werden bei der Analyse nach den Leistungssegmenten einige Besonderheiten bei den einzelnen Konsumentengruppen erkennbar: Vor allem fällt auf,

dass sich bei der Therapie das Inanspruchnahmeverhalten von alkohol- und opiatabhängigen Personen deutlich unterscheidet. Während in der ersten Gruppe jede Klientin (Klient) pro Jahr im Durchschnitt 23,8 Stunden therapeutische Leistungen in Anspruch nimmt, liegt der entsprechende Wert bei der zweitgenannten Gruppe bei 6,5 Stunden (siehe Tabelle 4.1.7). Auch bei der Beratung und der Information ist der Zeitaufwand für die Alkoholabhängigen größer als für die Opiatabhängigen. Beim Leistungstyp Vermittlung ist es andersherum.

Wird nur der Bereich der illegalen Drogen betrachtet, zeigt sich, dass die Opiatabhängigen ungefähr in einen doppelt so großen Umfang Beratungsleistungen in Anspruch nehmen wie die Konsumenten/innen anderer harter Drogen oder Cannabis. Den allergrößten Beratungsbedarf haben aber die essgestörten Personen; sie kommen auf einen Durchschnittswert von 14 Stunden jährlicher Beratung. Offensichtlich handelt es sich um eine Klientel, deren Betreuung besonders zeitintensiv ist.

Tabelle 4.1.7: Von den namentlich erfassten Klienten/innen in Anspruch genommene Leistungen nach Drogentyp – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=3.014)

	Alkohol	Opiate	Andere harte Drogen	Cannabis	Essstörung	Glückspiel
Information	2,1 St.	1,3 St.	(0,8 St.) ^{a)}	(0,8 St.)	(1,2 St.)	(1,3 St.)
Beratung	6,9 St.	6,4 St.	3,7 St.	3,2 St.	14,0 St.	4,1 St.
Vermittlung	1,1 St.	1,4 St.	(1,5 St.)	(1,9 St.)	(0,5 St.)	(1,2 St.)
Therapie	23,8 St.	6,5 St.	(7,5 St.)	(6,2 St.)	(10,1 St.)	(12,3 St.)
Leistungen insgesamt	12,7 St.	9,5 St.	4,9 St.	3,8 St.	15,5 St.	5,4 St.
N-Leistungen	1.666	967	91	129	66	95

^{a)} Wenn ein Wert in Klammern gesetzt ist, bedeutet dies, dass die Fallzahl unter N=50 ist, so dass statistisch valide Aussagen nicht möglich sind.

Insgesamt zeigen sich also große Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen, wenn

differenziert nach dem Drogentyp und dem Alter ausgewertet wird. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es dagegen nur wenige.

Es könnte nun sein, dass sich Drogen- und Alterseffekte überlagern. Dass beispielsweise ein überproportionaler Anteil an jüngeren Klienten/innen unter den Opiatabhängigen die Ergebnisse der vorangegangenen Einzelanalysen im großen Maße beeinflusst. Deshalb soll im Folgenden eine vertiefende Analyse nach dem Drogentyp – vor allem unter dem Altersaspekt – vorgenommen werden, um diese beiden möglichen Einflussgrößen voneinander separieren zu können.

Da die Fallzahl nicht bei allen Drogentypen ausreichend ist, konzentriert sich der folgende Auswertungsschritt auf den Vergleich von Alkohol- und Opiatabhängigen. Diese beiden Gruppen stellen mit zusammengekommen 87% auch gleichzeitig den Großteil der Klienten/innen dar.

Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens von Alkohol- und Opiatabhängigen

Diese Vergleichsanalyse beginnt mit einer Gegenüberstellung der von den alkohol- und opiatabhängigen Personen in Anspruch genommenen Leistungstypen. Das soll jeweils für die einzelnen Leistungstypen nach ihrer Anzahl und nach ihrem zeitlichen Aufwand erfolgen.

Dabei zeigt sich, dass bei den Alkoholabhängigen häufiger das Leistungssegment Beratung auftritt als bei den Opiatabhängigen (59% zu 49%) (siehe Tabelle 4.1.8). Auch die dafür aufgewendete Zeit macht einen größeren Anteil bei der erstgenannten Konsumentengruppe aus (55% zu 49%). Demgegenüber nehmen die opiatabhängigen Klienten/innen prozentual etwas häufiger die Hilfeform Therapie in einem größeren zeitlichen Maße in Anspruch. Bei den Leistungssegmenten Information und Vermittlung sind die Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen noch geringer. Im Großen und Ganzen lässt sich deshalb auf dieser Analyseebene nicht sagen, dass die Alkoholabhängigen ein gänzlich anderes Leistungsspektrum der Hilfe nachfragen – auch was seinen zeitlichen Aufwand betrifft – als die Opiatabhängigen. Innerhalb dieser beiden Subgruppen bestehen ebenfalls keine Unter-

schiede zwischen Männern und Frauen in ihrem Inanspruchnahmeverhalten.

Das gleiche gilt auch für die nachgefragten Beratungsinhalte, die an dieser Stelle kurz dargestellt werden sollen. Es kann festgestellt werden, dass Alkohol- und Opiatabhängige weitgehend in einem gleichen zeitlichen Umfang zu den gleichen Themen beraten werden. Unterschiede bestehen nur bei zwei der sieben (erfassbaren) Inhalte: Die Opiatabhängigen sprechen häufiger und mehr über soziale Probleme und Fragen als die Alkoholabhängigen. Das Verhältnis beträgt hier 12% zu 7% (Anzahl Kontakte) bzw. 1,4 Stunden zu 0,9 St. (durchschnittliche Gesamtleistungsdauer). Dieser Unterschied dürfte mit der schlechteren sozialen Situation der Opiatabhängigen zusammenhängen. Dagegen werden alkoholabhängige Personen vergleichsweise häufiger „umfassend“ beraten (44% zu 38%). Auch die dafür aufgewendete Zeit für jede Klientin (Klient) pro Jahr ist höher als bei den opiatabhängigen Personen (9,4 zu 6,4 Stunden). Bei den anderen fünf Beratungsinhalten (Therapie/Sucht, Gesundheit, Beziehungen, Recht, Anderes) bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Konsumentengruppen.

Tabelle 4.1.8: Leistungstypen nach Anzahl und zeitlichem Aufwand – getrennt für Alkohol- und Opiatabhängige (in %, N-Leistungen= 38.407)

	Alkoholabhängige		Opiatabhängige	
	Nach Anzahl (in %)	Nach zeitlichem Aufwand (in %)	Nach Anzahl (in %)	Nach zeitlichem Aufwand (in %)
Information	12%	6%	16%	4%
Beratung	59%	55%	49%	49%
Vermittlung	1%	4%	4%	1%
Therapie	27%	35%	32%	46%
N-Leistungen	24.573	24.573	13.834	13.834

Wie schon dargestellt, ergeben sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen Alkohol- und Opiatabhängigen, wenn die einzelnen Leistungstypen nach der durchschnittlichen Gesamtleistungsdauer pro Klient/in und Jahr analysiert werden. Das betrifft vor allem die The-

rapie. Die alkoholabhängigen Personen kommen hier auf einen Durchschnittswert von 23,8 Stunden, die Opiatabhängigen auf 6,5 Stunden in Anspruch genommene therapeutische Leistungen (siehe die vorangegangene Tabelle 4.1.7).

Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens nach Geschlecht

In einer weiteren Detailanalyse soll deshalb geprüft werden, ob hierbei zwischen den weiblichen und männlichen Klienten innerhalb dieser beiden Konsumentengruppen Unterschiede bestehen. Es bestätigen sich die schon genannten Befunde der nicht nach dem Drogentyp differenzierenden Analyseebene: Die Frauen fragen vom zeitlichen Umfang her etwas mehr Leistungen nach, speziell bei den Hilfeformen Beratung und Therapie (siehe Tabelle 4.1.9).¹⁴ Dagegen ähnelt sich das Inanspruchnahmeverhalten beider Geschlechter bei der Information und der Vermittlung. Diese Muster zeigen sich sowohl bei den Alkoholabhängigen als auch bei den Opiatabhängigen.

Tabelle 4.1.9: Von den namentlich erfassten Alkohol- und Opiatabhängigen in Anspruch genommene Leistungen nach Geschlecht – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=2.633)

	Alkoholabhängige			Opiatabhängige		
	Frauen	Männer	N	Frauen	Männer	N
Information	2,6 St.	2,0 St.	425	1,5 St.	1,2 St.	447
Beratung	8,5 St.	6,4 St.	1.489	7,7 St.	6,0 St.	782
Vermittlung	1,1 St.	1,1 St.	170	1,2 St.	1,5 St.	379
Therapie	25,8 St.	23,1 St.	409	6,9 St.	6,4 St.	495
Leistungen insgesamt	14,8 St.	12,0 St.		10,8 St.	9,0 St.	
N-Klienten	391	1.275		240	727	

Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens nach Alter

Im nächsten Analyseschritt soll der Zusammenhang zwischen Alter und Drogentyp geklärt werden. Diese Frage ist in den vorangegangenen Auswertungen offen geblieben. Beeinflusst die Hauptdroge oder das Alter

¹⁴ Auch hier beziehen sich die Ergebnisse immer auf diejenigen Personen, die mindestens einen Kontakt bei den entsprechenden Leistungstypen haben.

der Klienten/innen stärker das Inanspruchnahmeverhalten?

Bei dieser Analyse zeigt sich, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten von Alkohol- und Opiatabhängigen innerhalb der verschiedenen Altersklassen im Wesentlichen nicht unterscheidet. Nur die jüngeren Klienten/innen (Altersgruppe der unter 26jährigen) weisen in beiden Konsumentengruppen ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten auf. Sie fragen vom zeitlichen Umfang her deutlich weniger Leistungen nach als ihre älteren Mitklienten/innen (siehe Tabelle 4.1.10).

Im Einzelnen wird bei der Hilfeform Therapie erkennbar, dass sich bei den Opiatabhängigen der durchschnittliche Zeitaufwand für diese Leistungsart in den verschiedenen Altersklassen zwischen 5,7 Stunden und 8,1 Stunden bewegt, ohne dass hier eine altersspezifische Tendenz abzulesen ist. Auch bei den alkoholabhängigen Personen ist die Inanspruchnahme ab der Altersstufe 26-35 Jahre sehr ähnlich; die Durchschnittswerte liegen zwischen 25,3 und 27,7 Stunden. Nur die jüngeren alkoholabhängigen Klienten/innen (unter 26 Jahre) fallen mit einem Wert von 2,0 Stunden durchschnittlicher Gesamtleistungsdauer pro Klient/in und Jahr heraus. Die Fallzahl dieser Subgruppe ist aber sehr klein (N=11), so dass hier keine generelle Aussage über diese Gruppe getroffen werden kann (z.B. „schwer therapiebare Gruppe“).

Zudem fällt auf, dass jüngere Klienten/innen – sowohl die alkohol- als auch die opiatabhängigen – im Durchschnitt weniger Beratungszeiten nachfragen als die älteren. Offensichtlich ist ihr Beratungsbedarf unabhängig vom Drogentyp noch nicht so groß wie der der älteren Klienten/innen. Bei der Inanspruchnahme von Information und Vermittlung sind überhaupt keine Zusammenhänge mit dem Alter zu erkennen, wenn die Alkohol- und Opiatabhängigen separat betrachtet werden (siehe Tabelle 4.1.10).

In dieser Analyse nach Drogentyp und Alter verschwindet also der vorher beschriebene Alterseffekt. Der „Drogentyp“ wird zum entscheidenden Einflussfaktor für das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen.

Oder anders formuliert: Die alkoholabhängigen Klienten/innen fragen Hilfeangebote – vor allem therapeutische Leistungen – in einem viel stärkeren Maße nach als die Opiatabhängigen, und zwar weitgehend unabhängig vom Geschlecht und Alter. Dies ist ein zentrales Ergebnis dieser Auswertung. Daran anknüpfend stellt

Tabelle 4.1.10: Von den namentlich erfassten Alkohol- und Opiatabhängigen in Anspruch genommene Leistungen nach Alter – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=2.612)

	< 26 J.		26-35 J.		36-45 J.		> 45 J.	
	Alkohol	Opiate	Alkohol	Opiate	Alkohol	Opiate	Alkohol	Opiate
Information	1,8 St.	1,1 St.	2,3 St.	1,3 St.	1,4 St.	1,4 St.	2,7 St.	1,1 St.
Beratung	4,3 St.	4,4 St.	6,7 St.	7,3 St.	7,3 St.	6,5 St.	7,3 St.	7,2 St.
Vermittlung	0,7 St.	1,8 St.	1,1 St.	1,3 St.	1,4 St.	1,3 St.	1,0 St.	1,1 St.
Therapie	2,0 St.	5,7 St.	25,3 St.	6,1 St.	21,4 St.	8,1 St.	27,7 St.	5,9 St.
Leistungen insgesamt	4,9 St.	6,8 St.	12,3 St.	10,0 St.	12,6 St.	10,6 St.	14,8 St.	9,8 St.
N-Klienten	123	193	311	457	622	257	595	54

sich die Frage, inwiefern wiederum dieser Sachverhalt durch das Setting der therapeutischen Leistungen beeinflusst wird, ob also die beiden Klientengruppen (Alkohol- versus Opiatabhängige) unterschiedliche Therapien in einem unterschiedlichen Zeitumfang in Anspruch nehmen. Dieser Fragestellung soll abschließend nachgegangen werden.

Vergleich des Inanspruchnahmeverhaltens nach therapeutischem Setting

Von der ambulanten Suchtkrankenhilfe werden verschiedene therapeutische Leistungen angeboten: Entgiftungsbehandlung, Abstinenztherapie, Substitutionstherapie, Nachsorgemaßnahmen und andere Hilfen, z.B. die Suchtakupunktur. All diese Therapieformen können mit Hilfe von HORIZONT dokumentiert werden.

Bei den für das Jahr 2000 ausgewerteten Daten betreffen über 70% aller Leistungen im therapeutischen Bereich die ambulante Abstinenztherapie und die Substitutionstherapie. Deshalb wird sich bei der folgenden Auswertung auf diese beiden ambulanten Therapien

beschränkt, da bei den anderen Therapieformen die Fallzahl zu gering ist.

Wie eben dargestellt, nehmen die opiatabhängigen Klienten/innen therapeutische Hilfen in zeitlich viel geringerem Umfang in Anspruch als die Alkoholabhängigen. Diese Analyse zeigt nun, dass das sowohl die Substitutions- als auch die Abstinenztherapie betrifft. Bei der erstgenannten Therapieform kommen sie auf einen Durchschnittswert von 6,2 Stunden pro Klient/in pro Jahr (siehe Tabelle 4.1.11). Diese Therapieform gibt es für alkoholabhängige Personen nicht. Deshalb fehlt hier eine direkte Vergleichbarkeit der beiden Konsumentengruppen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die ärztlich-medizinischen Leistungen für Substituierte (Vergabe Methadon, ärztliche Untersuchungen etc.) nicht mit erfasst werden. Es handelt sich ausschließlich um die Inanspruchnahme der psychosozialen Betreuung.

Tabelle 4.1.11: Abstinenztherapie und Substitutionstherapie im Vergleich – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=815)

	Nach Drogentyp		Nach Geschlecht	
	Alkohol	Opiate	Frauen	Männer
Abstinenztherapie	28,4 St.	12,0 St.	21,2 St.	24,6 St.
Substitutionstherapie	–	6,2 St.	6,6 St.	6,0 St.
N-Klienten	272	383	250	565

Bei der zweiten Therapieform, der ambulanten Abstinenzbehandlung, ist dagegen eine Vergleichbarkeit gegeben, weil sie sowohl bei Alkoholikern/innen als auch bei Opiatabhängigen durchgeführt wird. Bei diesem Vergleich fällt auf, dass ein gravierender Unterschied in der Inanspruchnahme besteht: Die empfangenen Leistungen weisen bei den Alkoholabhängigen einen Zeitumfang von 28,4 Stunden auf; bei den Opiatabhängigen ist dieser weniger als halb so groß: 12,0 Stunden (siehe Tabelle 4.1.11). Zu vermuten ist, dass dieser Sachverhalt aus unterschiedlichen Therapiebedürfnissen und -bedarfen der beiden Gruppen aufgrund spezifischer biographischer Hintergründe re-

sultiert. Im Rahmen dieser Untersuchung kann diese Frage nicht geklärt werden. Sie könnte aber Ausgangspunkt einer tiefergehenden Spezialanalyse sein. Zusammenfassend kann festgehalten werden: Bei der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens der namentlich erfassten Klienten/innen zeigen sich nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede. Die auf der ersten Analyseebene erkennbaren Zusammenhänge mit dem Alter – je älter die Klienten/innen, umso größer ist ihre Leistungsnachfrage – verschwinden weitgehend, wenn nach dem Drogentyp unterschieden wird. Dann wird sichtbar, dass die alkoholabhängigen Personen in einem größerem Zeitumfang Leistungen in Anspruch nehmen als die Opiatabhängigen, was wiederum (zumindest teilweise) mit den Therapiesettings zusammenhängt.

***Namentlich
erfasste
Angehörige***

In diesem Abschnitt wird das Inanspruchnahmeverhalten der namentlich erfassten Angehörigen mit einigen ausgewählten Ergebnissen dargestellt.¹⁵ Diese Analyse fällt kurz aus, weil keine Auswertungen zum Drogentyp der Angehörigen vorgenommen werden konnten.¹⁶ Ferner wurden – das sei an dieser Stelle vorweggenommen – keine Zusammenhänge zwischen den Inanspruchnahmемustern und dem Alter der Angehörigen festgestellt (siehe unten). Deshalb beschränkt sich die Auswertung vorwiegend auf geschlechtsspezifische Aspekte. Hierbei ergeben sich einige Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und Männern, die als Angehörige einen Kontakt zu einer Beratungsstelle herstellen.

Für das Jahr 2000 wurden 2.847 Leistungseinträge vorgenommen, die 631 Angehörige betreffen.¹⁷ Das

¹⁵ Bei den namentlich erfassten Angehörigen war der Aufwand der Datenbereinigung besonders hoch, da es hier überproportional viele „Spiel-Angehörige“ mit fiktiven Angaben gab, die unplausibel waren (z.B. Angehörige, bei denen der Leistungseintrag „Urinkontrolle“ vorgenommen wurde). Diese Daten wurden nicht berücksichtigt.

¹⁶ Es ist unklar, ob sich die entsprechenden Angaben im Biografiekatalog auf den Angehörigen oder den betroffenen Klienten (Klientin) selbst beziehen. Hier muss in Zukunft eine eindeutige Dokumentationsstrategie entwickelt werden.

¹⁷ Bei etwa 200 namentlich erfassten Angehörigen wurden Termineinträge und/oder Einträge im Behandlungsmodul vorgenommen, aber keine Leistungen erfasst.

bedeutet, dass jede/r Angehörige im Durchschnitt 4,5 Leistungen in Anspruch genommen hat. Fast alle Personen haben dabei mindestens eine Beratungsleistung erhalten (95%). Darüber hinaus hat sich jede zehnte informiert (11%), und jede zwanzigste hat eine therapeutische Leistung¹⁸ nachgefragt (5%). Nur ganz wenige Angehörige sind (weiter-)vermittelt worden (2%). Von den über 2.800 Leistungen wurden 82% für weibliche und 18% für männliche Angehörige erbracht (siehe Tabelle 4.1.12). Fast immer handelt es sich dabei um Beratungsleistungen (92%). Die anderen drei Leistungstypen Information, Vermittlung und Therapie spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle (Anteile zwischen 4% und 0,5%) (siehe Tabelle 4.1.12). Auf dieser Auswertungsebene zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Leistungsnachfrage von Frauen und Männern: Bei beiden überwiegt eindeutig die Beratung (93% bzw. 88%). Die männlichen Angehörigen nehmen vergleichsweise etwas häufiger Informationen in Anspruch (9%; Frauen: 3%). Bei den Leistungstypen Vermittlung und Therapie ergeben sich keine geschlechtsspezifischen Abweichungen; sie haben bei beiden Geschlechtern kaum Bedeutung (siehe Tabelle 4.1.12).

Tabelle 4.1.12: Von den namentlich erfassten Angehörigen in Anspruch genommene Leistungen nach Leistungstyp und Geschlecht – prozentuale Anteile (in %, N-Leistungen=2.847)

	Frauen	Männer	Insgesamt
Information	3%	9%	4%
Beratung	93%	88%	92%
Vermittlung	0,5%	0,6%	0,5%
Therapie	3%	2%	3%
N-Leistungen	2.339 (82%)	508 (18%)	2.847

Die Angehörigen kommen fast immer in die Einrichtung (92%). Nur selten findet der Kontakt außer Haus statt (4%). Telefonische und schriftliche Leistungen für Angehörige sind ebenfalls selten (3% bzw. 1%). Auch

¹⁸ Hierbei handelt es sich in der Regel um therapeutische Arbeit mit Bezugspersonen im Rahmen der ambulanten Abstinenztherapie.

hier bestehen keine gravierenden Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Angehörigen. Gleiches gilt ebenfalls für die durchschnittliche Dauer je Leistungstyp: Am auffälligsten ist hier noch, dass im Durchschnitt eine Beratungsleistung bei den Frauen sieben Minuten länger dauert als bei den männlichen Angehörigen (47 zu 40 Minuten) (siehe Tabelle 4.1.13).¹⁹ Das Informationsgespräch umfasst bei beiden Geschlechtern im Durchschnitt 22 Minuten. Bei der Vermittlung und Therapie zeigen sich zwar Unterschiede, aufgrund der zu geringen Fallzahl (vor allem bei den Männern) können jedoch keine empirisch gesicherten Aussagen getroffen werden.

4.1.13 Tabelle: Von den namentlich erfassten Angehörigen in Anspruch genommene Leistungen nach Leistungstyp und Geschlecht – durchschnittliche Dauer pro Leistung (in Minuten, N-Leistungen=2.980)

	Frauen	Männer	Insgesamt
Information	22 min. (Sd. 13 min.) ^{a)}	22 min. (Sd. 12 min.)	22 min. (Sd.13 min.)
Beratung	47 min. (Sd. 23 min.)	40 min. (Sd. 21 min.)	46 min. (Sd. 23 min.)
Vermittlung	21 min. (Sd. 22 min.)	32 min. (Sd.13 min.)	23 min. (Sd. 21 min.)
Therapie	71 min. (Sd. 14 min.)	52 min. (Sd.18 min.)	69 min. (Sd. 15 min.)
N-Leistungen	2.339	508	2.847

^{a)} Sd. = Standardabweichung

Durchschnittliche Leistungserbringung pro Angehörige/r

Ein erheblich unterschiedliches Verhalten in der Inanspruchnahme von weiblichen und männlichen Angehörigen tritt aber zutage, wenn die durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Person und Jahr betrachtet wird. Dabei ist zunächst einmal vorzuschicken, dass die namentlich erfassten Angehörigen vom Zeitumfang

¹⁹ Es sei angemerkt, dass die namentlich erfassten Angehörigen im Vergleich zu den namentlich erfassten Klienten/innen im Durchschnitt etwas länger informiert und beraten werden (siehe Kapitel 4.1.1).

her viel weniger Leistungen in Anspruch nehmen als die namentlich erfassten Klienten/innen. Die Angehörigen kommen auf einen Durchschnittswert von 3,4 Stunden pro Person und Jahr (siehe Tabelle 4.1.14); die Klienten/innen immerhin auf 9,6 Stunden (siehe Kapitel 4.1.1).

Hierbei ergeben sich bei der Angehörigen-Klientel starke Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern: Die weiblichen Angehörigen fragen in zeitlicher Hinsicht mehr als doppelt so viele Leistungen nach wie die männlichen Angehörigen. Das Verhältnis beträgt 4,0 zu 1,9 Stunden als durchschnittlich in Anspruch genommener Leistungsumfang je Person und Jahr (siehe Tabelle 4.1.14).

4.1.14 Tabelle: Von den namentlich erfassten Angehörigen in Anspruch genommene Leistungen nach Geschlecht – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Angehörige/r (in Stunden, N-Klienten=631)

	Frauen	Männer	Insgesamt	N-Klienten je Leistungstyp (MF)
Information	0,6 St.	0,7 St.	0,6 St.	66
Beratung	3,9 St.	1,9 St.	3,3 St.	599
Vermittlung	0,3 St.	0,5 St.	0,4 St.	15
Therapie	3,9 St.	1,1 St.	3,3 St.	31
Leistungen insgesamt	4,0 St.	1,9 St.	3,4 St.	
N-Leistungen	459	172	631	

Bei den einzelnen Leistungstypen wird diese geschlechtsspezifische Differenz vor allem bei der Beratung und der Therapie deutlich. Die Frauen nehmen durchschnittlich 3,9 Stunden Beratungsleistungen in Anspruch, die Männer nur 1,9 Stunden.²⁰ Bei der Therapie ist die Relation ähnlich (3,9 Stunden zu 1,1 Stunden). Bei den Hilfeformen Information und der Vermittlung existieren dagegen keine großen Unterschiede im Nachfrageverhalten beider Geschlechter. Das divergierende Inanspruchnahmeverhalten von weiblichen und männlichen Angehörigen kommt auch

²⁰ Auch hier beziehen sich die Ergebnisse immer auf diejenigen Angehörigen, die mindestens einen Kontakt bei den entsprechenden Leistungstypen haben.

bei den Beratungsinhalten zum Ausdruck, die Hinweise auf spezifische Hilfebedarfe geben können: Mit HORIZONT können die Inhalte von Beratungsgesprächen sehr detailliert, aber auch eher pauschal erfasst werden. Auf der hier gewählten Auswertungsebene zeigt sich, dass sich bei 6 von 7 Themen die Frauen viel umfassender beraten lassen als die Männer. Große geschlechtsspezifische Diskrepanzen bestehen beispielsweise bei den Inhalten „Soziales“ und „Umfassend“. Beim erstgenannten Thema beträgt das Verhältnis 1,7 Stunden (Frauen) zu 0,4 Stunden (Männer) durchschnittlich nachgefragter Gesamtleistungsdauer pro Angehörige/r und Jahr; beim zweiten ist die Relation 3,9 Stunden (Frauen) zu 2,2 Stunden (Männer) (siehe Tabelle 4.1.15). Nur beim Thema Recht kommen die männlichen Angehörigen auf einen höheren Wert (0,5 zu 0,2 Stunden). Dies dürfte mit der spezifischen Kriminalisierungssituation von männlichen Abhängigen zusammenhängen und deckt sich mit den Befunden bei den namentlich erfassten Klienten/innen.

4.1.15 Tabelle: Von den namentlich erfassten Angehörigen in Anspruch genommene Beratungsinhalte nach Geschlecht – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Angehörige/r (N-Klienten=599)

Beratung über:	Frauen	Männer
Therapie/Sucht	1,8 St.	0,9 St.
Gesundheit	1,3 St.	0,6 St.
Beziehungen	1,9 St.	0,9 St.
Soziales	1,7 St.	0,4 St.
Recht	0,2 St.	0,5 St.
Umfassend	3,9 St.	2,2 St.
Anderes	2,6 St.	1,1 St.
N-Klienten	442	157

Insgesamt wird in diesen Zahlen der extrem unterschiedliche Beratungsbedarf (nach Zeit und Thema) von weiblichen und männlichen Angehörigen deutlich. Dies sollte in der alltäglichen Arbeit der ambulanten Suchthilfeinrichtungen Berücksichtigung finden.

**Inanspruchnahme-
verhalten nach
Alter**

Abschließend sollen mögliche altersspezifische Effekte überprüft werden. Wie schon erwähnt, gibt es solche beim Inanspruchnahmeverhalten der namentlich erfassten Angehörigen jedoch nicht. Die jüngeren Angehörigen (bis 25 Jahre) fragen vom zeitlichen Umfang her ähnlich viele Leistungen nach wie die älteren Personen (46 Jahre und älter). Beide Gruppen kommen auf einen fast identischen Durchschnittswert der Gesamtleistungsdauer pro Angehörige/r und Jahr (3,6 zu 3,4 Stunden) (siehe Tabelle 4.1.16). Es sind hier keine Verläufe oder Entwicklungen im Inanspruchnahmeverhalten erkennbar, die mit dem Alter zusammenhängen, beispielweise, dass die älteren Angehörigen (in zeitlicher Hinsicht) einen größeren Hilfebedarf haben als die jüngeren. Das betrifft auch die Beratung, die mit Abstand der wichtigste Leistungstyp bei den Angehörigen ist.

Die starken Abweichungen innerhalb der Leistungssegmente Vermittlung und Therapie dürften sich durch die geringen Fallzahlen erklären. Deshalb kann hier auf eine Interpretation dieser Ergebnisse verzichtet werden.

4.1.16 Tabelle: Von den namentlich erfassten Angehörigen in Anspruch genommene Leistungen nach Alter – durchschnittliche Gesamtleistungsdauer pro Klient/in (in Stunden, N-Klienten=581)

	Bis 25 Jahre	26 bis 35 Jahre	36 bis 45 Jahre	46 Jahre und älter	N-Klienten je Leistungstyp (MF)
Information	0,8 St.	0,7 St.	0,8 St.	0,5 St.	61
Beratung	3,6 St.	2,5 St.	4,2 St.	3,4 St.	551
Vermittlung	0,6 St.	0,5 St.	0,2 St.	0,3 St.	14
Therapie	0,9 St.	4,0 St.	3,4 St.	2,7 St.	31
Leistungen insgesamt	3,6 St.	2,7 St.	4,3 St.	3,4 St.	
N-Leistungen	53	113	174	241	

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich bei den namentlich erfassten Angehörigen vor allem um Frauen – darunter viele ältere – handelt, die Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Das entspricht

dem Bild, dass die Mütter von Drogenabhängigen kommen bzw. die Frauen von Männern, die alkoholkrank sind. Sie haben vom zeitlichen Umfang her einen viel größeren Beratungsbedarf als die männlichen Angehörigen. Das betrifft fast alle Themen, die in der Beratung zur Sprache kommen können. Altersspezifische Effekte gibt es nicht; ein möglicher Zusammenhang mit dem Drogentyp konnte nicht überprüft werden.

Anonyme Kontakte mit Klienten/innen und Angehörigen

Wie schon dargestellt, können mit dem Dokumentationssystem HORIZONT auch anonyme Kontakte mit Klienten/innen und Angehörigen erfasst werden. Dabei werden allerdings wegen des Anonymisierungsschutzes ausschließlich Leistungs-, und keine Biographie- oder Behandlungseinträge vorgenommen. Zusätzlich kann nur noch das Geschlecht registriert werden. Daraus ergeben sich folgerichtig nur beschränkte Auswertungsmöglichkeiten.

Insgesamt wurden im Jahr 2000 von den beteiligten Einrichtungen 1.247 anonyme Kontakte mit Klienten/innen und 512 anonyme Kontakte mit Angehörigen dokumentiert (siehe Tabelle 4.1.17). Wie viele Klienten/innen bzw. Angehörige sich hinter diesen Kontakten verbergen, ist nicht genau zu ermitteln. Aufgrund bisheriger Erfahrungen wird jedoch davon ausgegangen, dass in der Regel jede anonyme Klientin (Klient) ein bis zwei Kontakte zu einer Einrichtung hat (Raschke et al. 2000).

Anonyme Kontakte finden überwiegend in der Einrichtung statt (68%). Erwartungsgemäß ist hier der Anteil telefonischer Leistungen vergleichsweise hoch: er beträgt 24%. Dagegen kommt es im anonymen Bereich selten zu Leistungen, die außer Haus oder in schriftlicher Form erbracht werden (5% bzw. 3%).

Verteilung nach Leistungstyp

Bei anonymen Kontakten wird überwiegend beraten. 71% aller Kontakte mit Klienten/innen und 82% aller Kontakte mit Angehörigen betreffen diesen Leistungstyp (siehe Tabelle 4.1.17). Daneben finden mit dieser Klientel gelegentlich Informationsgespräche statt (19% bzw. 15%). Vermittlung und Therapie kommen dage-

gen – wie zu erwarten war – kaum vor.²¹ Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen hierbei nicht. Im anonymen Bereich dauert ein Beratungskontakt mit einem Klienten (Klientin) im Durchschnitt 40 Minuten, mit einem Angehörigen 36 Minuten. Damit ist das anonyme Beratungsgespräch in der Regel etwas kürzer als das mit namentlich bekannten Klienten/innen oder Angehörigen geführte (44 Minuten bzw. 46 Minuten).²² Dieses dürfte mit dem (vergleichsweise) hohen Anteil telefonischer Kontakte zusammenhängen.

4.1.17 Tabelle: Von den anonymen Klienten/innen und Angehörigen (Kontakte) in Anspruch genommene Leistungen im Vergleich – prozentuale Anteile (in %, N-Leistungen=56.303)

	Klienten/innen		Angehörige	
	Namentlich erfasst	Anonyme Kontakte	Namentlich erfasst	Anonyme Kontakte
Information	14%	19%	4%	15%
Beratung	57%	71%	92%	82%
Vermittlung	2%	7%	0,5%	1%
Therapie	27%	3%	3%	1%
N-Leistungen	51.695	1.247	2.847	514

Wird die Zusammensetzung der Leistungen im Vergleich zu denen der namentlich erfassten Klienten/innen betrachtet, kann festgestellt werden, dass erwartungsgemäß bei den anonymen Kontakten der Leistungstyp Beratung eine noch größere Bedeutung besitzt – und auch die Information häufiger vorkommt – als bei den namentlich erfassten Klienten/innen (siehe Tabelle 4.1.17). Bei den Angehörigen verhält es sich anders: Dort fragen die namentlich erfassten Personen

²¹ Eine Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens nach der durchschnittlichen Gesamtleistungsdauer pro Klient/in und Jahr macht im Bereich der anonymen Kontakte keinen Sinn, da hier nur die einzelnen Kontakte gezählt werden können.

²² Beim Leistungstyp „Information“ ergeben sich für die anonymen Kontakte die folgenden Durchschnittswerte: bei den anonymen Klienten/innen 18 Minuten; bei den anonymen Angehörigen 22 Minuten. Seriöse Angaben für Vermittlung und Therapie sind nicht möglich, weil hier die Fallzahl der anonymen Kontakte für eine valide Auswertung zu gering ist.

vergleichsweise mehr Beratungsleistungen nach als die anonymen Angehörigen (92% zu 82%). Durch solche Gegenüberstellungen können die Inanspruchnahmeprofile der verschiedenen Klientele einer Einrichtung (bzw. eines Trägers) verdeutlicht werden. Daraus können sich möglicherweise Konsequenzen für die Praxis ergeben.

4.2 *Betreuungssequenzen*

Mit Hilfe der dokumentierten Daten ist es möglich, die einzelnen Kontakte der Klienten/innen, die von den jeweiligen Betreuern/innen von Termin zu Termin dokumentiert werden, zu ganzen Betreuungssequenzen zusammenzufügen. Durch die Analyse solcher Betreuungssequenzen können weitere differenzierte Erkenntnisse über das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen gewonnen werden. Diese können möglicherweise für den einzelnen Betreuer/in in der alltäglichen Beratungs- und Therapiearbeit so nicht deutlich werden, aber für die Praxis wichtig sein, beispielsweise für die Gestaltung des Hilfeangebotes oder Verhandlungen mit den Kostenträgern. Dabei muss betont werden, dass sich solche Analysen der Inanspruchnahme natürlich nur auf diejenigen Klient/innen beziehen, die überhaupt eine Hilfeeinrichtung aufsuchen. Aussagen über die Hilfebedarfe für alle suchtkranken Personen in Schleswig-Holstein zu formulieren, ist so nicht möglich.

Über den Ablauf und die Struktur von Betreuungssequenzen ist wenig bekannt. Mit den gängigen Dokumentationssystemen wie EBIS waren solche komplexen Analysen nicht möglich. Deshalb stellen sie etwas Neuartiges dar, die der ambulanten Suchtkrankenhilfe möglicherweise empirische Hinweise für ihre Fortentwicklung liefern kann.

Auch bei der Analyse der Betreuungssequenzen stehen die Fragen nach geschlechts-, alters- und substanzspezifischen Zusammenhängen im Vordergrund. Bestätigen sich auf dieser Analyseebene die bisherigen Befunde, nach denen vor allem der Drogentyp und das Therapiesetting das Inanspruchnahmeverhalten der

Klienten/innen beeinflussen? Und ergeben sich durch die Auswertung von Sequenzen weiterführende Erkenntnisse?

**Datengrundlage
aus sechs Modell-
einrichtungen**

Die folgenden Auswertungen basieren auf der Grundlage der von den sechs Modelleinrichtungen²³ zwischen 1998 und 2000 namentlich erfassten Klienten/innen. Eine Einbeziehung derjenigen Einrichtungen, die im Jahr 2000 mit der Dokumentation begonnen haben, hätte die Ergebnisse für diese Analyse der Betreuungssequenzen verzerrt, weil der Dokumentationszeitraum öfters noch zu kurz war. Die Rekonstruktion von Kontaktsequenzen gewinnt an Validität, je länger der Beobachtungszeitraum ist. Dadurch werden die methodischen Effekte an den Jahresrändern minimiert. Die hier zugrundegelegten drei zusammenhängenden Jahre stellen daher eine gute Grundlage dar. Eine Betreuungssequenz liegt vor, wenn eine Klientin (Klient) mindestens *zwei* Kontakte zu der Einrichtung hatte und der Kontaktzeitraum zur Einrichtung nicht länger als *2 Monate*²⁴ unterbrochen war. Dabei wurden die Termine aller Leistungstypen – also Information, Beratung, Vermittlung, Therapie und Andere Hilfen – berücksichtigt.

**Zusammensetzung
der Klienten/innen**

Insgesamt konnten für die Analyse der Betreuungssequenzen die Leistungseinträge zu 2.924 Klienten/innen aus den sechs Modelleinrichtungen herangezogen werden. Das Geschlechterverhältnis beträgt bei diesen Klienten/innen etwa ein Viertel Frauen zu drei Viertel Männern (siehe Tabelle 4.2.1). Das Durchschnittsalter liegt bei 35 bzw. 36 Jahren. Bei fast 40% dieser Klienten/innen wurde der Drogentyp nicht mit erfasst. Bei 24% der Klienten/innen wurde als Hauptdroge Alkohol,

²³ Die 6 Modelleinrichtungen sind: Alkohol- und Drogenberatung im Kreis Herzogtum Lauenburg (Suchthilfe GmbH Lauenburg), Anonyme Drogenberatung der Drogenhilfe Lübeck (AWO Lübeck), Drogenambulanz Schleswig-Holstein (Kiel), Kontaktladen CLARO („Odyssee e.V.“), Sozialtherapeutisches Zentrum Elmshorn (STZ) des Vereins Therapiehilfe e.V., Suchtberatung Meldorf des Diakonisches Werkes.

²⁴ Diese Zählweise folgt der EBIS-„60-Tages-Regelung“; siehe hierzu Strobl & Welsch 2001.

bei 32% Opiate angegeben. Dass es hier im Gegensatz zu den vorangegangenen Auswertungen (siehe Kapitel 4.1) mehr Opiat- als Alkoholabhängige gibt, hängt mit der Zusammensetzung der Modelleinrichtungen zusammen. Vier dieser sechs Einrichtungen betreuen überwiegend Konsumenten/innen illegaler Drogen. Dies ergab sich aus den Auswahlkriterien für die Modelleinrichtungen, nach denen möglichst verschiedene Einrichtungstypen an dem Erprobungsvorhaben teilnehmen sollten (siehe Raschke et al. 2000).

Tabelle 4.2.1: Zusammensetzung der Klienten/innen nach Geschlecht, Alter und Drogentyp (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Klienten=2.924)

Insgesamt	2.924 Klienten/innen
Nach Geschlecht	
Frauen	23%
Männer	77%
Nach Alter	
Männer (Durchschnitt)	36 Jahre
Frauen (Durchschnitt)	35 Jahre
Nach Drogentyp	
Alkoholabhängige	24%
Opiatabhängige	32%
Anderes	5%
Unbekannt	39%

Anzahl und Struktur der Betreuungssequenzen

Für diese 2.924 Klienten/innen konnten in dem Zeitraum von 36 Monaten insgesamt 4.607 Betreuungssequenzen mit etwa 70.000 Kontakten gezählt werden. Daneben kam es zu 2.119 Kurzkontakten mit insgesamt 1.615 Klienten/innen. Das sind Einmal-Kontakte mit der Einrichtung, aus denen keine Betreuungssequenz hervorgeht. Solche Kurzkontakte dauern im Durchschnitt 39 Minuten. Eine Betreuungssequenz umfasst im Durchschnitt 121 Tage, d.h. ungefähr vier Monate. Dabei kommt es alle 8 Tage zu einem Kontakt mit der Einrichtung, insgesamt also zu 15 Kontakten pro Sequenz. Der Zeitaufwand pro Kontakt beträgt im Mittel 48 Minuten, so

dass sich daraus ein durchschnittlicher Betreuungsaufwand für jede Sequenz von insgesamt 12 Stunden ergibt (siehe Tabelle 4.2.2, obere Zeile). Hierbei zeigen sich nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede: Die durchschnittliche Dauer der Betreuungssequenz ist bei Frauen und Männern sehr ähnlich, genauso wie der zeitliche Aufwand pro Kontakt (siehe Tabelle 4.2.2). Jedoch ist bei den Frauen die Kontaktintensität etwas höher – bei ihnen findet alle 7 Tage ein Kontakt statt, bei den Männern alle 9 Tage –, was einen insgesamt größeren Betreuungsaufwand bewirkt (Frauen: 14 Stunden, Männer: 11 Stunden).

Während sich bei der geschlechtsspezifischen Auswertung nur wenige Unterschiede ergeben, zeigt sich bei der Analyse der Betreuungssequenzen ein offensichtlicher Zusammenhang mit dem Alter: Je älter die Klienten/innen, desto höher ist der Betreuungsaufwand. Bei den jüngeren Klienten/innen (bis 25 Jahre) umfasst der Betreuungsaufwand im Durchschnitt 7 Stunden (siehe Tabelle 4.2.2). Dieser Wert steigt über die Altersgruppen hinweg kontinuierlich an und erreicht bei den über 45jährigen mit 21 Stunden sein Maximum. Dieser Sachverhalt hängt damit zusammen, dass die Sequenzdauer (von 92 auf 157 Tage) und der zeitliche Aufwand pro Kontakt (von 37 auf 60 Minuten) mit dem Alter zunehmen. Scheinbar ist bei älteren Klienten/innen die Haltekraft größer und/oder sie haben einen größeren Hilfebedarf. Die Kontaktintensität ist dagegen vom Alter unabhängig: In jeder Altersklasse findet im Durchschnitt alle 8 oder 7 Tage ein Kontakt mit oder in der Einrichtung statt.

Bei der Unterscheidung nach dem Drogentyp zeigt sich, dass bei den alkoholabhängigen Klienten/innen die Sequenzdauer länger, die Kontaktintensität dichter und der zeitliche Aufwand pro Kontakt größer ist als bei den Opiatabhängigen (siehe Tabelle 4.2.2). Daraus ergibt sich insgesamt ein fast doppelt so hoher Betreuungsaufwand wie bei den Opiatabhängigen (20 Stunden zu 11 Stunden). Die Alkoholabhängigen fragen deutlich mehr Leistungen nach bzw. sind zeitaufwendiger in der Betreuung als die Opiatabhängigen.

Tabelle 4.2.2: Charakteristika der Betreuungssequenzen (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=4.607, N-Klienten=2.924)

	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Insgesamt	15	121 Tage	alle 8 Tage	48 Min.	12 Std.	4.607
Nach Geschlecht						
Frauen	17	125 Tage	alle 7 Tage	49 Min.	14 Std.	1.077
Männer	14	120 Tage	alle 9 Tage	48 Min.	11 Std.	3.530
Nach Alter						
Bis 25 Jahre	12	92 Tage	alle 8 Tage	37 Min.	7 Std.	796
26-35 Jahre	14	117 Tage	alle 8 Tage	44 Min.	10 Std.	1.733
36-45 Jahre	16	131 Tage	alle 8 Tage	51 Min.	14 Std.	1.329
46 Jahre und älter	21	157 Tage	alle 7 Tage	60 Min.	21 Std.	657
Nach Drogentyp						
Alkoholabhängige	20	149 Tage	alle 7 Tage	59 Min.	20 St.	1.008
Opiatabhängige	15	136 Tage	alle 9 Tage	42 Min.	11 St.	1.951

Insgesamt zeigen sich also auf dieser Auswertungsebene – wie schon bei der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens (Kapitel 4.1.1) – nur schwache geschlechtsspezifische Unterschiede, aber offensichtlich starke Zusammenhänge zwischen der Gestalt der Betreuungssequenzen und dem Alter und Suchtmittel der Klienten/innen.

Es sind aber weitere Analyseschritte nötig. Denn es könnte sein, dass diese Ergebnisse stark vom Leistungstyp beeinflusst sind, d.h. je nachdem, ob es sich um Sequenzen mit oder ohne Therapie handelt. Bei-

spielsweise könnte der Betreuungsaufwand bei den alkoholabhängigen Personen auf Settingvorgaben (ambulante Rehabilitation) und nicht auf das Konsummittel selber zurückzuführen sein. Um solche „Verzerrungseffekte“ auszuschließen, ist es nötig, die Betreuungssequenzen weiter aufzuschlüsseln. Die bisher festgestellten drogen- und altersspezifischen Zusammenhänge bei den Betreuungssequenzen könnten sich dann möglicherweise relativieren, weiter ausdifferenzieren oder sogar gänzlich verschwinden. Deshalb werden bei den folgenden Analysen die Sequenzen danach unterschieden, ob es sich um *Sequenzen mit oder ohne Therapie* handelt. Die erste Kategorie umfasst Sequenzen, in denen es mindestens zu einem therapeutischen Kontakt gekommen ist. Der zweite Fall betrifft Sequenzen, bei denen ausschließlich die Leistungstypen Beratung, Information und Vermittlung in Anspruch genommen worden sind. An einigen Stellen werden zudem ergänzend die „reinen“ Therapiesequenzen analysiert. Das sind Sequenzen, bei denen nur die therapeutischen Kontakte im Rahmen von Betreuungssequenzen gezählt werden. Insgesamt können also vier Sequenztypen unterschieden werden:

- Betreuungssequenzen (Kontakte bei allen Leistungstypen)
- Darunter:*
- Sequenzen mit Therapie (mindestens ein Kontakt beim Leistungstyp Therapie)
- Sequenzen ohne Therapie (Kontakte nur bei den Leistungstypen Beratung, Information, Vermittlung)
- reine Therapiesequenzen (nur die Kontakte beim Leistungstyp Therapie)

Sequenzen mit und ohne Therapie

Die Tabelle 4.2.3 zeigt die Verteilung der Betreuungssequenzen nach Sequenzen mit und ohne Therapie auf. Bei den meisten Betreuungssequenzen handelt es sich um Sequenzen ohne Therapie (71%). Bei ihnen werden ausschließlich die Leistungstypen Information, Beratung und Vermittlung in Anspruch genommen. Ein knappes Drittel der Betreuungssequenzen enthält therapeutische Kontakte (29%). Werden die beiden Sequenztypen differenziert nach Drogentyp, Geschlecht

und Alter betrachtet, wird vor allem deutlich, dass es bei den Opiatabhängigen (in relativer Hinsicht) mehr Sequenzen mit Therapie als bei den alkoholabhängigen Personen gibt (46% zu 22%) (siehe Tabelle 4.2.3). Bei den anderen beiden Betrachtungsweisen ergeben sich keine große Abweichungen (Geschlecht) bzw. zeigt sich kein Zusammenhang (Alter).

Tabelle 4.2.3: *Betreuungssequenzen nach Sequenzen mit und ohne Therapie (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=4.607, N-Klienten=2.924)*

	Betreuungssequenzen →	davon: Sequenzen mit Therapie	davon: Sequenzen ohne Therapie
Anzahl Insgesamt	4.607	29%	71%
Nach Drogentyp			
Opiatabhängige	1.951	46%	54%
Alkoholabhängige	1.008	22%	78%
Nach Geschlecht			
Frauen	1.077	33%	67%
Männer	3.530	28%	72%
Nach Alter			
Bis 25 Jahre	796	20%	80%
26-35 Jahre	1.733	34%	66%
36-45 Jahre	1.329	32%	68%
46 Jahre und älter	657	27%	73%

Werden nun die Sequenzen mit und ohne Therapie miteinander verglichen, ergeben sich deutliche Unterschiede: Die *Sequenzen mit Therapie* dauern im Durchschnitt viel länger (273 Tage) und umfassen pro Kontakt einen höheren zeitlichen Aufwand (56 Minuten) als die *Sequenzen ohne Therapie* (siehe Tabelle 4.2.4). Daraus resultiert ein über viermal so hoher Betreuungsaufwand pro Sequenz (28 zu 6 Stunden), obwohl die Kontaktintensität bei beiden Sequenztypen fast gleich ist (9 Tage bzw. 8 Tage).

Aus den bisherigen Analysen kann die Annahme getroffen werden, dass auch bei den Betreuungssequenzen der Drogentyp eine entscheidende Rolle spielt.

Tabelle 4.2.4: Sequenzen ohne und mit Therapie im Vergleich (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=4.607, N-Klienten=3.303)

	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie	9	73 Tage	alle 8 Tage	37 Min.	6 Std.	3.263
Sequenzen mit Therapie	30	273 Tage	alle 9 Tage	56 Min.	28 Std.	1.344

Deshalb werden bei allen folgenden Auswertungen von Beginn an getrennte Auswertungen für die alkohol- und die opiatabhängigen Personen vorgenommen, um diesen Einflussfaktor gleich erkennen zu können.²⁵ Das gilt auch für die geschlechts- und altersspezifischen Analysen.

Sequenzen mit und ohne Therapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen

Es zeigt sich, dass sich die *Sequenzen ohne Therapie* – also dort wo ausschließlich informiert, beraten und vermittelt wird – bei alkohol- und opiatabhängigen Klienten/innen sehr ähnlich darstellen. Die Sequenzdauer ist bei beiden Konsumentengruppen fast gleich (75 bzw. 80 Tage) (siehe Tabelle 4.2.5). Auch die Kontaktintensität unterscheidet sich kaum. Nur der zeitliche Aufwand pro Kontakt weicht etwas ab. Insgesamt ergibt sich für beide Klientele ein Betreuungsaufwand von durchschnittlich 6 Stunden.

Im Gegensatz zu den Sequenzen ohne Therapie unterscheiden sich die *Sequenzen mit Therapie* bei Alkoholikern/innen und Opiatabhängigen erheblich: Bei der ersten Gruppe dauert im Durchschnitt eine Sequenz doppelt so lange wie bei der letztgenannten (407 zu 200 Tage) (siehe Tabelle 4.2.5). Auch der zeitliche Aufwand je Kontakt ist bei den alkoholabhängigen Klienten

²⁵ Auch bei der Darstellung der Betreuungssequenzen wurde sich auf die beiden Substanzen Alkohol und Opiate beschränkt, weil sie den allergrößten Teil derjenigen Sequenzen ausmachen, von denen der Drogentyp bekannt ist.

ten/innen wesentlich höher, so dass sich insgesamt ein viermal so hoher Betreuungsaufwand bei dieser Personengruppe ergibt (68 Stunden). Die Opiatabhängigen kommen „nur“ auf einen Wert von 17 Stunden.

Tabelle 4.2.5: Sequenzen ohne und mit Therapie nach Drogentyp (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=2.959, N-Klienten=1.970)

	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Alkoholabhängige	8	75 Tage	alle 9 Tage	43 Min.	6 Std.	782
Opiatabhängige	10	80 Tage	alle 8 Tage	33 Min.	6 Std.	1.045
Sequenzen mit Therapie						
Alkoholabhängige	61	407 Tage	alle 7 Tage	67 Min.	68 Std.	226
Opiatabhängige	22	200 Tage	alle 9 Tage	46 Min.	17 Std.	906
Darunter: Reine Therapiesequenzen						
Alkoholabhängige	38	257 Tage	alle 7 Tage	83 Min.	53 Std.	226
Opiatabhängige	9	126 Tage	alle 14 Tage	52 Min.	8 Std.	906

Dieses Verhältnis verschiebt sich noch weiter, wenn die „reinen“ Therapiesequenzen gegenübergestellt, also ausschließlich die therapeutischen Kontakte innerhalb einer Sequenz betrachtet werden. Dann ist die Relation beim durchschnittlichen Betreuungsaufwand 53 Stunden (Alkohol) zu 8 Stunden (Opiate). Es zeichnet sich auch hier – wie schon bei der Inanspruchnahmeanalyse in Kapitel 4.1.1 – ein möglicher Zusammen-

Sequenzen von ambulanten Therapieformen bei Alkohol- und Drogenabhängigen

hang dieses extremen Unterschiedes mit den Therapieformen für die beiden Konsumentengruppen ab. Dieser soll im Folgenden untersucht werden.

Dieser Vergleich muss auch hier auf die ambulante Abstinenztherapie und die Substitutionstherapie beschränkt bleiben, weil die Fallzahl bei den anderen ambulanten Therapieformen (z.B. Nachsorge, Suchtakupunktur) für eine statistisch valide Analyse nicht ausreichend ist. Zunächst einmal ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme bei der Substitutionstherapie, die es nur für Opiatabhängige gibt, in sehr starkem Maße die Gesamtwerte der *Sequenzen mit Therapie* für diese Konsumentengruppe beeinflusst. Denn immerhin über 80% der reinen Therapiesequenzen betreffen die Substitutionsbehandlung. Diese Therapieform unterscheidet sich deutlich von der ambulanten Abstinenztherapie (bei beiden Gruppen): Ihre durchschnittliche Sequenzdauer ist kürzer (187 Tage), ihre Kontaktintensität ist eher niedrig (alle 10 Tage) und ihr zeitlicher Aufwand pro Kontakt ist kleiner (39 Minuten) (siehe Tabelle 4.2.6). Daraus resultiert dann ein insgesamt deutlich geringerer Betreuungsaufwand (12 Stunden im Durchschnitt).

Auffälliger ist aber der unterschiedliche Charakter der abstinenztherapeutischen Sequenzen bei den Alkohol- und Opiatabhängigen, obwohl diese Therapieform nach gleichen oder ähnlichen Settingvorgaben bei beiden Konsumentengruppen durchgeführt wird. Der entscheidende Unterschied liegt dabei in der durchschnittlichen Sequenzdauer: bei den Alkoholiker/innen umfasst sie 418 Tage, bei den opiatabhängigen Klienten/innen 281 Tage (siehe Tabelle 4.2.6). Der durchschnittliche zeitliche Aufwand pro Kontakt ist dagegen mit 70 Minuten genauso identisch wie die Intensität der Kontakte, die in beiden Konsumentengruppen im Durchschnitt jeden 7. Tag stattfinden. Diese Werte sprechen für ein gleiches Therapiesetting.

Es stellt sich demnach die Frage, warum die Sequenzdauer bei den Alkoholabhängigen so viel länger ist als bei den Opiatabhängigen. Die Regeltherapiezeit bei der ambulanten Abstinenztherapie (ambulante Rehabilita-

tion) beträgt 12 Monate.²⁶ Die hier ermittelten Werte deuten daraufhin, dass bei den alkoholabhängigen Suchtkranken die Therapie häufig um 6 weitere Monate verlängert wird. Nur so kann eigentlich eine Sequenzdauer von 418 Tage im Mittel zustande kommen. Offensichtlich ist der Hilfebedarf der Alkoholiker/innen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation größer als der der opiatabhängigen Personen. Die Sequenzdauer der letztgenannten Gruppe kann derart interpretiert werden, dass sie die Therapie eher in der Regelzeit abschließt. Es könnte aber auch sein, dass ein Teil der Opiatabhängigen die ambulante Therapie vorzeitig abbricht.

Tabelle 4.2.6: Sequenzen von ambulanten Therapieformen bei Opiat- und Alkoholabhängigen im Vergleich (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.013, N-Klienten=709)

	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Alkoholabhängige						
Ambulante Abstinenztherapie	63	418 Tage	alle 7 Tage	70 Min.	74 Std.	193
Opiatabhängige						
Ambulante Abstinenztherapie	40	281 Tage	alle 7 Tage	70 Min.	47 Std.	75
Substitutions-therapie	19	187 Tage	alle 10 Tage	39 Min.	12 Std.	745

Eine exakte Klärung dieser Fragen kann und soll hier nicht erfolgen. Das würde den Rahmen des Jahresbe-

²⁶ Die Empfehlungsvereinbarung sieht vor, dass die ambulante Rehabilitation innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein sollte; in begründeten Einzelfällen werden nach einem Verlängerungsantrag mit fundiertem Verlaufsbericht weitere sechs Monate bewilligt. Bewilligt werden 40 therapeutische Einzel- und Gruppensitzungen für jeweils sechs Monate. In Einzelfällen können also maximal 120 Einheiten in 18 Monaten gewährt werden. Bei der therapeutischen Arbeit mit Bezugspersonen können zusätzlich 12 Einzel- und Gruppengespräche abgerechnet werden (Pape-Hoßmann & Kalke 2002).

richtes 2000 sprengen. Sie stellen jedoch einen Ausgangspunkt für tiefgehendere Therapieanalysen dar, die in weiteren Jahresberichten durchgeführt werden könnten, wenn sich die Datengrundlage weiter vergrößert hat.

Sequenzen mit und ohne Therapie nach Geschlecht

Werden im Folgenden nun die Opiatabhängigen und Alkoholabhängigen jeweils getrennt nach Geschlecht und Sequenztyp betrachtet, zeigt sich, dass es in beiden Konsumentengruppen keine großen geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt (siehe Tabellen 4.2.7 und 4.2.8). Der durchschnittliche Betreuungsaufwand ist bei den *Sequenzen ohne Therapie* bei Frauen und Männern sehr ähnlich: er beträgt bei den Opiatabhängigen 5 und 6 Stunden und bei den Alkoholabhängigen 8 und 6 Stunden. Das Gleiche gilt für die *Sequenzen mit Therapie* bei den alkoholabhängigen Klienten/innen.

Tabelle 4.2.7: Sequenzen ohne und mit Therapie bei den Opiatabhängigen nach Geschlecht (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.951, N-Klienten=1.196)

Opiatabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Frauen	9	76 Tage	alle 8 Tage	34 Min.	5 Std.	253
Männer	10	81 Tage	alle 8 Tage	33 Min.	6 Std.	792
Sequenzen mit Therapie						
Frauen	26	205 Tage	alle 8 Tage	48 Min.	21 Std.	250
Männer	21	198 Tage	alle 9 Tage	45 Min.	16 Std.	656

Die Frauen kommen hier auf einen Wert von 69 Stunden, die Männer auf 68 Stunden. Bei diesem Sequenz-

typ zeigt sich auch in der anderen Konsumenten-
gruppe die größte geschlechtsspezifische Abweichung:
Die weiblichen Opiatabhängigen nehmen im Durch-
schnitt 5 Stunden mehr Leistungen pro Sequenz in An-
spruch als ihren männlichen Mitklienten (21 zu 16
Stunden) (siehe Tabelle 4.2.7). Sonst liegt die Differenz
der in Anspruch genommenen Zeit bei einer 1 oder 2
Stunden, wenn Sequenzart, Drogentyp und das Ge-
schlecht miteinander in Beziehung gesetzt werden.
Insgesamt gesehen werden nur geringfügige ge-
schlechtsspezifische Unterschiede sichtbar, wenn die
Betreuungssequenzen nach Sequenzart und Drogentyp
analysiert werden.

Tabelle 4.2.8: Sequenzen ohne und mit Therapie bei den Alkoholabhängigen nach Geschlecht (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.008, N-Klienten=774)

Alkoholabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenz- dauer	Kontakt- intensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreu- ungsauf- wand insge- samt	N- Sequen- zen
Sequenzen ohne Therapie						
Frauen	10	88 Tage	alle 9 Tage	45 Min.	8 Std.	140
Männer	8	72 Tage	alle 9 Tage	42 Min.	6 Std.	642
Sequenzen mit Therapie						
Frauen	64	371 Tage	alle 6 Tage	65 Min.	69 Std.	50
Männer	60	418 Tage	alle 7 Tage	68 Min.	68 Std.	176

**Sequenzen mit und
ohne Therapie nach
Alter**

Auch Alterseffekte bilden sich bei den Betreuungsse-
quenzen nur schwach ab.
Um mit den alkoholabhängigen Personen anzufangen:
Bei den *Sequenzen ohne Therapie* ist die Struktur der
Sequenzen in allen vier Altersklassen sehr ähnlich. Der
Kontaktzeitraum beträgt 71 bis 81 Tage, es kommt alle

8 bis 10 Tage zu einem Kontakt, der zeitliche Aufwand pro Kontakt liegt zwischen 39 und 45 Minuten. Daraus resultiert ein durchschnittlicher Betreuungsaufwand von 5 bis 7 Stunden (siehe Tabelle 4.2.10). Auch bei den *Sequenzen mit Therapie* sehen die Sequenzen im Großen und Ganzen über die verschiedenen Alterstufen hinweg nicht sehr verschieden aus: Es findet alle 7 Tage ein Kontakt statt, der 67 bzw. 68 Minuten dauert. Die Sequenzdauer liegt zwischen 380 und 439 Tagen, der Betreuungsaufwand zwischen 63 und 74 Stunden. Es fallen nur die Sequenzen bei den unter 26jährigen

Tabelle 4.2.9: Sequenzen ohne und mit Therapie bei Opiatabhängigen nach Alter (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.940, N-Klienten=1.189)

Opiatabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Bis 25 Jahre	11	81 Tage	alle 8 Tage	32 Min.	6 Std.	159
26-35 Jahre	9	75 Tage	alle 8 Tage	34 Min.	5 Std.	530
36-45 Jahre	10	84 Tage	alle 8 Tage	33 Min.	6 Std.	296
46 Jahre und älter	10	106 Tage	alle 11 Tage	38 Min.	6 Std.	51
Sequenzen mit Therapie						
Bis 25 Jahre	23	160 Tage	alle 7 Tage	40 Min.	15 Std.	121
26-35 Jahre	22	198 Tage	alle 9 Tage	47 Min.	17 Std.	487
36-45 Jahre	22	215 Tage	alle 10 Tage	46 Min.	17 Std.	254
46 Jahre und älter	28	253 Tage	alle 9 Tage	44 Min.	21 Std.	42

Klienten/innen aus diesem Rahmen. Diese können aber in die Analyse nicht mit einbezogen werden, weil sie nur auf einer Datengrundlage von N=2 basieren. Bei den Opiatabhängigen sind bei den *Sequenzen ohne Therapie* ebenfalls keine altersspezifischen Zusammenhänge zu erkennen (siehe Tabelle 4.2.9). Nur bei den *Sequenzen mit Therapie* gibt es in dieser Konsumentengruppe den auffälligen Befund, nach dem die Sequenzdauer zunimmt, um so älter die Klienten/innen sind. Bei den jüngeren Personen (unter 26 Jahre) be-

Tabelle 4.2.10: Sequenzen ohne und mit Therapie bei Alkoholabhängigen nach Alter (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=958, N-Klienten=760)

Alkoholabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Bis 25 Jahre	8	81 Tage	alle 10 Tage	39 Min.	5 Std.	75
26-35 Jahre	9	71 Tage	alle 8 Tage	42 Min.	6 Std.	157
36-45 Jahre	8	72 Tage	alle 9 Tage	42 Min.	6 Std.	302
46 Jahre und älter	9	77 Tage	alle 9 Tage	45 Min.	7 Std.	232
Sequenzen mit Therapie						
Bis 25 Jahre	15	82 Tage	alle 5 Tage	46 Min.	12 Std.	(2) ^{a)}
26-35 Jahre	62	416 Tage	alle 7 Tage	67 Min.	69 Std.	34
36-45 Jahre	56	380 Tage	alle 7 Tage	67 Min.	63 Std.	56
46 Jahre und älter	65	439 Tage	alle 7 Tage	68 Min.	74 Std.	100

^{a)} Datengrundlage für eine gesicherte statistische Aussage zu klein.

trägt die durchschnittliche Sequenzdauer 160 Tage, bei den älteren ist sie auf 253 Tage angewachsen. Das korrespondiert mit einem erhöhten Betreuungsaufwand bei der älteren Klientengruppe (21 Stunden). Dieser Zusammenhang wird teilweise beeinflusst von den Klienten/innen, die sich in einer „Substitutionssequenz“ befinden (N=745): Auch bei ihnen steigt mit zunehmenden Alter der Kontaktzeitraum.²⁷ Dieses ist möglicherweise ein Sachverhalt, der bei der psychosozialen Betreuung von Substituierten beachtet werden sollte. Diese differenzierte Teilanalyse nach Alter zeigt also, dass es innerhalb spezifischer Subgruppen auch Zusammenhänge mit dem Alter geben kann, die handlungsrelevant werden können. Es kann aber auch hier konstatiert werden, dass zusammenfassend betrachtet das Alter der Klienten/innen nur einen unwesentlichen Einfluss auf die Gestalt der Sequenzen hat.

Sequenzen mit und ohne Therapie nach Wiederaufnahme

An dieser Stelle wird ein neuer Aspekt in die Analyse eingeführt. Es soll geprüft werden, ob sich das Inanspruchnahmeverhalten der Klienten/innen verändert, wenn sie erneut in ein Betreuungsverhältnis aufgenommen werden (Wiederaufnahme).²⁸ Dies ist eine Frage von praktischer Relevanz. Denn möglicherweise stellt sich das Nachfrageverhalten der Klienten/innen anders dar, wenn sie das zweite, dritte oder vierte Mal mit einer Betreuung beginnen? Dies wäre dann in der Arbeit der Suchtkrankenhilfe zu berücksichtigen. Auch diese Auswertung wird wieder getrennt nach Drogentyp sowie *Sequenz ohne und mit Therapie* durchgeführt. Es werden die dabei entstehenden vier verschiedenen Subgruppen betrachtet. Zunächst einmal fällt auf, dass bei Opiatabhängigen in viel stärkerem Maße eine Wiederaufnahme stattfindet als bei den alkoholabhängigen Personen: 80% aller Opiatabhängigen mit einer *Sequenz ohne Therapie*

²⁷ Kontaktzeitraum bei den Substitutionssequenzen nach Alter: bis 25 Jahre: 106 Tage; 26-35 Jahre: 115 Tage; 36-45 Jahre: 118 Tage; 46 Jahre und älter: 129 Tage.

²⁸ Wenn der Kontaktzeitraum zur Einrichtung länger als 2 Monate unterbrochen war, wurde eine neue Sequenz (Wiederaufnahme) gezählt. Diese Zählweise erfolgt analog der EBIS-„60-Tages-Regelung“ (siehe hierzu Strobl & Welsch 2001).

und 58% mit einer *Sequenz mit Therapie* beginnen mit einer Behandlung erneut (siehe Tabelle 4.2.11, letzte Spalte). Bei den Alkoholabhängigen betragen die entsprechenden Werte nur 40% bzw. 6% (siehe Tabelle 4.2.12, letzte Spalte). Dieses extrem unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der beiden Konsumentengruppen kann verschiedene Ursachen haben: Entweder brechen die Opiatabhängigen schneller eine Betreuungssequenz ab als die Alkoholabhängigen (geringere Haltekraft). Oder es handelt sich um ein normales Nachfragemuster bei dieser Klientel, das in Intervallen verläuft. Danach „befriedigen“ die Opiatabhängigen ihren Beratungs- und Therapiebedarf und beenden regulär ein Betreuungsverhältnis, kommen dann aber zum größten Teil wieder, weil es neue Probleme gibt und das Hilfeangebot eine entsprechende Akzeptanz bei ihnen besitzt. Auch diesen Fragen kann nur im Rahmen einer Spezialuntersuchung weiter nachgegangen werden. Dies würde den Rahmen des Jahresberichtes 2000 sprengen.

Werden nun im nächsten Schritt die einzelnen Sequenzverläufe innerhalb der Subgruppen betrachtet, zeigt sich, dass es bei den Opiatabhängigen mit einer *Sequenz ohne Therapie* keine großen Unterschiede gibt, wenn die Sequenzen nach Wiederaufnahme betrachtet werden. Es bestehen zwar geringere Abweichungen – beispielsweise, dass bei der vierten Sequenz der zeitliche Aufwand pro Kontakt kürzer ist als bei der zweiten Sequenz (28 zu 37 Minuten) –, ein einheitliches Muster ist jedoch nicht zu erkennen. Der durchschnittliche Betreuungsaufwand ist sogar überall sehr ähnlich, unabhängig davon, ob es sich um die erste, zweite, dritte oder vierte Sequenz handelt (5 bzw. 6 Stunden) (siehe Tabelle 4.2.11, obere Hälfte).

Dagegen wird in dieser Konsumentengruppe bei den *Sequenzen mit Therapie* sichtbar, dass mit jeder erneuten Behandlungssequenz eines Klienten, d.h. wenn er oder sie wieder aufgenommen wird, die Sequenzdauer abnimmt und sich damit der Betreuungsaufwand reduziert: die Entwicklung verläuft von 232 Tage (erste Sequenz) über 163 Tage (zweite Sequenz) bis zu 93 Tage (vierte Sequenz) (siehe Tabelle 4.2.11, untere Hälfte).

Das gilt auch, wenn nur die erste Sequenz derjenigen betrachtet wird, bei denen es zu einer Wiederaufnahme gekommen ist (215 Tage). Damit einher geht auch eine stetige Abnahme des Betreuungsaufwandes (von 22 auf 7 Stunden). Es stellt sich die Frage nach

Tabelle 4.2.11: Sequenzen ohne und mit Therapie bei Opiatabhängigen nach Wiederaufnahme (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.933, N-Klienten=1.447)

Opiatabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Erste Sequenz ohne Wiederaufn.	12	81 Tage	alle 7 Tage	32 Min.	6 Std.	338
Erste Sequenz mit Wiederaufnahme	9	85 Tage	alle 9 Tage	35 Min.	5 Std.	269 (80%)
Wiederaufnahme						
Zweite Sequenz	8	79 Tage	alle 10 Tage	37 Min.	5 Std.	269
Dritte Sequenz	9	71 Tage	alle 8 Tage	30 Min.	5 Std.	115
Vierte Sequenz	11	81 Tage	alle 7 Tage	28 Min.	5 Std.	40
Sequenzen mit Therapie						
Erste Sequenz ohne Wiederaufn.	28	232 Tage	alle 8 Tage	47 Min.	22 Std.	372
Erste Sequenz mit Wiederaufnahme	24	215 Tage	alle 9 Tage	45 Min.	18 Std.	217 (58%)
Wiederaufnahme						
Zweite Sequenz	15	163 Tage	alle 11 Tage	43 Min.	11 Std.	217
Dritte Sequenz	12	139 Tage	alle 12 Tage	52 Min.	10 Std.	73
Vierte Sequenz	13	93 Tage	alle 7 Tage	34 Min.	7 Std.	23

dem Grund für diesen Zusammenhang zwischen abnehmender Sequenzdauer (bzw. Betreuungsaufwand) und der Anzahl von Wiederaufnahmen. Benötigen die Opiatabhängigen mit jeder Wiederaufnahme weniger

Tabelle 4.2.12: Sequenzen ohne und mit Therapie bei Alkoholabhängigen nach Wiederaufnahme (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=1.004, N-Klienten=831)

Alkoholabhängige	Anzahl Kontakte pro Sequenz	Sequenzdauer	Kontaktintensität	Zeitlicher Aufwand pro Kontakt	Betreuungsaufwand insgesamt	N-Sequenzen
Sequenzen ohne Therapie						
Erste Sequenz ohne Wiederaufn.	8	72 Tage	alle 9 Tage	45 Min.	6 Std.	400
Erste Sequenz mit Wiederaufnahme	8	73 Tage	alle 9 Tage	43 Min.	6 Std.	161 (40%)
Wiederaufnahme						
Zweite Sequenz	10	86 Tage	alle 9 Tage	39 Min.	7 Std.	161
Dritte Sequenz	6	57 Tage	alle 10 Tage	35 Min.	4 Std.	43
Vierte Sequenz	8	61 Tage	alle 8 Tage	43 Min.	6 Std.	(13) ^{a)}
Sequenzen mit Therapie						
Erste Sequenz ohne Wiederaufn.	63	423 Tage	alle 7 Tage	68 Min.	71 Std.	201
Erste Sequenz mit Wiederaufnahme	65	401 Tage	alle 6 Tage	64 Min.	69 Std.	12 (6%)
Wiederaufnahme						
Zweite Sequenz	20	163 Tage	alle 8 Tage	53 Min.	18 Std.	(12) ^{a)}
Dritte Sequenz	21	273 Tage	alle 13 Tage	38 Min.	13 Std.	(1) ^{a)}
Vierte Sequenz	-	-	-	-	-	-

^{a)} Datengrundlage für eine gesicherte statistische Aussage zu klein.

therapeutische Leistungen, um zum Erfolg zu gelangen, oder nimmt die Haltekraft mit jeder Wiederaufnahme immer weiter ab? Auch dies ist eine offene Frage, die an dieser Stelle unbeantwortet bleiben muss.

Im Gegensatz zu den Opiatabhängigen erbringt die Analyse der Wiederaufnahme-Sequenzen bei den Alkoholabhängigen nur wenige Erkenntnisse: Bei den *Sequenzen ohne Therapie* gilt das Gleiche wie bei den opiatabhängigen Klienten/innen. Auch hier gibt es keine großen Unterschiede, und es wird kein einheitliches Muster der Inanspruchnahme sichtbar, das sich in die eine oder andere Richtung bewegt (siehe Tabelle 4.2.12, obere Hälfte). Bei den *Sequenzen mit Therapie* bei den alkoholabhängigen Personen können aufgrund der geringeren Fallzahlen bei der Wiederaufnahme (N=12 bzw. N=1) keine Aussagen getroffen werden. Das interessanteste Ergebnis ist hier – wie oben schon erwähnt –, dass es nur bei einem ganz geringen Teil der Klienten/innen überhaupt zu einer Wiederaufnahme kommt (6%).

Ablauf von Betreuungssequenzen mit therapeutischer Intervention

Abschließend soll eine weitere Form der Analyse von Betreuungssequenzen durchgeführt werden. Es werden die Betreuungssequenzen daraufhin untersucht, wie Beratung und Therapie bei denjenigen Klienten/innen miteinander in Verbindung stehen, die therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen. Es geht also um die Komplexität des Betreuungsprozesses. Diese Frage ist schon deshalb relevant, weil häufig für Therapie und Beratung unterschiedliche Kostenträger zuständig sind, beispielsweise für die ambulante Abstinenztherapie die Rentenversicherungsträger und für die Beratung die Kommunen bzw. das Land. In Wirklichkeit sind aber – das wird diese Analyse zeigen – diese beiden Hilfeformen in der Alltagsarbeit der Suchtkrankenhilfe eng miteinander verzahnt. Ausgangspunkt der folgenden Betrachtungen sind immer die Sequenzen mit Therapie. Von diesen ausgehend wird untersucht, inwieweit ihnen Beratung vorausgeht, parallel dazu verläuft und sich anschließt. Erst so kann der gesamte Betreuungsaufwand abge-

schätzt werden. Auch diese Analyse erfolgt getrennt für Opiat- und Alkoholabhängige. Beim Ablauf der Betreuungssequenzen bei den Opiatabhängigen zeigt sich, dass der Hälfte der Sequenzen mit Therapie eine vorbereitende Beratung vorausgeht (bei 460 von 906 Sequenzen=51%) (siehe Tabelle 4.2.13). Die vorbereitende Beratung ist hier so definiert, dass sie aus mindestens zwei Beratungskontakten bestehen muss. Dann kann vermutet werden, dass sie auch Elemente eines Motivationsgespräches für die

Tabelle 4.2.13: Ablauf von Betreuungssequenzen mit therapeutischer Intervention bei den Opiatabhängigen (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=906, N-Klienten=589)

Vorbereitende Beratung			Sequenzen mit Therapie			Anschließende Beratung		
			es gab 906 Sequenzen mit 22 Kontakten über 29 Wochen hinweg					
→			alle 9 Tage ein Kontakt mit 16 Std. Aufwand			→		
es gab 460 Sequenzen mit 8 Kontakten über 8 Wochen hinweg			<i>Parallele Beratung</i>			es gab 471 Sequenzen mit 5 Kontakten über 6 Wochen hinweg		
alle 7 Tage ein Kontakt mit 5 Std. Aufwand			es gab 528 Sequenzen mit 10 Kontakten über 20 Wochen hinweg			alle 8 Tage ein Kontakt mit 3 Std. Aufwand		
→			alle 14 Tage ein Kontakt mit 8 Std. Aufwand			→		

Therapie enthält. Bei 49% der Sequenzen mit Therapie findet nur eine Einmal-Beratung statt, die im Durchschnitt 61 Minuten dauert. Bei dieser dürfte es primär um die Abwicklung von Formalien für Therapie gehen.

Im Einzelnen zeigt sich, dass bei der vorbereitenden Beratung die Sequenzdauer im Durchschnitt 8 Wochen beträgt, in der es wöchentlich zu einem Kontakt kommt. Der Betreuungsaufwand umfasst im Durchschnitt 5 Stunden (siehe Tabelle 4.2.13). Neben dieser vorbereitenden Beratung kommt es in 58% der Fälle auch zu einer neben der Therapie parallel verlaufenden Beratung. Bei ihr ist der durchschnittliche Kontaktzeitraum länger und der Betreuungsaufwand höher (20 Wochen mit 8 Stunden Aufwand). Eine anschließende Beratung findet bei der Hälfte der Sequenzen mit Therapie statt (52%). Der durchschnittliche Betreuungsaufwand ist hier von allen genannten Beratungsformen (vor, während, nach) am geringsten (3 Stunden) (siehe Tabelle 4.2.13).

Mit dieser Art von Analyse kann also die Komplexität therapeutischer Behandlungen bei den Opiatabhängigen verdeutlicht werden. Bei den alkoholabhängigen Klienten/innen ist die Verzahnung zwischen Therapie und Beratung noch etwas ausgeprägter, wie die nächste Tabelle zeigen wird.

Über vier Fünftel aller Alkoholabhängigen, die eine Therapie durchlaufen, nehmen eine vorbereitende Beratung mit mindestens zwei Kontakten in Anspruch (bei 190 von 226 Sequenzen=84%) (siehe Tabelle 4.2.14). Nur einmal in der Beratung vor Therapieantritt sind 16% der Klienten/innen. Diese dauert – wie schon bei den Opiatabhängigen – 61 Minuten im Durchschnitt.

Die vorbereitende Beratung erstreckt sich bei den Alkoholabhängigen im Durchschnitt über 17 Wochen hinweg und umfasst je Sequenz einen Aufwand von 12 Stunden (siehe Tabelle 4.2.12). Damit ist diese Form der Beratung viel zeitintensiver als bei den opiatabhängigen Personen. Das deutet daraufhin, dass bei den Alkoholikern/innen ein besonderer Motivationsaufwand zu betreiben ist, um sie zur Therapie zu bewegen. Bei drei Viertel aller Sequenzen mit Therapie findet gleichzeitig eine Beratung statt (76%). Im Vergleich zu den Opiatabhängigen ist diese aber vom zeitlichen Rahmen her nicht so aufwendig (4 zu 8 Stunden), dafür ist die Sequenzdauer aber länger (26 zu 20 Wochen).

Sehr ähnlich ist dagegen bei beiden Konsumenten-
gruppen die anschließende Beratung strukturiert, die
59% aller alkoholabhängigen Personen mit Therapie in
Anspruch nehmen.

Insgesamt können also durch diese Art der Analyse
spezifische Beratungsbedürfnisse von Opiat- und Al-
koholabhängigen vor, während und nach der Therapie
identifiziert werden.

Tabelle 4.2.14: Ablauf von Betreuungssequenzen mit therapeutischer Intervention bei den Alkoholabhängigen (Durchschnittswerte, 6 Modelleinrichtungen, 1998-2000, N-Sequenzen=226, N-Klienten=213)

Vorbereitende Beratung			Sequenzen mit Therapie			Anschließende Beratung		
			es gab 226 Sequenzen mit 60 Kontakten über 58 Wochen hinweg					
→			alle 7 Tage ein Kontakt			→		
es gab 190 Sequenzen mit 16 Kontakten			mit 68 Std. Aufwand			es gab 134 Sequenzen mit 5 Kontakten		
über 17 Wochen hinweg			<i>Parallele Beratung</i>			über 7 Wochen hinweg		
alle 7 Tage ein Kontakt			es gab 171 Sequenzen mit 7 Kontakten über 26 Wochen hinweg			alle 10 Tage ein Kontakt		
mit 12 Std. Aufwand			alle 26 Tage ein Kontakt			mit 3 Std. Aufwand		
→			mit 4 Std. Aufwand			→		

Zusammenfassend kann folgendes festgehalten werden: Die Analyse der Betreuungssequenzen zeigt einerseits, dass die *Sequenzen ohne Therapie*, also dort wo es ausschließlich um Information, Beratung und Vermittlung geht, offensichtlich ein Tätigkeitsfeld der

ambulanten Suchtkrankenhilfe sind, dass sich über alle Geschlechter, Konsumentengruppen und Altersklassen ähnlich strukturiert, auch unabhängig von der Frage, ob es sich um eine Wiederaufnahme handelt.

Bei den *Sequenzen mit Therapie* wird dagegen der starke Einfluss des Drogentyps und damit zusammenhängend auch der Einfluss des Therapiesettings deutlich. Bei den Opiatabhängigen sind die Sequenzdauer und der Betreuungsaufwand deutlich geringer als bei den alkoholabhängigen Klienten/innen. Hieran knüpfen sich viele offene Fragen an, die im Rahmen von tiefergehenden Analysen zu untersuchen wären.

Die Analyse der Betreuungssequenzen im Ablauf verdeutlicht, wie eng miteinander die Therapie und die Beratung verzahnt sind, und welcher zeitliche Aufwand in den einzelnen Stufen der Betreuung daraus resultiert. Dies dürfte die Realität in der Alltagsarbeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe exakter beschreiben als es die strikte Trennung der Hilfeformen bei den Kostenträgern erwarten lässt.

4.3 Niedrigschwellige Leistungen

Mit dem eingesetzten Dokumentationssystem können auch pauschal erbrachte Leistungen – zum Beispiel Spritzentausch, Ausgabe von Essen, Besucher von Kontaktläden – dokumentiert werden. Dafür steht das Modul „Dienstleistungen“ zur Verfügung, in dem statistische Angaben erfasst werden können. Dieses wird vor allem von niedrigschwelligen Einrichtungen genutzt, die mit Konsumenten/innen illegaler Drogen arbeiten.

Es liegen bereits Daten aus 4 Einrichtungen vor, die in den letzten drei Jahren Informationen in diesem Bereich erfasst haben. Für einige dieser Leistungen sollen im Folgenden in kurzer Form die Dokumentation ausgewertet werden: für die Entwicklung von Besucherzahlen, ausgegebenen Einwegspritzen und Essen.

Auch für andere Tätigkeitsbereiche wurden statistische Angaben erfasst, die bisherige Datengrundlage ist aber für eine Auswertung noch zu gering, um sie bereits in diesem Bericht aufzunehmen.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei nicht um Gesamtzahlen für Schleswig-Holstein handelt, sondern sich die Angaben ausschließlich auf die vier Einrichtungen beziehen, die seit mehreren Jahren diese Formen der Nachfragen von Leistungen und Hilfen systematisch dokumentieren. Soweit sich daraus Entwicklungstrends in der niedrighschwelligen Arbeit ablesen lassen, so steht dies zunächst unter dem Vorbehalt, dass sie sich in landesweiten Analysen kommender Jahre bestätigen lassen.

Entwicklung der Anzahl von Besuchern sowie ausgegebener Einwegspritzen und Essen

Die Anzahl der Besucher in niedrighschwelligen Einrichtungen (Kontaktläden, offene Cafés) ist in den Jahren 1997 bis 2000 trotz einiger Schwankungen relativ konstant geblieben. Sie liegt bei den ausgewerteten Einrichtungen zwischen 3.500 und 4.000 pro Quartal (siehe Abbildung 4.3.1). Im Jahr 2000 waren es immer über 4.000 Besucher pro Quartal.

Im Gegensatz zur Anzahl der Besucher ist die Entwicklung bei den ausgegebenen Einwegspritzen (zur HIV- und Hepatitisprophylaxe) uneinheitlicher. Den Ausgangspunkt der Entwicklung stellen über 100.000 ausgegebene Spritzen im 1. Quartal 1998 dar.²⁹ Innerhalb der nächsten zwei Jahre reduzierte sich diese Anzahl fast um die Hälfte (siehe Abbildung 4.3.2). Im 1. Quartal 2000 liegt ihre Größenordnung bei etwa 56.000 Spritzen. Seitdem steigt die Zahl wieder leicht an und hat im 4. Quartal 2000 einen Wert von ca. 67.000 erreicht.

Die Anzahl ausgegebener Essen für die Konsumenten/innen illegaler Drogen ist in den Jahren 1998 bis 2000 angestiegen (siehe Abbildung 4.3.3). Im Jahr 1998 waren es 1.300-1.400 Essen pro Quartal, zwei Jahre später liegt ihre Anzahl eher bei 1.700 bis 1.800.

²⁹ Beim Ausgangspunkt von über 100.000 getauschte Spritzen im ersten Quartal 1998 dürfte es sich um eine Fortschreibung der Entwicklung des Jahres 1997 handeln. Zahlen, die aus dem Kontaktladen „CLARO“ dazu vorliegen, deuten daraufhin, dass die Anzahl getauschter Spritzen im Jahr 1997 gleich hoch oder sogar noch etwas höher war (siehe Raschke et al. 2000, S.62).

Offensichtlich wird diese Dienstleistung für die niedrigschwellige Arbeit in Schleswig-Holstein wichtiger. Die ausgewählten Tätigkeitsfelder der niedrigschwelligen Arbeit zeigen, dass es mit dem Dokumentationssystem möglich ist, in differenzierter Weise Entwicklungstrends in diesem Bereich der ambulanten Drogenhilfe zu erfassen und abzubilden. Welche Gründe für die Konstanz oder die Veränderungen solcher Tendenzen anzuführen sind, erfordert detailliertere und vertiefendere Analysen und Erhebungen. Die Registrierung eines spezifischen oder unerwarteten Trends kann hierfür ein hilfreicher Ausgangspunkt weiterführender Fragestellungen sein. Durch die fortlaufende Alltagsdokumentation solcher Dienstleistungen entsteht ein Monitoring für die Bedürftigkeit und die Bedürfnisse in zentralen Bereichen der (Über-)Lebenssicherung. Dies erhöht die Chancen sich rechtzeitig auf veränderte Konstellationen und modifizierte Formen des Inanspruchnahmeverhaltens einzustellen, um adäquat reagieren zu können.

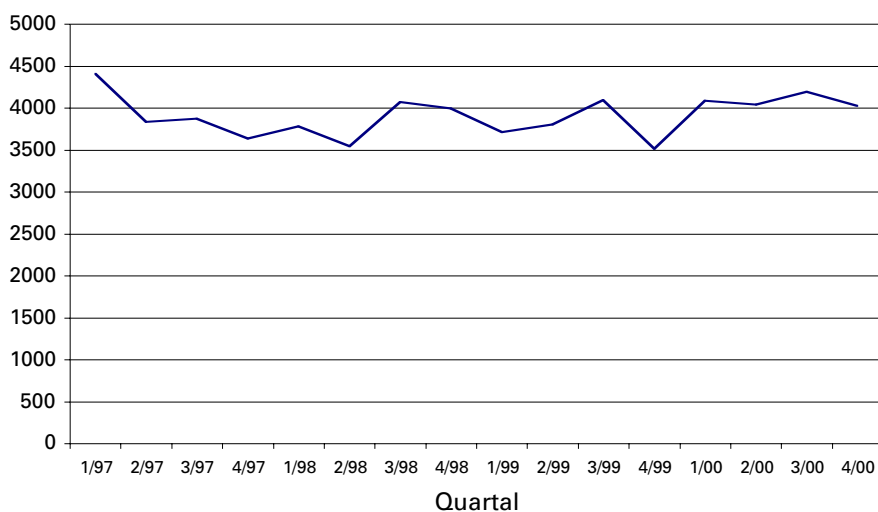


Abbildung 4.3.1: Entwicklung Anzahl der Besucher im niedrigschwelligen Bereich (3 Modelleinrichtungen, 1997-2000)

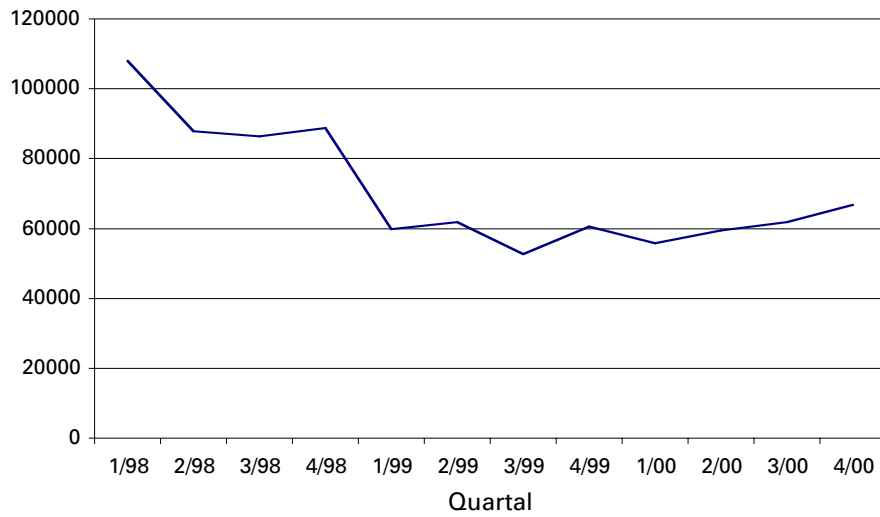


Abbildung 4.3.2: Entwicklung ausgegebene Spritzen im niedrigschwelligen Bereich (4 Modelleinrichtungen, 1998-2000)

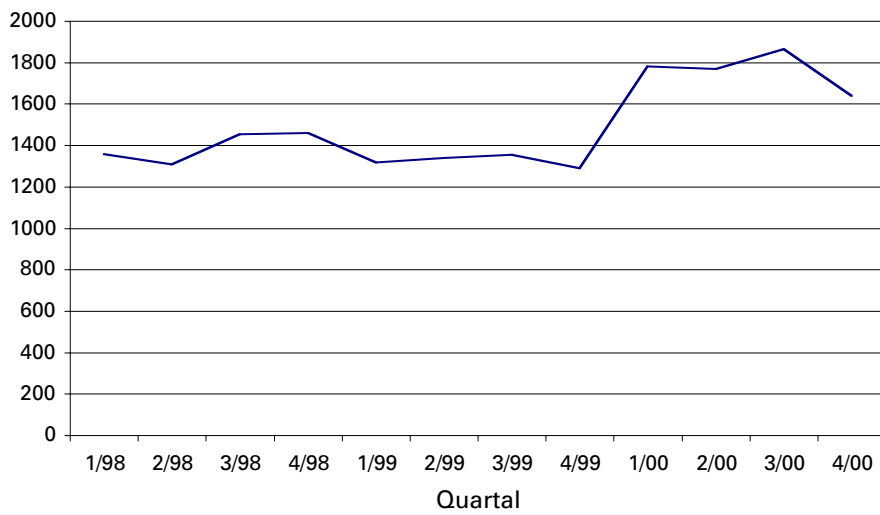


Abbildung 4.3.3: Entwicklung ausgegebene Essen im niedrigschwelligen Bereich (2 Modelleinrichtungen, 1998-2000)

Literatur

Kalke, Jens/Raschke, Peter (2001): Grundlagen und Anleitung zur Dokumentation mit HORIZONT in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein, Hamburg.

Pape-Hoßmann, Klaus/Kalke, Jens (2002): Ambulante Rehabilitation für Drogenabhängige, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Raschke, Peter/Kalke, Jens (2001): Elektronische Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: akzeptabel und arbeitsverträglich?, in: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Heft 6/2001, S. 608-613.

Raschke, Peter/Kalke, Jens/Degkwitz, Peter (2000): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Kiel.

Strobl, Michael/Welsch, Karin (2001): Manual EBIS 2001. Erläuterungen zu den Erhebungsbogen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, München.